



cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

La dieta mediterranea...
Che passione!

Acute Cardiovascular
Care Association:
la famiglia ESC è in aumento

Verifica della appropriatezza
della PTCA nella
coronaropatia stabile:
quando anche in Italia?

Area Scopenso Cardiaco
Bilancio e riflessioni
su due anni di attività

Progetto... A tutto cuore!

Kroton 2012
Update in Elettrofisiologia
ed Elettrostimolazione

Il programma del Consiglio
Direttivo ANMCO Lombardia
2012 - 2014

Attività del WG sulle Malattie
del Miocardio e Pericardio

La Cardiologia Riabilitativa
e Preventiva in Sicilia

Una Rete toscana
per le malattie primitive
del miocardio

Lo Psicologo in Cardiologia

Lo scopenso cardiaco
al femminile

Il cuore nel Basso Medioevo

Cuore e Riso: parte II

«Tuti i xe bravi quando
che i la indovina»
1957 storia di un tirocinio a
Città del Messico



NOVEMBRE • DICEMBRE 2012 N°190

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**





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



In copertina immagine dal Web

N. 190 novembre - dicembre 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



HCF RISPONDE

La dieta mediterranea e
l'importanza di una corretta
alimentazione p. 3
*di Lucia Bolettieri, Francesco Paolo
Calciano, Antonio Cardinale*

ESC WINDOW

Acute Cardiovascular Care p. 10
Association: una nuova associazione
nella grande famiglia della Società
Europea di Cardiologia
di Maddalena Lettino

DAL COMITATO SCIENTIFICO

Verifica dell'appropriatezza p. 13
delle procedure di angioplastica
coronarica nella coronaropatia
stabile: quando anche in Italia?
di Stefano De Servi

DALLE AREE

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Bilancio e riflessioni su p. 18
due anni di attività
di Gianfranco Misuraca

DALLE REGIONI

P.A. BOLZANO

Progetto... A tutto cuore! p. 23
*di Alessia Stanchina, Stefania
Bertola, Paola Frasnelli, Alessia
Pierdomenico, Renato Di Gaetano,
Roberto Cemin*

CALABRIA

Kroton 2012: p. 29
Update in Elettrofisiologia ed
Elettrostimolazione
di Mario Chiatto

LOMBARDIA

Programma Consiglio Direttivo p. 31
ANMCO Lombardia 2012 - 2014
*di Luigi Oltrona Visconti a nome del
Consiglio Direttivo Regionale*

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Attività del WG sulle Malattie p. 33
del Miocardio e Pericardio
di Massimo Imazio

SICILIA

La Cardiologia Riabilitativa p. 41
e Preventiva in Sicilia
*di Michele Gabriele, Maurizio
Giuseppe Abrignani, Giovanni De
Luca, Maria Grazia Furnari, Ernesto
Mossuti*

TOSCANA

Il Questionario p. 44
Cardiomiopatie dell'ANMCO Toscana.
Una Rete per le malattie primitive del
miocardio
di Gabriele Castelli e Iacopo Olivotto

VENETO

Lo Psicologo in Cardiologia: p. 47
il progetto di Vicenza
di Michela Bevilacqua

FORUM

Lo scompenso cardiaco p. 49
al femminile: alcune riflessioni su
cosa "rimane da dire" dopo una
revisione della recente letteratura
"meno nota" ed in base alla nostra
esperienza ambulatoriale
di Antonella Brundu e Francesco Uras

LETTERE ALL'EDITOR

Lettera di Patrizio Sarto p. 51
Lettera di Cesare Greco p. 52

COME ERAVAMO

Piccola Storia della Medicina p. 53
Cardiovascolare.
Il Cuore nel Basso Medioevo
di Maurizio Giuseppe Abrignani

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Cuore e Riso: parte II p. 59
di Angelo Sante Bongo

«Tuti i xe bravi quando
che la indovina» p. 63
1957 storia di un tirocinio
a Città del Messico
di Eligio Piccolo



La dieta mediterranea e l'importanza di una corretta alimentazione

Il progetto scolastico 2012 - 2013 dell'Associazione Amici del Cuore di Grassano "Si può fare" utilizza la tecnica del racconto per affrontare i temi dello Stile di vita

DI LUCIA BOLETTIERI, FRANCESCO PAOLO CALCIANO, ANTONIO CARDINALE





La dieta mediterranea non è una punizione, ma è una dieta varia, gustosa, allegra, colorata, bella da vedere, ritempra le papille gustative, un piacere dell'olfatto e della vista

C'era una volta

Gli Inuit, un popolo della Groenlandia, non conoscevano gravi malattie del cuore, quali l'angina pectoris e l'infarto del miocardio. Si ammalavano raramente di queste malattie e di conseguenza anche un'altra grave malattia, la morte cardiaca improvvisa, era una rarità. Gli Inuit si nutrivano essenzialmente di pesce, ricco in acidi grassi insaturi, gli omega 3, detti anche i grassi buoni, quelli che fanno da spazzini delle arterie, i vasi che portano il sangue ossigenato dal cuore ai vari organi e tessuti. Le migrazioni dei popoli sono sempre determinate dalla ricerca del lavoro per portare a casa il pane e costruire qualcosa, per cercare di progredire, migliorare la propria posizione e offrire un futuro più roseo ai figli. Il lavoro porta un nutrito gruppo di Inuit in Canada. L'alimentazione dei canadesi è simile a quella degli americani, con molti grassi e molti

condimenti. Gli americani hanno un tasso di obesità elevato a causa del loro modo di alimentarsi. Gli Inuit in Canada iniziano ad alimentarsi come i canadesi. Pian piano qualcosa si modifica, sempre più spesso si ammalano come i canadesi. Eppure prima le malattie ischemiche del cuore erano poco presenti, così come le malattie concernenti la sindrome metabolica, diabete, colesterolo elevato, obesità, ipertensione arteriosa. Qualcosa è cambiato, la buona stella della tutela cardiovascolare si è dileguata. Inizialmente avremmo potuto pensare che costoro magari avevano una protezione genetica, cioè avevano un gene sin dalla nascita che li proteggeva dalle malattie ischemiche cardiovascolari. Se fosse stato così, avrebbero dovuto avere questa protezione anche cambiando nazione; hanno invece sviluppato le stesse malattie con la stessa frequenza dei canadesi, la spiegazione va ricercata in altra sede quindi. Non

Una storia che inizia negli anni '50 a Pollica, piacevole località del Cilento, in provincia di Salerno, grazie agli studi osservazionali del Prof. Ancel Keys

Una storia, quella della dieta mediterranea, che negli anni riscuote attenzione sempre maggiore

Il 16 novembre 2010 la dieta mediterranea è inserita tra i patrimoni dell'UNESCO

Nel 2011 arriva un altro importante riconoscimento da parte dell'American College of Cardiology

avevano una protezione genetica, ma tutto è da ricondurre ad alcune modifiche dello stile di vita, nello specifico nel cambiamento delle abitudini alimentari. Mangiando gli stessi cibi, con gli stessi condimenti, con l'identica frequenza, negli anni hanno sviluppato anche le stesse malattie. Questo degli Inuit è uno studio osservazionale. Ci sono studi sperimentali sull'alimentazione che hanno dato gli stessi risultati, come lo studio di Pollica, uno studio comparativo tra un paese del Cilento, Pollica appunto, in provincia di Salerno, e un paese della Finlandia. Lo studio è significativo perché breve, di alcune settimane. Pollica è un paese vicino a Pioppi, ritenuta la capitale della dieta mediterranea, dove gli abitanti si nutrono seguendo questa dieta, mentre in Finlandia hanno abitudini alimentari con eccesso di grassi saturi. I ricercatori hanno misurato alcuni parametri, quali la pressione arteriosa, il colesterolo e il colesterolo "cattivo" LDL delle due popolazioni. In seguito il gruppo di finlandesi che partecipava allo studio si è alimentato seguendo la dieta mediterranea, mentre a Pollica si sono alimentati con la dieta ricca in grassi saturi dei finlandesi. Al termine del periodo sono stati ripresi i parametri. Dopo hanno ripreso le proprie abitudini alimentari e al termine sono stati controllati nuovamente i parametri. Nonostante il breve periodo dello studio sono stati osservati dei dati indicativi: i valori di partenza della pressione arteriosa, del colesterolo totale e del colesterolo LDL erano inferiori negli abitanti di Pollica.

Quando si è invertita la dieta, a Pollica è aumentato il valore della pressione arteriosa e del colesterolo totale e LDL, mentre questi stessi valori sono scesi nei finlandesi che si alimentavano seguendo la dieta mediterranea. Al termine dello studio con la ripresa della normale alimentazione per i due gruppi, ognuno è ritornato ai suoi valori "normali". La dieta ha influenzato i parametri dello studio: valori più bassi in chi si alimentava con la dieta mediterranea. Importante notare come l'effetto positivo si è manifestato anche solo dopo sei settimane di dieta.

Storia della dieta mediterranea

È una storia che inizia negli anni '50 in Italia nel Cilento, con gli studi osservazionali di Ancel Keys. Il Professor Keys mentre soggiorna piacevolmente in un posto bellissimo sia dal punto di vista paesaggistico sia da quello delle abitudini alimentari, ritempra lo spirito con le bellezze ambientali, gusta la tavola ricca di pesce, pomodoro, olio d'oliva, verdure e frutta, compara varie abitudini alimentari, di sette Paesi di tre continenti. Viene fuori uno studio importante, un caposaldo, come si afferma in ambito scientifico: il Seven Countries Study. Gli esiti di questa ricerca condussero Keys a battezzare la Dieta Mediterranea quale miglior stile di vita per vivere meglio e più a lungo. Il 16 novembre 2010 la dieta mediterranea è inserita tra i patrimoni dell'UNESCO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura) da salvaguardare.





“Patrimonio immateriale dell’umanità”, un traguardo eccezionale considerando che per la prima volta un bene immateriale è considerato patrimonio di tutti da salvaguardare. Nel 2011 un altro importante riconoscimento viene da parte dell’American College of Cardiology, che nel mese di marzo riconosce che “la dieta mediterranea si associa a un’esplicita diminuzione della mortalità da tutte le cause, con minor rischio di malattie cardiovascolari e cancro, ed ha un ruolo benefico su diabete tipo 2, obesità addominale, lipidi e livelli di pressione arteriosa”. Un’associazione cardiologica di fama mondiale richiama l’importanza della dieta mediterranea, nel terzo millennio, per vivere meglio e ridurre l’incidenza e la frequenza di malattie che la fanno ora da padrone. La dieta mediterranea non è una punizione, ma è una dieta varia, gustosa, allegra,

colorata, bella da vedere, ritempra le papille gustative, l’olfatto, la vista. Non solo. Protegge il nostro organismo e allontana la possibilità di molte malattie, fra l’altro frequenti. Rifacciamoci a Catalano: «meglio vivere bene e in salute, che male e ammalati». Oggi ci sono parametri semplici per individuare uno stato di obesità, segnali che possono e devono far riflettere, come valori anomali della circonferenza addominale all’ombelico per gli adulti (88 cm per le donne, 102 cm per gli uomini, parametri che tendono a essere abbassati); l’indice di rischio cardiovascolare (rapporto tra circonferenza addominale e altezza) nei bambini, parametro che non deve superare 0,6. Valori superiori a quelli normali devono rappresentare un allarme e richiamare l’attenzione sul fatto che qualcosa non va; bisogna quindi recarsi dal proprio medico di famiglia per valutare cosa fare, a

partire dai consigli su un corretto stile di vita. Questo per far capire che ci sono oggi metodiche semplici che possono aiutarci a evitare di divenire domani dei giovani cardiopatici. Perché è possibile anche nei bambini che presentano un indice di rischio cardiovascolare alto, mettere in atto misure tese a controllare il valore del sangue del colesterolo totale e del colesterolo LDL, della glicemia, come misurare la pressione arteriosa ed eventualmente controllare l’IMT, lo spessore intima media della carotide (esame non invasivo: tramite una sonda esterna un ecodoppler, si misura questo parametro al collo, dove decorre l’arteria carotide). Se vi sono anomalie a questo livello è un sintomo di danno d’organo, che però può essere controllato e rientrare nella norma. L’obiettivo è tenere pervie e pulite le arterie. Occorre anche considerare altri aspetti collegati alla politica sanitaria di un

paese: la cura della salute, delle malattie, ha costi sempre crescenti e alcuni Stati stanno iniziando a pensare che non sia giusto far pagare alla comunità spese inerenti la salute dovute a stili di vita non salutari. Il problema è importante. Una piccola considerazione: poniamo che ci si ammali d'infarto del cuore e viene accertata una relazione tra l'infarto, l'obesità e il fumo, a questo punto lo Stato potrebbe decidere di non accollarsi le spese per la cura di quella persona, la quale dovrebbe farsi carico delle spese dell'Ospedale, delle cure, dell'eventuale coronarografia, angioplastica o by pass aorto - coronarico e di tutti i controlli seguenti. Riflettete. Questo è un problema lontano direte. Non lo è invece. L'anno scorso ad esempio in Scozia è stato preso un provvedimento forte - non sappiamo se giusto - per cui in una famiglia con quattro figli obesi i genitori sono stati messi in guardia più volte sul problema obesità e i figli obbligati a mangiare in presenza in un assistente sociale; ogni volta che mangiavano con la coppia però ingrassavano. Una prassi reputata intollerabile per i funzionari comunali di Dundee, in Scozia, che si sono presi i quattro ragazzi "robusti" (100 chili il maggiore di 12 anni, 80 la figlia di 11 anni e più di 25 le due piccoline di meno di 4 anni) dopo tre anni di diete senza successo. Situazione estrema? Reale. Sinora l'emblema della dieta mediterranea è stata la piramide alimentare che ha subito variazioni nel tempo e in particolare dal 2006, con una bella intuizione da parte degli americani, che hanno affiancato alla piramide

alimentare la scala dell'attività fisica. Dal 2011 negli USA vi è stata una modifica sostanziale: è stata sostituita la piramide alimentare con il cerchio, testimonial d'eccezione Michelle Obama. L'America detiene vari primati, tra i quali un'incidenza notevole di obesità. Il nuovo progetto Choose My Plate è parte della campagna USA contro l'obesità, volta a ricordare ai consumatori i principi fondamentali di una dieta salutare. Visivamente, la dieta del piatto pieno (così è chiamata in Italia) consiste nel suddividere il piatto in quattro quadranti, per frutta, verdura, cereali e proteine. Un cerchio più piccolo richiama i prodotti derivati dal latte. Il più grande è verde e corrisponde a tutti quei cibi assimilabili a quel colore, come le verdure di ogni tipo. Il secondo quadrante, poco più piccolo, corrisponde al colore arancio, che indica i cereali. In terza posizione troviamo il quadrante rosso, più piccolo di quello arancio, che corrisponde alla frutta; infine, la porzione più piccola del piatto è viola, che sta a indicare le proteine. Accanto al piatto è raffigurato un cerchio di colore azzurro: indica formaggi e latticini, importanti e assimilabili in una dieta equilibrata ma da consumare con moderazione perché molto calorici. Michelle Obama si fa testimonial di questo progetto che vuole sensibilizzare la popolazione americana - ma anche mondiale - ad alimentarsi in modo corretto, essendo lei per prima coinvolta nella lotta contro l'obesità, soprattutto infantile. Nato come programma alimentare semplice e sperimentabile da tutti, il Choose My

Plate ha conseguito molto successo negli Stati Uniti perché ha permesso finalmente di comprendere cosa mangiare e in che quantità. Cosa molto importante, non prevede snack e spuntini al di fuori dei pasti, i quali hanno un grande peso nella conta delle calorie giornaliere. Sono rivolte delle critiche anche a questo nuovo modello poiché non sono menzionati i legumi, fonti di proteine vegetali importanti, e non sono specificati né i metodi di cottura (fondamentali se si considerano le calorie di un alimento cotto al vapore rispetto a uno fritto nell'olio) né i condimenti da introdurre. Inoltre, è sottovalutata l'importanza dell'alternanza dei cibi nel corso del tempo. È un bel problema, quello della corretta alimentazione. Ritorniamo a noi, per ricordare che in Italia non siamo poi messi bene, considerando che abbiamo il primato europeo per quel che riguarda l'obesità, sia degli adulti, sia dei bambini. È singolare come il Sud dell'Italia, che dovrebbe rappresentare la punta avanzata della dieta mediterranea, ha una prevalenza del 40% dell'obesità infantile. Qualcosa non va. La risposta è semplice e contestualmente difficile. Semplice perché occorre modificare le abitudini alimentari in primis e incrementare l'attività fisica e/o sportiva, partendo da una semplice passeggiata a passo svelto tre/quattro volte la settimana per 45', pratica salutare ed economica. Modificare le abitudini alimentari è opporsi anche al bombardamento mediatico rivolto ai giovani e ai bambini per invogliarli a scegliere alimenti poco salutari. Un dato la dice lunga: nel mondo per





ogni dollaro speso per promuovere alimenti sani, se ne spendono 500 per propagandare junk - food (Patel Raj, 2008). Riflettete su questo. Terminiamo questo racconto

proponendo un'ipotetica lettera alle autorità americane che stanno sviluppando politiche per contrastare l'obesità.

Yes We Can

Portiamo avanti da anni progetti sullo Stile di Vita (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo, ai quali abbiamo aggiunto la prevenzione della morte improvvisa). Abbiamo pubblicato libri su questo tema, che gradiremmo farvi pervenire.

Sull'alimentazione abbiamo fatto vari progetti partendo dalle ricerche di Ancel Keys e prendendo in considerazione la piramide alimentare con le sue evoluzioni (2006 piramide alimentare e attività fisica, mix eccellente). Stiamo comparando ora la proposta del Cerchio riguardo alla piramide alimentare.

Vogliate consentirci alcuni consigli che potrebbero aver valenza anche da voi negli Stati Uniti:

- Favorire l'utilizzo dell'acqua rispetto alle bevande gassate e con zuccheri (il costo dell'acqua minerale è molto alto negli Stati Uniti, andrebbe diminuito).
- Favorire maggiormente il consumo di frutta e verdura, agendo anche qui sul costo di queste materie per renderle competitive.
- Utilizzare come condimento l'olio di oliva (senza esagerare) rispetto ad altri grassi.
- Sconsigliare l'utilizzo eccessivo di salse.
- Incrementare il consumo maggiore di carboidrati (pane, pizza) evitando condimenti eccessivi.
- Consumo di hamburger con verdure e poche salse.
- Prevedere nei Campus un giorno la settimana di consumo di pane (bruschetta: pane olio, sale e pomodoro, o pane abbrustolito con olio e sale, o nella variante con olio sale e aglio, o ancora con olio sale e aromi), un altro giorno consumo a merenda di frutta fresca, macedonia.
- Sostanzialmente richiamarsi alla dieta valorizzata da Keys.

PRESIDENTE



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
 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
 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
 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
 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
 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
 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



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



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



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



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



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



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

Acute Cardiovascular Care Association:

una nuova associazione nella grande famiglia della Società Europea di Cardiologia



Acute Cardiovascular Care Association®
A Registered Branch of the ESC

In occasione dell'Assemblea Generale dell'ultimo congresso della Società Europea di Cardiologia, tenutosi a Monaco a fine agosto 2012, è stata votata l'istituzione dell'Associazione Europea di Acute Cardiovascular Care (Acute Cardiovascular Care Association o ACCA). L'Associazione ha preso il posto, ampliandone il ruolo, del precedente Working Group di Acute Cardiac Care, che era nato nel 2000 dall'iniziativa di alcuni Cardiologi europei e israeliani interessati alle problematiche del paziente con patologie cardiache acute, candidati al ricovero in Unità Coronarica o in Terapia Intensiva Cardiologica. Una delle "mission" del primo Working Group era stata quella di definire in modo appropriato il ruolo del Cardiologo intensivista e di delinearne la specificità, le competenze, la forma-

zione e le esigenze sul piano della ricerca scientifica. Dal 2000 ad oggi i Cardiologi che hanno operato attivamente nel Working Group hanno assistito a profondi cambiamenti nel mondo della patologia cardiovascolare acuta, sia in termini di innovazione tecnologica e terapeutica che di complessità gestionale, con la necessità di volgere la propria attenzione non solo alla degenza intensiva del paziente, ma a tutto ciò che accade dalla fase pre - ospedaliera alla prima settimana di ricovero. Come altre sottospecialità cardiologiche anche il mondo dell'Acute Cardiovascular Care si è aperto al contributo di esperti in Medicina d'Urgenza e Rianimazione così come di altre professionalità non mediche, valorizzando l'eccellenza nel campo degli infermieri o dei tecnici dell'emergenza e indirizzandosi ai laici, al mondo dell'industria e ai decisori amministrativi. Nel febbraio 2011 in seno al Comitato Direttivo del Working Group è maturata la decisione di ridefinire la propria "mission",

stabilendo che ogni sforzo associativo, educativo e scientifico sarebbe stato indirizzato al "miglioramento della qualità delle cure dei pazienti con malattie cardiovascolari acute e all'ottimizzazione dell'outcome". È nata pertanto l'esigenza di passare da un gruppo di lavoro ad una realtà associativa più complessa, guidata da un board esecutivo e articolata in diverse commissioni, ciascuna dedicata ad un settore rilevante e ben definito come la ricerca scientifica, la formazione, l'organizzazione del Congresso di Acute Cardiac Care, l'interazione con i media e il web, il rapporto con le Società Cardiologiche Nazionali e con le altre Società affini al mondo dell'emergenza. Sono attualmente membri del board Esecutivo il Presidente, Prof. Peter Clemmensen, il Presidente Eletto, Dott. Hector Bueno, il past - President, Prof. Christiaan Vrints, il Tesoriere, Prof. Bulent Gorenek e il Segretario, Prof. Christian Mueller. A questi si aggiungono i responsabili di ciascu-

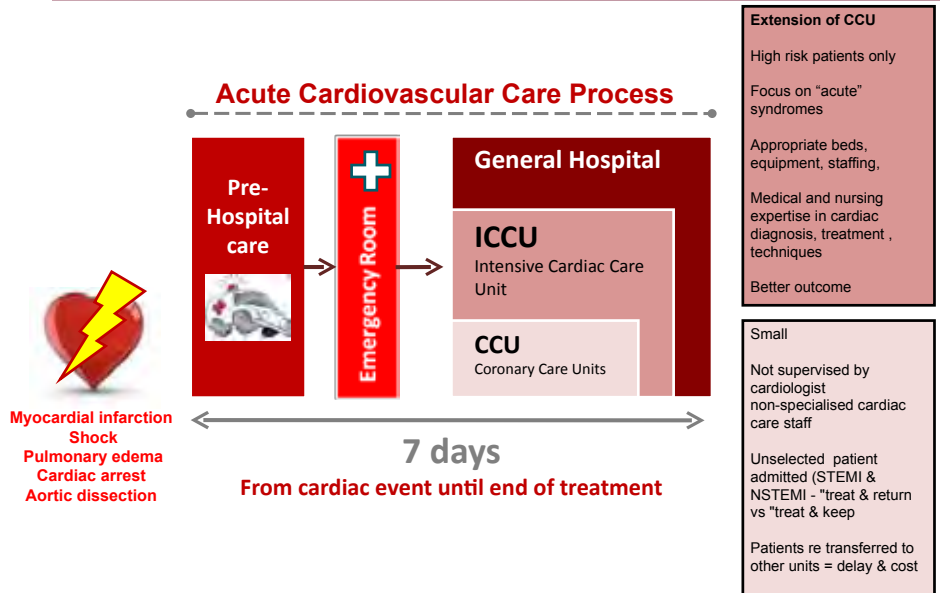
- Annual ACC Congress with increasing number of delegates
- A brand new journal: EHJ-ACVC published by SAGE (First issue: April 2012)
- An IACC Textbook published by OUP (First issue: January 2011)
- A proven educational programme using the ESC eLearning platform
- An ACC Certification programme for individuals
- A European ACC Summit gathering national representatives in the field (bi-annual)
- Participation in ESC Clinical Practice Guidelines
- Production of many scientific position papers

Tabella 1 - Attività promosse da ACCA

na commissione affiancati da alcune figure amministrative della Società Europea di Cardiologia, che sono preziose nel contribuire a tutta la componente gestionale non scientifica dell'associazione. Le principali attività promosse da ACCA sono elencate nella Tabella 1. Grazie ad una serie di iniziative già realizzate dal Working Group, l'Associazione gode di un buon livello di partenza che è una risorsa per i potenziali nuovi iscritti e che rende solida la possibilità di diventare reale riferimento per tutti coloro che si occupano di "Acute Cardiovascular Care". Viene ovviamente mantenuto l'impegno della certificazione europea del Cardiologo Intensivista, con il solito esame annuale e il log book da compilare per la conferma del titolo. Si è ora deciso di lavorare anche su tutta la fase della formazione, traendo vantaggio da una piattaforma educativa creata dalla ESC all'interno del proprio sito, aperta a tutti i Working Group e alle associazioni, nella quale ACCA può riversare i contenuti educazionali che ritiene di proprio interesse e che possono essere funzionali a sostenere con profitto la certificazione stessa. La piattaforma risulterebbe fruibile per i soci a condizioni facilitate e con un link diretto dal portale dell'Associazione medesima. Il volume di Acute Cardiac Care, già pubblicato nel 2010, sarà aggiornato entro il prossimo anno da un comitato editoriale in parte rinnovato, costituito da esperti di tutto il mondo, che hanno già assunto l'impegno di preparare i rispettivi capitoli con una serie di contributi adatti al web e pertanto all'arricchimento dello strumento educativo



Acute Cardiac Care: A Wider scope



di cui si è appena parlato. L'ambizione di ACCA è quella di rendere agevole il percorso di formazione e certificazione a tal punto da mettere a disposizione dei futuri Cardiologi intensivisti tutto quanto è per loro indispensabile nella fase educativa

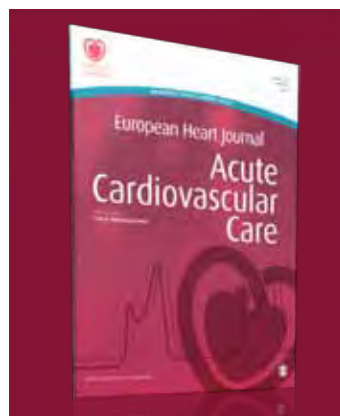
le, ipotizzando anche una modalità decentrata di effettuare gli esami di certificazione in un prossimo futuro, presso centri di eccellenza accreditati dalla ESC. Le sedi sarebbero distribuite nelle varie nazionalità, e pertanto più facilmente raggiungibili





See you in Madrid

dai singoli candidati senza limitarsi alla sola fase congressuale. A partire dal 2013 il Congresso di Acute Cardiac Care diventerà annuale e l'obiettivo sarà ancora una volta quello di valorizzare la multidisciplinarietà nella gestione delle problematiche cardiologiche acute. Sarà un modo nuovo e stimolante di affrontare la discussione sulle varie patologie coinvolgendo tutte le figure professionali interessate, figure che di fatto dovrebbero collaborare tutti i giorni nel mondo reale. Nella prossima sede di Madrid si prevede anche l'organizzazione di alcune sessioni scientifiche in collaborazione con la Società Scientifica Nazionale Spagnola, oltre a workshop congiunti con altre associazioni europee coinvolte nell'emergenza. Un ruolo di rilievo sarà riservato ai giovani Cardiologi intensivisti che si auspica siano sempre più coinvolti nella faculty e quindi, in fin dei conti, nella formazione. Da parte di ACCA giunge un invito speciale a tutti i ricercatori ad inviare i propri contributi scientifici allo European Heart Journal of Acute Cardiac Care (EHJ ACC), un periodico appena nato in seno alle riviste della Società Europea di Cardiologia, già di buona risonanza, che potrà costruire in questo modo il proprio impact factor, valorizzando la ricerca di chi lavora nel mondo dell'emergenza cardiovascolare. Infine il logo di ACCA ben rappresenta il suo carattere multidisciplinare espresso nei petali che lo compongono, ognuno di pari dignità rispetto agli altri, tutti riuniti intorno al "cuore caldo" dell'interesse comune che riconduce alle patologie cardiovascolari nella loro fase di acuzie.



ACCA Executive board

	President	Professor Peter Clemmensen Professor of Cardiology, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark
	President-Elect	Associate Professor Héctor Bueno Head of Clinical Cardiology, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense de Madrid, Spain
	Past President	Professor Christiaan Vrints Department of Cardiology - University Hospital of Antwerpen, Belgium
	Secretary	Professor Christian Mueller Cardiology, University Hospital, Basel, Switzerland
	Treasurer	Professor Bulent Gorenek Cardiology Department, Eskisehir Osmangazi University, Eskisehir, Turkey

ACCA Board: committees' chairs

	Role	Membership and NS Relations (Chair: Professor Doron Zahger, Israel) To define membership value and member benefits, to liaise with national acute cardiac care working groups and to attract acute cardiac care professionals into the ACCA community
	Role	Allied Societies, ESC Associations, Councils and WGs (Chair: Professor Tom Quinn, UK) To ensure continuous liaison and good relationships with external allied societies and the ESC Councils, Associations, and Working Groups
	Role	Scientific Activities (Chair: Professor Uwe Zeymer, Germany) To initiate and promote multi-national European studies and registries in the field of acute cardiac care
	Role	Education and Training (Chair: Doctor Susanna Price, UK) To promote knowledge and skills through training and certification programmes to a multi-disciplinary audience
	Role	ACC Congress (Chair: Doctor Maddalena Lettino, Italy) To develop a state-of-the-art scientific programme and promote the ACCA's congress to a worldwide audience as a unique platform of information exchange
	Role	Web, Communication, and Press (Chair: Professor Kurt Huber, Austria) To establish ACCA's reputation and international standing with a wide audience through both internal and external media channels

Verifica dell'appropriatezza delle procedure di angioplastica coronarica nella coronaropatia stabile: quando anche in Italia?

DI STEFANO DE SERVI

È noto come l'utilizzo di una strategia invasiva, basata su una coronarografia precoce seguita da rivascolarizzazione, sia la modalità di trattamento più efficace delle sindromi coronariche acute, sia in quelle senza sopraslivellamento del tratto ST (in cui tale approccio terapeutico si associa ad una riduzione ampiamente significativa di morte cardiaca e infarto miocardico soprattutto nei pazienti a più alto rischio) sia nello STEMI, qualora l'angioplastica primaria venga effettuata entro i tempi indicati dalle Linee Guida. Nella coronaropatia stabile invece i dati a favore di un miglioramento di outcome nei pazienti trattati con angioplastica coronarica non sono del tutto convincenti, anzi l'evidenza indica una sostanziale non superiorità della rivascolarizzazione percutanea nei confronti della terapia medica. Se da un lato infatti l'evoluzione delle tecniche di angioplastica coronarica ha sicuramente migliorato i risultati clinici di tale tecnica, dall'altro i progressi nella terapia medica sia nel controllo dei sintomi anginosi che nell'effettuazione di

una efficace prevenzione secondaria sono stati altrettanto notevoli. Il numero eccessivo di procedure di angioplastica coronarica in pazienti stabili è alimentato da una anomalia della cascata diagnostico - terapeutica applicata alla malattia coronarica. Un utilizzo spesso non giustificato della coronarografia (e più recentemente della TAC coronarica) porta alla sempre maggiore individuazione di pazienti con coronaropatia lieve che vengono immediatamente trattati con angioplastica, anziché affidati alla sola terapia medica. Recentemente, analizzando i dati relativi alla Lombardia, abbiamo osservato come vi siano centri, anche di altissimo volume, che effettuano un numero esiguo di angioplastiche primarie in rapporto al numero totale di procedure eseguite⁽¹⁾. Non vi è dubbio che questi centri trattino una proporzione relativamente modesta di sindromi coronariche acute rispetto al totale delle procedure che vengono effettuate prevalentemente in pazienti con malattia coronarica stabile. Inoltre ancora troppo numericamente modesto

appare, anche nei centri a maggior volume, l'utilizzo delle guidine di flusso per la misurazione della fractional flow reserve (FFR), una tecnica che permette di individuare le lesioni coronariche che limitano effettivamente il flusso nella loro area di distribuzione, evitando di dilatare restringimenti coronarici solo in base al deprecabile "effetto oculo - stenotico"⁽²⁾. Partendo da queste considerazioni, soprattutto negli Stati Uniti ci si è resi conto che è necessaria una verifica della appropriatezza di indicazione alle procedure di rivascolarizzazione nei pazienti stabili. Recentemente le principali società nordamericane del settore hanno emesso un documento in cui sono indicati vari scenari clinici ed angiografici valutandone l'appropriatezza di intervento⁽³⁾. Alcuni stati, come quello di New York e quello di Washington, hanno già valutato le loro casistiche, riscontrando percentuali non marginali di inappropriatelyzza con notevole variabilità tra diversi Ospedali. Analizzando oltre 500.000 procedure di angioplastica coronarica del Registro NCDR, Chan e coll.⁽⁴⁾





Table 8 Indications for revascularization in stable angina or silent ischaemia

	Subset of CAD by anatomy	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
For prognosis	Left main >50% ^d	I	A	30, 31, 54
	Any proximal LAD >50% ^d	I	A	30-37
	2VD or 3VD with impaired LV function ^d	I	B	30-37
	Proven large area of ischaemia (>10% LV)	I	B	13, 14, 38
	Single remaining patent vessel >50% stenosis ^d	I	C	—
	1VD without proximal LAD and without >10% ischaemia	III	A	39, 40, 53
For symptoms	Any stenosis >50% with limiting angina or angina equivalent, unresponsive to OMT	I	A	30, 31, 39-43
	Dyspnoea/CHF and >10% LV ischaemia/viability supplied by >50% stenotic artery	IIa	B	—
	No limiting symptoms with OMT	III	C	—

Figura 1 - Indicazioni alla rivascolarizzazione nella malattia coronarica stabile secondo le Guidelines on Revascularization della Società Europea di Cardiologia (v. bibliografia 4)

hanno individuato come appropriate le indicazioni nella metà dei pazienti con coronaropatia stabile, mentre nel 38% dei casi l'indicazione era incerta e inappropriata nel 12%. Problematiche da affrontare in una verifica di appropriatezza. È possibile una verifica in tal senso in Italia? Ci sono numerosi aspetti problematici da superare. Il primo, fondamentale, è che una analisi di questo tipo deve essere svolta in tutti i laboratori di Emodinamica e non può essere effettuata su base volontaristica. Solo un organismo regionale può renderla obbligatoria, così come lo sono alcuni registri in Lombardia o in Emilia Romagna. Inoltre è necessario il coinvolgimento della nostra Associazione che dovrà provvedere a nominare i membri del

Comitato Scientifico che avranno il compito di valutare la casistica e analizzare i dati una volta raccolti. Una verifica di questo tipo non dovrà soltanto analizzare la appropriatezza delle indicazioni cliniche (così come è stato sinora fatto negli Stati Uniti) sulla base di criteri prestabiliti, ma anche di esprimere un giudizio sulla appropriatezza di esecuzione della procedura. È necessario perciò avere accesso alle procedure angiografiche per giudicare il grado di severità delle stenosi dilatate, l'esecuzione eventuale di FFR per verificarne il significato fisiopatologico e l'ampiezza del territorio a rischio correlato. È evidente che dovrà essere individuato un campione limitato di procedure consecutive che permetta tuttavia di

raggiungere indicazioni significative. Esiste infine il problema di quali criteri di appropriatezza utilizzare. Quelli recentemente proposti dalle società nordamericane si basano, per la malattia coronarica stabile, sostanzialmente sulla severità dei sintomi, sulla completezza della terapia medica e sul risultato dei test provocativi di ischemia. L'estensione della coronaropatia è tenuta in considerazione, ma non è giudicata un criterio sufficiente per valutare come appropriato un intervento di rivascolarizzazione, in assenza di criteri clinici stringenti. Ad esempio, secondo gli scenari clinici ipotizzati, un paziente asintomatico con un adeguato trattamento medico non ha una indicazione certa alla rivascolarizzazione pur in pre-

Una verifica di appropriatezza dell'angioplastica nella malattia coronarica stabile è una problematica non più eludibile anche nel nostro Paese

Alcuni dati nordamericani mostrano come molte indicazioni alla rivascolarizzazione percutanea non siano giustificate sulla base dei dati della letteratura e dell'evidenza clinica

Esiste inoltre una notevole variabilità tra centro e centro nella appropriatezza alle indicazioni all'angioplastica coronarica

Figura 2 - Modifica di criteri di appropriatezza proposti dal documento ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC/HFSA/SCCT 2012 (v. bibliografia 3) sulla base delle raccomandazioni delle ESC Guidelines on Coronary Revascularization (v. bibliografia 4)

Low-Risk Findings on Noninvasive Study						Asymptomatic					
Symptoms Med. Rx						Stress Test Med. Rx					
Class III or IV Max Rx	U	A	A	A	A	High Risk Max Rx	U	A	A	A	
Class I or II Max Rx	U	U	A	A	A	High Risk Nomin Rx	U	U	A	A	
Asymptomatic Max Rx	I	I	U	U	U	Int. Risk Max Rx	U	U	U	U	
Class III or IV Nomin Rx	I	U	A	A	A	Int. Risk Nomin Rx	I	I	U	U	
Class I or II Nomin Rx	I	I	U	U	U	Low Risk Max Rx	I	I	U	U	
Asymptomatic Nomin Rx	I	I	U	U	U	Low Risk Nomin Rx	I	I	U	U	
Coronary Anatomy	CTO of 1-vc, no other disease	1-2-vc disease of prox. LAD	1-vc disease of prox. LAD	2-vc disease with prox. LAD	3-vc disease, no left main	Coronary Anatomy	CTO of 1-vc, no other disease	1-2-vc disease, no prox. LAD	1-vc disease of prox. LAD	2-vc disease with prox. LAD	3-vc disease, no left main

Low-Risk Findings on Noninvasive Study						Asymptomatic					
Symptoms Med. Rx						Stress Test Med. Rx					
Class III or IV Max Rx	U	A	A	A	A	High Risk Max Rx	A	A	A	A	
Class I or II Max Rx	U	U	A	A	A	High Risk Nomin Rx	A	A	A	A	
Asymptomatic Max Rx	I	I	A	A	A	Int. Risk Max Rx	U	U	A	A	
Class III or IV Nomin Rx	I	U	A	A	A	Int. Risk Nomin Rx	I	U	A	A	
Class I or II Nomin Rx	I	I	A	A	A	Low Risk Max Rx	I	I	A	A	
Asymptomatic Nomin Rx	I	I	A	A	A	Low Risk Nomin Rx	I	I	A	A	
Coronary Anatomy	CTO of 1-vc, no other disease	1-2-vc disease, no prox. LAD	1-vc disease of prox. LAD	2-vc disease with prox. LAD	3-vc disease, no left main	Coronary Anatomy	CTO of 1-vc, no other disease	1-2-vc disease, no prox. LAD	1-vc disease of prox. LAD	2-vc disease with prox. LAD	3-vc disease, no left main

senza di una coronaropatia trivasale se il test provocativo di ischemia è a basso rischio. A tal riguardo, diverse sono le raccomandazioni della Società Europea di Cardiologia. Le Linee Guida sulla rivascolarizzazione⁽⁴⁾ infatti indicano come raccomandazione classe I, livello di evidenza A, il trattamento della coronaropatia trivasale (o di una patologia significativa della arteria discendente anteriore prossimale) per migliorare la prognosi del paziente, indipendentemente dalla presenza di sintomi e dall'esito dei test provocativi di ischemia (Figura 1). Alla luce di queste indicazioni, alcuni criteri di appropriatezza proposti dalle società di settore nordamericane andrebbero modificati. Un esempio è mostrato dalla Figura 2. Utilizzando

le raccomandazioni della Linee Guida Europee, le caselle verdi di appropriatezza salirebbero, nell'esempio proposto, da 19, secondo il documento delle società nordamericane, a 41. Un vantaggio che ne deriverebbe è indubbiamente quello di ridurre l'area di incertezza (le caselle scenderebbero da 28 a 7), senza significative variazioni delle caselle correlate all'inappropriatezza (da 13 a 12). Benché gli ostacoli da superare siano molti, credo che una iniziativa come quella delineata in questo articolo sarebbe un segnale di grande rilevanza culturale per la Cardiologia italiana.

Bibliografia
1) De Servi S, Klugmann S: Qualità e appropriatezza dell'angioplastica coronarica

in Lombardia: qualche riflessione sui dati di attività del registro della Società Italiana di Cardiologia Invasiva (SICI - GISE). G Ital Cardiol 2012; 13: 47-9.
2) Topol EJ, Nissen SE. Our preoccupation with coronary luminology: the dissociation between clinical and angiographic findings in ischemic heart disease. Circulation. 1995;92:2333-2342.
3) ACCF/SCAI/STS/AATS/AHA/ASNC/HFSA/SCCT 2012 Appropriate Use Criteria for coronary revascularization focused update. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, April 2012.
4) Chan PS, Patel MR, Klein LW et al. Appropriateness of percutaneous coronary intervention. JAMA. 2011 ;306:53-61.
5) Guidelines on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio - Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart.



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



Antonio Mantero

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

www.anmco.it/aree/elenco/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE



Michele Azzarito

Chairman (ad interim)
Michele Azzarito (Roma)
Co - Chairman Michele Azzarito (Roma)
Comitato di Coordinamento
Elena Maria Fernanda Adornato (Reggio Calabria)
Nicola D'Amato (Bari - Carbonara)
Iolanda Enea (Caserta)
Martina Perazzolo Marra (Padova)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ



Daniela Pavan

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

www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING



Giuseppe Trocino

Chairman Medico Giuseppe Trocino (Monza - MB)
Co - Chairman Medico Gaetano Satullo (Messina)
Chairperson Infermiera Cristiana Caredda (Cagliari)
Co - Chairperson Infermiera Sabrina Barro (San Donà di Piave - VE)
Comitato di Coordinamento
Laura Piccioni (Teramo)
Roberta Rosso (Novara)
Sonia Tosoni (Brescia)
Donatella Radini (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing



Cristiana Caredda

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE



Francesco Fattiroli

Chairman (ad interim)
Francesco Fattiroli (Firenze)
Co - Chairman Francesco Fattiroli (Firenze)
Comitato di Coordinamento
Michele Gabriele (Castelvetro - TP)
Gian Francesco Mureddu (Roma)
Fausto Rigo (Mestre - VE)
Luigi Tarantini (Belluno)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO



Gianfranco Misuraca

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

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso

Area Scompensio Cardiaco Bilancio e riflessioni su due anni di attività

DI GIANFRANCO MISURACA

Due anni passano in fretta, soprattutto quando non si è più tanto giovani. È stato così anche per questo periodo nel Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensio Cardiaco di cui cercherò di fare un bilancio di attività. Devo però prima di ogni cosa ringraziare i componenti e i consulenti del Comitato di Coordinamento che hanno collaborato con entusiasmo e impegno a tutte le nostre attività, e in particolare Renata De Maria che da diversi anni rappresenta un punto di riferimento dell'Area per l'instancabile lavoro di proposta, ricerca, e concreta realizzazione dei progetti. Abbiamo cercato di valorizzare giovani colleghi coinvolgendoli attivamente nelle nostre iniziative e affidando loro, tra l'altro, il compito di svolgere le relazioni nei Simposi del nostro Congresso Nazionale. Abbiamo introdotto nei fatti le "quote rosa" attraverso la costituzione di un Comitato di Coordinamento nel quale le donne erano equamente rappresentate rispetto agli uomini. E forse questo ci ha stimolati a sviluppare una linea editoriale e di ricerca sulla Cardiologia di genere innanzitutto con la pubblicazione di un supplemento del GIC sullo scompensio cardiaco nella



Lo scompensio cardiaco nella donna di Maria Frigerio e Renata De Maria

donna che contiene articoli di revisione e contributi originali su alcune peculiarità della insufficienza cardiaca nel sesso femminile che costituiscono spunti per ulteriori ricerche in questo settore. Da diversi anni, a partire dalla esperienza della Consensus, l'Area è impegnata nella attuazione di modelli di continuità assistenziale che, ritenuta essenziale per curare adeguatamente i nostri malati, stenta, non solo nel nostro paese, a trovare concreta realizzazione. A distanza di cinque anni dalla pubblicazione del documento ci è sembrato utile verificare quanto fosse stato realizzato nelle varie regioni in seguito alle numerose iniziative

che ne erano seguite attraverso un questionario inviato ai Presidenti Regionali. I risultati, di recente pubblicati, mostrano dati di grande interesse sull'organizzazione della cura dello scompensio, non tutti confortanti e disomogenei tra le diverse aree e realtà del paese, e suggeriscono la necessità di continuare l'attività avviata alcuni

Progetto VAD-EMECUM
ANMCO-SICCH-IACPR/GICR



anni fa. Il progetto VAD - emecum, che si propone di diffondere attraverso eventi formativi macroregionali le conoscenze sui VAD in particolare sulle indicazioni all'impianto e gestione del follow - up, sta andando avanti con qualche difficoltà nel reperimento dei fondi necessari per condurlo nella sua formulazione e tempistica iniziale. Si è deciso per il momento di dedicare a questo argomento uno spazio ampio (tipo minimaster) nell'ambito del prossimo Congresso Nazionale ANMCO e di continuare nella attività di ricerca di finanziamenti

Monaldi Arch Chest Dis
2012; 78: 40-48

ARTICOLO ORIGINALE

La rete per lo Scompenso Cardiaco in Italia cinque anni dopo la pubblicazione della Consensus Conference “Il percorso assistenziale del paziente con Scompenso Cardiaco”: a che punto siamo?

The Italian Network for Heart Failure five years after the publication of the Italian “Consensus conference on the management of heart failure”

Angela Beatrice Scardovi¹, Renata De Maria², Stefania De Feo³, Maria Ausilia Petruzzi⁴, Alberto Camerini⁵, Manlio Cipriani⁶, Giuseppe Di Tano⁷, Mauro Feola⁸, Attilio Iacovoni⁹, Giovanni Pulignano¹⁰, Giulia Russo¹¹, Gianfranco Misuraca¹².
Area Scompenso Cardiaco - ANMCO

In ricordo del dott. Gianni Gaschino che per primo si era occupato di questo sondaggio.

per la sua piena realizzazione. La pubblicazione da parte della nostra Area su “Cardiologia negli Ospedali” di un articolo relativo alla guida nei portatori di device ha suscitato un grande interesse tra i Cardiologi e per questo abbiamo deciso, insieme all’Area Aritmie, di produrre un documento più ampio che contribuisca a mettere ordine in questa materia e che possa rappresentare un punto di riferimento per le valutazioni di idoneità alla conduzione di veicoli da parte di questi pazienti. A questo scopo si è costituito un Gruppo di Lavoro con rappresentanti ANMCO e SIC (espressione della Federazione Italiana di Cardiologia) e AIAC. Le comorbilità rappresentano uno dei capitoli più importanti nella gestione dello scompenso cardiaco e il rapporto tra Cardiologi e altre specialità va rafforzato in ambito clinico e di ricerca. È al momento in corso un progetto su cuore e rene: sul numero di aprile del GIC abbiamo pubblicato una rassegna scritta a nome dell’Area insieme a due importanti esponenti della nefrologia italiana che contiene spunti di grande interesse su importanti aspetti di pratica clinica; è inoltre in atto un progetto collaborativo editoriale ANMCO - SIN nel quale l’Area è direttamente coinvolta. In questo ambito va collocata anche l’attività che riguarda la cardioncologia condotta in collaborazione con l’Area Prevenzione Cardiovascolare. E in un prossimo futuro sarà opportuno avviare collaborazioni di questo tipo con altre specialità. Il sito dell’Area, purtroppo poco frequentato, ha subito alcune modifiche. Abbiamo riorganizzato la parte relativa alla



Cardiologia
negli Ospedali

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Pazienti portatori di defibrillatore impiantabile e patente di guida

DI STEFANIA DE FEO, ALBERTO CAMERINI, GIANFRANCO MISURACA

	Restrizione alla guida ad uso personale	Restrizione alla guida per scopi lavorativi
Impianto di ICD in prevenzione secondaria	Tre mesi	Permanente
Impianto di ICD in prevenzione primaria	Quattro settimane	Permanente
Dopo scarica appropriata del defibrillatore	Tre mesi	Permanente
Dopo scarica inappropriata del defibrillatore	Fino alle misure adeguate per prevenire scariche in appropriate	Permanente
Dopo riposizionamento del device	Una settimana	Permanente
Dopo riposizionamento dei cateteri	Quattro settimane	Permanente
Pazienti che hanno rifiutato l'impianto in prevenzione primaria	Nessuna restrizione	
Pazienti che hanno rifiutato l'impianto in prevenzione secondaria	Sette mesi	Permanente

Tratto da: Johan Vijgen, Gianluca Botto, John Camm, Carl-Johan Hoije, Werner Jung, Jean-Yves Le Heuzey, Andrzej Lubinski, Tone M. Norekva, Maurizio Santomauro, Martin Schali, Jean-Paul Schmid, Panos Vardas. Consensus statement of the European Heart Rhythm Association: updated recommendations for driving by patients with implantable cardioverter defibrillators. *Europace* 2009;11:1097-1107.





Documento di Consenso sulla Gestione del Paziente con Scompensamento Cardiaco Refrattario

ANMCO - SIN



letteratura scientifica, avviato la creazione di una slide bank nella quale potranno essere inserite presentazioni selezionate inviate dai centri, realizzato uno spazio dedicato alle regioni e alle esperienze provenienti dalla periferia. Infine IN-HF online, dopo un censimento dei centri realmente attivi, prosegue il suo cammino nonostante le ristrettezze economiche. Nel biennio 2011 - 2012 il registro ha reclutato 1.438 nuovi pazienti (1.281 CHF e 157 AHF) e registrato 1.2729 visite in 79 centri della rete. Questi numeri confermano l'importanza di uno strumento sicuramente utile nella pratica quotidiana e nell'attività di ricerca clinica, che presenta come unico limite uno scarso arruolamento di pazienti con scompenso acuto. Il prossimo Comitato di Coordinamento dovrà impegnarsi insieme al Centro Studi nel reperimento dei fondi necessari a mantenere in vita IN-HF online che consente di tenere unita una rete per lo scompenso cardiaco tra le più importanti nel mondo e che viene continuamente aggiornato per migliorarne la fruibilità. È in atto una revisione della form che permette di ottenere la Descrizione della Popolazione a livello nazionale,

di ogni singolo centro e per regione di appartenenza, che consentirà tra l'altro di aggregare dati di più centri che avessero la volontà di percorsi ed analisi comuni. Al momento la form per la Descrizione della Popolazione genera un report con le caratteristiche basali dei soli pazienti entrati nel Database nella condizione di CHF, senza fornire alcuna informazione sul decorso ospedaliero del ricovero indice, per tutti coloro che sono entrati nella condizione di AHF e in nessun caso vengono forniti dati di follow-up. L'idea, che passerà alla fase operativa a breve, è quella di colmare queste lacune, con una descrizione accurata dalla fase intra-ospedaliera, oltre a fornire semplici informazioni di follow-up (stato vitale ed ospedalizzazioni) per tutte le tipologie di pazienti, CHF e AHF. Tutte queste informazioni saranno utilizzabili dai ricercatori in completa autonomia, per gli usi che ritengono opportuni: verifica interna, relazione al Direttore Generale e/o al Direttore del Dipartimento, valutazione di fattibilità di propri progetti. Come sempre succede non tutto quello che si programma trova realizzazione e alcuni progetti avviati e approvati dal Consiglio Diret-

tivo restano in piedi come proposte per il prossimo biennio, se ci saranno la volontà di sostenerli e le risorse necessarie per attuarli. Mi riferisco al progetto formativo e di ricerca sulle riospedalizzazioni precoci, che può essere considerato un proseguimento dell'attività della Consensus, e al progetto formativo e mirato alla realizzazione di una rete per la cardiomiopatia ipertrofica. Aver avuto un incarico così importante nella nostra Associazione - un privilegio e un onore che va sicuramente al di là dei miei meriti - mi ha consentito tra l'altro di conoscere e apprezzare tante magnifiche persone, di sentire in molti casi il calore della loro amicizia e stima personale e professionale, di sentire, ma non c'era bisogno di questi due anni, di far parte di una grande famiglia di professionisti che lavorano per migliorare la qualità della Cardiologia e della Sanità in generale, con il supporto di uno staff organizzativo di incredibile efficienza e cortesia. Non mi resta che fare gli auguri di buon lavoro al prossimo Comitato di Coordinamento e in particolare a Giuseppe Di Tano che saprà sicuramente svolgere con passione, competenza ed equilibrio il ruolo di Chairman della nostra Area.

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 Villella (Foggia)

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

VENETO



Loris Roncon

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

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto



“Progetto... A tutto cuore!”
È così che inizia questa esperienza alla scoperta del cuore
e di tutto ciò che ruota intorno ad esso

Progetto... A tutto cuore!

DI ALESSIA STANCHINA, STEFANIA BERTOLA, PAOLA FRASNELLI,
ALESSIA PIERDOMENICO, RENATO DI GAETANO, ROBERTO CEMIN



Foto 2



Al contrario di quanto successo in passato, questa volta la proposta è partita dalla scuola, alla quale è stata lasciata libertà di ideare un percorso didattico il più divertente possibile, utile all'apprendimento di nozioni di anatomia e fisiologia, del corretto riconoscimento di un'emergenza e dell'adeguata modalità di allertare i soccorsi. È stato inoltre affrontato il problema dei fattori di rischio cardiovascolare e sono stati descritti i comportamenti in grado di proteggere il cuore da possibili danni. In classe sono quindi comparsi i classici cartelloni (Foto 1), affiancati da quiz appositamente preparati, fonendoscopi ed ecografi portatili, il tutto variamente integrato con l'unico scopo di rendere affascinante l'argomento e di coinvolgere gli alunni. Nella prima giornata, dopo le reciproche presentazioni ed una breve discussione introduttiva per conoscere le nozioni di base degli scolari, è stato loro richiesto

di disegnare il cuore, rispettandone il più possibile forma, grandezza e posizione. In molti casi il risultato è stato sbalorditivo per l'inaspettata realizzazione di piccole opere d'arte, dove cuore, arterie e vene sono stati rappresentati con straordinaria

precisione (Foto 2). I disegni sono stati quindi utilizzati per introdurre l'anatomia e la fisiologia del cuore e del sistema circolatorio (Foto 3). Con l'ausilio di fonendoscopio ed ecocardiografo portatile si è poi cercato di far digerire in modo giocoso questa parte nozionistica e ogni alunno ha potuto esercitarsi nell'auscultazione. Con grande stupore i bambini hanno poi visto in diretta il cuore, la sua reale posizione all'interno del corpo umano, la sua grandezza, le valvole ed il loro movimento, la direzione del sangue e la forza contrattile del muscolo cardiaco (Foto 4). Per spiegare la circolazione si è poi allestita la palestra della scuola adibendola a corpo umano: mentre a terra è stata tracciata la piccola e la grande circolazione, a ciascun bambino è stato assegnato un ruolo. Alcuni rappresentavano la bocca da cui fuoriusciva l'anidride carbonica ed entrava l'ossigeno, altri le particelle di aria, gli alveoli, i globuli rossi ed i vari organi (Foto 5).



Foto 3

Foto 4



Foto 5

I globuli rossi giravano scambiando con gli organi bollini rossi e blu. I bollini rossi rappresentavano l'ossigeno, quelli blu l'anidride carbonica che veniva poi ceduta agli alveoli per l'ossigenazione. Non mancavano ovviamente i bambini con il ruolo di cuore che, a ritmo di tamburello, "spingevano" ordinatamente in circolo i globuli rossi verso altri compagni che rappresentavano i diversi distretti (Foto 6). Fatta eccezione per il giro di prova, quelli successivi si sono svolti senza significativi intoppi e il risultato è sembrato a tutti molto buono. Nel secondo incontro, dopo una brevissima introduzione teorica sui fattori di



rischio, le classi sono state suddivise in due squadre, ognuna delle quali doveva rispondere ad alcune domande e disporre su cartelloni i simboli dei comportamenti protettivi o rischiosi per il cuore (Foto 7). La competizione non è mancata, ma alla fine tutti sono stati premiati con un piccolo gadget che, per rimanere in tema, era un cuore antistress (Foto 8). Chi non preserva adeguatamente il proprio cuore va incontro a gravi problemi. Ecco quindi che è stato introdotto anche il concetto dell'infarto miocardico e dell'arresto cardiaco. Agli scolari è stato chiaramente spiegato che, se è rarissimo che un bambino sviluppi un arresto cardiaco, più frequentemente può capitare che essi possano essere i primi ed unici potenziali soccorritori in una situazione di emergenza. Sono state quindi fornite dettagliate delucidazioni sul corretto comportamento da tenere di fronte ad una persona priva di coscienza ed è stato illustrato il miglior modo per allertare i soccorsi e facilitarne l'intervento, cercando di promuovere nel bambino l'autonomia e la tempestività nel riconoscere un'emergenza e la capacità di attivare senza esitazione il 118. Per lasciare agli alunni un ricordo duraturo cui attingere nella malaugurata occasione di trovarsi di fronte ad un'emergenza e dover allertare i soccorsi senza farsi prendere dal panico, sono state effettuate delle simulazioni con perdita di coscienza di un protagonista ed allertamento dei soccorsi da parte dell'altro (Foto 9). Di fondamentale importanza è stata la collaborazione con la centrale operativa provinciale SUEM - 118, che ha permesso ad entrambe le classi di effettuare una

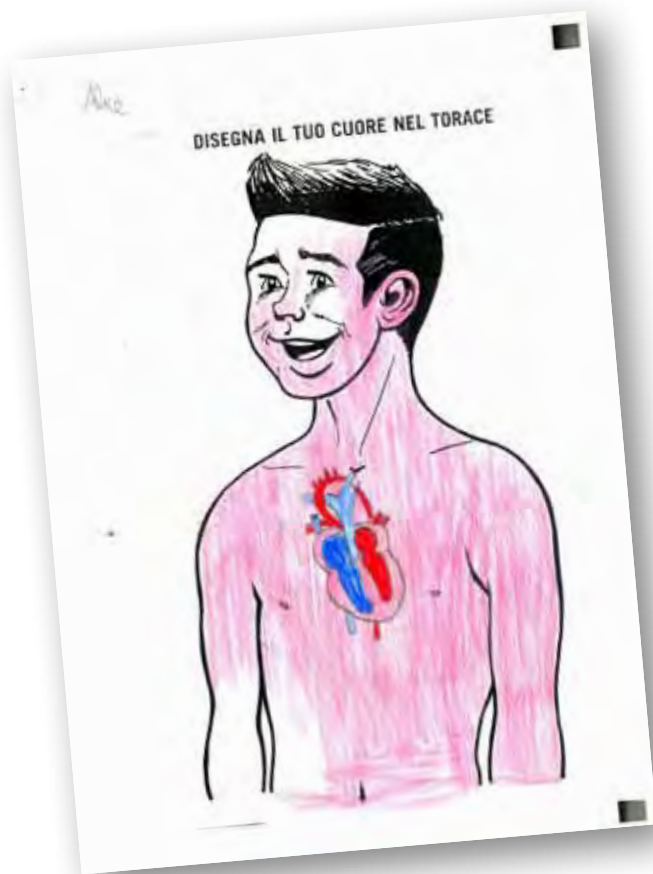
vera chiamata in vivavoce con gli operatori. Grande è stata l'emozione dei bambini nel parlare direttamente con l'operatore della centrale 118 ed ancora maggiore quando l'ambulanza è effettivamente arrivata, seguita dall'auto con il medico d'urgenza. Gli operatori, al corrente della lezione

in corso, si sono resi disponibili per illustrare i segreti dell'ambulanza (Foto 10). La successiva visita guidata ai mezzi di soccorso è stata inevitabile, così come il trasporto in barella di uno degli scolari (Foto 11). Come nelle nostre esperienze passate, i ragazzi hanno risposto con grandissimi

Foto 6



Foto 7



Riprendendo un discorso già iniziato cinque anni fa, un gruppo di Cardiologi ed Infermieri dell'Ospedale di Bolzano ha deciso di investire ancora una volta tempo ed energie nella prevenzione cardiovascolare, rivolgendosi a quarantasette bambini della quarta elementare dell'Istituto "Marcelline" di Bolzano

mo interesse. Essi hanno rapidamente recepito le nozioni di anatomia e fisiologia, di prevenzione e attività fisica, di alimentazione ed eliminazione di abitudini malsane e si sono

divertiti moltissimo nel simulare le scenette dell'emergenza. Un attimo di panico c'è stato al momento della vera chiamata al 118, però anche questa titubanza è stata immediatamente

superata con entusiasmo. La necessità di mantenere la calma, di allertare i soccorsi fornendo indicazioni precise e la possibilità di farlo gratuitamente da qualsiasi telefono o cellulare sono stati assimilati con estrema facilità. Ovviamente l'apice dell'interesse è stato toccato all'arrivo dei soccorritori con l'ambulanza, pochi minuti dopo la chiamata al 118! L'ultimo incontro è previsto fra quattro mesi, dopo che i bambini avranno rielaborato con gli insegnanti quanto appreso. Alla conclusione ad ognuno sarà consegnato l'attestato di partecipazione. Scrivendo questo breve resoconto ci veniva ancora da sorridere, ripensando ai vari avvenimenti di queste due giornate, alle espressioni dei bambini, alle situazioni che si sono create e all'entusiasmo di tutti: scolari, insegnanti, infermieri e medici. Non è ancora ben chiaro chi si sia divertito maggiormente. In ogni caso riteniamo che



Foto 8





Foto 9



Foto 10

questo tipo di incontri vada sempre più diffuso nelle scuole. L'importante è che chi vi partecipa sia animato da vera passione e dall'entusiasmo necessario per coinvolgere i bambini, sempre pronti a recepire ogni novità. Fondamentale è la stretta collaborazione con gli insegnanti, ai quali spetta il gravoso compito di proseguire durante l'intero anno scolastico in modo strutturato quello che in questi incontri nasce spesso come un gioco. La prevenzione rimane comunque il centro intorno al quale costruire la sanità del futuro, ma ha un senso solo se diffusa in età molto precoce, quando i bambini apprendono con entusiasmo i vari concetti che sicuramente metteranno in pratica nella loro vita.



Foto 11



Kroton 2012

Update in Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione

DI MARIO CHIATTO





KROTON 2012

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - KR
U.O. Cardiologia - UTIC
Ospedale S.G. di Dio
Direttore: Dott. Massimo Elia

**UP-DATE IN
ELETTROFISIOLOGIA ED
ELETTROSTIMOLAZIONE**

11/12 ottobre
Hotel Lido degli Scogli - Crotona

L' 11 e 12 ottobre si è tenuta a Crotona la seconda edizione del meeting di Cardiologia "Kroton 2012: update in elettrofisiologia ed elettrostimolazione". Sono state due giornate dense di simposi e sessioni di approfondimento sui più importanti temi dell'elettrofisiologia ed elettrostimolazione. Oltre un centinaio di medici non solo Cardiologi, ma anche internisti, medici di pronto soccorso del 118, rianimatori e MMG, sono intervenuti da tutta la Calabria. A svolgere relazioni e a moderare le sessioni scientifiche, sono intervenuti Cardiologi provenienti da molte parti d'Italia, esperti del settore di grande prestigio nazionale ed internazionale. Presidente del meeting è stato Massimo Elia, Direttore dell'U.O. di Cardiologia e UTIC dell'Ospedale Civile di Crotona. Il programma scientifico ha affrontato temi molto attuali come la fibrillazione atriale con particolare attenzione alla terapia ablativa con le novità, le ultime indicazioni e i risultati di numerosi trial clinici, l'ablazione della tachicardia ventricolare e di alcune tachiaritmie sopraventricolari, il trattamento elettrico e non delle scompenso cardiaco, la stratificazione

e prevenzione della morte improvvisa specie nei giovani e la diffusione del DAE sul territorio. Un intero simposio è stato dedicato alla terapia anticoagulante con particolare riguardo ai nuovi anticoagulanti orali di prossimo utilizzo clinico. E infine uno sguardo al futuro con il controllo remoto dei device. La presenza di tutti gli operatori calabresi del settore insieme a colleghi di grande prestigio testimoniano il progresso della Cardiologia calabrese in questo difficile ed altamente tecnologico campo. Il meeting si è svolto sotto il patrocinio regionale ANMCO ed AIAC. Il comitato scientifico è stato composto da G. Altamura, G. Bisignani, M.G. Bongiorno, O. Bramanti, L. Calò, B. Calvagna, M. Cappato, M. Cassese, A. Curnis, A. Dello Russo, M. Elia, M. Gulizia, C. Indolfi, P. Maglia, S. Orazi, A. Pangallo, R. Polimeni, A. Rubboli, A. Talarico, C. Tondo. Si è svolto un corso di aggiornamento per tecnici ed infermieri di Cardiologia volto ad approfondire il ruolo sempre più importante dell'infermiere durante le procedure di elettrostimolazione ed elettrofisiologia e nel controllo remoto dei device.



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 Fax 055/5101350 e-mail: segreteria@anmco.it

SEZIONE REGIONALE LOMBARDIA

Al Presidente ANMCO Dott. Francesco Bovenzi
Ai Componenti del Consiglio Direttivo ANMCO
Ai Soci ANMCO della Regione Lombardia

Il Consiglio Regionale ANMCO della Lombardia nel corso delle prime due Riunioni tenutesi dopo le elezioni del 18 Aprile 2012 ha definito il programma per il biennio 2010-2012

Il Consiglio Direttivo dovrà agire nel prossimo futuro in una situazione di crisi, principalmente economica, generalizzata e della sanità in particolare. In questo contesto la Cardiologia ANMCO si impegnerà a fondo in Lombardia per mantenere elevati i profili di scientificità e livello culturale delle proprie iniziative, mirando costantemente alla difesa dell'appropriatezza delle cure, della capacità aggregativa societaria, con la massima trasparenza economica.

Il programma del biennio 2010 - 2012 è stato definito principalmente come continuità rispetto a quello elaborato dal Consiglio Direttivo del biennio precedente, nel quale erano già attivi 6 dei 9 componenti del Consiglio attuale.

In particolare la continuità si esplicherà nel:

1. rinforzare i rapporti di collaborazione con le altre società cardiologiche in particolare con tutte quelle di settore, con le discipline specialistiche affini e con i Medici di Medicina Generale. Questo obiettivo è rivolto a combattere la frammentazione della Cardiologia, difendere il ruolo centrale della Cardiologia ospedaliera, definire l'appropriatezza dei percorsi diagnostici e terapeutici del paziente cardiopatico, definire percorsi assistenziali di continuità delle cure.
2. ampliare il coinvolgimento dei Soci nelle attività di ANMCO Lombardia, portando a termine il progetto di rinnovo delle formule comunicative tra i Soci tramite il web e aumentando di conseguenza il flusso comunicativo sulle attività e sui progetti in corso dell'Associazione.
3. ampliare il coinvolgimento dei Soci nelle iniziative culturali, nella partecipazione attiva negli eventi formativi proposti, consolidando, nelle iniziative congressuali programmate, lo spazio della presentazione dei casi clinici che permette un ampio e approfondito coinvolgimento dei partecipanti.
4. perseguire la politica di coinvolgimento dei Cardiologi più giovani, nelle attività congressuali e nelle altre iniziative associative.
5. mantenere un'attenzione particolare verso le Cardiologie degli Ospedali più piccoli, favorendo la costituzione e la funzionalità della reti interospedaliera e la collaborazione con Unità di Cardiologia che posseggono tecnologie più complesse e hanno programmi diagnostico-terapeutici specifici per condizioni cliniche avanzate o rare.
6. consolidare la rappresentatività dell'ANMCO in seno alla Commissione Regionale Cardiocerebrovascolare e alle relative sottocommissioni cardiologiche (emergenza, scompenso, prevenzione, shock cardiogeno) e sostenere l'Archivio Regionale dell'Infarto con ST sopraslivellato che vede coinvolte tutte le Cardiologie Regionali.





7. monitorare le criticità e le nuove modalità di lavoro nelle Unità di Cardiologia degli Ospedali organizzati secondo il modello dell'Intensità delle Cure.

8. sostenere l'attività dell'Area Nursing Regionale che, in occasione della Convention Infermieristica delle UTIC, ha rinnovato per il biennio 2012 - 2014 il proprio board ed ha eletto la propria nuova referente; obiettivo rimane l'organizzazione dell'annuale Convention delle UTIC, la pianificazione di nuovi progetti finalizzati e l'incremento della partecipazione degli Infermieri che lavorano in Cardiologia.

9. portare a termine iniziative su problematiche di ordine etico emergenti in Cardiologia, sulla gestione del rischio clinico in Cardiologia, sulla Medicina di genere, che sono state solo parzialmente intraprese nello scorso biennio.

Una particolare attenzione verrà riservata all'attività di Heart Care Foundation per il tuo Cuore (HCF): il Consiglio Direttivo ha individuato al suo interno un Delegato che dovrà essere attivo in senso biunivoco, ovvero nell'implementare a livello Regionale le iniziative della Fondazione e nel proporre a HCF possibili iniziative o esigenze della Regione Lombardia, ovviamente sia per le attività di ricerca sia per quelle rivolte alla popolazione.

Verranno portati a termine due importanti progetti:

diffondere a livello Nazionale, insieme a GISE Lombardia, il documento pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia sulla gestione perioperatoria della terapia antiaggregante nel paziente portatore di stent coronarico candidato a intervento chirurgico, frutto della collaborazione con 14 Società Scientifiche di Chirurghi e di Anestesisti.

condurre lo studio STEMAMI, mirato a valutare l'efficacia della terapia cellulare nello STEMI, che vedrà coinvolte più di 60 Cardiologia italiane, molte delle quali della Lombardia. Lo studio è stato partorito, elaborato e pianificato da un gruppo di Cardiologi della Lombardia tra i quali alcuni componenti del CD ANMCO Regionale.

Luigi Oltrona Visconti - Presidente Regionale
a nome dei Consiglieri ANMCO Lombardia

26 Novembre 2012

Attività del Gruppo di Studio

L'esperienza di un Cardiologo ospedaliero nel WG ESC
delle Malattie del Miocardio e Pericardio

DI MASSIMO IMAZIO

Attività del Gruppo di Studio della Società Europea di Cardiologia

Il Gruppo di Studio ESC sulle malattie del miocardio e pericardio (Figura 1) ha il compito di migliorare la diagnosi e terapia di queste patologie attraverso una migliore comprensione della loro eziopatogenesi e fisiopatologia attraverso studi sperimentali, registri, studi clinici, e la promozione di attività di ricerca, di studio ed educazionali.

Oggetto delle principali attività del gruppo

Il Gruppo di Studio ha come principali campi di interesse: le cardiomiopatie, le malattie infiammatorie del miocardio e le malattie del pericardio. A questo proposito sono attivi tre distinti sottogruppi di studio.

Obiettivi

I principali obiettivi del gruppo (Figura 2) sono di promuovere ed organizzare la ricerca epidemiologica, clinica e genetica nel campo delle cardiomiopatie, miocarditi e cardiomiopatie infiammatorie, pericarditi, tumori del cuore e del pericardio, malattie infiammatorie e generiche con coinvolgimento

miocardico e pericardico.

In aggiunta il gruppo si propone di promuovere:

- programmi educazionali e meeting su argomenti tematici;
- la partecipazione dei membri del Gruppo di Studio alle attività della Società Europea di Cardiologia;
- parte del programma del Congresso Europeo di Cardiologia con riferimento alle tematiche di interesse;
- la realizzazione e partecipazione a simposi e convegni ed in particolare la organizzazione di un congresso annuale;
- incontri periodici del Gruppo di Studio;
- Task Force per documenti di consenso e Linee Guida.

Composizione del Gruppo di Studio

Il Gruppo di Studio è composto da i membri ordinari ed un Nucleus (Figura 3). La guida del gruppo è affidata al Nucleus diretto da Philippe Charron (Chairperson 2012 - 2014, Francia). Il Nucleus è inoltre costituito da Alida Caforio (vice - Chairperson, Italia), Perry Elliott (past - Chairperson, Regno Unito), Juan Ramon Gimeno (Segretario, Spagna), Massimo Imazio (web - editor, Italia), Jens

Mogensen (Coordinatore delle attività educazionali, Danimarca), Ales Linhart (Repubblica Ceca), Yigal Pinto (Paesi Bassi), Aristides Anastasakis (Grecia), Yehuda Adler (Israele), Karin Klingel (Germania). La Chairperson è in carica per due anni, i membri del Nucleus per quattro anni. L'elezione avviene da parte di tutti gli iscritti al WG tramite votazione basata su una piattaforma web messa a disposizione dalla Società Europea di Cardiologia. L'iscrizione al Gruppo di Studio (Figura 4) avviene attraverso domanda diretta alla Chairperson ed approvazione del Nucleus. I candidati devono dimostrare coinvolgimento nella cura, diagnosi e management delle malattie del miocardio e pericardio ed essere pronti a partecipare e promuovere le attività di ricerca ed educazionali del gruppo. Viene richiesto un breve CV con le pubblicazioni effettuate ed una lettera di presentazione di un altro membro del WG o del responsabile della struttura di appartenenza.

Attività Educazionali e di Ricerca

Le attività educazionali si svolgono, oltre che tramite la partecipazione ed organizzazione di meeting, attraverso una newsletter mensile





ed un sito web dedicato. Ogni mese vengono pubblicati il *paper of the month* (riassunto e revisione critica di uno tra gli articoli più significativi pubblicati negli ultimi mesi), il *case of the month* (un caso originale con iconografia viene presentato e vengono posti alcuni quesiti clinici, la cui soluzione è pubblicata il mese successivo). Le attività di ricerca vengono coordinate dai tre Gruppi di Studio: malattie ereditarie e cardiomiopatie, malattie infiammatorie del miocardio e malattie del pericardio.

Meeting e Congressi

Oltre alla partecipazione alle attività del Congresso Europeo principale, il gruppo organizza un congresso annuale. L'edizione 2012 si è svolta a Firenze dal 26 al 28 settembre come "International Symposium on Advances in Cardiomyopathies" (Direttori: Franco Cecchi, Magdi Yacoub, Iacopo Olivetto e Robert Bonow). L'edizione 2013 si svolgerà a Praga nel settembre 2013.

Pubblicazioni

Le principali Linee Guida a cui ha partecipato il Gruppo di Studio includono:

- Hypertrophic Cardiomyopathy (Clinical Expert Consensus Document on) nel 2003,
- Pericardial Diseases (Guidelines on the Diagnosis and Management of) nel 2004,
- The Role of Endomyocardial Biopsy in the Management of Cardiovascular Disease nel 2007.

Sono stati pubblicati come documenti di consenso:

- Genetic counselling and testing in cardiomyopathies: a position



Figura 1

Figura 2



statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases, Eur Heart J (2010) 31 (22): 2715-2726;

- Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy, Eur J Heart Fail (2010) 12 (8): 767-778;

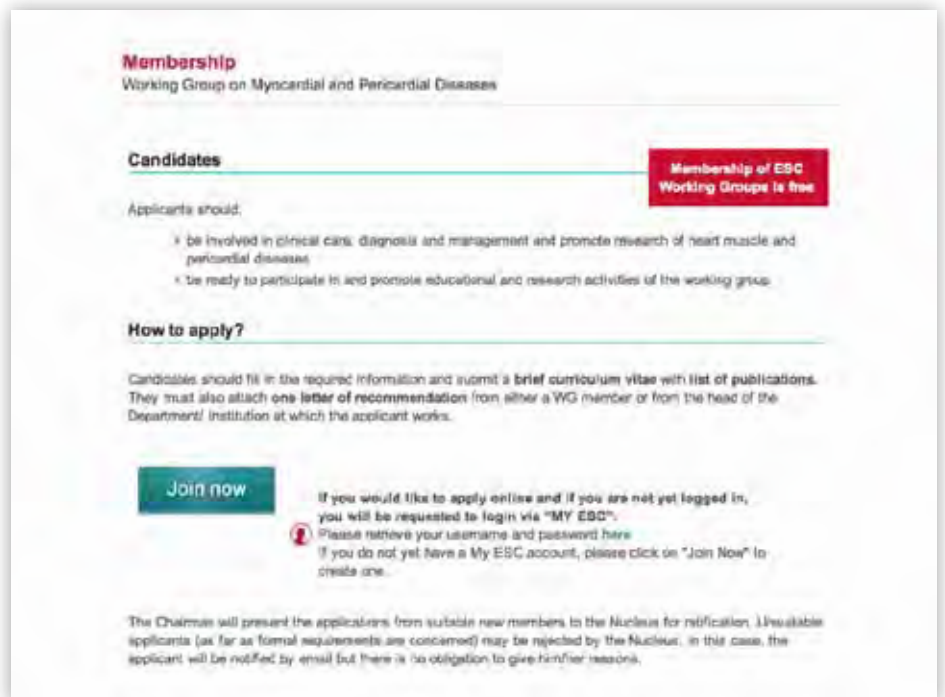
- Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases, Eur. Heart J., January 2008; 29: 270 - 276.

A partire dai prossimi mesi la Newsletter mensile, che viene inviata a tutti i membri ed è disponibile online nel sito ESC del WG, si arricchirà di una nuova sezione: *image of the month* (immagine originale che descrive un reperto clinico, strumentale o di ricerca clinica e di base brevemente commentato). La parte terminale della Newsletter presenta una bibliografia aggiornata con gli articoli più rilevanti pubblicati negli ultimi tre mesi appositamente selezionati per i lettori. L'invio di materiale originale per il *case and image of the month* è benvenuto e può avvenire direttamente tramite il web editor. Invitiamo inoltre tutti i Cardiologi interessati ad iscriversi al Gruppo di Studio tramite il sito web ESC dedicato al WG. A presto!



Figura 3

Figura 4





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

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed Elettrostimolazione (AES) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica (CPO) | <input type="checkbox"/> Informatica (INF) |
| <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, Emostasi e Trombosi (AET) | <input type="checkbox"/> Cardiopatie Valvolari (CAV) | <input type="checkbox"/> Insufficienza Cardiaca (INC) |
| <input type="checkbox"/> Biologia Cellulare del Cuore (BCC) | <input type="checkbox"/> Circolazione Polmonare e Funzione ventricolare destra (CPF) | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica (IPR) |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia (CCN) | <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (ECO) | <input type="checkbox"/> Malattie del Miocardio e del Pericardio (MMP) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica (CCL) | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC) | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute (SCA) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e Prevenzione (EPR) | <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva Cardiologica (TIC) |
| | <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia (FCA) | <input type="checkbox"/> Valutazione Funzionale e Riabilitazione del cardiopatico (VFR) |

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area CardioChirurgia - ACH | <input type="checkbox"/> Area Cardiolmaging - ACI |
| <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP | <input type="checkbox"/> Area Emergenza - Urgenza - AEU |
| <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione Cardiovascolare - AP | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ |
| | | <input type="checkbox"/> Area Scopenso Cardiaco - AS |

Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Fondazione "per il Tuo cuore" Heart Care Foundation ONLUS
Dichiaro di accettare lo Statuto dell'ANMCO come previsto dall'articolo 4

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

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

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

Data

Firma

AUTORIZZAZIONE PER LA DOMICILIAZIONE BANCARIA (RID)

Nome e Cognome Socio..... Indirizzo.....

Comune..... CAP..... Prov..... Codice Fiscale.....

Banca Agenzia

Intestatario/i conto.....

IBAN⁽¹⁾

Codice Paese	CIN	CIN	Codice ABI	CAB		Numero Conto Corrente																							

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

Luogo e data..... Firma del sottoscrittore.....

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

Sede Nazionale - Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 Fax 055/5101350 e-mail: aree@anmco.it

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome
Indirizzo
Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] []
Tel. / Cell. Fax E - mail.....

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Denominazione Struttura
Indirizzo
Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] []
Tel. / Cell..... Fax E - mail
Nome Primario o F.F.

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Socio ANMCO | <input type="checkbox"/> Non Socio | <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa |
| <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro |

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area CardioChirurgia - ACH | <input type="checkbox"/> Area Cardiolmaging - ACI |
| <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza - AEU | <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP |
| <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ | <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione Cardiovascolare - AP |
| | | <input type="checkbox"/> Area Scopenso Cardiaco - AS |

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

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

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

..... Firma



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 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.



5° congresso regionale GICR-IACPR "La cardiologia riabilitativa e preventiva. Un punto di riferimento per ogni patologia cardiovascolare"
Mazara del Vallo, 27 - 29 ottobre 2011

La Cardiologia Riabilitativa e Preventiva in Sicilia

DI MICHELE GABRIELE, MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, GIOVANNI DE LUCA, MARIA GRAZIA FURNARI, ERNESTO MOSSUTI

Oggi le ingenti risorse culturali, economiche e organizzative dedicate in modo appropriato e con brillanti risultati all'assistenza della fase acuta delle cardiopatie corrono il rischio di non garantire i loro potenziali risultati a lungo termine per l'insufficienza di programmi preventivi e riabilitativi. In tal senso la Cardiologia Riabilitativa e Preventiva è parte integrante della Cardiologia Clinica e del percorso assistenziale di ogni cardiopatico: quasi tutte le cardiopatie, infatti, sono caratterizzate da momenti di acuzie e da una progressiva evoluzione verso la cronicità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la Cardiologia Riabilitativa come un pro-

cesso multifattoriale, attivo e dinamico, che ha come fine quello di favorire la stabilizzazione clinica, di ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e di supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società, con l'obiettivo di ridurre il rischio di successivi eventi cardiovascolari, migliorare la qualità della vita e incidere complessivamente in modo positivo sulla sopravvivenza. La Cardiologia Riabilitativa è quindi riconosciuta come il modello standard per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase post - acuta o cronica costituendo, in particolare, il modello più efficace per la realizzazione di una prevenzione secondaria strutturata e a lungo

termine. Essa è lo spazio culturale e lo strumento organizzativo per garantire la continuità assistenziale nel passaggio dalla fase dell'acuzie alla fase della cronicità e si pone come ponte tra lo specialista della fase acuta e il Medico di Medicina Generale. L'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO ha da sempre integrata, nel suo contesto, una forte componente dedicata alla Cardiologia riabilitativa, collaborando fruttuosamente con il GICR-IACPR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa - Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology), società composta da operatori di strutture pubbliche e private, quali Cardiologi, psicologi,



*Seminario
"La cardiologia riabilitativa
e preventiva e il paziente
dopo sindrome coronarica acuta"
Agrigento, 28 aprile 2012*



fisioterapisti, dietisti e infermieri che si integrano reciprocamente a testimoniare la scelta innovativa di un approccio multidisciplinare, e che ha come mission quella di promuovere l'eccellenza nella ricerca, nella formazione, nell'organizzazione e nella proposizione della prevenzione e della riabilitazione cardiovascolare. Nella nostra regione, negli ultimi anni, grazie alla fattiva collaborazione di un gruppo di professionisti preparati e volenterosi, l'Area Prevenzione Cardiovascolare e il GICR-IACPR, anche per la fortunata coincidenza della contestuale carica di Delegato Regionale GICR-IACPR e di componente del Comitato di Coordinamento dell'Area nella persona di uno degli autori, il Dott. Michele Gabriele, ora nel Consiglio Direttivo Nazionale GICR-IACPR, sono riusciti, attraverso una costante attività di formazione, a contribuire allo sviluppo della Cardiologia Riabilitativa in Sicilia attraverso la progettazione e la realizzazione di numerosi eventi scientifici utili e stimolanti, come il 5° e 6° Congresso Regionale GICR-IACPR, e soprattutto

In Sicilia la collaborazione tra l'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO e il GICR-IACPR ha portato alla realizzazione di numerose iniziative formative e a una proficua interazione con le Istituzioni, con l'elaborazione del Piano della Cardiologia Riabilitativa che sarà presto pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana

il percorso di Clinical Competence in Cardiologia Riabilitativa, articolato in diversi Seminari, itineranti su tutto il territorio regionale, concernenti i percorsi diagnostici e terapeutici di differenti tipologie di pazienti, quali quelli ad alto rischio, dopo sindrome coronarica acuta, con scompenso cardiaco e cardio - operati. Numerosi Cardiologi stanno completando questo iter formativo e nel febbraio 2013, a Messina, verranno consegnati i primi attestati di Clinical Competence in Cardiologia Riabilitativa. Crediamo comunque che la testimonianza più concreta di una vera crescita culturale sia stata quella che ci ha visti interlocutori privilegiati dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana, con la costituzione di un Gruppo di lavoro dedicato in particolare alla Cardiologia Riabilitativa, ai fini dell'applicazione dei contenuti del Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute 2011 - 2013", che identifica l'Area Cardiologica come area prioritaria di intervento, sottolineando proprio l'importanza della prevenzione e della fase riabilitativa. L'obiettivo è stato quello di

Seminario "La cardiologia riabilitativa e preventiva nel paziente dopo sindrome coronarica acuta e nel cardio-operato" - Caltanissetta, 21-22 settembre 2012



realizzare uno strumento di lavoro che orienti l'assistenza secondo un modello condiviso Ospedale - Territorio, nel quale il paziente possa trovare nel tempo una risposta adeguata ai propri bisogni. Il Gruppo di lavoro, voluto con forte determinazione dal precedente Assessore alla Salute, Dott. Massimo Russo e dalla Dott.ssa Lucia Borsellino, già Dirigente Generale del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico e attuale Assessore, è composto da validi esponenti dalle Società Scientifiche e delle Istituzioni (Dott. Maurizio G. Abrignani, ANMCO, GICR-IACPR; Dott. Nicola Cascio Ingurgio ANMCO, GICR-IACPR; Dott. Vincenzo Cirrincione, ANMCO; Dott. Michele Gabriele, ANMCO, GICR-IACPR; Dott. Fabrizio Geraci, Assessorato alla Salute; Dott. Salvatore Gibiino, ARCA; Dott. Giuseppe Greco, SICOA; Dott. Fausto Marchetta, Ospedale S. Orsola, Bologna; Prof. Salvatore Novo, SIC; Dott.ssa Biagia Maria Rita Spampinato, ASP di Agrigento) ed è coordinato dalla Dott.ssa Maria Grazia Furnari, Dirigente Responsabile

dell'Area Interdipartimentale 2 del Dipartimento Pianificazione Strategica e dal Cardiologo Dott. Giovanni De Luca, Dirigente Responsabile dell'U.O. "Qualità e Governo Clinico" del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico. Tale team ha elaborato il "Piano della Cardiologia Riabilitativa in Sicilia", approvato con Decreto Assessoriale firmato nel mese di ottobre, in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, che prevede un modello standard per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase post - acuta o cronica e, in particolare, la realizzazione di una prevenzione secondaria efficace, strutturata e a lungo termine attraverso una diffusione capillare e omogenea di varie tipologie di strutture Cardiologiche Riabilitative (attualmente poche e mal distribuite nel nostro territorio), quali gli Ambulatori di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva Estensiva, gli Ambulatori di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva Intensiva e, in futuro, le Strutture di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva

Intensive - Degenziali. L'adozione da parte dell'Assessorato del documento "Il Piano della Cardiologia Riabilitativa in Sicilia" segna quindi il punto di arrivo di un percorso complesso e laborioso, iniziato circa un anno addietro, che ha una notevole valenza innovativa, ponendo, nel contempo, le basi per l'istituzione di una rete regionale dedicata alla Cardiologia Riabilitativa. Va sottolineata la grande sensibilità al problema del post - acuzie anche da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali; a titolo di esempio, l'ASP 9 di Trapani, nella persona del Direttore Generale, Dott. Fabrizio De Nicola, ha già previsto, con lungimiranza, parte del Decreto sulla Cardiologia Riabilitativa, inserendolo nel Piano Attuativo Aziendale 2012 - 2014. Società Scientifiche, Assessorato della Salute e Aziende Sanitarie Provinciali operano oggi con una sinergia che ci vede come esempio per altre regioni italiane e che determinerà, nei prossimi mesi, una grande svolta culturale nel Territorio Siciliano. Insomma... Un successo! Adesso dobbiamo continuare a volare alto.





Il Questionario Cardiomiopatie dell'ANMCO Toscana

Una Rete per le malattie primitive del miocardio

DI GABRIELE CASTELLI E IACOPO OLIVOTTO

Premessa

La crescente complessità del quadro clinico - nosologico delle Cardiomiopatie (CMP) alla luce delle conoscenze scientifiche sempre maggiori che si susseguono in Letteratura e dei più recenti progressi offerti dalla tecnologia, particolarmente nell'ambito della diagnosi genetica, ha fatto sì

che il Consiglio Direttivo regionale ANMCO Toscana si ponesse il problema di un'indagine conoscitiva sulla percezione di queste malattie da parte dei Cardiologi ospedalieri toscani, anche ai fini dell'organizzazione e della possibile strutturazione di una Rete regionale utile allo scambio di esperienze ed alla gestione dei pazienti più complessi.

Metodi

A questo fine, sul modello di altre indagini conoscitive già effettuate negli ultimi anni, e utilizzando la Rete dei Referenti ANMCO delle singole Unità Operative, è stato inviato nei mesi scorsi un Questionario, strutturato in 16 punti, che cercava, pur nella schematicità delle domande, di fotografare l'impegno clinico, l'interesse specifico e la posizione verso alcuni step diagnostici fondamentali da parte delle Cardiologie Toscane in questo campo della patologia cardiaca, nonché la disponibilità a creare tra di esse una più attiva e specifica Rete di collaborazione. Il Questionario ha raccolto un notevole interesse: hanno risposto infatti 35 Unità Operative della Regione Toscana sulle 38 interpellate, il che ha permesso di avere, pur nella inevitabile approssimazione, risposte affidabili ai quesiti che il Consiglio Direttivo si era posto.

Risultati

Le prime quattro domande, volte a quantificare epidemiologicamente ed a definire qualitativamente il tipo di impegno attualmente richiesto alle

Qual è in media il volume mensile di richieste di visite cardiologiche per sospetta cardiomiopatia?

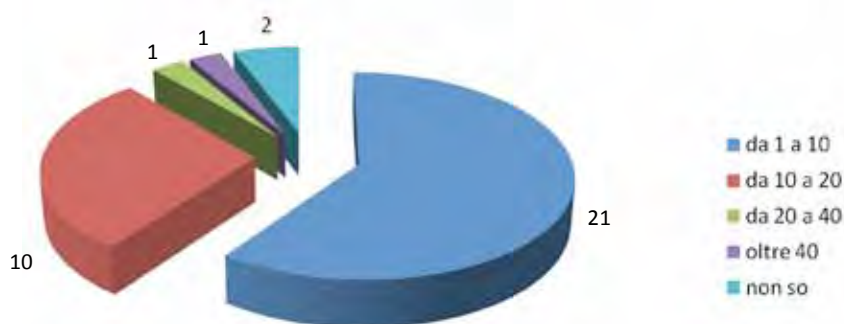


Figura 1

Quali forme di cardiomiopatia ritieni vengano più frequentemente riscontrate presso la tua struttura?

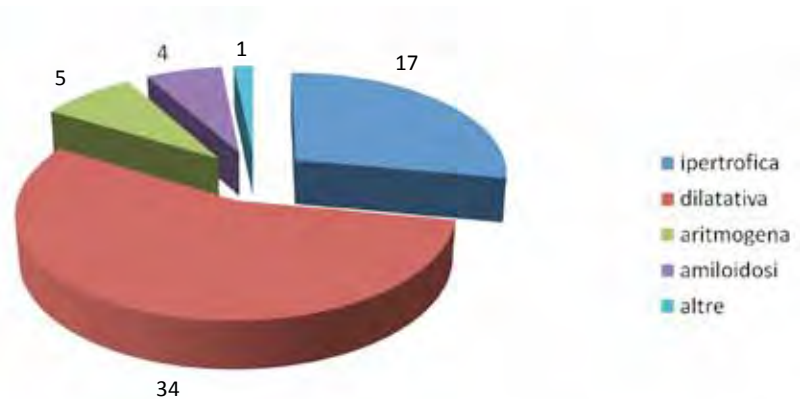


Figura 2

Il Questionario Cardiomiopatie dell'ANMCO Toscana ha permesso di apprezzare il diffuso interesse verso questo campo della patologia cardiaca

Cardiologie Toscane dalla patologia miocardica “primitiva”, hanno fornito risultati in qualche modo attesi. In particolare, alla domanda sulla frequenza con cui vengono riscontrati casi di CMP, 23 Unità Operative (65%) hanno risposto “occasionalmente” o “raramente”, 12 “frequentemente” o “molto frequentemente”, per un carico di lavoro in termini di volume mensile di visite al di sotto di 10 in 21 casi, fra 10 e 20 in 10 casi, fra 20 e 40 in un caso e oltre 40 in un ulteriore caso (corrispondente al Centro di Riferimento Regionale); 2 Strutture non hanno quantificato il numero di visite (Figura 1). L'entità dell'impegno per l'organizzazione cardiologica ospedaliera non è dunque irrilevante, anche se ovviamente di entità minore rispetto alle patologie più comuni. Non sorprende poi che alla domanda 3 la quasi totalità dei Referenti dichiarò che la CMP più frequentemente diagnosticata è quella Dilatativa (Figura 2); 17/35 riferiscono di osservare spesso anche casi di CMP Ipertrofica, mentre (domanda 4) in 25/35 Strutture non è mai stato diagnosticato un caso di

Malattia di Anderson - Fabry ad interessamento miocardico. Le domande 5, 6 e 7 intendevano fotografare la situazione organizzativa esistente in questo ambito: 10 Unità fanno parte di una Azienda in cui esiste un Ambulatorio dedicato alle CMP; estrapolando tuttavia il dato sulla base della allocazione delle varie Strutture, il numero di Ambulatori effettivamente attivi nell'ambito del SSR Toscano non supera le tre Unità. In quasi la metà (12/25) delle Cardiologie che non hanno a disposizione un tale Ambulatorio vi sono tuttavia Cardiologi interessati alle CMP e che se ne occupano attivamente. E solo in tre casi viene dichiarata l'impossibilità di inviare i pazienti ad una Struttura di Riferimento al di fuori della propria realtà organizzativa. Le domande dalla 8 alla 12 avevano lo scopo di individuare per tratti grossolani il comportamento tenuto nei principali snodi diagnostici. Alla domanda 8 (Nei casi di CMP riscontrati presso la tua struttura viene ricercata un'origine familiare?), 18/35 dichiarano che questo viene fatto frequentemente, mentre in altre 15 Unità ciò avviene

solo occasionalmente. Riguardo alle procedure diagnostiche di II/III livello effettuabili presso il proprio Ospedale (domanda 9) circa il 90% hanno a disposizione metodiche ecocardiografiche avanzate compreso ecostress fisico o farmacologico, poco meno della metà (16/35) non può fruire della Risonanza Magnetica (RM) cardiaca, e rispettivamente in 26 e 22 casi vi è la possibilità di un facile accesso a procedure diagnostiche invasive ed a procedure diagnostico/terapeutiche elettrofisiologiche (Figura 3). In circa la metà delle Strutture (18/35) il primo esame dopo l'ecocardiogramma è la coronarografia (domanda 10); in caso contrario (domanda 11) il primo esame è un test provocativo (8/17) o la RM cardiaca (8/17), in una sola Struttura la TAC coronarica. La RM cardiaca viene sempre richiesta in caso di CMP non ischemica da parte di 15/35 Unità Operative (domanda 12). La percezione della crescente importanza della caratterizzazione genetica delle CMP è stata indagata (anche se grossolanamente) con le domande 13 e 14 (Figura 4). Tutti hanno dichiarato di essere a cono-





scenza della possibilità di eseguire un test genetico per la ricerca delle mutazioni nelle forme familiari di CMP, 11/35 presso il proprio Ospedale, 24 solo in altri Centri. Uno screening dei consanguinei del paziente affetto da una forma familiare di CMP è previsto, anche se verosimilmente non regolarmente eseguito, in 31 Unità Operative: ciò avviene mediante una valutazione essenzialmente clinico-strumentale in 18 casi e mediante screening genetico in 13. Dal punto di vista organizzativo interno in 14 delle 25 Strutture che non hanno a disposizione nel proprio Ospedale un Ambulatorio dedicato alle CMP ne viene ritenuta auspicabile la creazione (domanda 15) e comunque la quasi totalità dei Referenti (34/35) ritiene utile poter creare una Rete regionale con i Centri di riferimento e con gli Ambulatori dedicati.

Considerazioni conclusive

Il complesso delle risposte ai quesiti posti nel Questionario Cardiomiopatie dell'ANMCO Toscana fotografa, pur nell'approssimazione del metodo, di cui il Consiglio Direttivo è ben consapevole, una serie di dati significativi sia in ambito clinico - epidemiologico che organizzativo. In particolare appare evidente un generalizzato interesse per questo ambito clinico; vi

Quali dei seguenti esami e/o procedure di II/III livello hai la possibilità di effettuare presso il tuo ospedale e con quale frequenza?

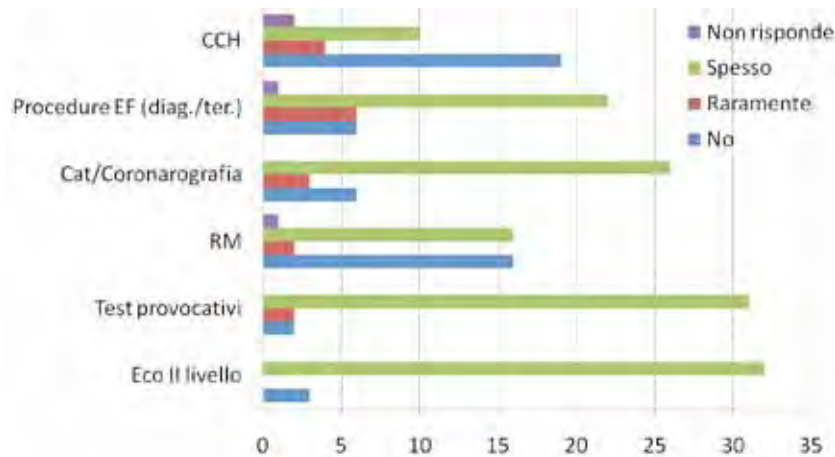


Figura 3

Sei a conoscenza della possibilità di eseguire un test genetico per la ricerca delle mutazioni nelle forme familiari di cardiomiopatia?



E' previsto uno screening dei consanguinei del paziente affetto da una forma familiare di cardiomiopatia?

Figura 4

è una più che ragionevole percezione della necessità di una evoluzione dell'approccio diagnostico verso forme più attuali, che tengano conto delle nuove possibilità di caratterizzazione genetica di sindromi apparentemente fra loro sovrapponibili e che di queste opportunità si servano come

strumento per le correlate indagini familiari. Appare infine confortante la disponibilità a creare anche in questo campo una Rete che unisca e metta in comune competenze ed esperienze cliniche in un'ottica di crescita culturale diffusa che è sempre stata il "marchio di fabbrica" dell'ANMCO.

Lo Psicologo in Cardiologia: il progetto di Vicenza

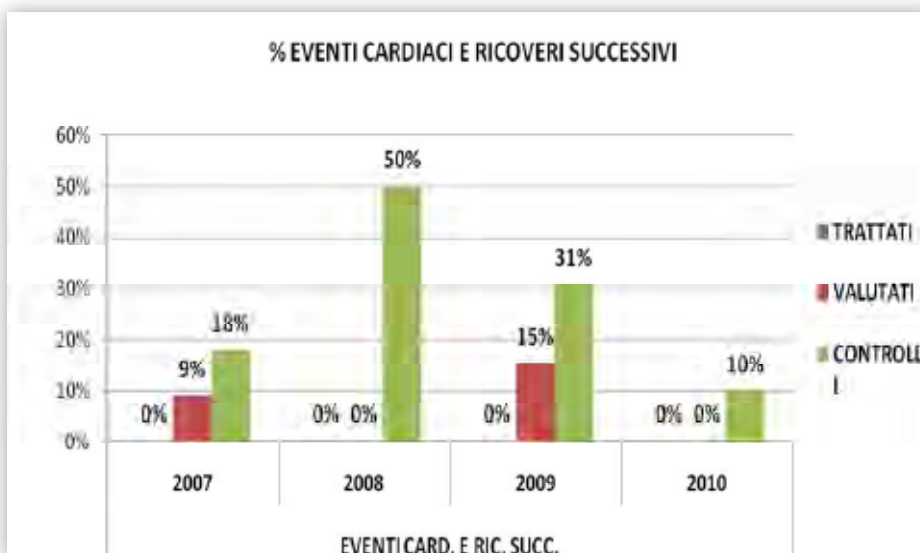
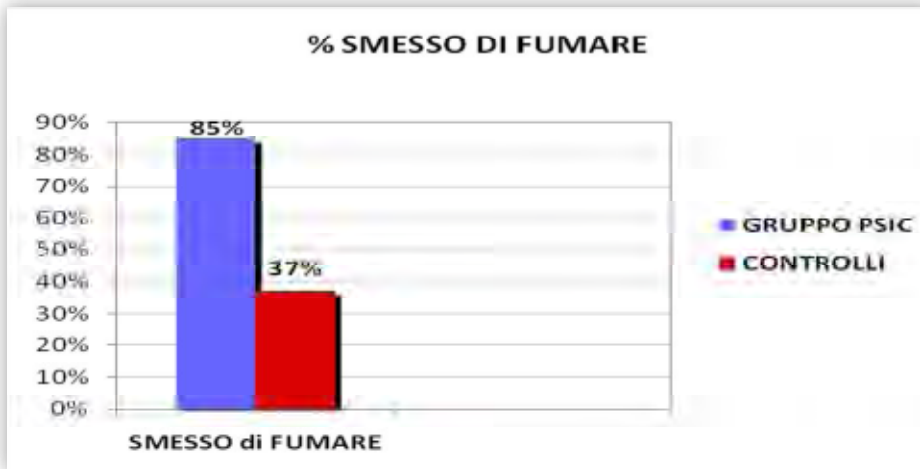
DI MICHELA BEVILACQUA

Dopo un infarto miocardico, la depressione in forma più o meno grave è presente in circa il 10 - 20% dei pazienti e disturbi legati all'ansia sono evidenti in circa il 5 - 10%. Come evidenziato da numerose ricerche la presenza di depressione, ansia, disagio psicologico, o di tratti di personalità, accanto ai tradizionali fattori di rischio cardiovascolare, favorisce a sua volta l'avanzamento e la progressione delle malattie cardiache, in particolare di quelle coronariche. Tali fattori possono esercitare un ruolo diretto, promuovendo la progressione dell'aterosclerosi, e indiretto attraverso il mantenimento di stili di vita non salutari che, a loro volta, facilitano le recidive. Programmi di psico-educazione, psicoterapia cognitivo-comportamentale, gestione dello stress hanno mostrato importanti risultati specialmente immediatamente dopo un evento acuto, con un riduzione fino al 34% della mortalità cardiaca e del 29% di infarti ricorrenti, con un vantaggioso rapporto costo/efficacia. A Vicenza, Ospedale San Bortolo, le U.O. di Cardiologia (Direttore Dott. Alessandro Fontanelli) e di Psicologia Ospedaliera (Responsabile Dott. Adriano Cracco) hanno dato vita,

a partire dal 2007, ad un progetto psicologico diagnostico e terapeutico per pazienti con sindrome coronarica acuta e scompenso cardiaco. Dopo un primo anno di prova, in seguito ai risultati positivi emersi, grazie ad un contributo finanziario esterno, il progetto, seguito dalla Dott.ssa Marta Toffolon (psicologa - psicoterapeuta), è stato esteso ad altre condizioni (impianto di ICD e pacemaker, miocarditi e pericarditi) e ha coinvolto anche i famigliari. Il primo contatto con il paziente avviene durante la degenza o nell'Unità Coronarica o nel Reparto di Cardiologia, attraverso un breve colloquio; l'obiettivo è di rilevare la presenza di eventuali disagi, difficoltà o preoccupazioni legate all'evento cardiaco e al ricovero, fattori di rischio (fumo, alimentazione non corretta, carenza di attività fisica), problematiche psicologiche (ansia, abbassamento del tono dell'umore...) conseguenti alla patologia cardiaca o antecedenti, ed eventi stressanti intercorsi, nell'ultimo anno, in qualche ambito di vita (familiare, sociale/relazionale, lavorativa). Tutti i pazienti vengono nuovamente rivisti per una ulteriore valutazione dello stato psicologico legato alla patologia cardiaca durante la fase subacuta del ricovero

e a 10 - 15 giorni dalla dimissione. Per i pazienti portatori di defibrillatore il follow-up prevede in ogni caso una valutazione ad 1 e 6 mesi. Particolare attenzione è rivolta ai pazienti con scompenso cardiaco, i quali afferiscono ad ambulatorio dedicato, insieme al familiare di riferimento. La valutazione psicodiagnostica, avviene attraverso colloqui e somministrazione di appositi questionari (per i pazienti con sindrome coronarica: CBA-H, STAI X1-X2, BDI-II, MMPI-2.0, SIB; per i pazienti portatori di ICD: STAI X1-X2; BDI-II; MacNew; COPE) ai fini di individuare e attuare strategie per la modificazione dello stile di vita, per favorire l'aderenza ai trattamenti e per riacquistare una soddisfacente qualità di vita. In seguito a quanto emerso dalla valutazione vengono proposti ai pazienti degli interventi di trattamento terapeutico individuale che si svolgono ambulatorialmente presso il Reparto di Cardiologia. Nel caso in cui, durante uno dei colloqui, emergessero problematiche psicologiche inerenti alla patologia cardiaca, o la presenza di comportamenti a rischio, vengono previsti i seguenti interventi: intervento cognitivo-comportamentale, gestione del fumo, dei comportamenti alimentari scorretti e





dello stress, training sulle abilità sociali e colloqui di supporto per il paziente e per i familiari. Ad oggi sono già stati seguiti più di 1.700 pazienti. È stata inoltre eseguita una randomizzazione dei pazienti fra quelli sottoposti a valutazione psicodiagnostica e intervento psicoterapeutico (“trattati”), quelli semplicemente sottoposti ad un colloquio psicologico (“valutati”) e quelli di controllo, con l’evidenza che nel gruppo sottoposto a trattamento psicologico, nella fase di follow - up, c’è un netto incremento delle corrette abitudini di vita rispetto al Gruppo “Controllo” e c’è una netta riduzione di eventi o recidive secondarie sia rispetto al gruppo controllo sia al gruppo sottoposto a semplice valutazione psicologica (vedi Tabelle). Si tratta al momento di dati preliminari, che richiedono ancora una più attenta valutazione di carattere statistico ma che incoraggiano ad implementare un simile protocollo.

Lo scompenso cardiaco al femminile: alcune riflessioni su cosa “rimane da dire” dopo una revisione della recente letteratura “meno nota” ed in base alla nostra esperienza ambulatoriale

DI ANTONELLA BRUNDU E FRANCESCO URAS

L' "invecchiamento progressivo della popolazione generale, l'allungamento della vita media e la maggior longevità delle donne rispetto agli uomini mettono l'enfasi sul fatto che l'insufficienza cardiaca è destinata a diventare, nella maggior parte dei casi, una patologia “al femminile” (1). Nella nostra casistica ambulatoriale, le donne sono “solo” il 14% del totale, mentre l'86% è rappresentato da soggetti di sesso maschile. Poiché rappresentano per il momento una “preziosa minoranza” e perché stimolati dal recente documento in merito, pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia (2), abbiamo voluto fare, anche noi, una piccola ricerca per vedere cosa si sa dell'insufficienza cardiaca nei soggetti di sesso femminile, magari andando a leggere anche “la letteratura meno conosciuta”, ed abbiamo trovato dei dati e delle notizie interessanti: in uno studio tedesco pubblicato nel 2009 sull'European Journal of Heart Failure, è emerso che le donne affette da Scompenso Cardiaco (S.C.) sono

curate peggio degli uomini. Non solo: ad influenzare la qualità dei trattamenti è anche il sesso del medico: i “camici bianchi” di sesso maschile, infatti, curano meglio i pazienti del proprio sesso, seguendo le direttive indicate dalle Linee Guida; discriminazione che, invece, non avviene quando ad indossare il camice è una donna (3). Importanti sono, anche, le conclusioni dello studio MAGGIC (Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure): i soggetti di sesso femminile con insufficienza cardiaca cronica sono, in media, più anziani degli uomini, hanno maggiore probabilità di avere una storia di ipertensione arteriosa e di ammalarsi di diabete (ma la loro insufficienza cardiaca comporta meno probabilità di essere causata da una genesi ischemica). Lo studio ha anche scoperto che, alle donne, è stato prescritto un minore numero di trattamenti consigliati per lo scompenso rispetto agli uomini, tra cui gli ACE-inibitori, i sartani (ARB) ed i beta-bloccanti (4). Precursore, per alcuni aspetti, dello

Studio MAGGIC è stato senz'altro il Registro GIPSI (Gestione Integrata Progetto Scompenso in Italia) realizzato per individuare eventuali differenze tra popolazione maschile e femminile affetta da insufficienza cardiaca negli ambulatori dei medici di medicina generale, da cui è emerso che: dei 757 pazienti arruolati di età media $74,8 \pm 12,5$ anni, 282 (37,3%) erano di sesso femminile e, di questi, 84 (37%) affette da S.C. Nella popolazione femminile sia la pressione sistolica che diastolica è risultata più elevata, così come vi è una maggiore prevalenza di diabete mellito (5). Dall'analisi dei nostri dati in proposito emerge, invece, che: i soggetti di sesso femminile hanno un'età pressoché analoga rispetto a quelli di sesso maschile: $68,2 \pm 12,3$ vs $66,9 \pm 10,8$ anni, un'etiologia prevalentemente ischemica dell'insufficienza cardiaca (6%) con compromissione della funzione sistolica (EF% media: $34,4 \pm 9,7$). È invece confermata, come “suggerito” dalla letteratura in merito, la prevalenza di: Diabete tipo





2 (1%), Iperensione arteriosa (5%), Ipercolesterolemia (2%), Fibrillazione Atriale cronica (2%) e BBsn (3%). La classe NHYA maggiormente rappresentata è la II (7,5%). Inoltre, per quanto attiene la terapia, dalla nostra casistica, emerge un più che buono utilizzo dei “capisaldi terapeutici” dello scompenso: Beta-bloccanti (10% su 14%) con dosaggio medio: 26,3±20,7 mg/die, ACE-I: 7% con dosaggio medio: 11,3±11,9 (min 5 - max 40); Sartani: 5% con dosaggio medio: 47,6±27,9 (min 16 - max 100 mg); Diuretici (in particolare, furosemide): 8%, con dosaggio medio: 105,4±98,9 (min 10 max 250). Inoltre 4 pazienti usufruiscono della terapia “elettrica” in quanto portatrici di PM - BIV (1 con ICD). Dalla nostra esperienza sul campo inoltre emerge che non vi sono differenze di trattamento per i due sessi: la valutazione ambulatoriale programmata consente di discutere anticipatamente il caso clinico mettendo pertanto a fuoco i principali elementi di discussione in modo che, durante la visita, non costituisca un “elemento confondente” quello che, per noi clinici, è la discussione su alcuni aspetti gestionali (esecuzione più o meno celere di esami clinico - strumentali, necessità eventuale di ricovero per rivalutazione, adeguamento della posologia terapeutica). Se da un lato, appunto, non vi sono differenze di trattamento “di genere”, quello che colpisce, dal rapporto continuo e ravvicinato che offre l’ambulatorio dedicato, è la differente personalità tra paziente di sesso femminile e paziente di sesso maschile. Mentre le donne, nella maggior parte dei casi, si presentano alle visite da sole, dimo-

strano di ascoltare attentamente e di recepire i capisaldi clinici e gestionali inerenti la loro patologia, hanno una maggiore compliance terapeutica e talora una più spiccata capacità di giudizio e critica verso quanto viene loro proposto, diventando pertanto “parte attiva” durante i colloqui, i soggetti di sesso maschile sono maggiormente dipendenti “dal loro accompagnatore” (che di solito è rappresentato dal coniuge o da un congiunto di sesso femminile): la frase di rito, in risposta alla richiesta del proprio stato di salute o in merito al fornire un breve resoconto su accertamenti richiesti in precedenza, risulta essere, paradossalmente: “Dottore, sa ha tutto con sé mia moglie, chiedi a lei”, oppure: “Sa tutto la mia ‘segretaria’ che mi accompagna”. Sicuramente i soggetti di sesso maschile sono meno partecipi nella cogestione della patologia, meno predisposti all’ascolto e meno attenti e responsabili. Pertanto, anche in questo caso, la donna da “elemento di supporto” travalica, necessariamente, il suo ruolo e diventa interlocutrice privilegiata nel rapporto medico - paziente, anche se la patologia non la interessa direttamente. Per quanto attiene la nostra realtà e per scoprire ulteriori elementi sia clinici che inerenti la personalità delle pazienti di sesso femminile sarebbe auspicabile aumentare nel tempo la casistica per approfondire le conoscenze, avere a disposizione sempre più studi clinici che le vedano protagoniste, magari ideando dei protocolli “su misura” in merito, anche a livello locale, viste le peculiarità che caratterizzano la Sardegna in merito ad alcune importanti patologie (della tiroide, diabete

mellito, sclerosi multipla, etc.), mentre sarebbe importante implementare l’ambulatorio dedicato, oltre che con follow - up telefonici (che, seppur saltuariamente, vengono già posti in essere) anche con l’introduzione di una “figura - filtro” come l’infermiere dedicato per valutare il miglioramento dell’interazione e per una maggiore raccolta di informazioni mediante una figura di supporto ed ampliare il team gestionale anche con l’introduzione di altre figure di riferimento “fisse” come il diabetologo, il neurologo, il nefrologo, il nutrizionista, lo psichiatra (non scordiamo che i disturbi dell’umore sono molto frequenti nei pazienti affetti da S.C.) con cui interagire costantemente, con cui confrontare “i reciproci punti di vista” in merito alla patologia “scompenso cardiaco” ed ai pazienti presi in carico e delineare sempre meglio il profilo della paziente affetta da insufficienza cardiaca.

Bibliografia

- 1) Comitato editoriale del Giornale Italiano di Cardiologia: XX Fragile: il cuore delle Donne. G Ital Cardiol 2012; 13(6):379-80.
- 2) Lo Scompenso Cardiaco nella donna (autori vari) G Ital Cardiol 2012; 13 (5 Suppl 1).
- 3) Baumhake M., Muller U., Bohm M., Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. Eur J Heart Fail 2009; 11: 299-303.
- 4) Martinez-Sellès M, Doughty R et al and on behalf of the Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure (MAGGIC). Gender and survival in patients with heart failure: interactions with diabetes and aetiology. Results from the MAGGIC individual patient meta-analysis. Eur J Heart Fail March (8) 2012.
- 5) Gronda et al. Differenze tra la popolazione maschile e femminile a rischio ed affetta da insufficienza cardiaca nel mondo reale della medicina generale. I dati del registro GIPSI (Gestione Integrata Progetto Scompenso in Italia). G Ital Cardiol 2010; 11(3): 233-238.


Caro Direttore,
dopo aver letto l'articolo "La riabilitazione cardiologica a lungo termine"
pubblicata nell'ultimo numero di "Cardiologia negli Ospedali", come
ideatore del progetto descritto nell'articolo che è attivo in Veneto dal 2005,
mi sento in dovere di fare alcune puntualizzazioni.

Il progetto nasce nei primi anni duemila quando, come Cardiologo
riabilitatore, mi sono posto il problema di dove far continuare l'esercizio
fisico ai miei pazienti una volta terminata la riabilitazione ospedaliera.
Avverto quindi pienamente la necessità di sottolineare che un paziente
può accedere ad un centro fitness solo dopo valutazione e stratificazione da
parte di una struttura cardiologica di riferimento esperta in valutazione,
prevenzione e riabilitazione e solo dopo un programma riabilitativo
completato, se quest'ultimo era indicato.

L'intento di questo progetto non è mai stato quello di sostituire le palestre
alla cardiologia riabilitativa (indipendentemente dalla crisi economica)
ma solo ed esclusivamente di dare una continuità all'esercizio fisico.
Questo intento è perfettamente in sintonia con le raccomandazioni della
Società Europea di Cardiologia che raccomanda l'esercizio fisico nei
pazienti affetti da patologie cardiovascolari con livello di evidenza Ia.
L'equivoco possibile sull'accesso alla palestra senza passare per la
riabilitazione cardiologica e magari dopo valutazione del Medico dello
Sport e non del Cardiologo nasce probabilmente dal fatto che il nostro
progetto, nato per i pazienti cardiopatici riabilitati, si è poi esteso nella
nostra realtà anche ad altre categorie di pazienti come i diabetici; i
dializzati, i sedentari ad alto rischio cardiovascolare che possono essere
inviati in palestra direttamente dal loro medico di Medicina Generale o
dopo valutazione presso la medicina dello sport per l'individuazione dei
carichi allenanti. Mi rendo conto però che il termine "riabilitazione" per
di più su di una rivista di cardiologia rimanda esclusivamente a pazienti
con cardiopatia e può generare quindi incomprensione, per questo ho
ritenuto importante chiarire questo equivoco per tranquillizzare tutti coloro
che hanno a cuore la cardiologia riabilitativa e la salute dei pazienti.

PATRIZIO SARTO





Caro Direttore,
la lettera di Patrizio Sarto è un'occasione quanto mai opportuna per sottolineare l'importanza della corretta prescrizione dell'esercizio fisico a valle di una manifestazione acuta di una cardiopatia. Per i pazienti per cui esiste un'indicazione alla riabilitazione cardiologica degenziale o ambulatoriale l'esercizio fisico è parte costituente del programma riabilitativo. In questo tipo di percorso il paziente, per definizione, viene seguito da personale del ruolo sanitario. Al termine di questo ciclo, previa una valutazione finale del Cardiologo riabilitatore, il paziente riprende un ruolo attivo nella società e diviene un soggetto che beneficia dei percorsi dell'Attività Fisica Adattata (AFA) che è gestita da personale non sanitario già in alcune regioni. In questa fase disporre di un sistema di palestre certificate consente al soggetto stesso di praticare l'esercizio fisico efficacemente ed in condizioni di sicurezza. In questo l'esperienza del Veneto è esemplare ed il GICR-IACPR insieme a Patrizio Sarto intende riproporla ed allargarla.

Vi sono poi pazienti reduci da un episodio acuto di cardiopatia per i quali non vi è un'indicazione alla riabilitazione cardiologica o per i quali non sono disponibili nel territorio di appartenenza strutture di cardiologia riabilitativa. Per questi pazienti, in maggioranza a basso rischio e che quindi riprendono un ruolo attivo nella società più precocemente divenendo soggetti che beneficiano dell'AFA, si pone comunque il problema della corretta prescrizione dell'esercizio fisico. Questa prescrizione deve basarsi sull'applicazione da parte del Cardiologo non riabilitatore delle correnti Linee Guida europee e nazionali. La necessaria valutazione funzionale dovrà essere effettuata da parte delle strutture cardiologiche di riferimento nel pieno rispetto dell'appropriatezza, anche se va riconosciuto che mancano riferimenti precisi sulle caratteristiche cliniche e funzionali dei soggetti da avviare a questo secondo tipo di percorso. Chi scrive è quindi ben cosciente della assoluta necessità di stabilire direttive chiare per l'implementazione delle principali norme della prevenzione secondaria, tra cui in primis l'esercizio fisico. La nostra società scientifica farà sicuramente la sua parte in questa direzione, facendo tesoro dell'esperienza di Sarto.

CESARE GRECO
PRESIDENTE GICR-IACPR

Dall'XI al XIII secolo l'Europa si risveglia dall'oscurità
Sorgono gli Ospedali anche in seguito a tremende epidemie

Nascono soprattutto le Università e in esse
la medicina viene insegnata riprendendo i classici ma con
attenzione anche ad anatomia e chirurgia

Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare Il Cuore nel Basso Medioevo

Nascono le Università

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI



Il fiorentino Taddeo Alderotti (1223 - 1303),
fondatore della Scuola medica di Bologna,
in un disegno di Francesco Allegrini del 1770

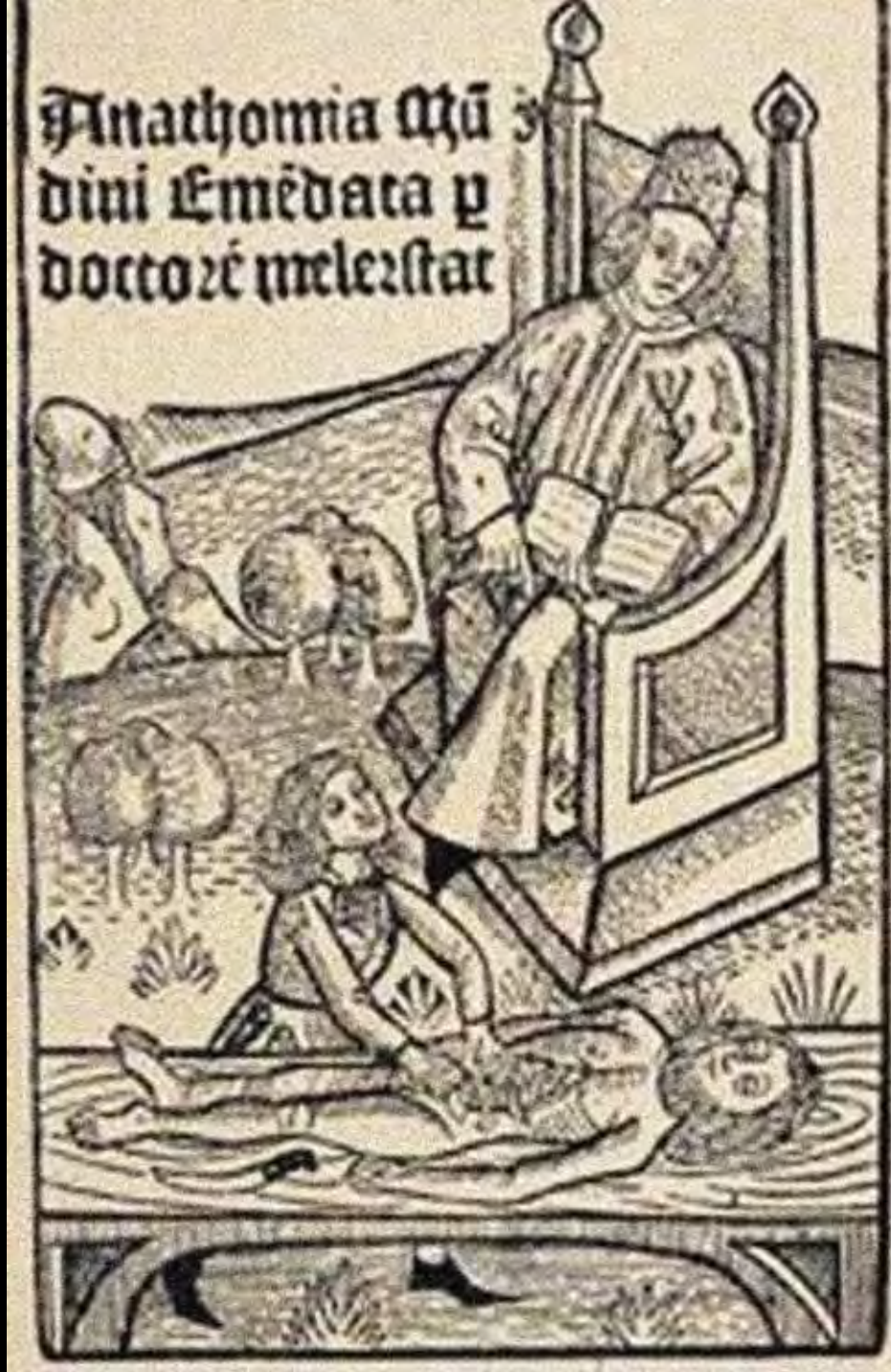
Tra l'XI e il XII secolo migliorano in Europa le condizioni economiche e culturali, favorendo un incremento demografico e la rinascita dei centri urbani; pure la medicina ne risente positivamente. Sono ancora i rappresentanti ecclesiastici a gestire i luoghi dove si fornisce un'assistenza medica collettiva, le infermerie monastiche o le chiese con annessi *hospitalia* (ospizi, termine che si afferma dal IX secolo). Ancora nel 1311, nel Concilio di Ravenna, la Chiesa rivendica la sua preminenza nell'assistenza medica e il carattere religioso degli Ospedali sorti in precedenza. Una delle più affascinanti figure del periodo è Ildegarda di Bingen (1098 - 1179), badessa benedettina, autrice di testi medici di erboristeria che, per la

prima volta, prescrive diete per il diabete, prive di dolci. Il clima di maggior agio e nuova attenzione al benessere fisico e i mutamenti nel governo della sanità pubblica comportano la fondazione di nuovi Ospedali, intesi anche come luogo di ricovero e cura di malati, ad esempio quello di Santa Maria Novella a Firenze (1288), per un'elargizione di Folco Portinari, padre della Beatrice dantesca (8 anni dopo Monna Tessa, sua educatrice, fonda l'ordine delle Oblate Ospedaliere, di fatto infermiere). Sorgono nel contempo gli ordini ospedalieri, associazioni con triplice natura, e cioè ospedaliera, militare e religiosa, che spesso operavano in terre straniere. Tragici avvenimenti danno impulso alle strutture ospedaliere: si diffondono terribili malattie come la lebbra,





Mondino de' Liuzzi (1270 - 1326) durante una dissezione: teneva lezione leggendo il testo di Galeno, facendo mostrare all'ostensore i campioni anatomici (si riteneva che il contatto diretto con il sangue svolisse la professione) preparati da abili prosettori



Ecco le sue riflessioni sul pericardio

“La natura, per difendere il cuore da ogni nocumento estrinseco, ordinò una tunica nervosa e dura a modo di cassetta, nella quale detto cuore stesse rinchiuso... E questa capsula è separata alquanto dal cuore e con esso non è continua; e questo fece natura, acciò che il cuore allargandosi e costringendosi a forma di un mantice sempre si muove, non fosse dal contatto di detta capsula offeso. Fu eziando un'altra cagione di generare la predetta capsula, e fu perché in essa si deve contenere una certa acquosità, che in essa si trova per bagnare e umettare detto cuore, acciò che, mediante questa, si possa resistere a una superflua essiccazione, che in esso si farebbe per il suo continuo movimento.”

all'epoca delle crociate, e la peste del 1348, che dimezza la popolazione italiana, per cui la medicina non offre né spiegazioni eziopatogenetiche convincenti né terapie efficaci. I rimedi principali sono la flebotomia, i cauteri applicati ai bubboni, l'accensione di fuochi con resine ed erbe aromatiche, l'uso di tenere alle narici spugne imbevute di aceto, chiodi di garofano, cannella. La maggior parte delle prescrizioni è di tipo preventivo: fuggire al primo manifestarsi dell'epidemia. Emerge

l'interesse per la salvaguardia della salute, già percepita come bene primario, attraverso l'isolamento dei malati. Nel 1403, a Venezia, sull'isola di S. Maria di Nazareth, è istituito un luogo di ricovero per i malati di peste. Il termine *lazzaretto* deriva in parte dall'errata pronuncia di *Nazarethum*, in parte da un Ospedale già esistente su un'isola vicina (S. Lazzaro degli Armeni). Col lazzaretto, nato per acuti, a pericolosità altissima, ma con possibilità di recupero, a differenza del lebbrosario, struttura per cronici

inguaribili, inizia la storia dell'Ospedale moderno, che però nell'Occidente latino medievale non si dedica all'insegnamento, prerogativa... delle Università prive di malati. Il termine *Universitas*, che nel XII secolo equivale a corporazione o arte, un insieme di persone legato da professione e interessi comuni, indica poi la riunione degli studenti, che eleggevano tra loro i Priori e il Rettore. Le prime *Universitas Studii* sorgono spontaneamente, spesso

Pietro D'Abano (1250 - 1316?) in un affresco dello studiolo Montefeltro, a Urbino

come trasformazione di scuole di maestri privati che, per assicurare alla città ospite continuità d'insegnamento, richiedono alti compensi e particolari privilegi. I docenti devono però giurare obbedienza agli studenti, che potevano cambiarli se non soddisfatti. È indubbio che gli *studia*, i cui rappresentanti si spostavano tra diverse regioni e condividevano una lingua, il latino e un bagaglio di terminologia e nozioni comuni, rappresentano un fattore essenziale nell'affermarsi di una cultura europea omogenea. Le facoltà di medicina sono il luogo privilegiato di una notevole cultura scientifica, e le modificazioni imposte alla medicina dalla riorganizzazione del sapere universitario si rivelano forti e durature. Sullo sfondo stanno la maggiore disponibilità di testi latini tradotti o ritradotti dal greco e dall'arabo e la necessità di regolare la professione medica. Le Università creano una gerarchia di curanti connotata dalla posizione di eccellenza del medico in grado di utilizzare il latino, il *physicus*, rispetto a barbieri, chirurghi e speziali. Nel 1233, con l'editto *Ordinanza Medicinale*, Federico II separa nettamente la professione medica da quella farmaceutica, vietando ai medici la preparazione dei farmaci (affidata alla Corporazione degli Aromatari) e nel 1271 la facoltà di medicina di Parigi proibisce ai non *physici* di prescrivere cure e farmaci. L'Università ha spesso un forte carattere municipale, con vere e proprie gare ad avere i migliori insegnanti e il maggior numero di



studenti. La cultura dell'età delle Università è la scolastica, metodo di ragionamento e di organizzazione del sapere fondato sui testi di logica e filosofia naturale di Aristotele, che adotta a scopo didattico *quaestiones* (dubbi e problemi su singoli punti) e *disputationes* (citazioni e discussioni delle fonti autoritative). La principale difficoltà nella conciliazione tra la tradizione aristotelica e quella ippocratico - galenica riguarda la gerarchia degli organi vitali. Nel

Duecento sull'onda della traduzione dei *Parva naturalia* prevalgono le tesi aristoteliche, con un deciso cardiocentrismo; nel Trecento vi è un ritorno a Galeno: il passaggio del centro di percezione sensoriale dal cuore al cervello inizia con Alberto Magno, che localizza il *sensorium commune* nel ventricolo cerebrale anteriore. Si afferma un rapporto particolare tra filosofia e medicina. Il rapporto tra pratica di cura e mondo naturale è ovvio per medici educati



sui testi antichi; nell'insorgere delle patologie, nella prognosi, nella terapia, nella determinazione della costituzione corporea sono considerate centrali le relazioni con stagioni, climi, geografia e cieli. Il legame con la filosofia e il cemento della cultura aristotelica sono potenti fattori di internazionalizzazione, con la conseguente creazione di un *corpus* testuale stabile, sostanzialmente simile in tutta Europa, fondato sul Canone e sull'Articella, un gruppo di testi salernitani, considerati essenziali nel curriculum medico per secoli, che comprende traduzioni da Costantino, l'*Isagoge Iohannnitii*, gli *Aforismi* e i *Prognostica* di Ippocrate, le *Urine* di Teofilo Protospatario, il *De pulsibus* attribuito a Filareto e i *Tegni (Ars Parva)* di Galeno. Se nell'Alto Medioevo la medicina è soprattutto pratica, tanto da essere annoverata fra le *artes mechanicae*, il recupero dell'antichità classica la porta a un rigoglioso sviluppo teorico; sarà insegnata attraverso i nuovi metodi sperimentati con successo da Teologia e Giurisprudenza, secondo l'aspirazione universalistica (*universitas*, verso l'uno), per cui ogni conoscenza particolare introduce al significato totale della realtà. Nonostante l'età della scolastica sia considerata il trionfo del sapere teorico, grandi innovazioni si devono al rinnovamento della chirurgia colta, soprattutto italiana (un allievo di Ruggero Frugardi, Rolando da Parma, pubblica un'edizione commentata della *Practica Chirurgiae*, la *Rolandina*, di grandissima fortuna). La prima Università italiana nasce a Bologna (1088). La facoltà di Medicina è

ufficialmente istituita da Onorio III nel 1219, nonostante le forti pressioni dei giuristi universitari per impedire il riconoscimento di uguali diritti ai nuovi arrivati. L'insegnamento era aperto a chiunque si proclamasse Magister e trovasse studenti pronti ad ascoltarlo; se conquistava una buona fama, era chiamato Doctor. Nel 1179 una bolla di Alessandro III impone un esame finale per diventare medico davanti a un Collegio dei Dottori, cui era riservato lo *jus promovendi*. Dal 1286 si richiesero due sessioni di esami; nella prima era accertata la preparazione; la seconda era una

cerimonia in cui lo studente dissertava su un tema prestabilito (l'odierna tesi) davanti a maestri, autorità, amici e parenti, che culminava col conferimento solenne del titolo. Taddeo Alderotti è nominato nel 1260 professore a Bologna, dove dimostrò che la medicina riusciva ad argomentare contro i retori. Diviene il più noto (nel XII canto del *Paradiso* è citato come «*colui che in picciol tempo gran dottor si feo*») e pagato medico medievale. Scrive commentari e glosse agli *Aforismi Ippocratici* e alle *Isagoge*, inaugurando soprattutto un

Arnau de Villanova (1240 - 1311), una delle personalità più affascinanti della medicina medioevale



genere medico - letterario che ebbe un enorme successo fino al '700, quello dei *Consilia o Regimina*, consigli generici finalizzati al mantenimento della buona salute indirizzati a personaggi delle classi sociali elevate, evoluti nei Consulto, pareri espressi per via epistolare. Nel *Libello per conservare la sanità del corpo* fornisce consigli dietetico - comportamentali, dal cibo più adatto alle diverse ore del giorno all'igiene personale, evidenziando l'importanza del controllo delle *res non naturales* e della medicina preventiva, seguendo uno schema fisso: l'esercizio (molto consigliato il cammino), i bagni, i massaggi, l'alimentazione, il sonno, le escrezioni, l'igiene personale, la sessualità e il controllo delle emozioni. Ugo de' Borgognoni, sulla base dell'esperienza alle crociate, cura le ferite con vino e bende e contesta il principio secondo cui la suppurazione è necessaria per sanarle. A Lucca il domenicano Teodorico de' Borgognoni, forse suo figlio, applica le prime rudimentali anestesie durante le operazioni chirurgiche, ponendo sul viso spugne imbevute di oppio, giusquiamo e mandragola. Guglielmo da Saliceto, piacentino, introduce l'uso del bisturi; è riferito che praticasse paracentesi e toracentesi. Raimondo (Mondino) de' Liuzzi fu il primo anatomista italiano (*vir in sectione celeberrimus*). Le Università italiane praticarono tra le prime l'autopsia su uomini. La dissezione non era ben vista dalla Chiesa: nel 1163 il Concilio di Tours vietava ai religiosi la pratica chirurgica (*Ecclesia abhorret a sanguine*) (a onor del vero, Gregorio IX la

proibì solo agli ordini maggiori) e nel 1299 Bonifacio VIII proibiva, con la bolla *De sepulturis*, la manipolazione dei cadaveri, allo scopo di limitare il commercio di reliquie. Esistevano comunque ovvie difficoltà nel reperire corpi; a Bologna fu stabilito per legge che all'Università fossero forniti ogni anno due cadaveri per gli studi anatomici. Mondino fu aiutato da Alessandra Gilliani, una ragazza di 19 anni che secondo Machiavelli «ripuliva in modo eccellente le vene, ugualmente bene le arterie, formando con esse e con le loro ramificazioni dei tubi senza lacerarli o lederli in alcun modo; e inoltre per conservarli e perché si facessero facilmente vedere, li riempiva con liquidi di conveniente colore, che immediatamente indurivano e si condensavano senza alterarsi». Quando talvolta l'osservazione metteva in rilievo gli errori del testo, si diceva che esso era stato alterato dai copisti o che l'anatomia fosse cambiata nei tempi. Mondino compilò l'*Anothomia*, che vide oltre 50 edizioni: un manuale pratico, scritto in latino imbarbarito e commisto a numerose parole arabe. Il suo intento didattico risulta chiaro sin dall'inizio, quando afferma che *il modo migliore per aprire l'addome è quello di tagliarlo verticalmente*. Il cervello, luogo per percepire le sensazioni, aveva anche il potere di raffreddare il cuore. La descrizione del cuore era abbastanza accurata nei dettagli riguardanti le valvole, ma non altrettanto nella correlazione tra struttura e funzione. Mondino descrive inoltre tre ventricoli, ma ha dubbi sull'esistenza dei pori intraventricolari di Galeno e spesso parla anche di malattie e cure. Il

primo dei professori dell'Università di Padova, nata nel 1222 da quella bolognese, ad acquisire vasta reputazione fu il calabrese Bruno da Longoburgo, autore della *Cirurgia Magna*, in cui differenzia tra guarigione per prima e seconda intenzione; fece uso di suture in seta e cotone «con punti a distanza di un dito», distinse l'emorragia venosa dall'arteriosa e si batté contro l'applicazione di oli e pomate sulle ferite, intravedendo pericoli d'infezione. Medico di gran nome fu Pietro d'Abano insegnante di medicina, filosofia e astrologia a Parigi e Padova. Anche Dante, pur non essendo medico, seguiva le sue lezioni (per poter essere eletti al Consiglio del Popolo e del Priorato era necessario appartenere a una corporazione, e il Divino Poeta era iscritto a quella dei Medici e Speciali). Nella sua più celebre opera, *Conciliator differentiarum philosophorum et praecipue medicorum*, cerca di conciliare la medicina araba con la greca, a rischio di far prevalere il sillogismo sulle prove concrete. Afferma che i nervi originano dal cervello, in accordo con Alcmeone e Galeno, e non dal cuore come sosteneva Aristotele. Pietro dà alla medicina un posto preminente rispetto alle arti del trivio (retorica, dialettica e grammatica) e del quadrivio (matematica, geometria, astronomia e musica) ritenendola *scientia scientiarum*, non solo loro compendio naturale, ma anche *philosophia naturalium rerum*. A buon diritto quindi il medico poteva fregiarsi del titolo di *philosophus* della natura umana. I suoi scritti, indicanti





l'aprirsi del sapere medico ad altre discipline come logica e astronomia ma anche astrologia, lo circondarono di un alone magico; si rivolge anche alla fabbricazione di amuleti, in una rivalutazione naturalistica della magia intesa come sapere operativo. Riteneva che un buon medico dovesse essere anche un esperto alchimista per la preparazione dei medicamenti più adatti (altra sua opera è il *De venenis*). Accusato di eresia dall'Inquisizione, morì prima della condanna; mani pietose nascosero le sue spoglie, che sarebbero dovute essere comunque bruciate, e le autorità si accontentarono di dare alle fiamme una sua effigie. Pietro Hispano (1205 - 1215), professore a Siena, unica figura di papa apertamente lodata nel capolavoro dantesco, eletto col nome di Giovanni XXI, fu autore di un trattato medico dall'enorme fortuna sino al XVIII secolo: il *Thesaurus Pauperum*, raccolta di ricette per i mali più diffusi. A Oxford, fondata nel 1167, il francescano inglese Ruggero Bacone (1214 - 1294) proclama l'importanza della sperimentazione in medicina e nel *De retardatione accidentium senectutis* si occupa degli anziani; l'origine dei loro mali sarebbe la dispersione del calore e dell'umido innati nel corpo: limitarla è la strada per rallentare l'invecchiamento. Come terapia propone alcuni cibi (vino, uova),

lunghi riposi notturni, bagni e altri rimedi di dubbio gusto, quali l'uso di spezie, oro, ambra, sangue umano e... contatto fisico con bambini. La prima Università fu però quella francese di Montpellier in cui, dopo il 1100, al declino della scuola salernitana, convennero medici ebrei, cristiani e musulmani. Il protagonista della fase più antica della scuola, destinata a restare con Parigi la prima facoltà medica francese fino all'800, è Arnau de Villanova, che ha notevole successo pratico e cura papi e re di tutta Europa; conosce l'arabo, traduce il *De viribus cordis* di Avicenna, commenta il *Regimen Salernitatis*, scrive il *De considerationibus operis medicinae sive de flebotomia*. Negli *Aphorismi de gradibus*, simili a quelli ippocratici, redatti per fornire aiuto pratico al medico, elabora teorie arabe per costruire una medicina e una farmacologia su base quantitativa. I suoi scritti evolvono da un iniziale pragmatismo a un maggiore interesse per i problemi filosofici, ma non disdegna la magia: «*questo prezioso amuleto reca sollievo ai sofferenti di infiammazione cerebrale, ai maniaci, ai malati di angina...*». Henry de Mondeville (1260 - 1320?), considerato il primo chirurgo francese, è l'autore di un'opera monumentale, *Chirurgie*, eminentemente pratica, dove riporta tutte le tecniche chirurgiche note.

Praticava la legatura dei vasi sanguigni nell'amputazione degli arti, ritornando alla tecnica romana in contrasto con l'usanza araba del cauterio. Descrisse il cuore come contenente due ventricoli con una piccola cavità tra loro e considerava le orecchie come riserve per il sangue e l'aria necessari ad alimentarlo (aderendo ai concetti del pneuma e degli spiriti). Nonostante ciò fu in qualche modo scettico sull'infallibilità di Galeno: «*Dio non può aver consumato tutto il suo potere creativo nel fare Galeno*». Guy de Chauliac portò da Bologna la pratica della dissezione appresa da Bertuccio, successore di Mondino. I temi del suo *Inventarium sive chirurgia magna* sono vari, dalle amputazioni alla tracheotomia all'arresto delle emorragie alla Materia medica e agli antidoti; in uso fino al '700, «*segna la fine della medicina medievale nel doppio senso di completamento e conclusione*» (Mc Vaugh). Descrive magistralmente la peste, di cui riconosce rapidamente l'esistenza delle forme polmonare e bubbonica, ma è impotente nella cura: «*i dottori non forniscono alcun aiuto concreto soprattutto perché sono terrorizzati di visitare il malato*». Chiamato ad Avignone come medico di papa Clemente VI, vi ebbe frequenti conflitti con Petrarca, da cui ebbero origine le famose invettive del poeta contro i medici.

Cuore e Riso: parte II

Il riso alimento per la prevenzione cardiovascolare

DI ANGELO SANTE BONGO



RISO (*Oryza sativa* L.)

La sua crusca abbassa il colesterolo; non mondato o semi integrale è adatto in tutte le diete alimentari e per ogni tipo di malattia, normalizza alcanizzando il pH dell'intestino favorendo quindi la proliferazione della giusta flora intestinale. Per l'uso alimenta-

re, il riso integrale o semi integrale è ottimo e molto più digeribile del frumento. La crusca di riso è importante perché contiene antiossidanti, minerali e vitamine. Non esiste malattia che non tragga giovamento con la terapia alimentare a base di riso integrale o semi integrale. Per i colitici è adatto il

riso bollito, con olio di girasole misto a quello di sesamo ed a quello di oliva extra vergine. Per coloro che hanno allergie al "glutine" degli altri cereali, il riso in fiocchi è insostituibile, nelle affezioni della pelle è utile il riso cotto nel latte. Il riso bollito fino ad ottenere una pastetta può essere impiegato per





cataplasmi da utilizzare su dermatosi e furuncoli; sulle emorroidi calma e dà sollievo. La fitina assieme alla colina, contenute nel riso, sono utili nella ipertensione e nel controllo delle dislipidemie perché riducono il colesterolo e agiscono favorevolmente sul metabolismo lipidico. Hanno inoltre una funzione antistaminica ed antishock.

Il riso come cibo funzionale

Per “cibo funzionale” (FF: functional food) si intende un alimento capace di indurre vantaggi salutistici, al di là del suo contenuto nutrizionale classicamente inteso. In una società come la nostra, che chiede vie alternative alla medicina tradizionale per migliorare la salute e prevenire la comparsa di malattie, l’inserimento di cibi funzionali in programmi educazionali e nelle indicazioni comportamentali nutrizionali diventa sempre più importante. I cibi funzionali contengono una sostanza o un mix di composti che favorisce una o più funzioni dell’organismo e/o la prevenzione o il trattamento di specifiche patologie: essi rappresentano, pertanto, un’opportunità di grande rilievo nella medicina del futuro con riferimento particolare alle implicazioni a carattere preventivo. In accordo a un recente parere espresso dalla ADA (American Dietetic Association), i cibi funzionali devono essere considerati utili quando vengono consumati come parte di una dieta variata, in modo regolare e in quantità tale da garantire l’introduzione di dosi efficaci. Alcuni componenti del grano di riso, come ad esempio la pula e i peptici bioattivi, presentano provati effetti benefici sull’organismo umano, inoltre, vengono coltivate nel mondo, soprattutto

nel Sud - Est asiatico, speciali cultivar di riso che manifestano una particolare colorazione grazie alla quale prendono il nome di “riso nero” e “riso rosso”. Queste colorazioni sono dovute alla presenza nel grano di riso di pigmenti che caratterizzano il prodotto sia sotto l’aspetto nutrizionale

che sotto l’aspetto funzionale.

Pula di riso

Prodotti con pula di riso hanno manifestato promettente efficacia nella prevenzione di numerose patologie. Le sostanze considerate responsabili di questi effetti sono l’inositolo (e i prodotti correlati a questa sostanza),





riso rosso



riso nero

Il riso è un alimento importante nella nutrizione della popolazione mondiale non solo perchè garantisce la sopravvivenza di intere popolazioni ma anche per le sue proprietà benefiche sulla salute

In particolare le nuove varietà di riso con pigmenti antiossidanti, che gli fanno assumere insolite colorazioni rosee o nere, sono molto utili nella prevenzione delle malattie cardiovascolari

Il riso è considerato un cibo funzionale in quanto contiene un mix di composti che favorisce una o più funzioni dell'organismo, la prevenzione ed il trattamento di specifiche patologie

Non facciamo mancare dalla nostra tavola questo antico ma ancora attuale "cibo dei poveri"

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





l'acido ferulico, il gamma - orizanol, i tocotrienoli e gli steroli vegetali contenuti nella pula del riso. Le condizioni patologiche, in cui l'azione preventiva e/o gli effetti nutriceutici della pula del riso sono stati dimostrati, sono numerose: l'iperlipemia, la steatosi epatica, l'ipercalciuria, la calcolosi renale e le patologie cardiovascolari. In particolare, deve essere ricordato l'effetto positivo esercitato dal gamma - orizanol, un composto presente nella pula del riso, che è un fitosterolo non saponificabile. Questa sostanza induce una riduzione dei valori di colesterolo totale, di colesterolo LDL, di apolipoproteina B e dei trigliceridi, migliorando significativamente il rapporto colesterolo LDL/HDL e ApoB/ApoA. Infine, vi sono evidenze iniziali di un potenziale ruolo anche nella prevenzione della cancerogenesi. Un recente studio condotto sull'animale da esperimento ha dimostrato l'effetto preventivo svolto dalla pula di riso fermentato dall'*Aspergillus Oryzae* sull'epatocarcinonesi indotta dalla dietilnitosamina e dal fenobarbital.

Riso nero

Le antocianine, pigmenti presenti in vari frutti e vegetali come coloranti naturali, posseggono proprietà bioattive ben definite. Nel riso nero è stata dimostrata la presenza di elevate quantità di antocianine, in particolare cianidina 3-glucoside e peonidina 3-glucoside, riscontrate nell'aleurone

per l'85% del totale delle antocianidine contenute nel chicco intero di riso nero. La frazione pigmentata tratta dal riso nero ha dimostrato di possedere elevate proprietà antiossidanti e di "scavenger" di radicali liberi in svariati modelli sperimentali in vitro con prevenzione del danno del DNA e della ossidazione delle LDL. Inoltre questo estratto è in grado di ridurre la formazione di ossido nitrico, un potente produttore di radicali liberi, mediante soppressione della sintesi di questa sostanza in macrofagi attivati, senza indurre citotossicità. Questi dati suggeriscono che il riso nero - una varietà coltivata in Cina da più di mille anni fino al XIX secolo, prodotta esclusivamente per l'imperatore e la sua corte, mentre i poveri lo utilizzavano per gli ammalati, i bambini, e le donne prima e dopo il parto - possa manifestare benefici salutistici associati al controllo dello stress ossidativo. Questa varietà fino a qualche anno fa non era coltivabile in Italia, perché non adatta al clima a causa della sua fotosensibilità e instabilità. Per questo motivo il riso nero è stato incrociato con varietà locale allo scopo di ottenere un riso a pericarpo nero, adatto all'ambiente climatico italiano. È stato prodotto, quindi, dopo alcuni anni di lavoro per ottenere una linea stabile dopo gli incroci artificiali, un riso nero, regolarmente iscritto al registro nazionale con il nome "Venere" e coltivato in alcune zone del nostro Paese.

Riso Rosso

Il riso rosso contiene procianidina acetilata, un'antocianina con dimostrate attività antiradicali liberi. Il riso rosso, fermentato mediante l'azione del lievito *Monascus purpureus*, è utilizzato in Cina sia come cibo che come rimedio medicinale da alcune centinaia di anni, oltre che sotto forma di polvere, come colorante per cibi quali formaggi, pesce e bevande alcoliche. Attualmente numerosi studi condotti in vitro hanno dimostrato che questo lievito presenta la caratteristica di inibire l'attività dell'enzima HMG-CoA redattasi, il quale è coinvolto nei meccanismi che determinano l'aumento della colesterolemia. Agli studi in vitro sono seguite esperienze cliniche nell'uomo che hanno dimostrato come l'assunzione di riso rosso fermentato per dodici settimane determini una significativa diminuzione dei livelli di colesterolo totale, colesterolo LDL e trigliceridi e un aumento dei valori di HDL.

Conclusioni

Il riso costituisce l'alimento principale per metà della popolazione mondiale. È ipoallergenico, facilmente digeribile, manifesta molte proprietà di tipo funzionale. L'obiettivo nutrizionale attuale è quello di migliorare la qualità del riso con lo sviluppo di nuove varietà che ottimizzino le proprietà e i vantaggi funzionali di questo alimento. Il riso del futuro sarà, quindi, non solo di qualità, ma permetterà al consumatore di associare ai piaceri della tavola un'azione di prevenzione sulla propria salute.

«Tuti i xe bravi quando che i la indovina» 1957 storia di un tirocinio a Città del Messico

DI ELIGIO PICCOLO

Era il primo ottobre del 1957 quando iniziai il tirocinio di Residente nell'Istituto di Cardiologia di Città del Messico. Vi ero giunto da pochi giorni e gentilmente mi avevano dato con anticipo ospitalità nel padiglione riservato ai borsisti. Mi presero le misure per la divisa bianca e per il mantello blu da usare nelle fresche notti di guardia. L'essere europeo e dall'Università di Padova era un buon biglietto da visita, ma non mi consentiva alcuna presunzione, se mai l'avessi voluta, in quel centro messicano, che già dopo un decennio dalla fondazione (1944) aveva acquisito un prestigio tale nel mondo della Cardiologia da essere considerato un miracolo di ricerca e di docenza. Con questa netta impressione mi misi nella coda dei nuovi allievi, sei messicani e sei internazionali, e stetti ad ascoltare quei maestri, che pareva si divertissero ad insegnare e a discutere con chiunque. Per noi italiani, abituati a fare anticamera anche per chiedere un consiglio e sempre attenti a non mettere mai alla prova

la preparazione del Direttore, trovare le porte sempre aperte di coloro che godevano di tanta fama internazionale fu una sorpresa bella, inaspettata e coinvolgente. Quel primo ottobre fui assegnato per due mesi al "Piso de niños", il reparto al terzo piano per il ricovero dei bambini, malati di cardiopatie reumatiche o congenite. Nonostante fossi già specialista non mi era mai capitato di vedere né le une né le altre in così tanti piccoli pazienti. Specie i reumatici, con quei cuori talmente gonfi d'infiammazione che, anche riandando con la memoria ai testi su cui avevo studiato, mi ritornavano con la netta convinzione che in Europa appartenessero alle malattie del passato. Le loro valvole erano severamente danneggiate e solo il cortisone riusciva a frenare quelle reazioni superlative, evidentemente dovute all'intensità dell'infezione streptococcica, ma anche alle scarse difese immunitarie in quelle popolazioni. E qui mi vennero alla mente le morie degli indios, all'indomani della conquista spagnola, causate

per l'appunto dall'assenza di difese in quegli aborigeni contro i virus e i microbi importati dai conquistadores. Uno che non avesse auscultato quei cuori, visto le loro radiografie e gli elettrocardiogrammi, avrebbe detto che quei bimbi erano il ritratto della salute: tutti con le loro "maschere cortisoniche" di visi paffuti e rosei, sui quali si stagliavano gli occhi neri e i capelli corvini, come in uno dei famosi murales di Diego Rivera, ricchi di colore e di mestizia. Belli e ordinati nei loro pigiama e vestaglette, li ricordo ancora seduti a confezionare sui tavolinetti figure variopinte per l'imminenza del Natale, che lì si festeggia come una favola meravigliosa. Sorridevano, ma spesso fermavano la loro espressione in una specie di inconscia rassegnazione, senza un lamento. Per noi che avevamo accesso alle loro cartelle era difficile fermarsi a quelle immagini e non pensare al loro futuro, quello che il mio compagno Rebollar, educato alla Stanford University, chiamava outcome. Già dopo qualche giorno noi giovani





“Venditrice di colle” di Diego Rivera



Particolare di uno dei “murales” di Diego Rivera nell'Istituto di Cardiologia di Città del Messico



apprendisti ci sentivamo soddisfatti di aver recepito tante nozioni, e soprattutto di sentirci quasi sicuri di aver fatto, in un certo senso, la sintesi su quei problemi. Personalmente ebbi anche l'impressione che la routine stesse uniformando il tutto e che la discussione con i nostri superiori non consentisse conclusioni molto diverse nei singoli casi, poiché gli schemi di diagnosi e di terapia, quelli che anni dopo si chiameranno Linee Guida, erano gli stessi usati in tutto il mondo, in realtà piuttosto monotoni. Forse stimolato a uscire da questa ripetitività, un mattino nel corso della visita fui sorpreso dall'aspetto di una bimba, che a me pareva diversa dalle altre per alcune stigmate che mi ricordavano altri piccoli pazienti, ricoverati

a Padova dal mio maestro, grande esperto in ematologia. Il pallore, qualche piccola ecchimosi agli angoli della bocca mi convinsero che non era una cardiopatia reumatica come le altre. Mi azzardai, con l'impulsività dei giovani, a sospettare una leucemia e consigliai un emocromo urgente. Il giorno dopo, entrando per il giro, notai che i colleghi mi guardavano con particolare considerazione. Mi dissero che la bimba dopo l'emocromo era stata subito trasferita per competenza all'Hospital Infantil. La cosa certo mi inorgogli, ma capii anche quanto fosse importante l'esperienza e il non farsi suggestionare da ciò che vediamo con maggior frequenza tutti i giorni. E mi ricordai anche quanto ripeteva una vecchia suora ospeda-

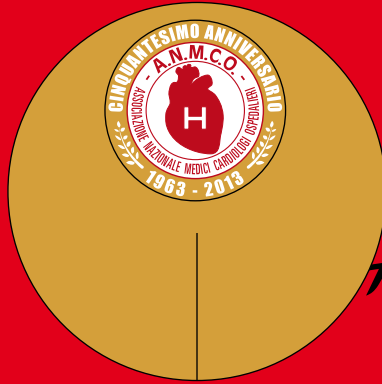
liera, di quelle che avevano vissuto con intelligente umiltà ma anche con saggia malizia le competizioni fra medici: «Tuti i xe bravi quando che i la indovina», diceva lasciandosi dietro il tintinnio delle chiavi. Scriveva Don Milani in quegli anni che non solo i suoi allievi di Barbiana non avevano imparato da lui, ma lui da loro, e precisava: «... ho insegnato loro soltanto ad esprimersi, mentre loro mi hanno insegnato a vivere». Pensando a quella lontana esperienza messicana nel Natale del '57, risento una grande riconoscenza per quei maestri e per quei piccoli pazienti, che mi hanno insegnato ad esprimermi e spero anche a vivere.

Buon Natale

Felice
Natale



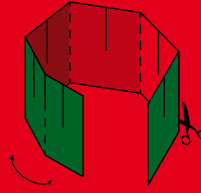
Segui le istruzioni
e regalati
un felice Natale



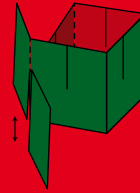
Felice
Natale



1



2



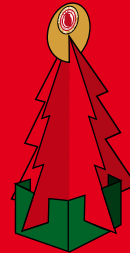
3



4



5





ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

