

cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Aritmie cardiache.
Diagnosi basata sull'ECG

Note per star bene

Educazione alla
Prevenzione
Cardiovascolare
nella Scuola

Highlight Congresso
ESC 2012: ecco le novità

Carte del Rischio o
tecniche di Imaging?

La gestione del paziente
diabetico cardiopatico

Riabilitazione
cardiovascolare a lungo
termine e palestre private

Cuore e Riso: I parte

Curare, guarire e trattare.
Spread e spending review
in Cardiologia

SCA NSTEMI:
terapia antiplastrinica
e Linee Guida

Piccola storia della
Medicina Cardiovascolare:
il cuore nella Medicina
araba

Pane sciapo:
non solo toscano!

Sogno Perduto

SETTEMBRE • OTTOBRE 2012 N° 189

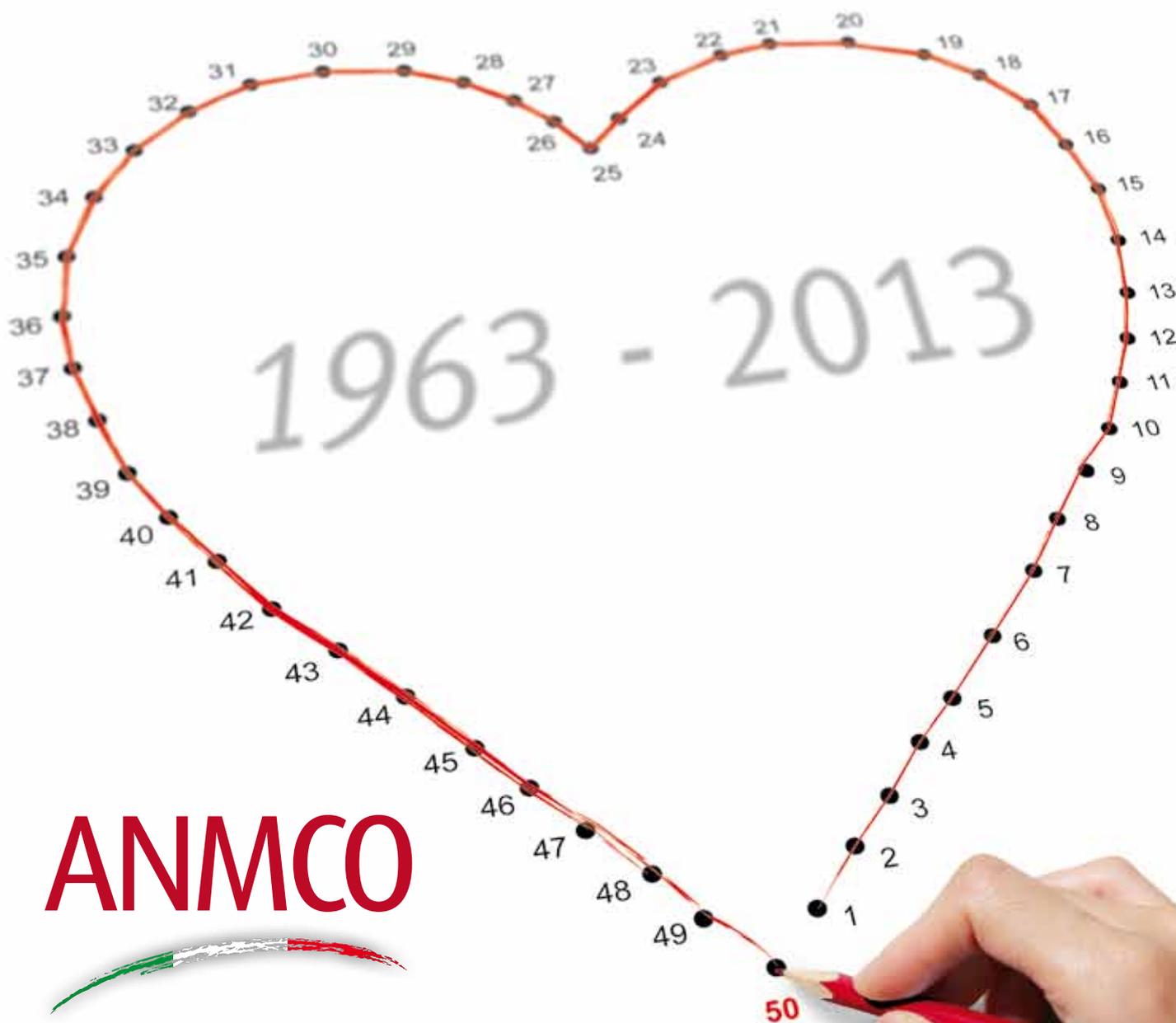
AMICI DELL'ANMCO: BOEHRINGER INGELHEIM • TAKEDA ITALIA FARMACEUTICI



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**



ANMCO



50 anni uniti nel cuore...

DALL'EDITOR
L'ANGOLO DELLE RECENSIONI
 Aritmie cardiache. Una diagnosi basata sull'ECG p. 2
di Maurizio Giuseppe Abrignani

HCF RISPONDE
 Note per star bene p. 4
di Gianfranco Frigo
 Educazione alla prevenzione cardiovascolare nella Scuola p. 6
di Michele Gabriele e Maurizio Giuseppe Abrignani

DALLA ESC
 Highlight dal Congresso ESC 2012. Quali sono le novità? p. 8
di Marco Bobbo, Silvia Magnani, Alessio della Mattia, Stefano Capobianco, Annamaria Iorio

DALLE AREE
AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE
 Inizio di un nuovo biennio: tempo di consuntivi e di progetti p. 13
di Michele Azzarito
AREA NURSING
 UTIC: proposte e realtà. Professione in crescita in terra calabrese p. 15
di Fabrizio Chiappetta
AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
 Stratificazione del rischio: tra Carte del Rischio e Imaging p. 18
di Gian Francesco Mureddu, Pompilio Faggiano, Francesco Fattiolli, Fausto Rigo

DALLE REGIONI
CALABRIA
 Le linee programmatiche del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria p. 23
di Mario Chiatto a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria

PUGLIA
 La gestione del paziente diabetico cardiopatico p. 25
di Eupremio Luigi Greco e Antonio Francesco Amico

SICILIA
 STEMI nell'anziano. p. 32
 Uno studio osservazionale dell'ANMCO Sicilia
di Roberto Di Paola, Abele Ajello, Gaetano Satullo, Maurizio Giuseppe Abrignani, Ernesto Mossuti

VENETO
 La riabilitazione cardiovascolare a lungo termine nelle palestre private presenti sul territorio p. 36
di Michela Bevilacqua

FORUM
 Curare, guarire e trattare. Spread e spending review in Cardiologia p. 38
di Giancarlo Casolo
 STEMI e diagnosi precoce p. 41
di Gianfranco Cucchi
 Terapia antiplastrinica p. 43
 nelle SCA senza ST soprasslivellato: quando le Linee Guida non concordano
di Stefano De Servi

COME ERAVAMO
 Piccola storia della p. 45
 Medicina Cardiovascolare: il cuore nella Medicina araba
di Maurizio Giuseppe Abrignani

VIAGGIO INTORNO AL CUORE
 Pane sciapo: non solo toscano! p. 49
di Gianfranco Alunni, Adriano Murrone, Maria Pia Angellotti
 Cuore e Riso: parte I p. 52
di Angelo Sante Bongo

I VERSI DEL CUORE
 Sogno Perduto p. 56
di Roberto Ceravolo



In copertina immagine di Dreamstime

N. 189 settembre - ottobre 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



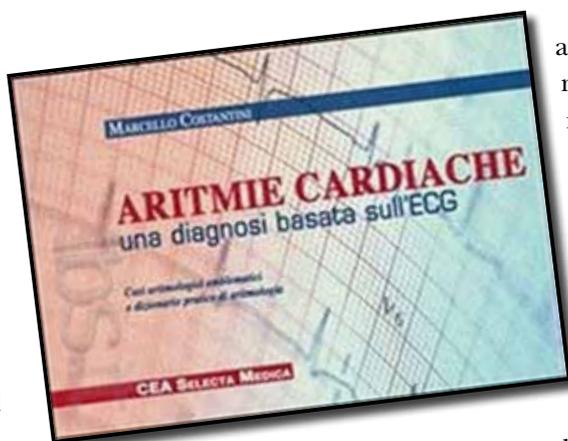


Aritmie cardiache

Una diagnosi basata sull'ECG

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

A differenza delle tante tecnologie a disposizione dei Cardiologi che evolvono con una rapidità impressionante, il classico elettrocardiogramma a 12 derivazioni, la brillante intuizione avuta da Einthoven oltre 120 anni fa, rimane ancora immutato e continua ad essere usato quotidianamente e ovunque. L'ECG è ancor oggi, in particolare, il Gold Standard per "l'Imaging" delle aritmie. Ed è innegabilmente opportuno che l'Aritmologia sia sempre di più parte essenziale della cultura del Cardiologo, e non solo. Anche l'Internista, il Medico di Medicina Generale, il Medico dei servizi di emergenza (Pronto Soccorso, Guardia Medica, 118), infatti, sono chiamati a possedere adeguate conoscenze aritmologiche, per non trovarsi impreparati di fronte a situazioni che richiedono scelte terapeutiche rapide e a volte vitali. A una assoluta semplicità di esecuzione dell'ECG fa riscontro, però, una notevole difficoltà nella sua corretta interpretazione, che può essere raggiunta solo col dialogo coi maestri e con l'attenta lettura di opere didattiche. La sfida di consegnare uno strumento utile, un compagno di viaggio a chi è in trincea con un tracciato da decifrare subito, perché servono decisioni immediate, è stata accolta da Marcello Costantini nel volume *Aritmie cardiache. Una diagnosi basata sull'ECG*, scritto in collaborazione con Massimo Grimaldi, Domenico Potenza, Anna Ranieri e Giovanni Sticchi (Edizioni CEA Selecta Medica, prezzo 42 euro).



L'Autore, Primario Cardiologo nell'Ospedale Santa Caterina Novella di Galatina e Docente a contratto nella Scuola di Specialità di Cardiologia dell'Università degli Studi di Bari, svolge da circa trent'anni attività clinica, didattica e di ricerca in Cardiologia, e si è interessato in particolare proprio di questo tema, pubblicando tutta una serie di volumi ad esso dedicati: Elettrocardiografia delle aritmie (1994), L'elettrocardiogramma. Capire e interpretare l'ECG (1995), L'ECG. Quaderni del PS (1999), Aritmie - Un approccio ragionato ai disturbi del ritmo cardiaco (1999) e L'elettrocardiogramma. Dalle basi fisiologiche alla facile interpretazione (2012). Tanta è però la passione di Costantini sull'argomento che ne ha preso lo spunto persino per la sua opera di esordio in campo narrativo, il romanzo *Il rientro dell'impulso* (2008). Il libro è diviso in due parti; nella prima sono presentati tracciati ECG, sempre però accompagnati dalla descrizione sintetica del quadro clinico, cosa che rende accattivante e avvincente la lettura,

anche perché l'autore ha riversato nell'analisi di ognuno dei casi una miscela di cultura e sensibilità. La clinica è presupposto fondamentale per la corretta analisi del tracciato: ragionare assemblando ECG e clinica significa venire a capo della maggior parte delle aritmie. La seconda parte contiene invece un dizionario, quasi enciclopedico, di tutti i principali termini connessi all'Aritmologia, ivi compresi anche i principali Trial Clinici, utile sia per una migliore comprensione degli aspetti che emergono dall'analisi dei tracciati sia per arricchire le conoscenze generali sul tema. Nella presentazione, un maestro dell'Aritmologia italiana, il Prof. Giuseppe Oreto dell'Università di Messina, definisce il testo come testimonianza d'amore verso l'Arte, in cui traspare da ogni pagina il desiderio di condividere con altri i risultati di un faticoso e lungo cammino. Il libro racchiude le forme più emblematiche di aritmie come una cassaforte di cui Costantini mette a tutti la chiave a disposizione. Per l'impostazione essenzialmente clinica, il volume è dedicato agli Studenti, agli Specializzandi e a tutti i Medici, in particolare al Cardiologo "non Aritmologo" e al Medico Generale che intenda approfondire o aggiornare le sue conoscenze in materia, con l'auspicio di sollevare in loro quel barlume d'interesse, se non di passione, per l'ECG, che è il vero presupposto per dipanare la matassa dei casi più difficili.

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

Direttore di Struttura
Complessa (F.F.)
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



Note per star bene

DI GIANFRANCO FRIGO

Per la prevenzione cardiovascolare i ragazzi si propongono “educatori” e danno spettacolo riservando un omaggio al grande Lucio Dalla deceduto per infarto miocardico. Seguendo la mission della Fondazione “*per il Tuo cuore*”, grazie all’aiuto della Help - Line per Insegnanti del Sito WEB ANMCO, all’Istituto Comprensivo “A. G. Roncalli” di Rosà (Vicenza) è stato proposto il progetto educativo finalizzato alla promozione di uno stile di vita sano. Dopo un breve incontro con gli

Insegnanti, soprattutto di Scienze ma anche di altre discipline, insieme è stato concordato di rivolgere l’iniziativa alle classi seconde della Scuola Secondaria di primo grado (circa 200 alunni). Va detto innanzitutto che la proposta ha trovato terreno fertile grazie alla sensibilità e preparazione degli Insegnanti su queste tematiche, già attivi da tempo con iniziative mirate alla tutela della salute dei ragazzi, a partire dalla Scuola Primaria. A titolo di esempio va citata l’iniziativa del Pedibus (progetto per il percorso

casa - scuola a piedi) per favorire da un lato più movimento ma allo stesso tempo come programma continuativo, nel corso dell’anno scolastico, per prevenire l’obesità. Altri esempi sono l’utilizzo della frutta a Scuola, in sostituzione di alimenti preconfezionati e l’“orto in condotta”, esperienza didattica teorico - pratica dove l’orto è uno strumento per l’attività di educazione alimentare e ambientale. I Docenti, attivi come team e animati da autentica passione, hanno accolto con favore i materiali e il progetto ideato dalla

Fondazione “*per il Tuo cuore*” curando in particolare il percorso formativo sui fattori di rischio. Allo stesso tempo sono stati proposti stili di vita sani per una corretta prevenzione e salvaguardia della salute cardiovascolare. La discussione con gli Insegnanti ha fatto emergere alcune questioni importanti. In primis che la formazione e la prevenzione non possono esaurirsi in una o più lezioni, per quanto efficaci ed esaurienti. La strategia migliore dovrebbe essere quella di un progetto educativo a lungo termine, una sorta di continuum formativo nel quale alcuni Insegnanti rivestono il ruolo di “Tutor” per la salute cardiovascolare dei ragazzi con interventi contingenti quando ritenuti appropriati all’interno del programma scolastico, insieme a momenti formativi più strutturati. Se esiste la reale volontà di formare dei giovani protagonisti attivi della propria salute, il ruolo di primo piano deve essere conferito proprio alla Scuola. Per fornire informazioni scientificamente affidabili da un lato ma anche per giungere a quel processo di comprensione che la salute dipende da corretti stili di vita, necessari per la responsabilizzazione del ragazzo di oggi e dell’adulto di domani. In tempi di crisi poi, quando anche le risorse

destinate alla Sanità saranno ridotte, la formazione sulla prevenzione può realmente assumere una valenza civica. Coinvolgendo i ragazzi in un percorso di riflessione non solo individuale ma collettivo, da sempre, e oggi più che mai, è necessario ribadire il messaggio che la prevenzione è sinonimo di risparmio e forse anche “dovere” di ogni buon cittadino. Nell’esperienza all’Istituto Comprensivo “A. G. Roncalli”, molto interessanti sono stati i sondaggi interni rivolti agli studenti e proposti in formato grafico su vari temi: prima colazione e merenda, movimento e mantenimento del giusto peso corporeo, fumo e alcool. Le risposte fornite ai quesiti sono stati un ottimo punto di partenza per il percorso formativo e di discussione sulla salute cardiovascolare. Tutto il lavoro dell’anno scolastico 2011 - 2012 è stato sintetizzato in una serata “formativa”, gestita dai ragazzi che a turno, tutti, si sono proposti alla numerosa platea di genitori e amici con proprie presentazioni power point e qualche video ripreso dal WEB. Non è mancato anche lo spettacolo, occasione di un tributo al grande Lucio Dalla, deceduto a marzo per infarto miocardico. I vari momenti della serata sono stati allietati dai brani del noto cantautore, proposti dai ragazzi e

diretti dal maestro Claudio Rigon: *4 marzo 1943, L’anno che verrà, Canzone, Attenti al lupo*. Al termine, l’intervento dell’esperto ha sintetizzato l’attuale situazione epidemiologica delle malattie cardiovascolari, ribadendo la necessità che ciascuno debba sentirsi parte attiva. Con questa convinzione è stata incoraggiata l’iniziativa degli Insegnanti e dei ragazzi, per proseguire con il progetto intrapreso e con l’auspicio di coinvolgere altre Scuole. L’impegno da parte del Cardiologo nell’esperienza in questione ha richiesto un tempo molto contenuto. I veri protagonisti sono stati sempre gli Insegnanti, grazie alla loro professionalità e competenza nell’approccio comunicativo con i ragazzi. A loro un particolare ringraziamento: Claudio Rigon, Letizia Ometto, Dina Zampicinini, Maria Luisa Alberti, Feliciano Cidonio, Linda Canton, Maria Grazia Frigo, Rina Brotto e Serenella De Bortoli. Volendo riprendere i brani musicali proposti nella serata conclusiva potremmo ricordare ai ragazzi che l’anno che verrà (o meglio negli anni a venire), potranno sempre far memoria di questa canzone: *Attenti al lupo*, quel “lupo” artefice del triste compleanno funebre del grande Lucio Dalla il 4 marzo 2012.





Educazione alla Prevenzione Cardiovascolare nella Scuola

DI MICHELE GABRIELE E MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

La prevenzione “primordiale” in età scolastica è un requisito indispensabile per ridurre il rischio di una futura comparsa della malattia aterosclerotica nelle sue presentazioni coronariche ed extracoronariche. Educare a un corretto stile di vita è un obbligo di tutte le figure coinvolte nel determinare un sano sviluppo psicofisico degli adolescenti: non solo, quindi, dei professionisti del mondo scolastico, ma di tutto “l’environment” che ruota intorno alla Scuola stessa, inclusa la classe medica. La Fondazione “*per il Tuo cuore*” e l’ANMCO sono, da tempo, impegnate per una corretta educazione sanitaria nella Scuola, mentre l’Area Prevenzione Cardiovascolare costituisce (o almeno prova ad esserlo) il “braccio operativo” delle due Istituzioni. Sui Siti WEB dell’ANMCO e della Fondazione si possono trovare informazioni dettagliate sulle iniziative già svolte o in programma, materiali disponibili per l’educazione e la formazione, molti dei quali facilmente scaricabili per uso immediato, nonché alcune utili iniziative editoriali come Manuali operativi ideati e scritti dal personale insegnante con la collaborazione di Specialisti Cardiologi e Nutrizionisti. Con queste premesse, presso il Liceo Scientifico “G.P. Ballatore” di Mazara del Vallo è stato ideato un progetto educativo, denominato “Costruire insieme salute”, che è stato portato avanti da un gruppo di lavoro, coordinato dalla Prof.ssa Paola Scontri-

no, di cui hanno fatto parte la responsabile del POF Prof.ssa Anna Daniela Pernice e lo stesso Dirigente Scolastico, Prof. Vincenzo Randazzo. Obiettivo principale del progetto è stato quello di consolidare l’alleanza tra “Scuola” e “Salute” attraverso la definizione di strategie e azioni in grado di modificare alcuni erronei comportamenti degli adolescenti (alimentazione scorretta, ridotta attività fisica, fumo di tabacco, consumo di alcol e altre sostanze), allo scopo di renderli “custodi” della propria salute fisica e mentale. Il progetto è stato incentrato sui temi del programma ministeriale “Guadagnare salute” secondo cui *«l’ambiziosa finalità di un programma congiunto salute - Scuola è fornire ai bambini e ai ragazzi, negli anni della loro formazione culturale e psicologica, gli strumenti più adatti per conoscere ed evitare i comportamenti, gli atteggiamenti e i rischi che possono danneggiare la salute, mettendoli in grado di tutelare non solo la propria ma anche la salute altrui»*. Il 6 dicembre 2011 si è svolto presso il Liceo un primo seminario, molto partecipato, in cui assieme ad una valida nutrizionista, la Dott.ssa Susanna Ferro, abbiamo illustrato i fondamentali concetti che stanno alla base di uno stile di vita sano, focalizzandoci in particolare su fumo, alimentazione ed esercizio fisico. I ragazzi ci hanno ricompensato con la loro attenzione e con interessanti richieste di chiarimenti. In sé e per sé questa iniziativa potrebbe confondersi con tante altre che sono

state e che saranno tenute da validi colleghi in tutto il territorio nazionale, ma un valore aggiunto particolare le è stato dato dalla presenza di un concomitante progetto di ricerca. A tutti gli studenti, a prescindere dalla loro partecipazione attiva all’incontro, è stato somministrato un questionario anonimo, riportante il sesso, l’età, il peso e l’altezza, contenente 20 domande su alimentazione, esercizio fisico, fumo, alcol e stato di salute. Su un totale di 673 studenti (313 maschi e 630 femmine) la percentuale di partecipazione è stata del 69,2%. Gli interessanti risultati sono stati ripresentati agli studenti e ai docenti in occasione di un secondo incontro tenutosi il 28 maggio 2012. Va detto subito che i dati ottenuti sono stati, a nostro avviso, positivi nel loro complesso, dipingendo un quadro tutto sommato accettabile sullo stile di vita della popolazione studiata. La stragrande maggioranza, infatti, è normopeso (Figura 1) con un indice di massa corporea medio di 20,9, il 70% ha fatto attività fisica per un totale di almeno 60 minuti al giorno almeno due giorni la settimana, il 79% guarda la televisione al massimo per due ore al giorno, l’80% è impegnato con i videogiochi al massimo per due ore al giorno, il 76% mangia dolci al massimo 4 giorni la settimana, il 65% assume bevande zuccherate al massimo una volta alla settimana, il 71% non fuma (e solo il 20% fuma quotidianamente), il 34% non beve mai alcolici e il 39% lo fa solo



raramente. Tuttavia vi sono anche dati meno positivi: solo il 57% fa colazione ogni giorno, il 28% va a Scuola a piedi o in bici, il 41% mangia frutta almeno una volta al giorno, il 12% mangia verdura

bilmente che i soggetti in sovrappeso stanno già prendendo provvedimenti, vogliono insomma correre ai ripari: infatti il 43,5% di essi segue una dieta. Il successo dell'iniziativa favorirà la ripetizione dell'evento presso altri istituti scolastici della provincia di Trapani, col patrocinio del Provveditorato agli Studi e della locale ASP 9. Un obiettivo futuro ancora più ambizioso sarà il coinvolgimento attivo di insegnanti di scienze e altri docenti interessati in un progetto formativo strutturato di prevenzione cardiovascolare con l'apporto, di volta in volta, di varie figure professionali come il cardiologo, il dietologo o lo psicologo. In seguito, la prevenzione

re in tal senso è stata condotta presso una Scuola elementare della stessa città, in cui tutto il personale docente ha partecipato a un corso di formazione della durata di 15 ore tenuto, col nostro supporto e con l'ausilio di materiale didattico tratto dal sito della Fondazione "per il Tuo cuore", da una psicologa esperta in tema di comunicazione, la Dott.ssa Vincenza Bello. Nel corso del corrente anno scolastico gli insegnanti coinvolti trasmetteranno, a loro volta, quanto appreso ai loro alunni. È noto, infatti, che l'educazione sanitaria deve vedere soprattutto il coinvolgimento dei docenti, il cui ruolo è fondamentale come facilitatori nel promuovere i processi di crescita personali e di gruppo finalizzati allo sviluppo di capacità decisionali e di

scelte autonome e consapevoli, e che hanno rispetto a noi cardiologi inenunciabili capacità didattico - pedagogiche. È questo il metodo proposto da ANMCO e dalla Fondazione "per il Tuo cuore", un metodo che conferisce ufficialità e maggiore dignità alla materia insegnata, molta più di quanto accada quando un "esterno" viene estemporaneamente; ciò non esclude, tuttavia, che si possa efficacemente operare anche in maniera complementare, come abbiamo fatto.

Figura 1 - Distribuzione per indice di massa corporea nei due sessi



almeno una volta al giorno. Il 58% degli studenti giudica la propria salute buona e il 28% eccellente, però solo il 35% è soddisfatto del proprio peso, mentre il 37% vorrebbe dimagrire. Certamente non entusiasmante a questo proposito, è però la presenza, tra le studentesse, di un 26% di soggetti sottopeso e di un 5% con grave magrezza (anche se il nostro nemico è il sovrappeso, il fantasma dell'anoressia non va sottovalutato). La percentuale con almeno un genitore che fuma, del 40,1% tra i fumatori, scende al 23,8% tra i non fumatori, confermando il ruolo importante dell'ambiente familiare nell'acquisizione di questa dipendenza. Confrontando la prevalenza di buone abitudini tra studenti normopeso e sovrappeso non abbiamo invece riscontrato differenze significative (Figura 2), segno proba-

sarà insegnata da questi docenti per tutto l'anno, coinvolgendo la totalità dei loro studenti. Un'esperienza prelimina-

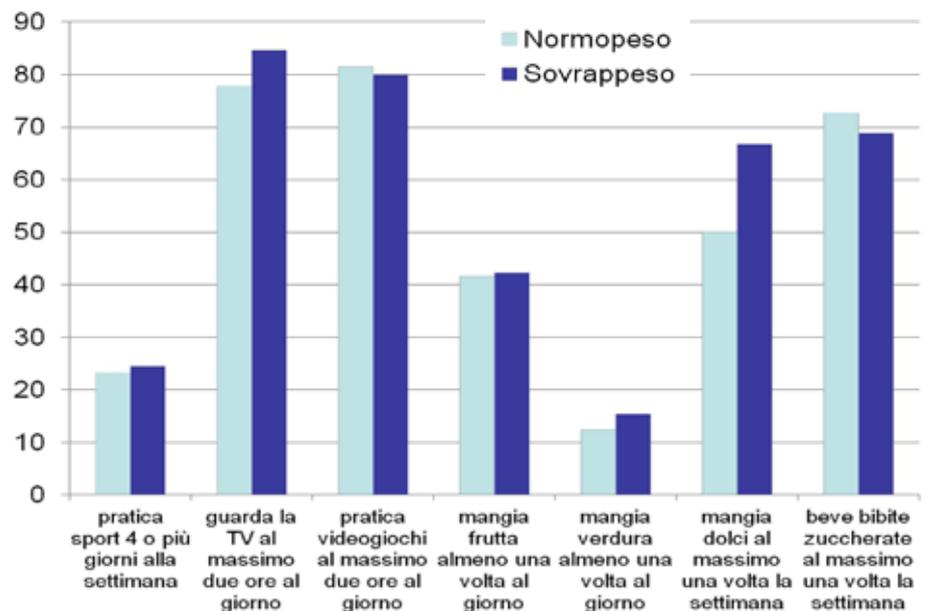


Figura 2 - Comportamenti "virtuosi" nei soggetti normopeso e sovrappeso





Highlight dal Congresso ESC 2012

Quali sono le novità?

Controversie e attualità discusse dalla Società Europea di Cardiologia
Monaco 2012

DI MARCO BOBBO, SILVIA MAGNANI, ALESSIO DELLA MATTIA, STEFANO CAPOBIANCO, ANNAMARIA IORIO

LIl Congresso della Società Europea di Cardiologia (ESC) 2012, svoltosi a Monaco di Baviera in Germania, è da sempre una opportunità di aggiornamento e di scambio culturale per migliaia di professionisti provenienti da tutto il mondo, oltre a rappresentare un ottimo territorio di dibattito riguardo ai temi di maggiore

del rapporto rischio - beneficio, alla luce delle più aggiornate evidenze scientifiche. In tema di strategia antitrombotica sono stati discussi rischi e benefici delle più aggiornate terapie alla luce dei nuovi trial, con particolare attenzione allo Studio TRILOGY ACS e al WOEST. Lo stesso Prof. Michael Böhm, presidente del

studio che ha dimostrato la sicurezza della sospensione dell'aspirina, sottolineando, invece, i rischi di sanguinamento legati ad essa. Lo Studio TRILOGY ACS, innovativo per la tipologia dei pazienti presi in esame, non ha mostrato differenze significative per quanto riguarda gli eventi cardiovascolari maggiori e i

Le presentazioni delle nuove Linee Guida sono state accolte con grande entusiasmo, e con grande enfasi sono stati presentati i risultati pervenuti dai più recenti trial

Sono state discusse strategie comuni rivolte al rapporto rischio - beneficio, alla luce delle più aggiornate evidenze scientifiche

attualità nell'ambito delle patologie cardiache e una prestigiosa piattaforma di lancio per nuovi farmaci e nuove tecnologie. Le presentazioni delle nuove Linee Guida sono state accolte con grande entusiasmo e sono state discusse strategie comuni per scelte rivolte ad una ottimizzazione

comitato per il programma del congresso, ha asserito che questi sono stati tra gli studi che maggiormente hanno attirato l'attenzione. Nonostante le raccomandazioni delle Linee Guida in merito alla triplice terapia nei pazienti sottoposti a stent coronarico, lo Studio WOEST è il primo

sanguinamenti tra i due farmaci antiaggreganti, prasugrel e clopidogrel, nel setting di pazienti con UA/NSTEMI candidati a terapia medica. Un ampio dibattito ha caratterizzato lo studio della valutazione non invasiva della cardiopatia ischemica. Interessanti a tal proposito, i risultati

Il Congresso della Società Europea di Cardiologia (ESC) 2012 è stata una opportunità di aggiornamento e di dibattiti accesi su controversie inerenti i temi di maggiore attualità nell'ambito delle patologie cardiache e piattaforma di lancio per nuovi farmaci e nuove tecnologie

dello Studio CORE320 presentati dal Dott. Lima (Baltimora) al Central Village, che ha dimostrato l'accuratezza diagnostica nell'identificazione di stenosi significative ($\geq 50\%$) con l'utilizzo di angio TC/TC perfusoria 320 strati quando paragonata alla convenzionale metodica di angiografia e alla SPECT. Un'importante novità anche dal mondo della Cardiologia interventistica, dove lo Studio IABP SHOCK II (che ha randomizzato l'utilizzo del contropulsatore aortico nei pazienti con infarto miocardico acuto e shock cardiogeno) non ha mostrato i benefici attesi, dimostrando una mortalità a 30 giorni sovrapponibile nei due gruppi. Nell'ambito dell'infarto miocardico sono stati ribaditi i già noti concetti sui benefici derivanti dall'utilizzo di strategie organizzative, che rappresentano un punto fondamentale per migliorare l'outcome del paziente, ribadendo con fermezza i benefici derivanti da un'efficiente gestione pre-ospedaliera e dalla riperfusione come approccio d'elezione entro 60 minuti dal primo contatto medico. Forti preoccupazioni sono state espresse in tema di prevenzione secondaria. Deludenti infatti i dati provenienti dallo Studio EUROASPIRE III, che hanno messo in evidenza un insoddisfacente controllo dei fattori di rischio e una scarsa compliance ai farmaci nei pazienti con malattia coronarica nota. E non si poteva non discutere dell'attualissima e controversa tematica del management delle più innovative strategie di approccio al trattamento non tradizionale delle valvulopatie. A far da padrona è stata l'ormai affermata

TAVI, con particolare interesse alle problematiche della selezione del paziente e dell'impatto sui costi. I dati del Registro GARY, che dal 2010 raccoglie tutti i pazienti sottoposti a sostituzione valvolare aortica convenzionale e i pazienti sottoposti a TAVI, mettono in evidenza una simile incidenza di mortalità intraospedaliera e di complicanze periprocedurali a fronte di un profilo di rischio più elevato nei pazienti sottoposti a TAVI. Molto enfatizzato il ruolo dell'heart team nella selezione e nel work-up del paziente. In tema di fibrillazione atriale l'elevata prevalenza nella popolazione e il rischio di complicanze tromboemboliche ad essa legate hanno spinto gli esperti a rimarcare le strategie sia in campo diagnostico (con screening tramite il controllo del polso e successiva conferma elettrocardiografica in tutti i pazienti di età superiore ai 65 anni), sia nella stratificazione del rischio tromboembolico. L'estensione alla terapia anticoagulante derivante dal CHA2DS2-VASc ha spinto l'attenzione in particolare sui nuovi anticoagulanti, focalizzando la discussione sui più recenti trial (AVERROES, ROCKET AF, ARISTOTLE e RE-LY), confermando la non inferiorità dei nuovi anticoagulanti rispetto agli inibitori della vitamina K. Ribadito il concetto che i punti a favore dell'aspirina sono deboli, e pertanto il suo utilizzo è ormai indicato soltanto nei pazienti che rifiutano anticoagulanti orali. È stato inoltre ribadito come il target dei pazienti trattati rimanga ancora basso a fronte di indicazioni ampie e consolidate. Interessanti a tal proposito i primi risultati dello Studio





GARFILED, che fotografa l'utilizzo della TAO nel mondo reale. È considerevole d'attenzione la discrepanza tra la percentuale dei pazienti con chiara indicazione alla terapia anticoagulante (57% in accordo con il CHADS2 e 83% in accordo con il CHA2DS2-VASc), e la percentuale dei pazienti realmente trattati (solo 38% dei pazienti con CHADS2 ≥ 2 e 40% dei pazienti con CHA2DS2-VASc ≥ 2). Per quanto riguarda gli antiaritmici è stato enfatizzato il ruolo di Vernakalant, con riferimento allo Studio AVRO, soprattutto per la cardioversione della fibrillazione atriale di recente insorgenza con una percentuale di cardioversioni superiore all'amiodarone in breve tempo (51,7% di cardioversioni entro 2 ore). Infine, i maggiori esperti con le proprie casistiche hanno invece sottolineato il ruolo dell'ablazione transcateretere della fibrillazione atriale con maggiore solidità di dati di outcome a lungo termine per pazienti sintomatici con recidive aritmiche in terapia medica ottimizzata e in pazienti selezionati come procedura di prima linea. Numerose sessioni hanno focalizzato la loro attenzione sul tema della prevenzione della morte cardiaca improvvisa e sul ruolo dei polimorfismi genetici nella stratificazione del rischio individuale: per ora vi è

accordo generale sul fatto che fino a quando non saranno disponibili studi di outcome, l'utilizzo dei polimorfismi non troverà spazio nelle Linee Guida. Nell'ambito dello scompenso cardiaco la novità più importante riguarda la resincronizzazione cardiaca, con estensione dell'indicazione ai pazienti con classe NYHA II-IV e QRS maggiore o uguale ai 150 ms, indipendentemente dalla morfologia (classe IIa). Per quanto concerne lo scompenso cardiaco a funzione sistolica conservata non sono state presentate novità per il trattamento, mentre si è molto discusso il ruolo delle tecnologie più avanzate, come il doppler tissutale e la risonanza magnetica, nella diagnosi e nella stratificazione prognostica. Guardando al futuro è stata affrontata l'implementazione dell'utilizzo dei biomarker. Accanto ai peptidi natriuretici, in particolare NT-proBNP, un valore additivo nella valutazione del rischio e dell'outcome del paziente con scompenso cardiaco è fornito dal dosaggio di troponine ad alta sensibilità (hsTnI). Si è posta molta attenzione su nuovi biomarker: ST2 e Galectina 3 come indici di rimodellamento cardiaco e fibrosi e sui marker renali tubulari (NGAL, NAG, KIM 1). Sul versante della terapia farmacologica dello scompenso cardiaco sono state discusse le nuove indicazioni riportate

nelle Linee Guida riguardo all'utilizzo dei farmaci antialdosteronici e dell'ivabradina alla luce dei risultati derivanti dagli ultimi trial EMPHASIS e SHIFT. In particolare per utilizzo dell'ivabradina si è particolarmente stressato il ruolo sulla riduzione delle ospedalizzazioni, che si traduce in una diminuzione dei costi della gestione dei pazienti con scompenso cardiaco. Nell'unica sessione dedicata all'endocardite infettiva, l'attenzione si è concentrata sulle metodiche di imaging supplementari a quelle attualmente indicate dalle Linee Guida ESC del 2009, specialmente nel paziente portatore di pacemaker (PM) o ICD. Relativamente a tali metodiche, è stata introdotta la possibilità di utilizzo della TC - PET nell'assessment diagnostico e prognostico del paziente con endocardite infettiva, per identificare foci nel paziente con device intracardiaco non evidenti all'ecocardiogramma. Questi sono solo alcuni degli aspetti di questo prestigioso congresso che con i circa 28.000 partecipanti da 140 paesi, le 10.000 comunicazioni scientifiche, i 204 espositori hanno contribuito a farne un'opportunità imperdibile di crescita culturale a livello internazionale.

AREA ARITMIE



Maurizio Eugenio Landolina

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



Gian Piero Perna

Chairman Gian Piero Perna (Ancona)
Co - Chairman Alberto Roghi (Milano)
Comitato di Coordinamento
Erberto Carluccio (Perugia)
Stefania Renne (Catanzaro)
Carlo Tedeschi (Napoli)
Paolo Trambaiolo (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging



AREA CARDIOCHIRURGIA



Pierluigi Stefano

Chairman Pierluigi Stefano (Firenze)
Co - Chairman Giuseppe Di Benedetto (Salerno)
Comitato di Coordinamento
Mauro Cassese (Catanzaro)
Francesco Maisano (Milano)
Francesco Musumeci (Roma)
Michele Portoghese (Sassari)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgia

AREA EMERGENZA - URGENZA



Maddalena Lettino

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



Chairman Antonio Mantero (Milano)
Co - Chairman Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)
Comitato di Coordinamento
 Antonio Falcone (Pescara)
 Carmelo Grasso (Siracusa)
 Arturo Raisaro (Pavia)
 Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE



Chairman (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



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

www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING



Chairman Medico Giuseppe Trocino (Monza - MB)
Co - Chairman Medico Gaetano Satullo (Messina)
Chairperson Infermiera Cristiana Caredda (Cagliari)
Co - Chairperson Infermiera Sabrina Barro (San Donà di Piave - VE)



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

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



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

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO



Chairman Gianfranco Misuraca (Cosenza)
Co - Chairman Giuseppe Di Tano (Cremona)
Comitato di Coordinamento
 Manlio Cipriani (Milano)
 Stefania De Feo (Peschiera del Garda - VR)
 Mauro Feola (Fossano - CN)
 Angela Beatrice Scardovi (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso

Inizio di un nuovo biennio: tempo di consuntivi e di progetti

DI MICHELE AZZARITO

Le attività dell'Area Malattie del Circolo Polmonare vanno dalla ricerca sui temi precipui, alla diffusione della cultura su questi temi; molti progetti sono in fase di completamento ed altri sono all'avvio

Si tratta di indagini o registri a carattere osservazionale e iniziative culturali come Congressi e Seminari specifici

Non è mai consigliabile iniziare una conversazione e men che mai una presentazione parlando di se stessi, anzi è buona norma evitarlo; farò una eccezione a questa regola trovandomi a scrivere queste righe come Chairman dell'Area Malattie del Circolo Polmonare, con un anticipo di alcuni mesi dato che il Chairman "ufficiale", il Dott. Loris Roncon (a cui voglio indirizzare i ringraziamenti, assolutamente non di maniera, per l'impegno profuso, per come si è speso e ancora si spende per la vita dell'Area), divenuto Presidente Regionale ANMCO Veneto, ha dovuto rinunciare al coordinamento dell'Area. Questo fa sì che il Chairman, vale a dire il sottoscritto, del prossimo biennio sia già in carica mentre il Comitato di Coordinamento è quello del biennio in corso; ritengo questa una grande opportunità poiché ci consentirà negli ultimi incontri di abbozzare un elenco di desiderata per il futuro che tenga conto non solo delle difficoltà che abbiamo affrontato, ma anche di tutte quelle progettualità appena solo abbozzate, magari per la consapevolezza che il tempo non sarebbe bastato, di quelle idee e a volte ideuzze accennate a mezza bocca perché già carichi di impegni; in una parola tenga conto delle speranze lavorative covate, non mi viene un termine più adeguato. Qualcuno ha detto che *«Ieri è esperienza, domani è speranza, oggi è passare*

dall'una all'altra come meglio possiamo». Penso che siamo anche fisicamente, nell'oggi della citazione. Ovviamente questa revisione di speranze lavorative non diventerà un programma definito, farebbe torto al nuovo Comitato di Coordinamento e ci priverebbe degli apporti e delle novità che sicuramente ci porteranno i nuovi Colleghi. È regolamento e consuetudine che i Comitati di Coordinamento esprimano i programmi delle rispettive Aree in occasione del Consiglio Direttivo che effettua queste convocazioni ad inizio biennio. Per tutti questi motivi questo scritto non sarà l'esposizione del programma prossimo venturo, ma una puntualizzazione di ciò che è già in essere. Il criterio che ha ispirato il passato e ispirerà il futuro, almeno nel prossimo biennio, dell'Area Malattie del Circolo Polmonare si può riassumere in due istanze fondamentali: il mantenimento e lo sviluppo di quanto fin qui realizzato, che definirò l'eredità, e la "messa in cantiere" di idee e progetti che magari vedranno la pratica attuazione non nell'immediato, probabilmente con altri Comitati di Coordinamento (il futuro). Tutto sempre con l'attenzione particolare ai nostri temi precipui. In questo scritto presenterò quello che abbiamo definito l'eredità, riservandomi dopo la formazione del nuovo Comitato, di presentare i nuovi progetti.





L'eredità

Come è noto l'Area Malattie del Circolo Polmonare si occupa fondamentalmente di Embolia Polmonare e di Ipertensione Polmonare. La prima è malattia molto diffusa, spesso grave che, come documenta lo Studio Blitz, rappresenta la seconda causa di morte nelle UTIC italiane dopo l'endocardite e prima dello STEMI. A tutt'oggi sono stati puntualizzati alcuni aspetti della diagnosi e terapia della fase acuta mentre altri sono ancora incerti o controversi; per converso per quel che riguarda la fase di post acuzie vi è a tutt'ora un vuoto di pensiero desolante. L'Ipertensione Polmonare invece è patologia poco diffusa ma culturalmente emergente. Malattia rara nella forma idiopatica, ha visto un incredibile progresso terapeutico nell'ultimo decennio, malattia non rara se ne vengono considerate le forme "secondarie", mi si perdoni il termine ormai desueto ma sempre chiaro. In questa forma ancora tanti sono gli interrogativi sia sul peso clinico che ha nel determinismo della malattia di base, sia sulle possibilità terapeutiche. Su questi temi l'Area ha già in corso degli Studi, appunto l'eredità, configurati essenzialmente come Studi osservazionali, a basso costo (che non vuol dire a bassa resa) in forma di Indagini o Registri di tipo longitudinale prospettico o trasversale. Andando per ordine:

- **IPER (Italian Pulmonary Embolism Registry) Registro Italiano dell'Embolia Polmonare.** Registro multicentrico

prospettico che ha arruolato circa 1.500 malati affetti da embolia polmonare in tutta Italia, responsabile il Dott. F. Casazza di Milano. Il Registro riguarda sia la fase acuta della malattia, completata per quel che attiene l'arruolamento e l'elaborazione dei dati, che la fase di post acuzie in fase di completamento. Questa parte appare assolutamente originale poiché, come detto poc'anzi, vi è sempre stata scarsa attenzione al follow - up di questa malattia. Sottolineo con estremo piacere come questo lavoro abbia avuto già l'onore di comunicazioni sia all'ANMCO degli anni scorsi sia all'ESC, ma che recentemente è stato accettato in forma di articolo nella prestigiosa Rivista "Thrombosis Research".

- **Indagine sulla tromboembolectomia percutanea polmonare.** Indagine anch'essa multicentrica che si propone come studio osservazionale trasversale, responsabile il Dott. Loris Roncon di Rovigo. L'argomento è attualmente uno dei più caldi del nostro settore (basta guardare lo spazio dedicatogli all'ESC 2012) e riguarda la terapia non farmacologica ma interventistica dell'embolia polmonare. L'indagine si propone di censire i centri che effettuano la tromboembolectomia percutanea, per divenire nel prosieguo un Registro che studi le modalità impiegate, le terapie anti-trombotiche di accompagnamento, i criteri con cui viene avviato il paziente a questa terapia e altro (PETER). È ovvio che una indagine del genere se

dovesse esitare in un Registro, prelude alla possibilità di creare una rete per la gestione dell'embolia polmonare.

- **INCIPIT 2 (INCidenza di Ipertensione sistolica Polmonare nei laboratori Italiani di ultrasonografia)** indagine sempre multicentrica e sempre in forma di registro osservazionale trasversale, responsabile la Dott.ssa Iolanda Enea di Caserta. In questo caso l'indagine riguarda la ipertensione polmonare intesa come condizione fisiopatologica. Fa seguito all'INCIPIT 1 (GIC maggio 2008) che ha documentato come su circa 21.000 ecocardiogrammi effettuati nel periodo in esame il 6.6% avevano elevate pressioni polmonari e di questi il 10% non riconducibili a patologia anamnestica o ecocardiograficamente evidente, cioè una ipertensione polmonare da qualificare, che sarà l'oggetto di indagine dell'INCIPIT 2.

- **Eventi educazionali:** nell'ultimo biennio sono stati organizzati ben tre incontri in forma congressuale sulle patologie del circolo polmonare e, a novembre 2012, un corso seminariale sull'embolia polmonare direttamente organizzato e gestito dall'Area. È un settore che sarà sicuramente oggetto di sviluppo e di ulteriori novità. Termino con l'impegno di presentare le novità (il futuro) non appena si sarà insediato il nuovo Comitato di Coordinamento, con la certezza però che se anche le persone si avvicendano biennio dopo biennio, i programmi e lo spirito lavorativo restano.

UTIC: proposte e realtà

Professione in crescita in terra calabrese

Un'analisi dall'Azienda Ospedaliera "SS. Annunziata" di Cosenza

DI FABRIZIO CHIAPPETTA

Il nuovo contesto socio - economico sta determinando, nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, in modo sempre più evidente, una tendenza a spostarsi da sistemi di management orientati al rigore a dei metodi e delle tecniche verso sistemi di management orientati alla soluzione dei problemi concreti, che tengano conto della multidisciplinarietà delle conoscenze e della loro integrazione per decidere ed operare con l'obiettivo di dare risposte adeguate ai problemi di salute. Inoltre, i cambiamenti nella legislazione sanitaria hanno imposto una ridefinizione del sistema organizzativo deputato alla erogazione dei servizi sanitari, dove la sfida delle strutture sanitarie si gioca sulla capacità di prevedere i bisogni sanitari espliciti ed inespressi del cittadino e di essere in grado di dare risposte diagnostiche - terapeutiche-assistenziali rispondenti a tali richieste. La qualità consente alla struttura organizzativa di definire il proprio servizio modellandolo sull'esigenza dell'utente - cliente tenendo conto sia degli aspetti clinici sia degli aspetti personali (sociali, culturali, psicologici ed emozionali) del "cliente".

Da ciò la necessità, per una Equipe Infermieristica, di porre la massima attenzione, durante le fasi di lavoro per l'organizzazione e la gestione della propria Unità Operativa, nell'identificare e supportare gli aspetti del sapere tecnico con quelli della comunicazione, dell'empatia, della personalizzazione delle cure e del coinvolgimento di tutti i protagonisti nella prassi assistenziali. In questi ultimi decenni, con il susseguirsi delle ultime riforme sanitarie, è cambiato il contesto normativo della Sanità italiana, motivato essenzialmente dall'esplosione incontrollata e progressiva della Spesa Sanitaria, senza che parallelamente si verificasse un diffuso ed omogeneo aumento della qualità delle prestazioni. Le nuove disposizioni legislative mettono al centro del sistema il paziente nella sua totalità; la professione infermieristica, essendo a strettissimo contatto con il paziente, ha un ruolo molto importante nell'attuazione del concetto di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni che vengono erogate e dell'organizzazione che le sottende. Oggi, quindi, gli aspetti economici, la qualità, la responsabilizzazione,

l'aziendalizzazione coinvolgono e ridisegnano la nostra attività professionale. Il lavoro di organizzazione e gestione di una Unità Operativa quale l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC), prevede la pianificazione, la programmazione, la valutazione e il controllo delle attività assistenziali delle figure professionali afferenti, attraverso:

- La programmazione delle attività, delle modalità operative, in relazione alle mutevoli esigenze e all'evoluzione della domanda assistenziale;
- L'identificazione delle risorse tecnologiche e umane rispondenti a criteri di funzionalità e qualità del servizio assistenziale;
- La definizione degli obiettivi, dei criteri, degli indicatori e degli standard per la valutazione dell'attività assistenziale. In questo quadro, si precisa che gli aspetti strutturali dell'UTIC sono già presenti e in evoluzione, inoltre, la determinazione delle risorse umane, la determinazione delle tecnologie necessarie comprese la loro introduzione, sono responsabilità dell'Organizzazione. L'Equipe infermieristica viene coinvolta nella discussione e realizzazione





del progetto e riveste un ruolo di responsabilità nel miglioramento continuo della qualità dell'assistenza attraverso:

- l'analisi dei processi assistenziali, l'individuazione dei punti di forza e dei punti di debolezza, il consolidamento e la diffusione di conoscenze tese a garantire prestazioni basate sulle migliori e più aggiornate prove di efficacia;
- la scelta del modello assistenziale di riferimento;
- la gestione e il coordinamento delle fasi di realizzazione, sperimentazione e verifica di strumenti di supporto per la pianificazione, la proceduralizzazione e la documentazione delle attività assistenziali;
- l'attivazione e il coordinamento di gruppi di lavoro per il confronto e miglioramento delle performance;
- la verifica e revisione continua attraverso la valutazione del raggiungimento degli obiettivi, la valutazione di indicatori e l'istituzione di un sistema di audit. Infine, ritengo molto importante realizzare un insieme di iniziative finalizzate allo sviluppo professionale per:
 - elevare il livello di professionalità degli operatori in riferimento allo sviluppo delle conoscenze, del progresso tecnico scientifico, dei mutamenti del contesto socio - culturale ed organizzativo, dell'evoluzione della domanda;
 - favorire l'orientamento e l'inseri-

mento del personale neoassunto;

- prevedere percorsi di aggiornamento continuo e di addestramento adeguati alle criticità assistenziali e in grado di far fronte all'elevato turnover del personale al fine di mantenere costanti i livelli di prestazione;
- formare ed addestrare il personale di supporto.

Quando si elabora un progetto di questo tipo, vanno considerate molte variabili; più accurata è l'analisi, la pianificazione, la programmazione e la valutazione iniziale, più elevata è la probabilità di contenere i costi e fornire una assistenza di alta qualità. Qualsiasi errore commesso in queste fasi può avere ripercussioni future sia per l'azienda sia per il professionista. La valutazione condotta in modo sistematico e ben strutturata permette di aggiungere valore al processo di gestione dell'organizzazione e di dare una immagine di trasparenza e di chiarezza. In sintesi, in una organizzazione complessa come quella sanitaria, quanto descritto fino a questo punto rappresenta la "spina dorsale" di una strategia orientata al conseguimento degli obiettivi enunciati nella Politica della Qualità. L'U.O. di Cardiologia e UTIC dell'Azienda Ospedaliera "SS. Annunziata" di Cosenza si occupa della diagnosi e cura delle patologie cardiovascolari e tratta pazienti che soffrono di cardiopatia ischemica, angina instabile, angina post - infartuale, scompenso

cardiaco e aritmie cardiache. Sono trattati anche pazienti che presentano situazioni di elevata complessità quali infarti in fase acuta. L'U.O. si avvale di metodiche e procedure invasive e non invasive. Un bisogno emergente è quindi la realizzazione di procedure/protocolli assistenziali per l'UTIC. Si definisce "protocollo" lo strumento che formalizza la successione di un insieme di azioni fisiche e/o mentali e/o verbali con le quali l'Infermiere raggiunge un determinato obiettivo definito nell'ambito della professione. La finalità del protocollo è quella di permettere l'erogazione dell'attività infermieristica in maniera efficace, efficiente e omogenea. L'elaborazione di protocolli rappresenta la risposta alla necessità di standardizzare procedure all'interno del gruppo e costituisce un momento di incontro e collaborazione tra équipe medica e infermieristica. Lo strumento del protocollo infermieristico in una UTIC può anche essere utile a stimolare gli Infermieri alla gestione attiva di particolari interventi assistenziali. Un progetto di miglioramento senza chiari obiettivi rischia di non ottenere nulla. È necessario definire con precisione le finalità del progetto, così da poter individuare la metodologia più adatta. Nell'ottica della Qualità orientata al "miglioramento continuo" proporrò, con questo studio, delle soluzioni per la gestione dell'assistenza infermieristica in UTIC, con l'obiettivo di

migliorare la “presa in carico della persona” e consentire all’Infermiere una partecipazione attiva nel processo assistenziale al paziente. In particolare, cercando di rispondere alle domande: «*cosa voglio migliorare, cosa voglio rafforzare e cosa voglio assicurare?*», ho rivolto il mio impegno per:

- progettare la Cartella Infermieristica quale strumento operativo per la pianificazione dell’assistenza infermieristica;
- progettare la scheda infermieristica di trasferimento dall’UTIC al Reparto;
- introdurre il modello organizzativo assistenziale “primary nursing”;
- definire il Piano delle attività infermieristiche;
- definire insieme al Primario dell’U.O. di Cardiologia la Check - List del carrello delle emergenze/urgenze;
- definire - rivedere le Job Description in UTIC;
- predisporre lo Stato di competenza del personale di UTIC;
- ideare la Scheda di valutazione del personale neoassunto/neoinserito;
- programmare, sia in base ai bisogni commissionati dall’Organizzazione sia in base ai bisogni emersi dal gruppo dei professionisti, dei percorsi formativi con l’obiettivo di formare e responsabilizzare il personale infermieristico e medico dell’UTIC. Per quanto riguarda le procedure operative (es. per l’accoglienza, per tipologia di paziente...), i profili diagnostico terapeutici - assistenziali (es. esami da effettuare, trattamenti specifici...)

saranno prodotti dal personale di UTIC con opportuni gruppi di lavoro multiprofessionali. L’UTIC, è una Terapia Intensiva molto speciale, dove è necessaria una assistenza infermieristica complessa, caratterizzata essenzialmente dalla convivenza di competenze e sensibilità particolari nei confronti degli aspetti umani del paziente e della sua famiglia, ma anche di competenze estremamente specialistiche di tipo tecnico. La formalizzazione di procedure e l’utilizzo di percorsi diagnostici - terapeutici e assistenziali condivisi assicura un livello adeguato delle prestazioni ed una razionalizzazione delle risorse. L’adozione di questa metodologia, prevede l’elaborazione di strumenti multidisciplinari che non può non prescindere dalla necessità e volontà di dialogo fra le diverse figure professionali coinvolte nel processo assistenziale. Il ruolo dell’Equipe Infermieristica è, in questo contesto, di facilitatore e promotore della metodologia che presuppone un cambiamento culturale laddove non è ancora stato raggiunto. Progettare e definire dei sotto - obiettivi a breve termine, cercando la condivisione da parte del gruppo infermieristico e soprattutto valutarne la fattibilità, potrebbe essere il metodo migliore per affrontare questo cammino che si presenta sicuramente laborioso ma non impossibile. È suo compito, quindi, sostenere una etica del lavoro come rivalutazione della specificità e

della dimensione qualitativa dell’esperienza individuale nel proprio lavoro, inteso e vissuto come risorsa per se stessi e per tutti coloro che ai diversi livelli contribuiscono a perseguire i principi della Politica della Salute. Tale processo comporta la creazione di un clima lavorativo nel quale aumenti la competitività “positiva” legata ad un miglioramento del contenuto del lavoro, ad un arricchimento delle competenze professionali, ad una liberazione delle capacità creative ed innovative. In questo modo si realizza sia l’affermazione della dignità e centralità della persona, sia l’affermazione del professionista come colui che è capace di rispondere ai bisogni del paziente, garantendo nel rispetto delle conoscenze tecnico - scientifiche attuali la risoluzione più appropriata. Il nuovo paradigma espresso nel concetto di empowerment, e le decisioni che ne derivano, danno una impronta del tutto particolare al processo dinamico di miglioramento continuo della qualità dell’assistenza. Questo favorisce una reale integrazione, uno scambio reciproco di informazioni, una maggiore definizione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno, condizione essenziale per erogare una assistenza infermieristica di qualità alla persona in un momento particolare della sua vita. A mio parere, solamente «*chi ha un progetto per la persona*», può pensare, pianificare, gestire una vera organizzazione per obiettivi.





Predizione del rischio su popolazione o su individuo?

Il dilemma del clinico tra Carte del Rischio e tecniche di Imaging

DI GIAN FRANCESCO MUREDDU, POMPILIO FAGGIANO, FRANCESCO FATTIROLI, FAUSTO RIGO

Gran parte del rischio cardiovascolare (RCV) globale dipende dall'interazione di fattori di rischio riconoscibili che possono essere modificati attraverso lo stile di vita e, nei casi più gravi, attraverso una terapia farmacologica continuativa. È ampiamente dimostrato attraverso gli studi epidemiologici che il rischio cardiovascolare è reversibile e la riduzione dei livelli dei fattori di rischio porta ad una riduzione degli eventi e della gravità degli stessi. La valutazione del RCV viene tradizionalmente eseguita con "Carte del Rischio", algoritmi matematici che predicono lo sviluppo di un evento cardiaco e/o vascolare futuro (in genere a 10 anni) a partire dall'osservazione della distribuzione dei fattori di rischio e degli eventi in una data popolazione e in un dato periodo temporale. Tuttavia, sebbene numerose (Progetto CUORE in Italia, SCORE in Europa, Framingham (FRS) e Reynolds risk score negli USA, PROCAM in Germania, ASSIGN e Q-risk nel Regno Unito, tanto per fare qualche esempio) le carte del rischio sono generalmente sottoutilizzate nella pratica clinica, per le politiche sanitarie degli enti nazionali e locali, la scarsa attenzione degli operatori sanitari, la mancanza di tempo e di risorse o per inerzia terapeutica^[1].

Limiti delle Carte del Rischio

Il principale limite delle Carte del Rischio è che esse stimano il rischio su popolazione e non il rischio individuale. Non è pertanto possibile escludere che esse possano sovrastimare il rischio determinando un eccesso di terapia in individui apparentemente esposti che però non svilupperanno mai eventi^[1,2]. In realtà, infatti, la maggior parte dei soggetti con uno o più FR non avrà mai un evento coronarico, mentre è noto che la maggior parte degli eventi CV in una popolazione si svilupperanno in individui a basso rischio semplicemente perché più numerosi (il Paradosso di Rose). È stato osservato inoltre che in una popolazione con aterosclerosi subclinica diffusa ai tre principali distretti vascolari (coronarico, aortico e carotideo), il 35% era stimata a basso rischio, il 41% a rischio intermedio e solo il 23% ad alto rischio secondo la carta del rischio del FRS^[3]. Quindi soggetti con stima del rischio bassa ma con aterosclerosi subclinica potrebbero essere sottotrattati sulla base delle sole stime statistiche. Un altro problema delle carte del rischio è che possono dipendere almeno in parte dalla regione geografica (e quindi dalle caratteristiche della popolazione) da cui derivano e/o dall'epoca temporale nella quale sono

state sviluppate (periodo di osservazione su distribuzione dei FR e degli eventi in una data popolazione). In terzo luogo, le Carte del Rischio non prendono in considerazione il tempo di esposizione al rischio che notoriamente è associato (come nell'ipertensione e nel diabete) allo sviluppo dell'aterosclerosi; infine, notoriamente funzionano peggio negli strati di popolazione che si discostano dalla media (anziani o giovani, donne, diabetici) in soggetti che presentano un solo FR particolarmente elevato e in quelli con malattia renale preclinica.

Metodi per migliorare la performance delle Carte del Rischio

Uno dei metodi più utilizzati per migliorare il potere predittivo delle Carte del Rischio è quello di aggiungere ad esse nuovi fattori di rischio, generalmente biomarker che hanno dimostrato una associazione con il rischio e gli eventi CV. L'appropriatezza di questi modelli multipli (cosiddetti multiscore) nel migliorare la stima del rischio è valutata dalla capacità di riclassificare i soggetti che svilupperanno l'evento dalle categorie a rischio basso - intermedio all'alto rischio. Il "Net Reclassification Improvement" (NRI) assume che la riclassificazione sia appropriata se una quota di almeno il 10% dei soggetti

sono riclassificati in maniera più appropriata con un nuovo metodo rispetto al precedente. Nonostante i tentativi di implementare la potenza predittiva delle Carte di Rischio mediante l'aggiunta di nuovi marcatori di rischio CV (tra cui la hs - CRP, Lp(a), BNP, lipoproteina Lp - PLA2, apolipoproteina B ed altri fattori pro-infiammatori e coagulativi legati alla formazione e/o all'instabilizzazione della placca), i nuovi biomarker non sono stati in grado di aggiungere potere predittivo alle tradizionali Carte del Rischio né quando utilizzati da soli né quando aggiunti ai FR tradizionali in modelli multipli (multi-marker score). Al contrario è stato dimostrato che marcatori semplici di danno d'organo come la microalbuminuria (MAU), il filtrato glomerulare (GFR ottenuto con la formula MDRD), l'ipertrofia ventricolare sinistra (all'ECC o all'ecocardiogramma) o l'evidenza di un ispessimento medio intimale (IMT) o di placche carotidee sono in grado di riclassificare soggetti a rischio SCORE intermedio favorendo la corretta stratificazione del rischio.

L'Imaging CV nella prevenzione individuale

(Tabella 1)

L'imaging è considerato superiore alla semplice stima del rischio perché : 1) identifica direttamente l'aterosclerosi; 2) riclassifica il rischio intermedio guidando le scelte terapeutiche; 3) favorisce l'aderenza alla terapia dei pazienti. Se consideriamo che la maggior parte delle morti per eventi CV proviene da individui stimati a basso rischio (nello studio di Framingham il 50% dei soggetti con

infarto acuto del miocardio avevano normali livelli di colesterolo) la diagnosi di aterosclerosi preclinica potrebbe migliorare sensibilmente la stratificazione del rischio CV in soggetti adulti asintomatici. Tra le tecniche di Imaging cardiovascolare le più utilizzate sono attualmente quelle ecografiche. Un aumento dell'IMT carotideo ha dimostrato di essere fortemente associato agli eventi CV e di essere in grado di riclassificare individui a rischio intermedio verso le categorie a basso o ad alto rischio soprattutto quando associate all'evidenza di placche. Il principale limite della valutazione ecoDoppler del IMT, quello della variabilità interosservatore e della riproducibilità intrapaziente, può essere superato al giorno d'oggi con le nuove tecniche a radiofrequenza. L'ecoDoppler dei vasi periferici è particolarmente utile nello screening dell'aneurisma dell'aorta addominale (AAA) ovvero nella prevenzione della rottura del vaso. Per quanto riguarda la Tomografia Computerizzata (TC) delle coronarie lo sviluppo e la disponibilità della tecnologia "multi-detettore" hanno modificato l'approccio diagnostico alla prevenzione, pur rimanendo aperto il problema dell'esposizione a rischio radiologico la cui entità dovrebbe essere resa esplicita dai diversi centri sia agli operatori sanitari che ai pazienti. Lo studio del calcio coronarico mediante CT (coronary artery calcium score, CACS) ha senz'altro maggiori indicazioni e basi d'evidenza rispetto alla visualizzazione TC delle coronarie (coronario - TC) nella stratificazione del rischio in soggetti asintomatici. La presenza di un elevato CACS ha un valore pro-

gnostico incrementale rispetto ai FR tradizionali ma soprattutto l'assenza o un basso livello del CACS identifica un sottogruppo di soggetti asintomatici a rischio estremamente basso, escludendo la necessità di ulteriori test diagnostici o di terapie "aggressive". In una recente meta - analisi^[4] condotta su 25 Studi per valutare il ruolo incrementale dell'aterosclerosi subclinica nella predizione del rischio CV (eventi CV fatali o non fatali) il CACS si è mostrato in grado di migliorare la riclassificazione (NRI) dal 14% al 25% rispetto alle Carte del Rischio convenzionali. Resta il limite della disponibilità su ampia scala di questa metodica. Concludendo, un corretto percorso diagnostico è quello in grado di determinare il profilo di rischio evitando da un lato test inutili, e quindi limitando i costi e lo spreco di risorse umane, e dall'altro selezionando in maniera appropriata i soggetti che possano trarne il maggior beneficio. È stato dimostrato che l'utilizzo di test diagnostici è più utile dopo aver stratificato il rischio cardiovascolare con le Carte del Rischio, in particolare negli individui a rischio intermedio. Per questa categoria di soggetti, infatti, gli esami ematochimici, le metodiche di Imaging consentono in una percentuale rilevante di ridefinire il rischio spostandolo verso il basso o verso l'alto, categorie nelle quali le indicazioni all'intervento sono molto ben definite. I soggetti ad alto rischio non hanno bisogno di ulteriore diagnostica proprio perché gli interventi da applicare (farmacologici e non farmacologici) sono ben delineati dalle Linee Guida, mentre un test diagnostico indiretto, in una



Principali tecniche di imaging cardiovascolare non invasivo: valore prognostico ed incrementale rispetto alle carte del rischio

Metodo	Indice	Valore prognostico (studi principali)	Valore incrementale del test rispetto ai punteggi di rischio (riclassificazione)
Eco-Doppler carotideo	Spessore Medio Intimale Carotideo (IMT)	O'Leary DH, et al. N Engl J Med 1999; 340:14-22. Zanchetti et al. (ELSA study), Circulation 2009; 120:1084-1090. Nambi V. et al. (ARIC study). JACC 2010; 55:1600-7. Lorenz MW et al. (CAPS study) Eur Heart J 2010;31(16): 2041-2048	Cuspidi C et al. (APROS), J Hypertens 2002;20:1307-1314. Bots ML et al (Rotterdam study) Circulation 1997;96:1432-7. O'Leary DH et al (CHS) N Engl J Med 1999;340:14 -22. Nambi V et al. (ARIC), J Am Coll Cardiol 2010; 55:1600-7. Erbel R et al. The Heinz Nixdorf Recall Study. J Am Coll Cardiol 2010;56:1397-406.
Risonanza Magnetica (MRI) carotidea	Presenza e composizione della placca	Wasserman BA, et al. The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). Stroke. 2008;39:329 -35. Yuan C et al. Circulation 2002;105:181-5.	Takaya N, et al. Stroke. 2006;37:818 -23. Takaya N et al. Circulation 2005;111:2768-75.
Ecocardiografia 2D/M-Mode	Massa VS indicizzata (g/m ²)	Levy D. et al. N Engl J Med 1990;322:1561-1566. Koren MH et al. Ann Intern Med 1991;114: 345-352.	Cuspidi (APROS), J Hypertens 2002;20:1307-1314. Sehestedt T et al. J Hypertens 2009, 27:2351-2357.
	Calcificazioni cardiache	Otto CM, et al. N Engl J Med 1999; 341: 142-7. Fox CS. et al. Circulation 2003; 107: 1492-1496. Kanjanauthai S. et al. The Multi-Ethnic Study of atherosclerosis (MESA). Atherosclerosis 2010; 213: 558.	?
Doppler dei vasi periferici	Indice caviglia/ braccio (ABI)	Fowkes GF, JAMA 2008; 300:197-200. De Buyzere M, et al. Progr Cardiovasc Dis 2008; 50:238-263.	?
Ecografia dell' Aorta addominale	Aneurisma dell' Aorta addominale (AAA)	Fleming C. et al. Ann Intern Med 2005;142(3):203-11. Kim LG et al. Ann Intern Med 2007;146(10):699 -706. Cosford PA, et al. Cochrane Database Syst Rev 2007;(2):CD002945	U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2005;142: 198 -202 (43% relative risk reduction for deaths from AAA with screening)
Tomografia Computerizzata (TC)	Calcio coronarico (Coronary artery calcium score, CACS)	Budoff MJ et al. J Am Coll Cardiol 2007;49:1860-70. Sarwar A, et al. J Am Coll Cardiol Img 2009;2:675-88; Peters SAE et al. Heart 2012;98:177-184	Erbel R et al. The Heinz Nixdorf Recall Study. J Am Coll Cardiol 2010;56:1397-406. Kavousi et al. Ann Intern Med. 2012;156:438-444.

Tabella 1

popolazione mal selezionata (a basso rischio), espone alla possibilità di ridurre drasticamente l'accuratezza e di incorrere in un maggior numero di falsi positivi. La prevenzione individuale è pertanto un atto clinico che compete elettivamente ai Medici e se fatta appropriatamente sul singolo, ha indiscutibili risvolti sulla popolazione generale.

Bibliografia essenziale

1. Cooney MT, et al Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk. A review for clinicians. J Am Coll Cardiol 2009;54:1209-27.
2. Lloyd-Jones DM. Cardiovascular risk prediction. Basic concepts, current status, and future directions. Circulation 2010;121:1768-1777.
3. Karim R, et al. Relation of Framingham risk score to subclinical atherosclerosis evaluated across three arterial trees. Am J Cardiol 2008;102:825-30.
4. Peters SAE, et al. Improvements in risk

stratification for the occurrence of cardiovascular disease by imaging subclinical atherosclerosis: a systematic review. Heart 2012;98:177-184.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

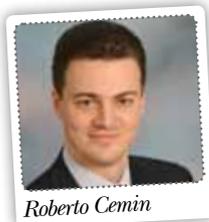


Rosa Anna Maria Pes

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

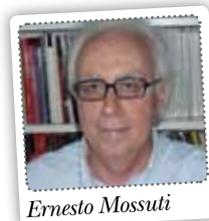


Roberto Cemin

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 (Sicilia - 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 Vilella (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



Da sinistra a destra: Raffaele Lumare, Frank Benedetto, Mario Chiatto, Vincenzo Amodeo, Alessandro Ferraro, Alfredo De Nardo, Roberto Caporale

Le Linee Programmatiche del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria

DI MARIO CHIATTO A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO CALABRIA

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria si pone come obiettivo generale quello di consolidare il proprio ruolo d'interlocutore scientifico delle Istituzioni Sanitarie Regionali negli ambiti di interesse cardiovascolare. In particolare, si considera estremamente rilevante l'essere stati inseriti nella Task Force per la lotta all'Infarto Miocardico Acuto costituita dalla Struttura Commissariale della Regione Calabria nell'ambito della quale è stato svolto un ruolo di primo piano, fornendo un contributo

substanziale con il Documento "Riorganizzazione della rete per l'infarto miocardico acuto in Calabria". La concretizzazione di questo obiettivo appare prossima, attraverso un Decreto della Regione destinato a istituire percorsi e ruoli di tutte le professionalità coinvolte.

I Progetti che ci si propone di concretizzare nel biennio sono:

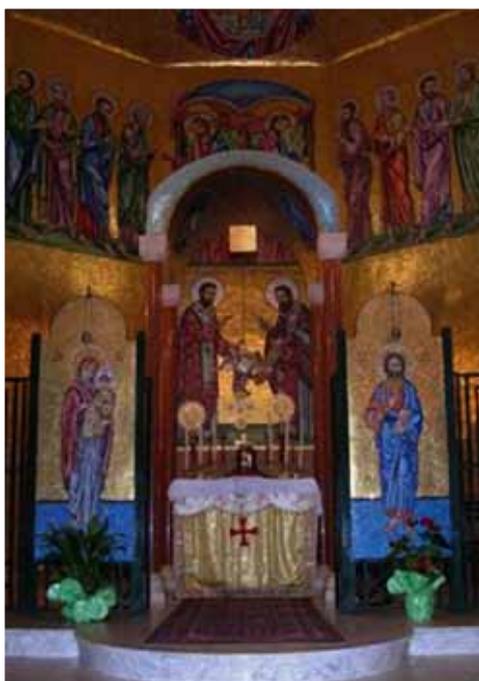
1. Realizzare un Registro sui Protocolli terapeutico - organizzativi utilizzati per le SCA STE. In tale Progetto, proposto e coordinato dal Dott. Roberto

Caporale, verranno coinvolte tutte le UTIC della regione che verranno invitate a compilare una scheda di raccolta dati sui tempi di diagnosi, trasferimento e trattamento farmacologico e/o interventistico. Lo Studio dovrà prevedere un periodo campione di circa un mese da individuare nella primavera 2013 e da ripetere in epoche successive per poter monitorare lo sviluppo della Rete per l'infarto. Tale modello potrebbe costituire la base per un Registro web based idealmente continuo. L'iniziativa trova





*Navata centrale santuario
dei SS. Damiano e
Cosma, San Cosmo
Albanese, Cosenza*



*Altare del santuario dei SS.
Damiano e Cosma,
San Cosmo Albanese,
Cosenza*

una forte legittimazione nelle recenti Linee Guida STEMI che raccomandano fortemente tale raccolta dati;

2. Sempre nell'ambito dei rapporti con le Istituzioni Sanitarie viene proposto dal Dott. Vincenzo Amodeo di adoperarsi per l'attivazione da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Calabria dell'Atto Deliberativo della Regione sul percorso del dolore toracico; realizzazione di una Rete per la continuità assistenziale Ospedale - Territorio per lo Scompenso Cardiaco proposta dal Dott. Mario Chiatto.

3. Programma di formazione dedicato a giovani Cardiologi con pianificazione di stage monotematici su tecniche diagnostiche e terapeutiche di Cardiologia. Le specialità affrontate saranno l'Emodinamica (presso i laboratori dell'Ospedale di Catanzaro e di Cosenza), l'ablazione transcatertere delle aritmie cardiache (presso i Laboratori di Catanzaro, Ospedale Pugliese e SAH, e l'Imaging cardiovascolare (a Reggio Calabria, Vibo Valentia, Castrovillari) su tematiche di RMN, Ecocardiografia, TC angio;

4. Congresso Regionale ANMCO a Cosenza data presunta ottobre 2013;

5. Organizzazione della Convention UTIC 2014 a Vibo Valentia;

6. Programma di divulgazione nelle Scuole di argomenti di prevenzione cardiovascolare, su proposta del Dott. Raffaele Lumare;

7. Due eventi formativi a cura della Dott.ssa Cosima Cloro rispettivamente su: "Gestione delle apparecchiature elettromedicali in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica: ruolo dell'infermiere" e "Prevenzione cardiovascolare nelle donne".

La gestione del paziente diabetico cardiopatico

DI EUPREMIO LUIGI GRECO E ANTONIO FRANCESCO AMICO

INTRODUZIONE

Il diabete mellito è una malattia vascolare accelerata: la maggioranza dei pazienti diabetici muore, infatti, in conseguenza di patologie cardiovascolari^[1]. Il diabete aumenta da 3 a 8 volte il rischio cardiovascolare rispetto alla popolazione non diabetica^[2]. Numerosi studi hanno dimostrato, inoltre, che il rischio che un paziente diabetico possa avere un infarto a 5 anni è sovrapponibile a quello di coloro che sono stati già colpiti da un precedente evento cardiovascolare^[3,4] e che la concomitante presenza di diabete e precedenti episodi cardiovascolari identifica una popolazione ad elevato rischio di morte coronarica^[5]. Le Linee Guida congiunte ESC e EASD su "Diabetes, Pre - Diabetes and Cardiovascular Diseases" parlano di diabete e malattie cardiovascolari come "due facce della stessa medaglia" ed auspicano un approccio cardiometabolico^[5].

Nell'ambito dell'U.O. di Cardiologia del P.O. di Copertino, è attivo l'Ambulatorio di Cardiologia Endocrino - Metabolica (ACEM). L'ambulatorio è dedicato ai pazienti cardiopatici, affetti da diabete mellito, che sono stati dimessi dall'U.O. di Cardiologia.

IL PROTOCOLLO DI GESTIONE

I pazienti che hanno accesso all'Ambulatorio

Possono accedere all'Ambulatorio esclusivamente i pazienti con una

coronaropatia documentata e affetti da Diabete Mellito.

Nella gestione dei pazienti, sono previste due tipologie di visita.

1. La visita cardiometabolica,
2. La visita di controllo.

La visita cardiometabolica

Durante la visita cardiometabolica, si procede con:

- una accurata raccolta anamnestica e/o l'aggiornamento della storia clinica del paziente;
- l'esame obiettivo generale e cardiovascolare;
- la ricerca di segni delle complicanze croniche del diabete;
- l'esecuzione e la refertazione di un tracciato ECGrafico;
- la compilazione della cartella diabetologia;
- l'assegnazione del paziente ad uno dei profili di rischio (vedi Figure).

Al termine della visita di screening, viene consegnato al paziente un cartellino della stesso colore del percorso a cui è stato assegnato, contenente le indicazioni per i controlli successivi, e la cartella diabetologica, che fungerà da strumento di comunicazione tra l'ACEM e il MMG.

I profili di rischio

Allo scopo di ottimizzare le risorse a disposizione, si è scelto di stratificare questa popolazione ad alto rischio coronarico in 3 sottopopolazioni, in base al grado di compenso glicometabolico ed emodinamico. Al singolo paziente viene attribuito un codice colore differente (basso rischio: verde, rischio intermedio: giallo, alto

rischio: rosso); a seconda della classe di rischio assegnata, il paziente viene quindi inserito all'interno di percorsi diagnostico - terapeutici differenti (vedi Figure), distinti per la frequenza degli accessi presso l'ACEM e per il tipo di valutazioni periodiche richieste. L'attribuzione ad una delle classi di rischio viene confermata o modificata in occasione delle visite cardiometaboliche o quando si verificano dei cambi nel quadro clinico che rendono necessario rivedere la stratificazione.

I controlli intermedi

I controlli intermedi sono previsti come sistema di monitoraggio della terapia e delle condizioni cliniche del paziente. Sono scadenziati in maniera differente per ciascun percorso: semestrali per il percorso verde; ogni 4 mesi per il percorso giallo; trimestrali per il percorso rosso. Sia nel caso delle visite di controllo che in quello delle visite cardiometaboliche, si è deciso di attuare un sistema di vigilanza attiva. Non è quindi il paziente a prenotarsi e ad attendere la data della prenotazione, ma è l'Ambulatorio a prenotare il paziente per una data stabilita e a richiamarlo in prossimità della scadenza per effettuare il controllo.

L'offerta complessiva del modello di gestione integrata

Nel suo insieme, il sistema di gestione attuato si presenta come una proposta complessa ed articolata che mira ad una pluralità di interventi su una



PERCORSO VERDE

- Pazienti in terapia antidiabetica orale
- Pazienti in discreto compenso glico - metabolico (HbA1c < 7.0%)
- Stabilità clinica ed emodinamica
- **Visita di screening delle complicanze ogni 18 mesi**
- esecuzione di indagini ematochimiche di routine
- screening complicanze micro e macroangiopatiche
- counseling dietologico e/o antifumo
- **Visita di controllo ogni 6 mesi**
- esecuzione di indagini ematochimiche di routine

PERCORSO GIALLO

- Pazienti in terapia antidiabetica combinata (ADO + insulina basale)
- Compenso glico - metabolico subottimale
- (HbA1c compresa tra 7.5 e 8.5 %)
- Stabilità clinica ed emodinamica
- **Visita di screening delle complicanze ogni 12 mesi**
- esecuzione di indagini ematochimiche di routine
- screening complicanze micro e macroangiopatiche
- counseling dietologico e/o antifumo
- **Visita di controllo ogni 4 mesi**
- esecuzione di indagini ematochimiche di routine

popolazione ad elevato rischio cardiovascolare.

Questa proposta si compone, oltre che nelle valutazioni già indicate, nelle seguenti attività.

DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE DI SECONDO LIVELLO

In base ai dati clinici raccolti durante le valutazioni periodiche o durante le visite d'urgenza, ai pazienti viene indicata l'esecuzione di esami diagnostici cardiovascolari di II livello. Per gli esami diagnostici effettuabili all'interno dell'ACEM, la prenotazione avviene direttamente su agenda e permette di sottrarre i pazienti alle liste di attesa del CUP. L'obiettivo esplicito di questo tipo di organizzazione è quello di eliminare le liste d'attesa per tutte le prestazioni che riguardano la gestione di questa popolazione di pazienti. Gli esami che attualmente possono essere effettuati direttamente presso l'Ambulatorio, con prenotazione diretta su agenda sono:

- ECG,
- Ecocardiogramma 2D,
- Eco - colordoppler TSA,
- Eco - colordoppler arterioso Arti Inferiori,
- Test ergometrico,
- Ecostress.

COUNSELING NUTRIZIONALE

I pazienti per cui è necessario un counseling nutrizionale sono inviati

direttamente presso l'Ambulatorio di Terapia nutrizionale per sedute individuali e di gruppo per l'educazione alimentare. La terapia nutrizionale deve essere parte integrante del trattamento di questi pazienti che si giovano, più e meglio di altri, del cambiamento dello stile di vita^[6].

COLLABORAZIONE CON IL CENTRO ANTIFUMO

È attivo un protocollo per l'invio dei pazienti fumatori afferenti all'Ambulatorio presso il Centro Antifumo del Distretto di Nardò. I pazienti selezionati vengono invitati ad un incontro di gruppo, in cui partecipano congiuntamente il referente dell'Ambulatorio di Cardiologia Metabolica ed il referente del Centro Antifumo, e quindi seguono un programma individualizzato presso il Centro stesso. Il programma inerente alla smoking cessation, stabilito secondo le Linee Guida del Ministero della Salute^[7], comprende:

- valutazione iniziale multidisciplinare con visita pneumologica, psicologica ed educativa con riferimento anche all'assessment del grado di addiction, del craving, della motivazione, self-efficacy e tipologia di personalità del fumatore;
- individuazione di un programma multidisciplinare che si svolge in circa dieci sedute, per quasi tre mesi, inclusivo di incontri di gruppo e terapie alternative, come l'ipnosi, secondo

quanto stabilito dalle predette Linee Guida;

- monitoraggio del trattamento con indicatori di efficienza ed efficacia.

INCONTRI DI RINFORZO EDUCAZIONALE

Secondo le principali società scientifiche internazionali, la formazione dei pazienti dovrebbe essere far parte del percorso di cura dei pazienti affetti da patologie croniche^[8]. Sono previsti, per questo, incontri educazionali a cui il paziente è invitato a partecipare almeno una volta l'anno, durante i quali:

- si forniscono informazioni circa la modalità di determinazione e registrazione della glicemia a domicilio mediante apposita strumentazione,
- si istruiscono i pazienti sull'uso dei dispositivi per la somministrazione dell'insulina,
- si istruiscono i pazienti e i familiari circa le modalità di intervento nel caso di ipoglicemia,
- si insegna ai pazienti a riconoscere cibi ad alto e a basso indice glicemico,
- si effettua un'adeguata informazione per la prevenzione primaria e secondaria delle patologie cardiovascolari e metaboliche.

La partecipazione a tali incontri è obbligatoria per tutti coloro che dovranno essere dotati di apparecchio per l'Automonitoraggio della glicemia, allo scopo di minimizzare l'uso improprio dell'apparecchio e per

PERCORSO ROSSO

- Pazienti che effettuano terapia antidiabetica complessa
- Compenso glico - metabolico scadente (HbA1c > 8.5 %)
- Instabilità clinica ed emodinamica
- Presenza di comorbidità che complicano la gestione del Diabete e/o della Cardiopatia

- **Visita di screening delle complicanze ogni 9 mesi**

- esecuzione di indagini ematochimiche di routine
- screening complicanze micro e macroangiopatiche
- counseling dietologico e/o antifumo

- **Visita di controllo ogni 3 mesi**

- esecuzione di indagini ematochimiche di routine

scoraggiarne un uso “rassicurante”. Attualmente è in corso di sperimentazione un’attività educativa strutturata mediante lo strumento delle Conversation Map^[9], uno strumento educativo che mira all’empowerment del paziente diabetico mediante tecniche di discussione e di confronto in piccoli gruppi. Un sottogruppo di pazienti è stato invitato a partecipare ogni 3 mesi ad uno di questi incontri, per un totale di 4 incontri complessivi. Alla fine del percorso intendiamo raccogliere i dati antropometrici e metabolici di questi pazienti e confrontarli con quelli della popolazione di controllo.

INCONTRI DI FORMAZIONE TRA GLI OPERATORI

Al fine di mantenere elevato il livello di confronto e di collaborazione tra tutti gli operatori e di modificare in itinere il percorso, l’ACEM organizza semestralmente degli incontri di formazione e di scambio con i MMG che operano nel territorio.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

In questo tempo, la crisi economica e le conseguenti necessità di risparmio nel settore pubblico, impongono di rivedere i modi attraverso cui vengono erogati i servizi, per verificare l’appropriatezza e la qualità delle prestazioni. Per questo occorre uno sforzo organizzativo che faciliti l’accesso alla popolazione più vulnerabile, garantisca una continuità assistenziale che

permetta di fare rapidamente le cose utili ed eviti quelle inutili o ripetute, guidi il paziente lungo tutto il percorso della malattia, che spesso lo accompagna per tutta la vita, modificandone aspettative e possibilità. L’offerta dell’ACEM vuole andare incontro a questa necessità, offrendo un percorso integrato, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, a quella popolazione ad alta vulnerabilità caratterizzata dalla concomitante presenza di diabete mellito e coronaropatia, la cui sopravvivenza a 5 anni è inferiore al 50%. Rispetto a un tradizionale ambulatorio di diabetologia l’ACEM si distingue proprio per il limitare l’approccio diagnostico - osservazionale - terapeutico a questo sottogruppo di pazienti “naturalmente” selezionato in cui è più probabile che l’intervento possa avere un’efficacia concretamente dimostrabile. Nel futuro prossimo venturo è nostra intenzione coinvolgere sempre più significativamente il territorio, riservando all’ACEM lo screening delle complicanze croniche e la diagnostica cardio - metabolica di I e II livello, per ampliare il bacino d’utenza che è possibile raggiungere e per realizzare quella continuità assistenziale che, a nostro modo di vedere, è l’unico modo serio ed efficace per ridurre la spesa sanitaria senza penalizzare il paziente, soprattutto quello fragile.

Bibliografia

1. Morrish NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. *Diabetologia* 2001;44(Suppl. 2):S14-S21.
2. Laakso M002E Hyperglycaemia and cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Diabetes* 1999;48:937-942.
3. Juutilainen A et al. Type 2 diabetes as a ‘coronary heart disease equivalent’: an 18-year prospective population-based study in Finnish subjects. *Diabetes Care* 2005;28:2901-2907.
4. Hu FB et al. The impact of diabetes mellitus on mortality from all causes and coronary heart disease in women: 20 years of follow-up Follow-up. *Arch Intern Med* 2001;161:1717-1723.
5. Diabetes, Pre-Diabetes and Cardiovascular Diseases. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *EHJ* 2007;28:88-136.
6. HYPERLINK “<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20054522>” Long-term lifestyle intervention lowers the incidence of stroke in Japanese patients with type 2 diabetes: a nation-wide multicentre randomised controlled trial (the Japan Diabetes Complications Study). Sone H, Tanaka S, Iimuro S, Tanaka S, Oida K, Yamasaki Y, Oikawa S, Ishibashi S, Katayama S, Yamashita H, Ito H, Yoshimura Y, Ohashi Y, Akanuma Y, Yamada N; Japan Diabetes Complications Study Group. *Diabetologia*. 2010 Mar;53(3):419-28.
7. Istituto Superiore Sanità – Osservatorio fumo, alcol e droga - Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell’abitudine al fumo, 2002. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell’abitudine al fumo, Aggiornamento al 2008.
8. Standards of Medical Care of Diabetes 2011 – American Diabetes Association.
9. Comparative effectiveness of patient education methods for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. Sperl-Hillen J, Beaton S, Fernandes O, Von Worley A, Vazquez-Benitez G, Parker E, Hanson A, Lavin-Tompkins J, Glasrud P, Davis H, Adams K, Parsons W, Spain CV. *Arch Intern Med*. 2011 Dec 12;171(22):2001-10.





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



ANMCO Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOW ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2013 •

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome Sesso

Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] [] []

Tel. / Cell. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] [] []

Tel. / Cell. Fax E - mail

Anno di Laurea Anno di Iscrizione all'ANMCO

Status di Fellow in altre società mediche

Lingue conosciute

Livello di conoscenza: Eccellente Buono Mediocre

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow; | <input type="checkbox"/> attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato; |
| <input type="checkbox"/> lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri; | <input type="checkbox"/> curriculum vitae completo; |
| | <input type="checkbox"/> foto in formato digitale. |

Campi di interesse in cui il candidato si ritiene esperto (massimo 2)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR) | <input type="checkbox"/> Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF) | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC) |
| <input type="checkbox"/> Biologia cellulare del cuore (BCC) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e prevenzione (EPR) | <input type="checkbox"/> Cardiochirurgia (CCH) |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia (FCA) | <input type="checkbox"/> Cardiopatie valvolari (CAV) | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca (INC) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR) | <input type="checkbox"/> Informatica (INF) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica (CPO) |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (ECO) | <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica (CCL) |
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed elettrostimolazione (AES) | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica (IPR) | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute (SCA) |
| | <input type="checkbox"/> Malattie del miocardio e del pericardio (MMP) | <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva Cardiologica (TIC) |

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell' ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate tutte le riviste pubblicate dall'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC (Federazione Italiana di Cardiologia), con sede a Roma c/o Policlinico Universitario "Tor Vergata", Cattedra di Cardiologia, Viale Oxford n. 81 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma

FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2013 •

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO.
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico editoriale:
 - 2.1. Partecipando come autore o co-autore ad almeno 5 pubblicazioni scientifiche, su riviste censite dall'Index Medicus, negli ultimi 5 anni, oppure:
 - 2.2. Partecipando come primo autore ad almeno 5 abstract negli ultimi 5 anni (comunicazioni o poster in convegni o riunioni scientifiche a livello nazionale o internazionale), purché in associazione ad almeno una delle seguenti 3 condizioni:
 - 2.2.1. Autore o co-autore di almeno 3 pubblicazioni per esteso negli ultimi 5 anni (riviste scientifiche indicizzate in Index Medicus, capitoli di libri, etc.), oppure:
 - 2.2.2. Almeno 5 pubblicazioni negli ultimi 5 anni, su riviste censite in Index Medicus, derivate da studi multicentrici (ANMCO o non ANMCO) in qualità di partecipante allo studio, con partecipazione documentata in appendice al lavoro oppure in apposita certificazione, oppure:
 - 2.2.3. Documentando l'attività di revisore per almeno una rivista recensita su Index Medicus.
3. Fellowship in campo organizzativo-gestionale. Vengono sospese le procedure di accesso alla Fellowship in campo organizzativo-gestionale. Gli Associati ANMCO attualmente titolari di questo tipo di Fellowship continuano a mantenere questo titolo a tempo indeterminato.

Domanda di ammissione alla Fellowship

La domanda di accesso alla Fellowship in campo scientifico - didattico - editoriale va corredata dai seguenti documenti:

- a - modulo apposito, debitamente compilato;
 - b - due fotografie, formato tessera;
 - c - curriculum vitae completo;
 - d - documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal candidato;
 - e - lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a Congressi internazionali, abstracts a Congressi nazionali, capitoli di libri;
 - f - segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);
 - g - lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow; l'elenco dei Fellow sarà pubblicato su ogni numero di Cardiologia negli Ospedali o su apposita pubblicazione;
 - h - indicazioni delle lingue straniere eventualmente conosciute con precisazione del livello di conoscenza [eccellente, buona, mediocre] sia per la lingua scritta che parlata.
- Per i Soci che siano già Fellow della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il candidato lo desideri e lo dichiari nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti e, g.
- Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro

l'ultimo giorno del mese di febbraio dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Mantenimento della Fellowship

Il Fellow ANMCO non in regola con la quota di iscrizione all'ANMCO per l'anno solare in corso viene sollecitato dalla segreteria entro il 30 giugno dello stesso anno. Qualora la quota di iscrizione non pervenga in Segreteria entro il 31 dicembre dello stesso anno, l'Associato perde il titolo di Fellow e dovrà ripresentare la domanda ex-novo nel caso desideri richiedere ancora tale riconoscimento. Ciò viene notificato all'Associato Fellow nella lettera di sollecito.

Aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow

Ad intervalli di 5 anni, i Fellow in campo scientifico-didattico editoriale saranno invitati a trasmettere in Segreteria una sintesi delle attività scientifiche da loro svolte nell'ultimo quinquennio. Sarà richiesta una lista di:

- pubblicazioni scientifiche su riviste censite dall'Index Medicus (Autori, titolo della pubblicazione, rivista, anno, volume, prima ed ultima pagina, in formato Vancouver);
 - interventi come Relatore a Congressi nazionali ed internazionali (Autori, titolo della presentazione, Convegno, anno e pagine degli Atti se disponibili);
 - riviste recensite su Index Medicus per le quali il Fellow ha svolto attività di Revisore (lista riviste ed anni nei quali è stata svolta attività di Revisore);
 - studi clinici ANMCO ai quali il Fellow ha partecipato.
- Il costante aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow faciliterà l'Associazione nel coinvolgimento dei Fellow sulla base delle specifiche competenze.

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 7 membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale.

Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 membri; la decisione è a maggioranza assoluta (4 voti favorevoli).

I membri sono:

1. Il Presidente dell'ANMCO in carica;
2. Il Direttore di nomina ANMCO di una delle riviste della Federazione Italiana di Cardiologia (Giornale Italiano di Cardiologia e Journal of Cardiovascular Medicine);
3. Il Vice Presidente culturale dell'ANMCO in carica;
4. Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO (il Consiglio dovrà nominarne 8, da contattare nell'ordine, in modo da consentire che la Commissione possa riunirsi facilmente).

La Commissione ha facoltà di ricusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.

La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarata del candidato.

I Componenti della Commissione durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per il solo mandato successivo; nel caso che un componente ricopra cariche consecutive che lo collocano di diritto tra i componenti della Commissione, allo scadere del quarto anno egli sarà sostituito da un quinto Fellow indicato dal Consiglio Direttivo.



STEMI nell'anziano

Uno Studio osservazionale dell'ANMCO Sicilia

DI ROBERTO DI PAOLA, ABELE AJELLO, GAETANO SATULLO, MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, ERNESTO MOSSUTI

Poco numerosi gli studi dedicati esclusivamente ai “veri” anziani con STEMI, non sempre univoci i risultati delle varie esperienze e gli approcci nel mondo reale

Un argomento oggi più che mai oggetto di dibattito

Il paziente anziano con STEMI viene ancora troppo spesso e immotivatamente escluso dalle strategie terapeutiche riperfusivo

In tale tipologia di pazienti il vantaggio delle strategie interventistiche potrebbe non essere così scontato ed eclatante come nel resto della popolazione affetta da STEMI

Circa il 30% dei pazienti con infarto miocardico acuto a persistente sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) è costituito da “veri” anziani (> 75 anni), un sottogruppo con elevata prevalenza di comorbidità, significativo rischio di complicanze invalidanti e alta mortalità. I dati sull’outcome di questi pazienti non sono numerosi (tale popolazione è sottorappresentata o esclusa nei grandi trial randomizzati) e quelli sull’impatto prognostico delle diverse strategie di intervento non sono univoci. Non sorprende pertanto che il management ottimale di tali pazienti sia tuttora oggetto di dibattito. Sulla base di tali premesse, l’ANMCO Sicilia ha intrapreso uno studio prospettico osservazionale con lo scopo di “fotografare” l’epidemiologia clinica degli anziani con STEMI nel “real world” regionale e valutare l’impatto prognostico delle differenti tipologie gestionali di questa patologia in tali

pazienti. Lo studio, che ha ottenuto l’endorsement del Comitato Scientifico Nazionale e l’approvazione dei Comitati Etici dei Centri partecipanti, ha arruolato esclusivamente pazienti di età superiore a 75 anni affetti da STEMI, giunti in un Dipartimento d’Emergenza entro 12 ore dall’esordio clinico e poi ricoverati in UTIC. L’unico criterio di esclusione era rappresentato dalla mancanza di consenso informato. Hanno aderito allo studio 17 UTIC siciliane, 11 dotate di Emodinamica h 24 e 6 non dotate di Emodinamica (Figura 1). Ai vari Centri era data completa libertà di strategia terapeutica secondo i propri protocolli di intervento e le Linee Guida di riferimento, per cui alcuni pazienti sono stati trattati con angioplastica (PTCA) primaria (sottogruppo A), altri con fibrinolisi (sottogruppo B), altri ancora non hanno ricevuto alcuna terapia riperfusiva (sottogruppo C). L’end - point primario composito

Centro	Medici responsabili
Osp. "Garibaldi", Catania (Centro coordinatore)	R. Di Paola; C. Romeo; S. Felis; S. Mangiameli
Osp. "Ferrarotto", Catania	A. Carbonaro; C. Tamburino
Osp. "Centro Cuore", Pedara	G. Bottaro; S. Tolaro
Osp. "Cervello", Palermo	G. Geraci; A. Canonico
Osp. "Villa Sofia", Palermo	A. Ajello; N. Sanfilippo
Osp. "Villa Maria Eleonora", Palermo	A. Guarneri
Osp. "G.F. Ingrassia", Palermo	S. Fasullo; P. Di Pasquale
Osp. "Buccheri La Ferla Fatebenefratelli", Palermo	S. Cicero; A. Castello
Osp. "Civico", Partinico	R. Pino; G.M. Polizzi
Osp. "Papardo", Messina	G. Satullo; R. Grassi
Osp. "San Vincenzo", Taormina	A. Fontana; R. Evola
Osp. "Fogliani", Milazzo	D. Calabrò; L. Vasquez
Osp. "Giovanni Paolo II", Sciacca	M. Creaco; G. Saccone; M. Bono
Osp. "Umberto I", Enna	M.R. Catalano; C. Vasco
Osp. "Umberto I", Siracusa	E. Vinci; E. Mossuti
Osp. di Lentini	G. Conti; M. Moncada
Osp. "Maria Paternò Arezzo" Ragusa	E. Lettica; A. Nicosia; R. Ferrante

Figura 1 - Cardiologie partecipanti allo studio

(incidenza di morte per qualsiasi causa, re - IMA non fatale, ictus cerebrale non fatale ed emorragie maggiori non fatali) è stato valutato nella fase intraospedaliera, come pure dopo un follow up a 30 giorni e ad un anno. Da maggio 2009 a aprile 2010 sono stati consecutivamente arruolati 358 pazienti, 7 dei quali esclusi perché non rintracciabili al follow up. Hanno costituito la base dello studio i rimanenti 351 pazienti, 186 maschi (53%) e 165 femmine (47%), di età media $81,1 \pm 5$ anni (range: 75 - 99); 194 pazienti (55%) avevano età ≥ 80 anni. La frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) è stata $43 \pm 10\%$ (range 20 - 60%). Le altre caratteristiche basali della popolazione sono riassunte nella Figura 2. L'accesso in Pronto Soccorso è avvenuto tramite mezzo privato o Servizio 118 rispettivamente nel 58% e nel 42% dei casi. Il 50% dei pazienti è stato trasferito nelle UTIC partecipanti da altro Ospedale non

dotato di UTIC. Il ritardo pre - ospedaliero (inizio sintomi - accesso alla prima struttura ospedaliera) medio è stato di 208 ± 190 minuti. Il door-to-balloon time (sottogruppo A) e il door-to-needle time (sottogruppo B) sono stati in media rispettivamente di 91 minuti (range: 30 - 360 minuti) e di 59 minuti (range: 25 - 170 minuti). 136 pazienti (39%) sono stati sottoposti a PTCA primaria, 74 (21%) a fibrinolisi ospedaliera, 141 (40%) non hanno ricevuto alcuna terapia ripercussiva. Il mancato trattamento ripercussivo era dovuto alla presenza di una chiara controindicazione solo nel 5% dei casi, mentre negli altri era legato ad una decisione arbitraria del Medico o risultava comunque immotivato. Rispetto alla popolazione totale, i pazienti esclusi dal trattamento ripercussivo avevano un'età più avanzata ($82,1 \pm 5$ vs $81,1 \pm 4,9$ anni), una maggiore prevalenza di insufficienza renale (28,8% vs 22,1%), di malattia

cerebrovascolare cronica (18,7% vs 12,8%), di shock cardiogeno (7,6% vs 4,8%) e di FEVS $\leq 40\%$ (52,2% vs 45,6%) e un ritardo pre - ospedaliero significativamente più lungo (304 ± 208 vs 208 ± 190 minuti); inoltre permanevano a lungo (372 ± 780 minuti) in Pronto Soccorso o Osservazione Breve in attesa della diagnosi e/o dell'avvio in UTIC. In fase ospedaliera i pazienti hanno ricevuto Aspirina (88% dei casi), Clopidogrel (69%), Eparina non frazionata (49%), Eparina a basso peso molecolare (40%), Beta-bloccanti (50%), ACE-inibitori (48%), Sartani (13%), Statine (70%), Anti-GP IIb/IIIa (18%). Si è ricorso a contro-pulsazione aortica nel 3% dei casi e ad impianto di pacemaker temporaneo e/o definitivo nel 5% dei casi. Una PTCA elettiva è stata praticata nel 52% del sottogruppo B e nel 54% del sottogruppo C, mentre l'1% del sottogruppo B e il 3,5% del sottogruppo C è stato sottoposto a bypass aortoco-





Iperensione arteriosa	76%	Storia di neoplasie	4%
Diabete mellito	35%	FEVS > 40%	54%
Ipercolesterolemia	37%	FEVS 30-40%	26%
Fumo	17%	FEVS < 30%	20%
Pregresso IMA	15%	Killip I	58%
Pregresso BAC	3%	Killip II	28%
Pregressa PCI	9%	Killip III	9%
Storia di CHF	8%	Killip IV	5%
Fibrillazione atriale	4%	P.A.S. < 100 mmHg	14%
Arteriopatia periferica	6%	FC > 100/min	20%
BPCO	18%	ST 6 derivazioni	23%
Cerebropatie croniche	13%	Tpn > 10 X ULN	79%
Pregresso ictus/TIA	12%	Sede anteriore	48%
Insufficienza renale	22%	Sede inferiore	38%
Anemia	22%	BBsn	6%

Figura 2 - Caratteristiche basali della popolazione

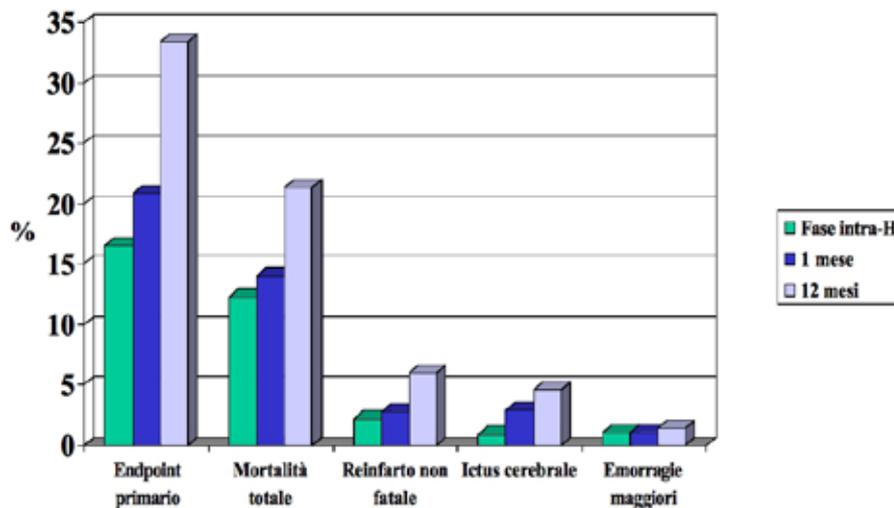


Figura 3 - Eventi nella popolazione totale

ronarico. Il 58% dei pazienti trattati con fibrinolisi ha manifestato segni di riperfusione mentre il 32% è stato sottoposto a PTCA rescue. La degenza media è stata di $8 \pm 5,6$ giorni. Gli eventi nella popolazione totale sono riportati nella Figura 3. Rispetto ai pazienti esclusi dalla strategia riperfusiva, i pazienti sottoposti a trattamento riperfusivo farmacologico o interventistico hanno mostrato un outcome migliore in termini di end - point primario composito, mortalità totale e re - IMA non fatale, ma in essi si è osservata una maggiore incidenza di eventi emorragici (Figura 4). I pazienti trattati con PTCA primaria, rispetto a quelli sottoposti a fibrinolisi, non hanno mostrato differenze significative in termini di end - point primario, avendo una più alta mortalità totale ma con minore incidenza di re - IMA e ictus (Figura 4). Da notare che il sottogruppo A, rispetto al sottogruppo B, era gravato da un'età media significativamente maggiore ($81,2 \pm 5,2$ vs $78,9 \pm 3,9$), da una più alta prevalen-

	Riperfusione (PTCA primaria/fibrinolisi) (%)	No riperfusione (%)
End point primario:intra-H	15,2 (15,4 – 13,6)	19,1
1 mese	19,4 (17,6 – 21,7)	23,3
12 mesi	30,8 (27,9 -35,2)	38,9
Mortalità totale: intra-H	10,7 (13,2 – 5,4)	14,9
1 mese	12,1 (14 – 8,1)	17
12 mesi	18,7 (22,7 – 10,8)	26,2
Reinfarto non fatale: intra-H	1 (0 – 2,7)	4,2
1 mese	1,9 (0 – 5,4)	4,2
12 mesi	4,7 (0,8 – 12,2)	7,7
Ictus cerebrale: intra-H	1,5 (0 – 4,1)	0
1 mese	3,4 (1,4 – 6,8)	2,1
12 mesi	4,9 (2,2 – 9,5)	5
Emorragie maggiori: intra-H	2 (2,2 – 1,4)	0
1 mese	2 (2,2 – 1,4)	0
12 mesi	2,5 (2,2 – 2,7)	0

Figura 4 - Endpoint (%) in relazione alla strategia riperfusiva (PTCA primaria - fibrinolisi) vs strategia convenzionale

za di insufficienza renale (18,7% vs 15,5%), shock cardiogeno (3,7% vs 1,4%), FEVS \leq 40% (38,7% vs 30,3%) e da un ritardo pre - ospedaliero nettamente maggiore (143 \pm 142 vs 105 \pm 67 minuti). È in corso l'analisi statistica dei risultati dello studio, che verrà sottoposto ad una rivista scientifica internazionale. I dati ottenuti dallo studio si riferiscono ad un periodo antecedente l'istituzione della Rete per l'IMA nella Regione Sicilia ed evidenziano che nella realtà territoriale regionale il paziente anziano con STEMI viene ancora troppo spesso e immotivatamente escluso dalle strategie riperfusiva. Restano troppo lunghi sia il ritardo pre - ospedaliero sia i tempi per la corretta diagnosi intra - ospedaliera e il trattamento ri-

perfusivo. Sorprende anche il relativo sottoutilizzo delle terapie "salva - vita" (Aspirina, Clopidogrel, Beta - bloccanti, ACE - inibitori, Statine). È possibile che la recente istituzione della rete per l'IMA nella Regione Sicilia migliori la gestione e la prognosi dei "veri" anziani affetti da STEMI nella realtà regionale. I risultati della nostra esperienza confermano, invece, che anche nel paziente > 75 anni con STEMI le strategie riperfusiva hanno un buon profilo di efficacia e sicurezza. La natura osservazionale (non randomizzata) dello studio e le dimensioni del campione arruolato non consentono di trarre conclusioni definitive sulla strategia riperfusiva ottimale nella popolazione anziana. L'impressione è che in tale tipologia

di pazienti il vantaggio delle strategie interventistiche potrebbe non essere così scontato ed eclatante come nel resto della popolazione affetta da STEMI. Sono auspicabili studi ad hoc di dimensioni adeguate, in attesa dei quali appaiono condivisibili i suggerimenti dell'attuale statement¹ sull'argomento: "The incremental benefits between therapies are small, and the decision to use PCI, fibrinolytics, or neither in patients > 75 years of age should be considered carefully".

1. Alexander KP, Newby LK, Armstrong PW, et al.: "Acute coronary care in the elderly, Part II. ST-segment-elevation myocardial infarction: a Scientific Statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology". Circulation 2007; 115: 2570-2589.





La riabilitazione cardiovascolare a lungo termine nelle palestre private presenti sul territorio

Un modello di gestione nel Veneto

DI MICHELA BEVILACQUA

È ampiamente documentato come l'esercizio fisico svolga un ruolo fondamentale nella prevenzione delle malattie cardiovascolari (MCV). Secondo quanto ha stimato l'OMS, l'eliminazione di un fattore di rischio quale la sedentarietà può portare ad una riduzione delle MCV del 15 - 39%. Per raggiungere tale obiettivo, il Ministero della Salute ha promosso, con un decreto del 2010, il progetto «Guadagnare salute», un insieme di misure di prevenzione primaria atte ad abbattere il più possibile i diversi fattori di rischio per lo sviluppo di patologie cardiovascolari. Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, i dati derivanti da metanalisi, riguardanti i pazienti sottoposti a programmi di riabilitazione cardiologica, hanno dimostrato una riduzione di circa il 20% della mortalità totale e del 26% di quella cardiovascolare. Lo Studio ETICA (Exercise Training Intervention after Coronary Angioplasty) ha confermato nei pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica, dopo 6 mesi di esercizio aerobico per 3 ore/settimana, una riduzione significativa degli eventi cardiovascolari. Inoltre, nei pazienti con angina

stabile, il training fisico si è dimostrato più efficace della stessa angioplastica nel ridurre il numero di eventi cardiovascolari durante il follow - up. Anche gli studi di economia sanitaria, per quanto pochi, riguardanti i cardiopatici sottoposti a training fisico, hanno dimostrato risultati positivi in termini di riduzione della spesa sanitaria grazie alla diminuzione dei ricoveri ospedalieri. A fronte di tali evidenze, la realtà è purtroppo ben diversa. Infatti, un'esigua minoranza dei pazienti dopo la dimissione viene indirizzata ad un programma integrato di riabilitazione e alcune categorie di pazienti spesso vengono escluse. Dall'ultimo censimento nazionale del Gruppo Italiano di Riabilitazione Cardiologica emerge che, tra i pazienti riabilitati, la maggior parte sono stati inviati da Centri cardiocirurgici, mentre solo il 35,6% proviene da reparti cardiologici (21,6% per cardiopatia coronarica post - infartuale, 9,6% per scompenso cardiaco cronico e 4,4% in seguito ad angioplastica coronarica). Un altro grave problema è la mancanza di strutture idonee a permettere ai pazienti cardiopatici di proseguire la pratica dell'esercizio

fisico una volta terminata la riabilitazione intraospedaliera. Peraltro, come dimostrato dall'EXErt trial, senza una supervisione dell'allenamento, non si ottengono ulteriori benefici in pazienti cardiopatici affetti da scompenso cardiaco cronico, a differenza di quanto avviene in un training supervisionato intraospedaliero. Per ovviare alla carenza di tali strutture, sono nati alcuni programmi per la prevenzione secondaria più o meno strutturati e con differenti aspetti organizzativi. Associazioni di ammalati hanno organizzato attività di esercizio fisico autogestite o sotto supervisione in strutture dedicate; in altre realtà i programmi sono promossi da Associazioni non - profit o dal Volontariato. Poiché l'esercizio fisico nei pazienti affetti da cardiopatia deve essere considerato come un vero e proprio farmaco, è cruciale individuare e attenersi alle indicazioni, posologia e controindicazioni di tale terapia. La maggiore difficoltà nella somministrazione di questa cura risiede proprio nel riuscire a dosare scientificamente la giusta quantità di esercizio ai fini di ottenere il massimo beneficio con la minima comparsa di effetti collate-

rali. Lo sforzo fisico risulta essere un importante fattore terapeutico, ma anche un fattore innescante l'aggravamento della cardiopatia in caso di comparsa di ischemia e aritmie. Per questo motivo, tale terapia non può che essere somministrata dal medico, deve essere proseguita senza alcuna interruzione, con modulazione della dose in base alle condizioni cliniche. Nella Regione Veneto, dove già sono

luogo, l'avvio del programma è riservato a pazienti in fase di stabilità, che abbiano concluso la riabilitazione ospedaliera e a cui sia stata testata la capacità funzionale in modo facilmente riproducibile. Tale valutazione include il test di Mader modificato, test di flessibilità (per esempio il test di Flessibilità Laterale del Tronco) e test di forza (ad esempio spinte monopodaliche alla pressa, alzate laterali

nelle palestre coinvolte; 6) la possibilità di un collegamento telematico con l'Ospedale e la massima reperibilità per qualunque evenienza da parte del personale medico. Gli istruttori delle palestre, così formati, devono quindi applicare l'esercizio «prescritto» dal medico senza nessuna personalizzazione di sorta, ma con la capacità di saper discriminare se, ad ogni seduta, il paziente - cliente sia nelle condizioni cliniche per poter assumere la «terapia» esercizio fisico. Infine, i pazienti vengono seguiti con un follow-up ospedaliero a 3 mesi, 6 mesi e infine a cadenza annuale per una rivalutazione funzionale con adeguamento dei carichi lavorativi. Questo modello organizzativo, già testato in precedenza, ha mostrato risultati davvero positivi con un'aderenza al programma di esercizio del 70% circa a 3 anni senza nessun evento. Analogamente ad alcuni centri in altre regioni di Italia, a Chioggia (VE), il Dott. Luca Oselladore, del servizio di Cardiologia (Direttore Dott. Roberto Valle), in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione (Dott. Massimo Boscolo Nata) ha recentemente avviato il progetto «RI-guadagnare salute» (in riferimento al decreto del piano sanitario) con lo scopo di riprendere questo modello di gestione così vincente. Una realtà socio-sanitaria come quella di Chioggia, proprio perché più piccola rispetto ad altre città, è ideale per attivare un programma che nel futuro è auspicabile si estenda a tutto il territorio nazionale.

Solo una esigua minoranza dei pazienti cardiopatici viene indirizzata ad un programma di riabilitazione. Grazie ad una collaborazione con le palestre presenti sul territorio è possibile allargare il numero di riabilitati e aumentare la durata della prosecuzione della cura.

presenti alcuni centri di riabilitazione cardiovascolare nella fase post acuta (da un IMA o intervento cardiocirurgico), è stato avviato dal Dott. Patrizio Sarto, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Medicina dello Sport dell'ULSS 9 di Treviso, anche un programma di "somministrazione di esercizio fisico personalizzato" a lungo termine attraverso la rete di palestre private presenti sul territorio. Questo modello organizzativo permette di allargare il numero dei riabilitati e l'accesso alla riabilitazione anche per i pazienti che possono avere difficoltà a raggiungere i centri ospedalieri. A fronte dei sicuri benefici clinici e psicologici, rimane tuttavia da garantire una condizione essenziale per l'applicazione di tali programmi: la sicurezza. In primo

con manubri). Per ogni paziente viene personalizzato un protocollo di training, di allenamento della forza e di allenamento aerobico che viene integrato alla gestione dei fattori di rischio cardiovascolari. La realizzazione ha reso necessari i seguenti requisiti: 1) la presenza di un istruttore di riferimento per i pazienti, in possesso di diploma ISEF o di laurea in scienze motorie; 2) la formazione dell'istruttore, tramite un corso organizzato dallo stesso Ospedale inviante, in merito alle patologie cardiovascolari, alla somministrazione dell'esercizio fisico e all'effetto dei farmaci comunemente utilizzati dai pazienti; 3) un corso BLS-D; 4) la possibilità di supervisionare dell'attività svolta in palestra da parte dei medici; 5) la presenza di un defibrillatore esterno semiautomatico





Curare, guarire e trattare

Spread e spending review in Cardiologia

DI GIANCARLO CASOLO

Introduzione

Nel corso del tempo il Medico in generale ed il Cardiologo in particolare rappresenta la sua attività in volumi, quantità e numero di procedure. Anche le competenze vengono misurate sulla base delle prestazioni diagnostiche strumentali ed interventistiche. Tale modalità di descrizione di attività rispetta la necessità di indicatori semplici e universalmente applicabili ai fini di una remunerazione delle attività, di una pianificazione organizzativa e di risorse, oltre che di benchmarking. Si tratta di una evidente semplificazione che ormai da tempo segna il passo rispondendo più ad esigenze amministrative che di valutazione di attività sempre più complesse e di difficile misurazione. Per tornare ad un tema già trattato in passato e cioè la differenza tra costo e valore, occorre misurare il valore e non il costo di un processo di cura anche se alla fine occorrerà attribuire una risorsa economica ad una qualunque attività. Peraltro attribuire un costo ad una attività senza valore determina ovviamente uno spreco (detta muda in giapponese) ben conosciuto e descritto. Evidentemente, sempre restando nel mondo dell'ingegneria gestionale aziendale, possiamo rilevare un contenuto etico anche in questo ambito se in primis veniamo esortati proprio da questo mondo ad identificare la mis-



sion e la catena del valore al primo posto quando si disegni un processo produttivo sia esso industriale che di salute.

Guarire, curare, consolare

La guarigione è il traguardo cui aneliamo sia noi Medici che i Pazienti che a noi si rivolgono. Talora la guarigione è davvero possibile: una infezione, una ferita, una nevrosi. Più frequentemente chiamiamo guarigione qualcosa che ci sembra risolva il problema di salute: pace - maker per un blocco AV avanzato, eseguire una angioplastica primaria in corso di IMA, sostituire una valvola aortica in

una stenosi serrata della stessa. Ovviamente abbiamo cambiato il corso di una malattia, ma non l'abbiamo "guarita" in senso stretto. Forse possiamo considerare guarigione e cura della malattia in modo quasi identico ma in realtà non possiamo chiamare guarigione rispettivamente una stimolazione ventricolare destra, una limitazione dell'area infartuale o la necessità di una terapia medica a vita. Sempre più spesso invece dobbiamo accontentarci di curare, cioè di prenderci cura di un paziente e della sua condizione mediante l'utilizzo di strumenti e di quel rapporto empatico profondo

che rende diverso il Medico da un operatore sanitario e che contribuisce in modo sostanziale alla cura del nostro Paziente. Possiamo, curando il paziente in modo appropriato, ottenerne la percezione di guarigione persino se invece egli è affetto da una malattia senza speranza. A proposito degli scopi della Medicina un antico aforisma recita: «*Qualche volta curare, spesso aiutare, sempre consolare*». Ecco quindi che il Medico è talora Sciamano, talora Scienziato, più spesso una combinazione di qualità umane e professionali non facilmente replicabili, talora innate, non facili da insegnare e soprattutto, purtroppo, mai scontate o stabilite per contratto o per titolo di studio. “Ma il paziente cosa si aspetta da noi?”, cita un recente articolo del *New England*. Medici e Strutture Sanitarie focalizzano la loro attenzione sul processo di cura ma i pazienti chiedono semplicemente (sic!) salute. Ci misuriamo su aspetti quali il livello di aderenza alle Linee Guida ma poco sulla sopravvivenza e qualità della vita dopo il nostro intervento. Sappiamo come la salute dipenda solo in parte dalla malattia in sé. Oggi possiamo misurare il successo del nostro lavoro almeno in termini di outcome (es. morte, reingressi) e perciò, limitarsi a misurare il modo in cui affrontiamo il processo di cura appare sempre più insufficiente. Ancora di più, dobbiamo trovare il modo di legare strettamente l’accountability necessaria alla nostra organizzazione a misure del risultato di lavoro più adeguate a evidenziare o meno il valore del nostro impegno professionale. È possibile?

Il fine ed i mezzi per raggiungerlo

In primo luogo sarebbe opportuno che Medici, Amministratori e Politici stabilissero in un confronto aperto e di mutuo scambio di informazioni quelli che sono gli obiettivi di salute plausibili con chiara delimitazione degli ambiti di reciproco intervento. La salute, effettiva o percepita, dipende da più fattori in cui giocano un ruolo importante fattori socio - economici, scelte organizzative, allocazione di risorse, politiche sanitarie, campagne educazionali, ecc. Dal punto di vista strettamente medico occorre iniziare a misurare la qualità del proprio intervento non solo a 30 giorni ma anche a 6 mesi ed oltre, tenendo conto sia della sopravvivenza ma anche della qualità della vita. Tale feed - back dovrebbe entrare nell’uso routinario del nostro lavoro per avviare un processo di miglioramento continuo volto a destinare interventi e cure a coloro che ne possano beneficiare e prendere atto del bene (o del male) che siamo in grado di fare con le nostre scelte. Più volte in letteratura si evidenziano i pericoli del sovratrattamento e delle eccessive misure diagnostiche in assenza di evidenza (o peggio spesso con dimostrazioni opposte) sull’outcome (vedi l’uso del PSA nel tumore della prostata). A Steve Jobs viene attribuito il concetto che la strategia è non solo decidere cosa fare ma anche decidere cosa non fare. Versione moderna e ribaltata sul mondo del management dell’insegnamento di Ippocrate e cioè: *Primum non nocere*. Spesso infatti ciò che siamo abituati

a fare è cercare di riservare al nostro Paziente strumenti e procedure atti a risolvere un problema cardiologico, spesso non l’unico del paziente, mossi dalla spinta comprensibile di ciò che sappiamo e possiamo fare talora scotomizzando il fatto che dovremmo fare ciò che è giusto fare. Mossi da una fede incrollabile sulla nostra capacità di modificare il corso di una malattia senza spesso evidenze ma neanche con l’ausilio del vecchio “senso clinico”. Accontentarsi di “trattare” il paziente è esattamente questo. Concettualmente se riserviamo una prestazione complessa ad elevato contenuto tecnologico ma dimentichiamo la complessità del significato di salute in questo singolo individuo che è il paziente che a noi si affida rischiamo appunto di trattarlo ma non di fare il meglio per lui. Analogamente, fermarsi al “trattamento” implica non considerare un prima ed un dopo della condizione del paziente e rischiare di compromettere il nostro impegno perché ci limitiamo, quando va bene, a verificare la correttezza del nostro atto. Si tratta di distinguere tra goal e task, tra il fine ed il mezzo per raggiungerlo. Un filosofo contemporaneo sottolinea meglio di altri il costante rischio del nostro modo di concepire il mondo circostante dove l’abbondanza di mezzi e di tecnologia portano inevitabilmente alla celebrazione della tecnologia dimenticando o passando in secondo piano l’obiettivo finale, il traguardo vero, il fine della nostra attività ed impegno. La vittoria dello strumento tecnologico e della forza propulsiva ad esso colle-





gato (la potenza) porta ad un progressivo allentamento dalle necessità reali e ad una crescente difficoltà di attribuire un senso a molte attività cui vengono destinate ampie risorse con relativa crescente spesa.

Spread e Spending Review in Cardiologia

Appare urgente, prima che l'ordine delle cose si raggiunga per spinte esterne, abbattere lo spread esistente e crescente tra i nostri sforzi atti a migliorare la qualità delle cure dei nostri assistiti e la percezione (al momento solo delle Agenzie che si occupano di Epidemiologia) che la spesa non si traduca in valore, cioè in risultati tangibili. Questo è il vero spread che riguarda la Cardiologia (spread cardiologico), allineare il costo delle nostre azioni con un valore condiviso reale. Scegliendo questa strada abbiamo molto da fare come Società Scientifica. Quanti ecocardiogrammi sono realmente utili e quanti ne andrebbero davvero eseguiti? Quante rivascolarizzazioni miocardiche sono orientate da evidenze deboli o addirittura contro le evidenze? Quante ablazioni della fibrillazione atriale sono necessarie, quanti forami ovali vanno chiusi, quante valvole percutanee vanno impiantate? Sono solo alcuni, pochi dei molteplici ambiti su cui possiamo e dobbiamo abbattere lo spread cardiologico e consentire una vera e nobile azione di spending review. Ma il nostro compito è molto più ampio ed alto di quello di un semplice controllo di spesa, sempre che la spesa complessivamente si possa ridurre. Infatti, volendo migliorare

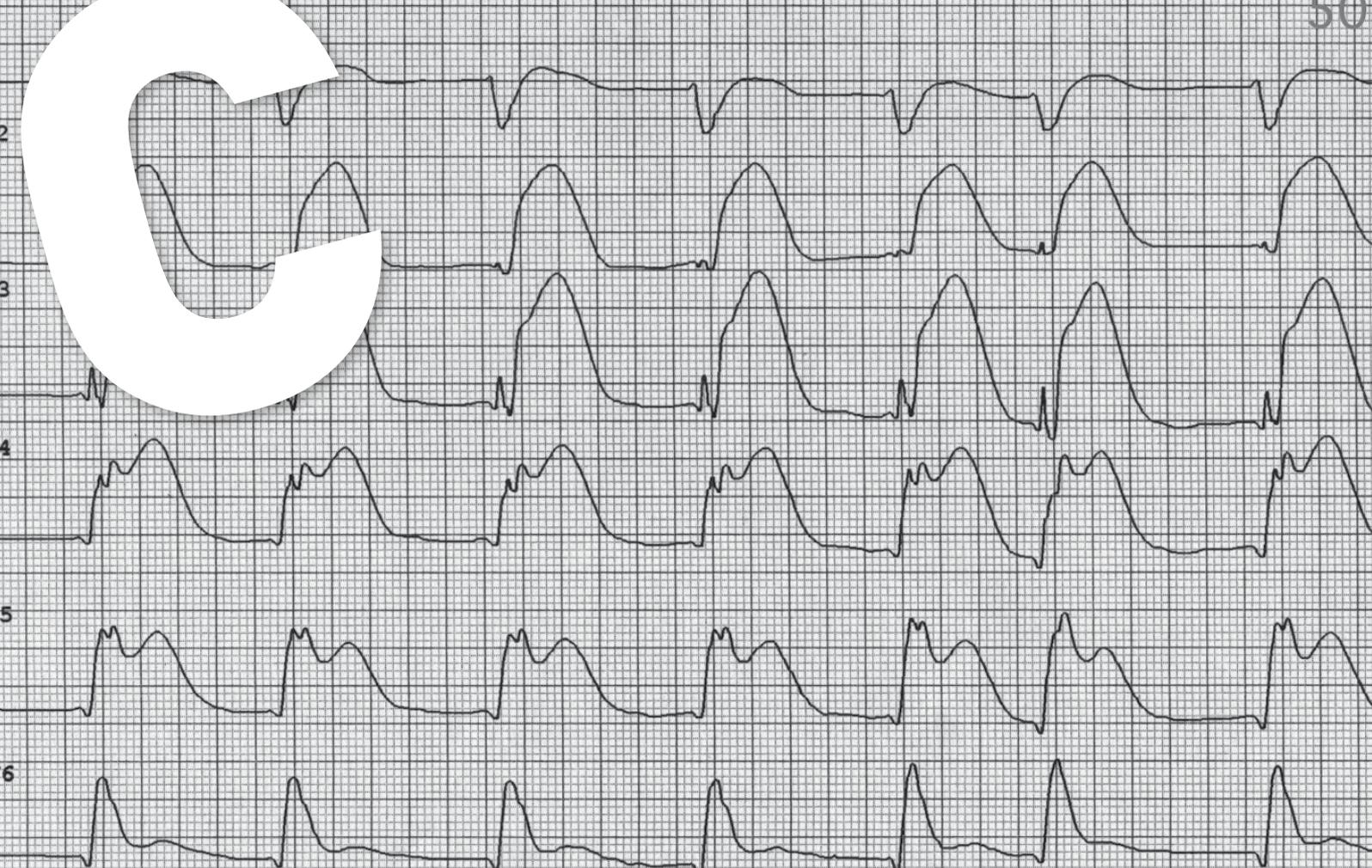
l'outcome di molte patologie e la cura delle stesse potrebbe essere necessario aumentare il numero di visite e controlli clinici, applicare misure atte a favorire la compliance terapeutica, promuovere il counselling e l'empowerment dei pazienti. Forse attribuire maggior valore all'atto clinico (con una remunerazione maggiore, visto che può far risparmiare esami e procedure inutili e costosi oltre che essere accolto meglio dal paziente). Evidentemente occorre prendere atto di alcuni importanti segnali che vedono il nostro "spread" aumentare. La popolazione invecchia velocemente, i nostri pazienti sono molto diversi da quelli di qualche anno fa e hanno bisogni differenti; la nostra organizzazione è, spesso, la stessa di molti decenni fa con degenze e diagnostiche e interventi che non sono sostanzialmente cambiati nel tempo, perlomeno come spirito di utilizzo. La mortalità cardiovascolare si riduce, aumentano le comorbidità e la complessità dei pazienti e delle scelte di cura relative. La sopravvivenza diventa un obiettivo talora non migliorabile ma la qualità della vita negli ultimi anni di vita sta diventando fondamentale. Sempre più studi incrinano la nostra convinzione circa la potenza del nostro ruolo se limitata ad interventi tecnici. I costi sono cresciuti in modo esorbitante e vi sono crescenti evidenze di come sia possibile erogare una buona sanità spendendo meno. Siamo dunque chiamati ad un forte cambiamento che riguarda gli obiettivi, gli strumenti e le misure del nostro lavoro. Se non riduciamo

questo "spread della Cardiologia" anche attraverso scelte organizzative dolorose ma necessarie, se non sapremo mettere in soffitta i nostri premi e medaglie giustamente e meritatamente guadagnati e celebrati per i risultati di un passato che non tornerà, se non sapremo offrire misure adatte a misurare la nostra buona fede e voglia di fare il meglio per il nostro paziente (in fin dei conti ciò che abbiamo giurato di fare) troveremo un governo tecnico che, alla stregua dell'Eurotower, ci detterà l'agenda del nostro futuro e, per dirla come fece il nostro Presidente qualche anno fa, non avremo più tempo per chiederci "Per chi suona la campana"...

Essa suona (anche) per te.

Bibliografia essenziale

- Asch DA, Volpp KG. "What business are we in? The emergence of health as the business of health care". *N Engl J Med* 2012; 367;10 888-889.
- Casolo G. "La differenza tra costo e valore: una differenza importante". *Cardiologia negli Ospedali*, 2010, 178; 64.
- Isaacson W. "The Real Leadership Lessons of Steve Jobs". *Harvard Business Review, The Magazine* 2010.
- Lown B. "L'arte perduta di guarire". AIM publishing Srl, Roma 2010.
- Marvasti FF, Stafford RS. "From sick care to health care. Reengineering prevention into the US system". *New Engl J Med* 2012, 36;10,889-11.
- Palfrey S. "Daring to Practice Low-Cost Medicine in a High-Tech Era". *New Engl J Med* 2011, 364-e21.
- Redberg R. "Getting to best care at lower cost". *Arch Int Med*, sept. 2012 online.
- Severino E. "La tendenza fondamentale del nostro tempo". Adelphi, 2008.
- Womack JP, Jones DT. "Lean Thinking". Guerini e Associati, Milano 2010.



STEMI e diagnosi precoce

DI GIANFRANCO CUCCHI

La prevenzione in Medicina rimane un cardine da perseguire nelle molteplici specializzazioni. Con la cura e la riabilitazione è tra i principi ispiratori della Legge di Riforma sanitaria N. 833 del lontano 1978. È riconosciuto universalmente che la prevenzione è stato il principale motore per l'importante riduzione della mortalità per le malattie cardiovascolari nei Paesi economicamente avanzati, più degli interventi invasivi di rivascolarizzazione miocardica. La lotta ai fattori di rischio cardiovascolari, quali il fumo, l'ipertensione, la sedentarietà, l'ipercolesterolemia,

l'obesità, il diabete si valuta che abbia contribuito ad abbattere di oltre il 50% la mortalità rispetto al 5% degli interventi di rivascolarizzazione miocardica. Ma è indubbio che si può fare molto di più per contribuire a ridurre il tasso di rischio cardiovascolare nella popolazione. Si definiscono tre livelli di prevenzione:

- 1) prevenzione primaria,
- 2) prevenzione secondaria,
- 3) prevenzione terziaria.

La prevenzione primaria ha come obiettivo l'eliminazione o la riduzione dei fattori di rischio o cause note che favoriscono la malattia, in soggetti già

esposti o ad evitare il contatto con i fattori di rischio (da alcuni autori questo tipo di prevenzione si chiama pre - primaria). La prevenzione secondaria mira a curare con le strategie migliori i pazienti affetti da una determinata patologia per evitare le recidive, ristabilire una buona qualità di vita, in alcuni casi cercare di scoprire la malattia ai primi stadi con test di screening; in questa situazione clinica si parla di diagnosi precoce. Penso in particolare ai tumori come ad esempio la mammella, la cervice uterina, ad esempio con la diagnosi di cancro in situ, ecc., dove la diagnosi precoce





riduce drasticamente la mortalità e può portare alla guarigione completa l'ammalato. Infine la prevenzione terziaria si propone il fine di evitare le complicanze, fino alla morte dell'ammalato e in alcuni condizioni cliniche come gli accidenti cerebrovascolari può coincidere con la riabilitazione. È chiaro a tutti che la vera prevenzione è quella primaria in quanto negli altri due casi è meglio parlare di cura e di riabilitazione. Anche in Cardiologia si pone molta attenzione alle strategie preventive, tant'è che vi è una branca denominata Cardiologia preventiva; si operano molti interventi a tutti i livelli per la prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolare, per migliorare le azioni terapeutiche e per implementare la riabilitazione. Mi vorrei però soffermare sul concetto di diagnosi precoce in Cardiologia. Abbiamo, è vero, dei test di screening come il dosaggio del colesterolo, la misurazione della pressione arteriosa, della glicemia, la valutazione dello spessore mio-intimale carotideo, ma in questi casi quando il malato è asintomatico siamo in condizioni pre-cliniche di malattia e si potrebbe trattare maggiormente di prevenzione primaria. Ponendo un paragone oncologico è intuitivo che una signora che esegue un pap-test con evidenza di cellule tumorali maligne, dopo la biopsia di cancro in situ deve essere celermente operata altrimenti la malattia potrebbe diffondersi con una mortalità notevolmente aumentata. Ma vengo al problema che mi assilla e che vorrei esporre. È noto che l'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST-T (STEMI) ha la più alta mortalità nelle prime due - tre ore. È

risaputo che l'intervento di rivascolarizzazione miocardica con PTCA primaria o con trombolisi con la reperfusion dell'arteria coronaria occlusa riduce notevolmente la mortalità a 30 giorni e a 1 anno. Abbiamo egregiamente costruito delle reti cardiologiche, dei registri, della ricerche per la valutazione dei tempi pre-coronari, per le cure più efficaci nello STEMI, anche in collaborazione con il 118. Sappiamo anche che però solo il 70% riesce ad essere ripperfuso e di questa percentuale solo il 50% entro le prime due ore e con un door to balloon inferiore ai 90 minuti (Blitz 4). La Cardiologia italiana è stata apprezzata a livello mondiale con i primi Studi GISSI sulla trombolisi nello STEMI. Già nel 1986 lo Studio GISSI 1 aveva dimostrato che la reperfusion precoce nello STEMI migliorava la mortalità a breve e medio termine. Nella prima ora il trattamento con streptochinasi riduceva la mortalità del 46%, mentre tra la terza e la sesta del 17%. Negli stessi anni un'altra ricerca internazionale, ISIS 2, evidenziava una riduzione della mortalità del 56% sempre nella prima ora di trattamento con streptochinasi. Oggi la terapia trombolitica si avvale di farmaci più potenti, efficaci ed in particolare praticabili a domicilio o in ambulanza da parte del medico del 118. Da una recente analisi dei dati si evidenzia che il beneficio assoluto in termini di vite salvate ogni 1.000 pazienti trattati con trombolisi è di 65 vite entro la prima ora, 37 dalla prima alla seconda ora, 26 dalla seconda alla terza e di 19 dalla terza alla sesta ora. Nello studio MITI - Myocardial Infarction Triage and Interventional prehospital throm-

bolytic trial la mortalità dei pazienti trattati entro 70 minuti dall'esordio dei sintomi era dell'1,2% in confronto ad una mortalità dell'8,7% di quelli trattati oltre questo limite temporale. Con questi dati è facile immaginare che la diagnosi precoce nello STEMI avviene quando il 118 esegue un elettrocardiogramma a domicilio, entro le prime due ore dall'esordio dei sintomi, che viene velocemente inviato e letto in pochi secondi dal medico di guardia dell'UTIC di riferimento. Sappiamo che questa buona pratica clinica avviene nel 40% degli STEMI dallo studio Blitz 4 e che questa percentuale potrebbe essere sicuramente incrementata. Ma di questi pazienti solo il 50% andrà incontro ad una rivascolarizzazione entro 90 minuti, ma se il paziente è nella prima ora e aspetta il trattamento ripperfusivo anche se aspetta solo 60 minuti la sua mortalità può raddoppiare. Allora impariamo dall'oncologia, come un cancro della cervice uterina non può essere operato dopo 6 mesi altrimenti la prognosi è peggiore, quando eseguiamo una diagnosi precoce di STEMI cerchiamo di valorizzare questa condizione clinica eseguendo il trattamento ripperfusivo immediato contribuendo a ridurre notevolmente la mortalità del nostro ammalato perchè nel nostro caso pochi minuti possono fare la differenza.

Riferimenti Bibliografici
BLITZ 4 ANMCO 2011.
Cerqueira M, Hallstrom AP, Litwin PE et al.: Prehospital-initiated vs hospital initiated thrombolytic therapy JAMA 1993;270:1211-1216.
GISSI 1 Lancet 1986;1:397-401.
IMA-E: ima evitato Gfranco Cucchi Infarto.it
ISIS-2 Lancet 1988. 349-360.

Terapia antiplastrinica nelle SCA senza ST sopraslivellato: quando le Linee Guida non concordano

DI STEFANO DE SERVI

La doppia terapia antiaggregante (DAPT) è uno dei capisaldi del trattamento delle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI-ACS). Il clopidogrel e l'aspirina sono stati l'associazione antiplastrinica che per anni abbiamo usato, da quando lo Studio CURE ha dimostrato la superiorità della DAPT rispetto alla sola terapia con aspirina. Il beneficio deriva dal fatto che quando due vie di attivazione piastrinica vengono bloccate, quella della ciclossigenasi (dall'aspirina) e quella mediata dal recettore dell'ADP (il recettore P2Y₁₂) si riducono gli eventi ischemici, pur aumentando, ma senza ripercussioni cliniche significative, le emorragie. Due nuovi inibitori del recettore P2Y₁₂, prasugrel e ticagrelor, sono stati di recente introdotti sulla base di studi clinici rilevanti, quali il TRITON (che ha mostrato la superiorità di una DAPT in cui il prasugrel anziché il clopidogrel venga utilizzato in pazienti sottoposti ad angioplastica coronarica) ed il PLATO, che ha evidenziato come una DAPT che utilizzi ticagrelor sia più efficace rispetto a quella tradizionale con clopidogrel in pazienti con NSTEMI-ACS comunque

trattati. In entrambi gli Studi, TRITON e PLATO, la riduzione degli eventi ischemici si associava ad un aumento significativo delle emorragie non correlate ad intervento di bypass aortocoronario, anche se il beneficio clinico netto (che tiene conto sia degli eventi ischemici che del bleeding) risultava a favore dei nuovi farmaci. Questo non significa che il problema del rischio emorragico sia da sottovalutare: le emorragie fatali sono risultate significativamente più elevate con prasugrel che con clopidogrel nello Studio TRITON e le emorragie intracraniche significativamente più frequenti con ticagrelor che con clopidogrel nello Studio PLATO. Tuttavia abbiamo imparato sempre da questi studi che vi sono tipologie di pazienti in cui evitare il prasugrel (come i pazienti con anamnesi di patologia cerebrovascolare) o somministrarlo con cautela (nei pazienti anziani e in quelli con basso peso) così da minimizzare il rischio correlato con l'uso di questo farmaco, peraltro molto più efficace del clopidogrel in alcune tipologie di pazienti ad alto rischio, come i diabetici o quelli in cui per aspetti anatomici o clinici si tema un rischio elevato di

trombosi di stent. D'altro canto nello Studio PLATO il ticagrelor ha addirittura ridotto rispetto al clopidogrel la mortalità globale e quella cardiovascolare, risultato eclatante soprattutto nei pazienti che nel trial sono stati trattati in modo conservativo. Il vero problema del clopidogrel è il suo metabolismo che condiziona una variabilità di risposta farmacodinamica e clinica. Quando si somministra questo farmaco non si sa quale sarà il suo effetto nel singolo paziente e questo è un limite enorme nella pratica clinica. La proposta di valutare l'effetto farmacodinamico o il profilo genetico del paziente per guidare la terapia appare suggestivo anche se non è sorretto finora da studi convincenti. Le raccomandazioni delle Linee Guida ESC (Tabella 1), abbastanza categoriche in quanto confinano l'uso del clopidogrel ai pazienti in cui non possono essere somministrati i nuovi inibitori del recettore P2Y₁₂, sono a mio parere molto chiare e sottoscrivibili. Le più recenti Linee Guida dell'American Heart Association/American College of Cardiology Foundation (AHA/ACCF) non seguono tuttavia questa linea, ponendo sullo stesso piano l'uso

A P2Y ₁₂ inhibitor should be added to aspirin as soon as possible and maintained over 12 months, unless there are contraindications such as excessive risk of bleeding.	I	A
Prasugrel (60-mg loading dose, 10-mg daily dose) is recommended for P2Y ₁₂ -inhibitor-naïve patients (especially diabetics) in whom coronary anatomy is known and who are proceeding to PCI unless there is a high risk of life-threatening bleeding or other contraindications. ^d	I	B
Clopidogrel (300-mg loading dose, 75-mg daily dose) is recommended for patients who cannot receive ticagrelor or prasugrel.	I	A

Tabella 1 - Raccomandazioni all'utilizzo di inibitore del recettore piastrinico P2Y₁₂ in pazienti con NSTEMI-ACS secondo la Società Europea di Cardiologia



Patients with definite UA/NSTEMI at medium or high risk and in whom an initial invasive strategy is selected (Appendix 6) should receive dual antiplatelet therapy on presentation (13,16,45,69). (Level of Evidence: A) Aspirin should be initiated on presentation (59,61–66). (Level of Evidence: A) The choice of a second antiplatelet therapy to be added to aspirin on presentation includes 1 of the following (note that there are no data for therapy with 2 concurrent P2Y₁₂ receptor inhibitors, and this is not recommended in the case of aspirin allergy):

Before PCI:

- Clopidogrel (13,16) (Level of Evidence: B); or
- Ticagrelor† (9) (Level of Evidence: B); or
- An IV GP IIb/IIIa inhibitor (45,50,51,70,71). (Level of Evidence: A) IV eptifibatide and tirofiban are the preferred GP IIb/IIIa inhibitors (50,51). (Level of Evidence: B)

At the time of PCI:

- Clopidogrel if not started before PCI (13,16) (Level of Evidence: A); or
- Prasugrel* (7) (Level of Evidence: B); or
- Ticagrelor† (9) (Level of Evidence: B); or
- An IV GP IIb/IIIa inhibitor (46,50,51). (Level of Evidence: A)

For UA/NSTEMI patients in whom an initial conservative (i.e., noninvasive) strategy is selected, clopidogrel or ticagrelor† (loading dose followed by daily maintenance dose) should be added to aspirin and anticoagulant therapy as soon as possible after admission and administered for up to 12 months (9,10,13). (Level of Evidence: B)

Tabella 2 - Raccomandazioni all'utilizzo di inibitore del recettore piastrinico P2Y₁₂ in pazienti con NSTEMI-ACS secondo le Linee Guida AHA/ACCF

dei tre farmaci antiplastrinici. Infatti, come mostra la Tabella 2, non viene suggerita alcuna gerarchia nell'utilizzo di questi farmaci, lasciando così la scelta al clinico che deve valutare nel singolo paziente il rischio ischemico ed il rischio emorragico. Infatti esse testualmente indicano che «this guideline explicitly does not endorse one of the P2Y₁₂ receptor inhibitors over the others». Le ragioni addotte per questa decisione concernono, per quanto riguarda il prasugrel, il maggior rischio emorragico collegato all'uso di questo farmaco e la dose di carico di 300 mg di clopidogrel utilizzata nello studio TRITON, un dosaggio ritenuto meno efficace dei 600 mg che le attuali Linee Guida reputano necessario. Quanto al ticagrelor, viene menzionato oltre al maggior rischio emorragico, anche la maggior frequenza di sospensione della terapia rispetto al clopidogrel nello Studio PLATO. Pur riconoscendo la riduzione di mortalità evidenziata dallo Studio PLATO a favore del ticagrelor nei confronti di clopidogrel, viene

tuttavia menzionata la mancanza di efficacia dimostrata da questo nuovo farmaco nella coorte arruolata negli Stati Uniti, un fenomeno attribuito a posteriori al più alto dosaggio di aspirina utilizzato dai Cardiologi nordamericani in associazione al ticagrelor. La soluzione del dilemma di quale farmaco utilizzare, a giudizio delle Linee Guida nordamericane, risiede nella capacità del clinico di valutare rischio ischemico e rischio emorragico nel singolo paziente, oltre alla personale esperienza del Cardiologo con i diversi antiplastrinici. Personalmente dissento da queste raccomandazioni che a mio avviso hanno alla loro base anche considerazioni non propriamente scientifiche. La prima è quella di non “bruciare” gli studi in corso che vogliono testare una strategia di uso personalizzato degli inibitori del recettore P2Y₁₂ utilizzando test di funzione piastrinica o di caratterizzazione genotipica. Una forte raccomandazione a favore dei nuovi antiplastrinici renderebbe infatti superata l'impostazione alla base di quelle ricerche cliniche.

Un'altra considerazione che è alla base soprattutto della sottovalutazione dell'importanza dei dati dello studio PLATO risiede nel forte pregiudizio nordamericano nel riconoscere assoluta validità a studi i cui risultati siano stati ottenuti per lo più, al di fuori dei loro confini nazionali. A mio parere l'assenza di efficacia di ticagrelor nei confronti di clopidogrel nella coorte nordamericana dello studio PLATO ha pesato enormemente nel giudizio finale delle Linee Guida AHA/ACCF. Nella pratica clinica i Cardiologi nordamericani hanno dimostrato spesso di prediligere i farmaci che hanno dimostrato efficacia soprattutto in studi eseguiti negli Stati Uniti. L'enorme utilizzo ad esempio dell'eptifibatide rispetto ad altri inibitori del recettore piastrinico IIb/IIIa trova giustificazione nella notevole efficacia dimostrata da quel farmaco nella coorte nordamericana dello Studio PURSUIT, a fronte di un risultato positivo globale, significativo ma modesto, dell'eptifibatide nell'intera popolazione studiata.



Al Razi e il suo Compendium, tradotto da Gerardo da Cremona nella seconda metà del tredicesimo secolo

Piccola storia della medicina cardiovascolare: il cuore nella medicina araba

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Quando i cristiani Nestoriani, seguaci del patriarca di Costantinopoli dichiarato eretico dal concilio di Nicea, accettando l'asilo offerto dal re Kobad di Persia, emigrarono a Jundishapur, portarono con sé tutto il bagaglio culturale classico, compreso quello medico. La maggior parte delle opere di medicina greche e romane furono

quindi tradotte dai monaci nestoriani in siriano. Quando gli arabi invasero la Persia, la città divenne presto il più grande centro del sapere medico del mondo islamico, rimanendo tale fino a che Baghdad, scelta due secoli dopo come nuova capitale da al-Mansur, ne richiamò i più grandi maestri per la sua *Bayt al-Hikma* (casa della sapienza), biblioteca e cenacolo

di dotti. Gli eruditi musulmani, patrocinati dai califfi abbasidi, tradussero poi in arabo le opere nestoriane, trasformandole nelle fonti della medicina islamica, che raggiunsero poi l'Europa occidentale sotto forma di traduzione latina dei testi arabi. Gli Arabi non furono però solo custodi e intermediari della cultura medica classica, ma



"La medicina e le scienze arabe riflettono la luce del sole ellenico, dopo che il suo giorno è cessato, e rilucono come una luna che illumina l'oscura notte del Medioevo europeo"

Avicenna e il suo Canone



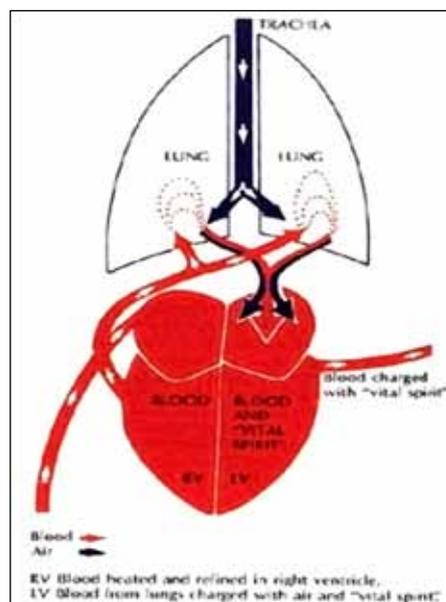
apportarono innovazioni in clinica e chirurgia. Secondo la religione araba la malattia ha una duplice fisionomia, interessando spirito e corpo. Nel primo caso è ispirata dal sospetto e dalle passioni, nel secondo può essere congenita o acquisita per la rottura dell'equilibrio delle 4 qualità. La Sunna (tradizione) è considerata un completamento del Corano, basata su dichiarazioni di Maometto (Hadiths), la cui più nota raccolta, opera dell'imam al Boukhari, contiene due libri dedicati alla medicina. I principi etici della medicina araba vengono definiti da Al-Tabari (970) diventando legge islamica. Precetti igienico - dietetici sono le abluzioni, il digiuno, la proibizione della carne di maiale e delle bevande in fermentazione, l'interdizione di lasciare il paese in caso di epidemia. La cura dei malati era considerata un'opera pia, redimente i peccati. Le dissezioni erano invece proibite, in quanto insieme al sangue sarebbe uscita anche l'anima. Nel grande ospedale di Jundishapur, il *bimaristan* (بیمارستان), inteso nell'accezione moderna di luogo specificamente adibito alla cura del malato e non al ricovero di bisognosi, era data grande importanza all'insegnamento pratico, ma gli allievi studiavano anche la teoria in biblioteca. Nel 706 sorge l'ospedale di Damasco

e in seguito sono fondati il primo ospedale di Baghdad (che nel 1160 poteva già contarne 60) e il grandioso ospedale Mansuri al Cairo, in grado di accogliere più di ottocento malati, con reparti specialistici per le diverse patologie, personale medico e infermieristico stipendiato e una farmacia (*sharabkhane*, *شربخانه* o casa delle bevande). Dalla seconda metà dell'VIII alla fine dell'XI secolo, l'età aurea della civiltà islamica, l'arabo divenne presto per l'Oriente quello che latino e greco erano per l'Occidente, la principale lingua scientifica. La medicina araba in realtà tale fu per il veicolo linguistico in cui fu espressa più che per prevalenza etnica, visto che ad essa contribuirono Persiani, Siriaci, mesopotamici, Copti, ebrei convertiti e non, indiani, centro-asiatici e berberi nordafricani. I califfi in questo periodo, come Harun al-Rashid (763 - 809), reso popolare dalla favolistica delle "Mille e una notte", furono celebri protettori del sapere. Tra i grandi medici arabi ricordiamo:
 - Yuhanna ibn Masawayh (Mesuè il Vecchio, 777 - 857), fecondo traduttore e autore di numerose opere originali su dietetica, rimedi e flebotomia.
 - Hunayn ibn Ishaq (Johannitius Onan, 809-873), cristiano di al-Hira, tradusse tutte le opere di Galeno e

Paolo di Egina, la *Materia Medica* di Dioscoride e l'intero *Corpus Hippocraticum*. Le sue opere originali, tra cui *Questioni di Medicina* e *Isagoge*, completo quadro del sistema medico di Galeno, sono numerose e hanno uno stile fluido e accurato.
 - Jabir ibn Hayyan, padre dell'alchimia araba. Molti dei termini adoperati nella chimica moderna sono di origine araba, specialmente alchimia, alambicco, alcool, alcali, aldeide ed elisir (*al-iksir*). I farmacisti arabi (*sandeloni*), introdussero un gran numero di rimedi naturali: sena, canfora, muschio, mirra, tamarindo, noce moscata, chiodi di garofano, ambra grigia e mercurio. L'alchimia, pur fallendo in uno dei suoi scopi principali, la pietra filosofale (sostanza capace di trasformare i metalli in oro), scoprì nuove sostanze chimiche: bismuto, antimonio, fosforo, zinco e ammoniaca.
 - Al-Kindi (Alkindus 813 - 873), la cui opera medica più nota, tradotta in latino come *Liber de Medicamentis Compositis* riguarda la preparazione e il dosaggio delle medicine.
 - Ab Bakr Mu ammad b. Zakariyy al-Razi, nato vicino a Teheran a metà del IX secolo, senza dubbio la figura più originale della medicina araba, fu un grande clinico e studioso e le sue descrizioni delle malattie si pongono allo stesso livello qualitativo di quelle di Ippocrate. Fu a capo di uno dei

"(il cuore è) radice di tutte le facoltà come la nutrizione, la vita, la comprensione e il movimento e le fornisce a molte altre membra"

Ibn al Nafis e la teoria della piccola circolazione



grandi ospedali di Baghdad; la sua straordinaria produzione scientifica include 237 opere, metà delle quali di argomento strettamente medico; la più apprezzata fu il *Compendium*, enciclopedia di medicina e chirurgia in 25 libri, di cui una parte intitolata *Resoconti illustrativi di pazienti* contiene una serie di casi clinici che mostrano in modo inconfutabile l'acume diagnostico dell'autore. Nel suo grande *Libro dell'Arte* (di alchimia), scoperto solo pochi anni fa nella biblioteca di un principe indiano, classifica le sostanze chimiche in vegetali, animali e minerali.

- Ali ibn al-Abbas al-Majusi (Haly Abbas, 929-994) autore del *Sistema di Medicina*, tradotto in latino da Costantino l'Africano (*Liber regius*), ritenuto il più pratico e chiaro trattato di medicina araba.

- Ibn Sina (Avicenna, 980 - 1038), nato ad Afshan, in Persia, all'età di 10 anni conosceva il Corano a memoria e a 18 era riconosciuto come grandissimo medico e chiamato a curare il principe Nuh ibn Mansur, che per la gratitudine gli diede pieno accesso alle migliaia di manoscritti rari della sua biblioteca. Scrisse moltissimi libri su argomenti di teologia, metafisica, astronomia, filologia, poesia e medicina, tutti oscurati dal suo grande *Canone*, «il più famoso testo di medicina che sia stato mai scritto e la Bibbia medica

per un periodo più lungo in confronto ad ogni altra opera» (Osler), con cui ha tentato di codificare tutte le conoscenze mediche esistenti. Molte delle cure descritte sono espressione di lucido ragionamento. Integrò le idee aristoteliche con la fisiologia galenica: «[il cuore è] radice di tutte le facoltà come la nutrizione, la vita, la comprensione e il movimento e le fornisce a molte altre membra». Riteneva che il cuore produce il respiro, «il potere vitale del calore innato dentro il corpo, un organo intelligente che controlla e dirige gli altri», e identificava il polso come «un movimento nel cuore e nelle arterie che prende forma di un'alternata contrazione ed espansione, per cui il respiro rimane soggetto all'influenza dell'aria inspirata».

- Ibn al-Nafis (Annafis, 1210 - 1288), siriano, scrisse una grande enciclopedia medica e altre 12 opere mediche. Nel suo *Commento all'Anatomia di Avicenna* ha descritto la piccola circolazione mettendo in dubbio i pori interventricolari: «l'anatomia nega ciò che essi (Galeno e Avicenna) affermano perché il setto tra i due ventricoli è assai più spesso delle altre parti del cuore. L'affermazione che il setto è poroso è erronea... il passaggio del sangue al ventricolo sinistro avviene dai polmoni... il sangue passa attraverso la vena polmonare per raggiungere la parte sinistra del cuore». Inoltre speculò sulla funzione delle coronarie come

fornitrici di sangue al muscolo cardiaco. È dubbio però che la sua tesi, venuta alla luce nel 1924, abbia influenzato la medicina occidentale. La maggioranza dei medici pratici preferiva però l'idea secondo cui le vene collegavano il fegato al cuore, che faceva circolare spiriti vitali attraverso le arterie. La civiltà araba ebbe il massimo sviluppo nella Spagna islamica, i cui grandi medici ebbero vasta eco nell'Europa latina. Il califfato occidentale di Cordoba nel X secolo era la città europea più civile: aveva una popolazione di circa 1.000.000 di abitanti, 300 moschee, 70 biblioteche e 50 ospedali. La sua scuola si opponeva alle scienze mediche di Avicenna e non obbediva ai dettami del *Canone*; subendo l'influenza europea mostrava preferenze per la brevità e l'esattezza in contrasto con le prolisse sottigliezze di pensiero ed espressione dei sapienti orientali. Tra i medici del califfato ricordiamo: - Abu l-Qasim (Albucasis), il più grande chirurgo dell'Islam. La sua principale opera è *al-Tasrif (Il Metodo)*, un'enciclopedia di medicina e chirurgia in 30 libri le cui lucide spiegazioni hanno contribuito al suo grande successo, tanto da essere citato dai medici europei più dello stesso Galeno. Tale influenza non fu però benefica, perché trattando





Averroè e il suo Colliget

la chirurgia separata dall'opera medica principale ha alimentato involontariamente la tendenza a separare i medici dai chirurghi. La sua fama è in gran parte dovuta al suo monumentale *Libro per la guida di coloro che non sanno scrivere libri*. Settecento anni prima di Paré procede alla legatura delle arterie consigliando vari tipi di filo di sutura. Dimostra molta simpatia per il cauterio, del quale prescrive l'uso «ogni qualvolta he li altri metodi sono falliti». Dipinge in dettaglio lo stripping delle vene varicose, che effettua con una metodologia simile a quella attuale.

- Avenzoar (1091 - 1161), il più grande clinico occidentale, fu amante della praticità e non delle sottigliezze metafisiche. La sua opera principale è *Al taysir (Il trattamento)*, un trattato di medicina clinica in cui afferma che il medico deve farsi guidare dall'esperienza e non dalla speculazione. Egli descrive metodi per la preparazione di diete e medicine (adopera nelle operazioni la mandragora, il cui prin-

cipio attivo è l'atropina) e fornisce una buona descrizione clinica della pericardite sierosa.

- Ibn Rushd (Averroè, Cordoba 1126 - 1198), studiò filosofia, giurisprudenza e medicina diventando uno dei più noti commentatori di Aristotele. La sua opera medica principale è il *Colliget*, un riassunto in 7 libri delle scienze mediche che inizia con una breve descrizione del corpo umano, seguita da una trattazione delle funzioni dei vari organi, poi delle malattie dapprima generali e poi specifiche; fa seguito la descrizione dei segni delle malattie e della febbre. Vi è anche una parte dedicata a veleni, rimedi e dieta.

- Musa ibn Maymun (Maimonide, 1135 - 1208), suo famoso allievo, autore del *Libro dei Consigli*, serie di lettere su dieta e igiene personale, scritta per il figlio di Saladino. La presa di Cordova segnò la fine della scienza medica araba occidentale, ma ha anche un lato luminoso poiché i cristiani

assorbirono gran parte della cultura medica islamica. Il califfato orientale subì un disastro molto maggiore per mano dei Mongoli, che sotto Hulagu Khan presero Baghdad il 13 febbraio 1258. Ottocentomila abitanti, tra cui tutti gli studiosi, furono assassinati senza pietà e la maggior parte dei manoscritti scientifici vennero distrutti. Secondo Browne: «Non è forse mai accaduto che una civiltà così grande e così splendida venisse così rapidamente distrutta nel fuoco e nel sangue». Per cinque secoli l'impero islamico aveva goduto della più elevata cultura del mondo, in un periodo in cui l'Europa era immersa nell'ignoranza e nelle barbarie, e gli si attribuisce il merito di aver tenuta accesa la fiaccola del sapere, particolarmente per la scienza medica, nelle tristi tenebre del Medioevo. Osserva Meyerhof: «La medicina e le scienze arabe riflettono la luce del sole ellenico, dopo che il suo giorno è cessato, e rilucono come una luna che illumina l'oscura notte del Medioevo europeo; si spengono all'alba di un nuovo giorno, il Rinascimento».

Pane sciapo non solo toscano!

DI GIANFRANCO ALUNNI, ADRIANO MURRONE, MARIA PIA ANGELLOTTI

La dieta iposodica è sempre stata al centro dell'attenzione della comunità cardiologica con periodi di alti e bassi, di dubbi alternati a pseudocertezze sia nel campo dell'ipertensione arteriosa, che delle cardiopatie in genere e della insufficienza cardiaca in particolare. Una importante causa di incertezze è sicuramente la difficoltà con cui, in studi di ampia popolazione, si riesce a valutare correttamente la introduzione e l'eliminazione del sale, a fronte di una ampia variabilità interindividuale di risposta al carico di sodio. I Cardiologi raccomandano comunque un uso limitato del sale. In normali condizioni, con sudore feci e urine eliminiamo 0,1 - 0,6 gr. di sodio nelle 24 ore, che equivalgono a 0,5 - 1,5 gr. di sale da cucina. Da ciò risulta che il sodio contenuto negli alimenti freschi che ingeriamo quotidianamente nell'ambito di una dieta mediamente equilibrata, già sarebbe sufficiente a reintegrare le perdite in condizioni basali. In accordo con l'OMS, il Ministero della Salute raccomanda pertanto una introduzione che non superi i 5 - 6 gr. di sale nelle 24 ore, un cucchiaino da caffè, possibilmente da ridurre a meno della metà in caso di ipertensione arteriosa e/o insufficienza cardiaca. Quello che aggiungiamo deliberatamente, il "discrezionale", non è certo l'unico sale da cui



dobbiamo guardarci, infatti ce ne è una ampia quota di "nascosto" contenuto in alimenti veramente insospettabili soprattutto perchè dolci, come le bibite a base di cola o tè, o a base

di frutta o verdura e gli integratori che hanno senso solo se c'è qualcosa da reintegrare. Impariamo quindi a leggere le etichette delle confezioni dei cibi che consumiamo, anche se i caratteri sono tali da mettere a dura prova la nostra vista, ma poniamo anche attenzione ad una voce importante delle "entrate" di sale, quello contenuto nell'alimento "quotidiano" per eccellenza: il pane (gr. 1,69/100 gr.). Mentre a Perugia ci vantiamo di essere da sempre consumatori di quello senza sale, ecco che dalle altre parti d'Italia, in particolare dal nord, il nostro "filone sciapo" (gr. 0,008/100 gr.) è conosciuto solo come "pane toscano": lasciate che i perugini se ne risentano un pò, se non altro per rispetto dei loro avi che contro la tassa sul sale hanno combattuto una guerra ed hanno visto metà della loro città rasa al suolo dall'esercito pontificio. La storia racconta che nell'autunno del 1539 Papa Paolo III, in visita a Perugia, comunicò che avrebbe messo il sale in regime di monopolio delle saline pontificie e ne avrebbe aumentato il costo, contravvenendo ad un accordo che il suo predecessore Eugenio IV aveva stipulato con i perugini, secondo il quale essi non solo erano esentati dal pagamento della tassa sul sale, ma non erano neanche obbligati ad acquistarlo dal Vaticano che peraltro fatturava conti ben più "salati". Nel





Perugia prima della “Guerra del sale”



Perugia dopo la “Guerra del sale”



1540 il Papa mantenne la promessa e su tutto il territorio pontificio aumentò drasticamente la tassa sul sale da 4 a 6 quattrini a libbra. In seguito a ciò i perugini insorsero e per questo vennero scomunicati. Fu così che Perugia divenne l'unica città dello Stato della Chiesa ad organizzare una vera e propria rivolta armata. Con un rapporto di forza troppo sbilanciato i perugini dovettero ben presto arrendersi all'esercito del Papa. L'epilogo fu la distruzione di gran parte della zona sud della città, almeno 100 strutture fra torri e campanili, chiese e conventi. Sulle macerie e letteralmente sopra le vie dei quartieri preesistenti, venne costruita una fortezza, la Rocca Paolina a simboleggiare lo strapotere pontificio sulla città. Proprio in seguito alla “Guerra del sale” in molti hanno pensato e tuttora pensano che la nostra tradizione di panificare senza sale fosse nata sia dalla scarsa disponibilità e quindi dal costo elevato, sia come forma di protesta nei confronti del Vaticano. Se così fosse dovremmo ammettere che i perugini cominciarono a consumare pane senza sale solo dopo la guerra. Ci sono però varie ipotesi, per quanto inconclusive, che

suggeriscono che questa tradizione fosse antecedente. Una di queste potrebbe essere quella geografica: la lontananza dal mare rendeva comunque più difficile l'approvvigionamento e non di meno andava ad appesantire i costi di trasporto. Questa spiegazione è plausibile ma debole e cozza con il fatto che la maggior parte dei territori appenninici da nord a sud e gli entroterra delle grandi isole consumavano pane salato; per contro a Pisa e nelle coste marchigiane, all'epoca si mangiava pane sciapo. Altra possibilità è che, a causa di una scarsa disponibilità, il sale venisse utilizzato soprattutto per la conservazione delle carni e dei latticini. A tale proposito però, dagli archivi storici risulta che a Perugia, prima della guerra, non avrebbero dovuto esserci problemi di sale; infatti i perugini se lo procuravano facilmente dai vicini senesi e a costi contenuti, in quanto non tassato. A questo punto si può anche prospettare che quella di non salare il pane potesse essere una scelta dettata da una fisiologica esigenza gustativa, visto che il pane senza sale avrebbe compensato la generosa salatura dei cibi conservati. Il fatto che in varie regioni, special-

mente quelle meridionali, si consumi pane salato nonostante la tradizione di salumi e formaggi notoriamente molto salati, avvalorata l'ipotesi di una vera e propria differenza di “palato” dei perugini. I cronisti della “Guerra del sale”, in merito al pane, parlano solo del disastroso raccolto del 1539 che aveva fatto crescere a dismisura il costo del grano e non risultano riferimenti ad una ipotetica interruzione dell'aggiunta di sale come risposta alle pesanti imposte del Papa. Una notizia del genere, se all'epoca ci fossero stati i quotidiani, sarebbe stata da prima pagina e certamente non avrebbe potuto essere ignorata. Ad ulteriore conferma, dall'esame dei registri delle entrate e delle uscite della Panetteria dell'Ospedale della Misericordia di Perugia, risalenti a circa 100 anni prima della guerra, risultano voci relative al grano, ma nulla che riguardi l'acquisto di sale. D'altra parte si fa fatica a spiegare come un evento della durata di pochi mesi abbia potuto modificare una tradizione secolare e ancor di più come lo stesso evento abbia potuto mantenerla fino ai nostri giorni. Tutte queste argomentazioni risulterebbero abbastanza convincenti

Scale mobili all'interno della Rocca Paolina - Perugia

per sostenere che i perugini, come i toscani, mangiavano abitualmente pane non salato anche prima della guerra del sale: <<Tu proverai sì come sa di sale lo pane altrui...>> (Dante, Paradiso - 1302, dopo l'esilio a Ravenna). È probabile che questa abitudine alimentare nei secoli abbia avuto i suoi vantaggi, come la minor prevalenza di ipertensione arteriosa nelle popolazioni che fanno uso di pane sciapo. Dai recenti dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare dell'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'ANMCO risulta che in Italia oltre il 95% degli uomini e intorno all'85% delle donne consumano più di 5 gr. di sale al giorno e presentano una elevata sodiuria. Pertanto, nel consigliare una dieta, specialmente ai pazienti ipertesi o con insufficienza cardiaca, potrebbe risultare utile porre più attenzione all'uso di pane "sciapo". A proposito di Rocca Paolina, da più di 30 anni i perugini si sono presi la loro rivincita; infatti la fortezza è stata "espugnata" con una scala

mobile al suo interno, una interessantissima opera architettonica moderna che ha restituito alla cittadinanza le vie dei vecchi quartieri.

Bibliografia
 "Il pane sciapo e la guerra del sale di Perugia"
 Zachary Nowak (The Umbra Institute).
 Diomede: Rivista di cultura e politica dell'Umbria n. 17





In Cina si dice: «Se fai piani per un anno, semina riso.
Se fai piani per dieci anni, semina un albero.
Se fai piani per una vita, educa le persone.»

Cuore e Riso: parte I

Breve viaggio alla ricerca delle origini del riso

DI ANGELO SANTE BONGO

Il riso costituisce l'alimento principale per metà della popolazione mondiale
La sua origine si perde nella notte dei tempi
In Europa fu portato dagli arabi e la sua coltivazione intensiva si è sviluppata dal
Quattrocento nel triangolo Vercelli, Novara, Pavia
La sua storia e le sue leggende ci aiutano a capire la sua importanza nella
alimentazione moderna



Per molti asiatici e africani, infatti, il riso è, come recita uno degli slogan della FAO «Rice is life», non un semplice prodotto destinato al consumo, ma alimento essenziale per la “vita”

Thomas Jefferson nel suo libro scrive: «Contrabbanderò un sacco di riso grezzo per me fino a Genova, poiché per esportarlo in quella forma comporta la pena di morte»

Il chicco di riso racconta

Non è facile stabilire con precisione le origini del riso. Si crede che le prime varietà, siano emerse oltre dodicimila anni fa lungo le pendici meridionali dell'Himalaya. Alcuni reperti archeologici dimostrano che già nel VI millennio a.C. esistevano in Cina sia tipi di riso selvatici che coltivati. Alcuni testi indiani del 1300 a.C. descrivono accuratamente le fasi del trapianto mentre altri del 1000 a.C. hanno un catalogo delle diverse specie vegetali!

Racconti e tradizioni

In India si narra che il dio Shiva un giorno creò una bellissima fanciulla che chiamò Retna Dumilla (Gioiello Splendente). Il dio, data la sua formidabile bellezza, s'innamorò di lei e le chiese di diventare sua moglie. Retna Dumilla rispose che non si sarebbero sposati se prima egli non avesse creato un cibo col quale nutrirsi ogni giorno senza stancarsene. Shiva fece vari tentativi ma furono tutti inutili perché Retna Dumilla era di gusti difficili; così il dio, adirato, costrinse la fanciulla a sposarlo con la forza. La giovane ne morì di dolore, ma dopo quaranta giorni, di notte sulla sua tomba comparvero delle piccole luci. Da quelle luci al mattino spuntarono tanti piccoli germogli. Commosso, Shiva diede a quella pianta il nome di Pari (riso). Quella pianta avrebbe

dato agli uomini e agli dei l'alimento che Retna Dumilla aveva richiesto, un cibo che si potesse mangiare ogni giorno. Nell'isola di Giava ancora oggi i sacerdoti del riso (dukon pari), indicano i giorni e le ore migliori per eseguire la semina e la raccolta e pregano per l'anima di Dumilla.

Arrivo in Europa e la diffusione in Italia

Ma al di là delle leggende, qual è l'origine del riso? Le prime piante di *Oryza sativa* nacquero dalla selezione naturale di un'erba selvatica nelle zone paludose e monsoniche dell'Asia. Primi a coltivarlo i cinesi, circa 6000 anni fa, seguiti 3000 anni più tardi, dagli indiani. L'*Oryza sativa* ha dato vita a tre sottospecie: Indica, coltivata nell'Asia monsonica e negli USA, Javanica, tipica dell'area indonesiana, Japonica, adatta alle zone temperate, dalla quale derivano le varietà coltivate nella Pianura Padana. In Europa la storia del riso ha inizio con Alessandro Magno, che lo introdusse nel mediterraneo alla fine del IV sec. a.C., dopo la conquista dell'India. Greci e Romani lo usarono a scopi terapeutici, gli Arabi ne acclimatarono la coltivazione e lo diffusero in Spagna e Sicilia. Nel resto dell'Europa il riso fu considerato, per lungo tempo, un cibo esotico, da consumarsi per le festività. Il risotto alla milanese era il piatto dei pranzi





di nozze: un augurio di fecondità e abbondanza, con “l’oro” dello zafferano, auspicio di ricchezza. E lanciare chicchi di riso agli sposi è ancora oggi un gesto benaugurale. In Italia, alchimisti e botanici iniziarono, nel Medioevo, a selezionarne il seme mentre la coltivazione “massiccia” fu introdotta nel triangolo Novara, Vercelli, Pavia a partire dal Quattrocento. Nel Cinquecento l’incremento demografico costrinse a coltivare, talvolta come monoculture, anche piante “esotiche” e il riso, insieme a mais e patate, divenne un alimento popolare, di largo consumo. I Savoia posero leggi atte a proibire anche l’esportazione delle sementi di riso dal Piemonte, norme promulgate a protezione delle colture e del commercio, per un prodotto ritenuto di pregio assai superiore a quello d’ogni altro luogo in cui era coltivato il riso. Ad aggirare le severe leggi del Regno di Sardegna ci provò, riuscendovi, Thomas Jefferson nel 1784. Il futuro terzo Presidente degli Stati Uniti, alla vigilia della rivoluzione francese era ambasciatore alla corte del re di Francia Luigi XVI (1785 - 1789). Egli mosse in viaggio dalla Provenza il 13 aprile 1784 conducendo una carovana di muli. Visitò città e paesi: fu a Torino, Vercelli, Novara, Pavia, Milano. A Vercelli dette incarico di trasporto ad un certo Poggio, un mulattiere che ogni settimana percorreva a scopo di contrabbando il cammino che da Vercelli porta a Genova. Thomas Jefferson nel suo libro scrive: “contrabbanderò un sacco di riso grezzo per me fino a Genova; poiché per esportarlo in quella forma comporta la pena di morte”. Incerto sul risultato della spedizione, nascose tra i propri bagagli e nelle tasche una certa quantità di riso:

“tanta quanto le mie tasche potevano contenere” scrive ad un amico di suo padre. Era la semente della prima varietà di riso italiana, il Nostrale, un tipo di riso apprezzato in tutta Europa per le sue precipue caratteristiche qualitative.

“Coltura” e “Cultura” del riso

Nel moderno Giappone il riso resta un simbolo d’identità culturale: molti termini che lo indicano, ad esempio o-kome (chicco di riso), o-sake (vino di riso), o-sembei (cracker di riso) sono preceduti dal suffisso onorifico “o”. Nell’Asia monsonica il riso ha, ancora oggi, un ruolo centrale nella vita di molti contadini: è alimento base del 60 per cento dei cinesi e, di conseguenza, al centro di riti sociali e culturali. Un birmano mangia riso due o tre volte al giorno, ne consuma circa 195 kg l’anno, contro i 3kg di un europeo e i 7 di un americano. Aumentarne significativamente la produzione può equivalere, quindi, a raggiungere uno degli otto obiettivi proposti dalla FAO per il Millennio: dimezzare la fame e la povertà nel mondo entro il 2015. Per molti asiatici e africani infatti il riso è, come recita uno degli slogan della FAO, «Rice is life», non un semplice prodotto destinato al consumo, ma alimento essenziale per la “vita”. Ed anche “modo di vita”. In India, ad esempio, il riso ha un significato religioso: si tengono feste prima della semina e per il raccolto a simboleggiare il rapporto tra uomo e natura. Per l’agricoltore il campo è la madre, adorare il campo è segno di gratitudine verso la terra - madre che nutre tutte le forme di vita, sue figlie. Tre delle quattro nazioni più popolate del mondo sono società basate

sulla coltivazione di riso: Cina, India e Indonesia, quasi 3 miliardi di persone. In molte zone dell’Asia monsonica le colline sono campi di riso in verticale. Le risaie, infatti, si trovano preferibilmente in pianura, ma la fame di terra ha spinto a terrazzare anche territori collinari e montani, almeno dove il clima consente la sopravvivenza della pianta.

Curiosità: com’è nato il risotto alla milanese

Nella Milano del 1574 erano in corso i lavori per la fabbricazione del Duomo. Alle spalle della costruzione, si era formata una vera e propria cittadina di officine in cui alloggiavano falegnami, scultori, carpentieri ed artigiani venuti da tutta l’Europa. Lì vicino, da qualche parte, viveva Valerio di Fiandra, maestro vetraio. Egli era incaricato di creare alcune vetrate e, per portare a termine il suo lavoro, s’era portato a Milano alcuni dei suoi migliori allievi. Uno, in particolare, spiccava tra gli altri per la sua straordinaria abilità nel dosare i colori. Qual’era il suo segreto? Mettere un pizzico di zafferano nell’impasto del colore. Proprio per questa sua abitudine, l’abile allievo era stato soprannominato “Zafferano”. Maestro Valerio, sapeva della mania di “Zafferano” ma faceva finta di nulla, limitandosi a ripetergli che, andando avanti così avrebbe finito per infilare lo zafferano anche nel risotto. Il giorno in cui si sposò la figlia di Valerio, “Zafferano” convinse il cuoco a spruzzare un po’ di polverina gialla nel risotto per il pranzo di nozze. Il piatto ebbe un grande successo e in un batter d’occhio non ne rimase neanche un chicco. Dallo scherzo di “Zafferano” era nato il risotto alla milanese.



Il riso è coltivato da migliaia di anni.
Il suo sviluppo, con altri cereali, ha contribuito alla
trasformazione dell'essere umano
da «cacciatore raccoglitore» ad «agricoltore»



Minibibliografia

Attilio Giacosa, Mariangela Rondanelli, Antonio Tinarelli. "Chiccodoro - Il riso nutrizione e salute", Ed. Torchio de' Ricci Certosa di Pavia, 2006.

Antonio Tinarelli. "Cenni di storia e delle civiltà del riso", Ed. Saviolo Vercelli, 2001.

Ringraziamenti

Si ringrazia Franca Bollo titolare dell'azienda agricola "cascina Valdemino" di Desana (VC) per il materiale fotografico concesso (www.cascinavaldemino1904.it)





Sogno Perduto

DI ROBERTO CERAVOLO

Non trovo
un cono d'ombra
dove riparare
il cuore
in fiamme.
Non scorgo
la luce
nel buio
sconfinato
del mio animo,
lambisco
il tramonto
del sogno perduto
raccolgiendo
l'anima
nel pugno
della memoria





per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus



Meeting Nazionale ANMCO 50

Venezia Mestre
13-14 aprile 2013

Da 50 anni
pensiamo
al cuore
1963 - 2013



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

