



# cardiologia

## negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Area Aritmie: il bilancio di due anni di attività

Aneurismi dell'aorta ascendente e insufficienza valvolare aortica: una relazione da codificare

Imaging Integrato Cardiovascolare

Siamo partiti!

La Cardiologia ospedaliera al bivio: problema od opportunità?

Linee Programmatiche dell'Area Nursing per il biennio 2013 - 2014

I programmi per il prossimo biennio dell'Area Prevenzione

Tra continuità, collaborazione, "concretezza" e... Colori!

Sindromi coronariche acute: dalle Linee Guida europee al paziente del mondo reale

La cardio - oncologia in Toscana tra luci ed ombre

Donne e prevenzione cardiovascolare

Il giovane Cardiologo fra tecnologia e clinica

Un centenario della Cardiologia: la malattia di Chagas

10 consigli d'autore nella cura dello STEMI

Omaggio a Rocca Imperiale



GENNAIO • FEBBRAIO 2013 N°191

AMICI DELL'ANMCO: BOEHRINGER INGELHEIM



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

# 44° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO

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



# ANMCO



# 50 anni uniti nel cuore...



In copertina foto di Simonetta Ricci

N. 191 gennaio - febbraio 2013  
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](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

**ANMCO**  
Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze  
Tel. 055/51011 - Fax 055/5101350  
[segreteria@anmco.it](mailto:segreteria@anmco.it)  
[www.anmco.it](http://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](http://www.mirannalti.it)**



## DALLE AREE

### AREA ARITMIE

**Bilancio di due anni di attività e programmi futuri** p. 6  
*di Maurizio Eugenio Landolina e Massimo Grimaldi*

### AREA CARDIOCHIRURGIA

**Aneurismi dell'aorta ascendente e insufficienza valvolare aortica: una relazione da codificare** p. 9  
*di Antonio Panza, Severino Iesu, Antonio Longobardi, Felice Rosapepe, Mario Miele, Giuseppe Di Benedetto*

### AREA CARDIOIMAGING

**Imaging Integrato Cardiovascolare: gli obiettivi dell'Area Cardiolmaging** p. 12  
*di Alberto Roghi e Fausto Rigo*

### AREA EMERGENZA - URGENZA

**Siamo partiti!** p. 14  
*di Leonardo De Luca*

### AREA MANAGEMENT & QUALITA'

**La Cardiologia ospedaliera al bivio: problema od opportunità?** p. 17  
*di Quinto Tozzi e Giovanni Gregorio*

### AREA NURSING

**Linee Programmatiche dell'Area Nursing per il biennio 2013 - 2014** p. 23  
*di Sabrina Barro e Gaetano Satullo*



### AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

**Area Prevenzione Cardiovascolare, programmi per il prossimo biennio** p. 26  
*di Francesco Fattirolli, Gian Francesco Mureddu, Antonella Cherubini, Piero Clavario, Anna Frisinghelli, Pier Luigi Temporelli, Pompilio Faggiano*

### AREA SCOMPENSO CARDIACO

**L'Area Scompenso Cardiaco 2013 - 2014** p. 34  
*di Giuseppe di Tano e Nadia Aspromonte*

## DALLE REGIONI

### CALABRIA

Sindromi coronariche acute: p. 39  
dalle Linee Guida europee al paziente  
del mondo reale

*di Roberto Caporale e Mario Chiatto*



### TOSCANA

Report ANMCO: p. 41  
La cardio - oncologia in Toscana tra  
luci ed ombre

*di Maria Laura Canale e Giancarlo Casolo  
a nome del Consiglio Direttivo Regionale  
ANMCO Toscana*

## FORUM

Prevenzione cardiovascolare p. 43  
nelle donne: la cardiopatia ischemica  
*di Lucia Bolettieri, M. Maddalena De  
Francesco, Antonio Cardinale*

Il giovane Cardiologo p. 47  
fra tecnologia e clinica  
*di Sabino Scardi*

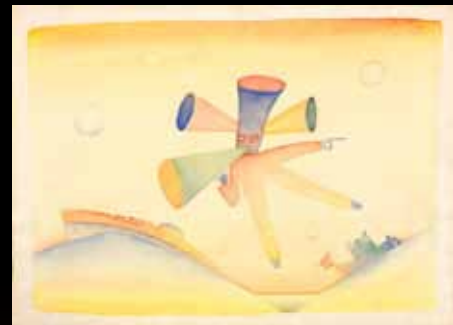


### COME ERAVAMO

Un centenario della p. 54  
Cardiologia:  
la malattia di Chagas  
*di Eligio Piccolo*

## VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Un decalogo artistico p. 56  
per il Cardiologo.  
10 consigli d'autore nella cura dello  
STEMI  
*di Stefano De Servi*



Omaggio a Rocca Imperiale p. 58  
*di Angelo Mingrone*



**PRESIDENTE**



Francesco Maria Bovenzi

**FRANCESCO MARIA BOVENZI**  
 Direttore Dipart. 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**

**VICE-PRESIDENTE** Attività Organizzative e Gestionali



Fabrizio Oliva

**FABRIZIO OLIVA**  
 Dirigente Medico  
 Cardiologia 2 - Ospedale "Niguarda"  
 Piazza Ospedale Maggiore, 3  
 20162 Milano  
 Tel. 02/64442335 - Fax 02/66101716  
**fabrizio.oliva@ospedaleniguarda.it**

**VICE-PRESIDENTE** Attività Culturali



Serena Rakar

**SERENA RAKAR**  
 Dirigente Medico  
 S.C. di Cardiologia Ospedale "Cattinara"  
 A.O.U. Ospedali Riuniti  
 Via Valdoni, 1 - 34149 Trieste  
 Tel. 040/3994865 - Fax 040/3994878  
**serenarakar@hotmail.com**

**PAST - PRESIDENT**



Marino Scherillo

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

**SEGRETARIO GENERALE**



Roberto Ceravolo

**ROBERTO CERAVOLO**  
 Dirigente Medico  
 UTIC - Emodinamica e Cardiologia  
 Interventistica Ospedale Civile Pugliese  
 Viale Pio X, 91 - 88100 Catanzaro  
 Tel. 0961/883447 - Fax 0961/883944  
**roberto.ceravolo@alice.it**

**TESORIERE**



Angelo Sante Bongo

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

**CONSIGLIERI**

**MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI**



Maurizio Giuseppe Abrignani

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

Fax 0923/809317  
**maur.abri@alice.it**

**FURIO COLIVICCHI**



Furio Colivicchi

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

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

**CARMINE RICCIO**



Carmine Riccio

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

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

**GIANFRANCO ALUNNI**



Gianfranco Alunni

Dirigente 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.alunni1@tin.it**

**PAOLO COLONNA**

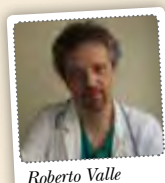


Paolo Colonna

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

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

**ROBERTO VALLE**



Roberto Valle

Dirigente 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**



### AREA ARITMIE

#### Chairperson

Massimo Grimaldi  
(Acquaviva delle Fonti - BA)

#### Co - Chairperson

Renato Pietro Ricci (Roma)

#### Comitato di Coordinamento

Andrea Andriani (Policoro - MT)

Davide Giorgi (Lucca)

Barbara Petracchi (Pavia)

Laura Vitali Serdoz (Trieste)

[www.anmco.it/aree/elenco/aritmie](http://www.anmco.it/aree/elenco/aritmie)



### AREA CARDIOCHIRURGIA

#### Chairperson

Giuseppe Di Benedetto (Salerno)

#### Co - Chairperson

Michele Portoghese (Sassari)

#### Comitato di Coordinamento

Alberto Canziani (San Donato Milanese - MI)

Domenico Mercogliano (Alessandria)

Antonio Panza (Salerno)

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

[www.anmco.it/aree/elenco/chirurgia](http://www.anmco.it/aree/elenco/chirurgia)



### AREA CARDIOIMAGING

#### Chairperson

Alberto Roghi (Milano)

#### Co - Chairperson

Fausto Rigo (Mestre - VE)



### AREA EMERGENZA - URGENZA

#### Chairperson

Leonardo De Luca (Roma)

#### Co - Chairperson

Serafina Valente (Firenze)

#### Comitato di Coordinamento

Roberto Caporale (Cosenza)

Gianluca Gonzi (Parma)

Giuseppe Musumeci (Bergamo)

Pierfranco Terrosu (Sassari)

[www.anmco.it/aree/elenco/emergenza](http://www.anmco.it/aree/elenco/emergenza)

#### Comitato di Coordinamento

Pio Caso (Napoli)

Federico Nardi (Verbania)

Martina Perazzolo Marra (Padova)

Bruno Pinamonti (Trieste)

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



### AREA E-CARDIO

#### Chairperson

Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)

#### Co - Chairperson

Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)

#### Comitato di Coordinamento

Nicola D'Amato (Bari Carbonara - BA)

Sarah Dogliani (Savigliano - CN)

Massimo Magnacca (Lido di Camaiore - LU)

Paolo Trambaiolo (Roma)

[www.anmco.it/aree/elenco/ecardio](http://www.anmco.it/aree/elenco/ecardio)



### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

#### Chairperson

Michele Azzarito (Roma)

#### Co - Chairperson

Iolanda Enea (Caserta)

#### Comitato di Coordinamento

Amedeo Bongarzone (Milano)

Francesco Guazzarotti (Ancona)

Laura Scelsi (Pavia)

Eugenio Vinci (Siracusa)

[www.anmco.it/aree/elenco/circolo](http://www.anmco.it/aree/elenco/circolo)



### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

#### Chairperson

Quinto Tozzi (Roma)

#### Co - Chairperson

Giovanni Gregorio  
(Vallo della Lucania - SA)

#### Comitato di Coordinamento

Vincenzo Lopriore (Monopoli - BA)

Domenico Marchese (Piove di Sacco - PD)

Michele Danilo Pierri (Ancona)

Nicola Sanfilippo (Palermo)

[www.anmco.it/aree/elenco/management](http://www.anmco.it/aree/elenco/management)



### AREA NURSING

#### Chairperson Medico

Gaetano Satullo (Messina)

#### Co - Chairperson Medico

Mauro Mennuni (Colleferro - Roma)

#### Chairperson Infermiera

Sabrina Barro (San Donà di Piave - VE)

#### Co - Chairperson Infermiera

Donatella Radini (Trieste)



#### Comitato di Coordinamento

Antonio Boscolo Anzoletti (Chioggia - VE)

Sabrina Egman (Palermo)

Massimo Iacoviello (Bari)

Danilo Neglia (Pisa)

[www.anmco.it/aree/elenco/nursing](http://www.anmco.it/aree/elenco/nursing)



### AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

#### Chairperson

Francesco Fattirolli (Firenze)

#### Co - Chairperson

Gian Francesco Mureddu (Roma)

#### Comitato di Coordinamento

Antonella Cherubini (Trieste)

Piero Clavario (Arenzano - GE)

Anna Frisinghelli (Passirana Rho - MI)

Pier Luigi Temporelli (Veruno - NO)

[www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione](http://www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione)



### AREA SCOMPENSO CARDIACO

#### Chairperson

Giuseppe Di Tano (Cremona)

#### Co - Chairperson

Nadia Aspromonte (Roma)

#### Comitato di Coordinamento

Marco Marini (Ancona)

Massimo Milli (Firenze)

Claudia Raineri (Pavia)

Giulia Russo (Trieste)

[www.anmco.it/aree/elenco/scompenso](http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso)



# Bilancio di due anni di attività e programmi futuri

DI MAURIZIO EUGENIO LANDOLINA E MASSIMO GRIMALDI

L'Area Aritmie, nei due anni appena trascorsi, ha portato a compimento e pubblicato uno Studio osservazionale sulla fibrillazione atriale in collaborazione con i Medici di Medicina Generale. Ha intrapreso una raccolta dati sulla gestione delle tachicardie ventricolari stabili nelle Cardiologie italiane. Al nuovo Comitato di Coordinamento l'onere ed onore di proseguire il lavoro intrapreso

**D**ue anni nel Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie sono passati in un attimo ed è giunto il tempo di fare il bilancio su cosa è stato concluso e cosa abbiamo iniziato e lasciamo in eredità al nuovo Comitato di Coordinamento. Prima di tutto, devo ringraziare tutti i componenti e i Consulenti del Comitato di Coordinamento; senza la loro disponibilità ed il loro entusiasmo non sarebbe stato possibile portare a termine alcuna attività dell'Area. **Cosa abbiamo realizzato** Ci eravamo proposti di promuovere iniziative per diffondere la conoscenza aritmologica tra i Cardiologi clinici e i Medici di Medicina Generale e di rispondere ad alcune criticità nella gestione delle problematiche aritmologiche. La fibrillazione atriale è diventata nei paesi a più alto sviluppo economico uno tra i più importanti problemi di salute pubblica e una delle maggiori cause di spesa per i sistemi sanitari. Per questo motivo, abbiamo organizzato due Convegni sulla fibrillazione atriale in collaborazione con ANMCO Lombardia, con l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo e con la Società Italiana di Medicina Generale dal

titolo "Fibrillazione atriale: nuove acquisizioni" (Milano, 16 aprile 2011) e "Fibrillazione atriale: ultime notizie" (Milano, 24 novembre 2012) (Figura 1). Entrambe le iniziative hanno avuto una straordinaria affluenza di partecipanti. Abbiamo proseguito l'attività di formazione rivolta ai Cardiologi che svolgono attività ambulatoriale, organizzando corsi informativi di durata settimanale da tenersi presso Laboratori di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione distribuiti sul territorio nazionale.

## ISAF Study

È stata portata a termine l'analisi dei dati dello studio osservazionale e retrospettivo sui "Percorsi diagnostico - terapeutici per la cura della fibrillazione atriale in Italia (ISAF Study)" promossa da Massimo Zoni Berisso e dal Comitato di Coordinamento del biennio 2009 - 2010 in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale. L'articolo verrà pubblicato in uno dei primi numeri del 2013 dell'*American Journal of Cardiology*. Lo Studio ha coinvolto 233 Medici di Medicina Generale che hanno compilato un questionario elettronico relativo alle caratteristiche cliniche, alle strategie terapeutiche e alle risorse



Figura 1 - Rappresenta la locandina di un congresso organizzato dall'Area Arimie dell'ANMCO



utilizzate per curare i loro pazienti con fibrillazione atriale. Perché si è scelto di coinvolgere i Medici di Medicina Generale per raccogliere i dati? Fondamentalmente per due motivi: primo perché sono distribuiti in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, in secondo luogo perché spesso sono spettatori neutrali e quindi obiettivi della scelta delle differenti strategie terapeutiche e dei risultati delle stesse. In una popolazione di 295.906 soggetti, 6.036 avevano una diagnosi di fibrillazione atriale: nel 20.2% parossistica, nel 24.3% persistente e nel 55.5% permanente. Il campione di popolazione è risultato rappresentativo della popolazione italiana con una distribuzione relativamente a sesso e a età simile ai dati ISTAT (Figura 2). La percentuale di pazienti affetti da fibrillazione atriale aumentava con l'età, essendo 26.8% nel sottogruppo con età compresa tra 66 e 75 anni e 37.5% nel sottogruppo tra 76 e 85 anni. La prevalenza della fibrillazione atriale in Italia è stata calcolata pari a 1.85%, estrapolando alla popolazione italiana quanto osservato nei sottogruppi dello studio ISAF. La fibrillazione atriale era sintomatica nonostante la terapia nel 74.6% dei pazienti. Per quanto riguarda le patologie associate: il 24.8% dei pazienti presentavano scompenso cardiaco, il 26.8% insufficienza renale, il 18% avevano avuto un TIA o un ictus. La strategia del controllo della frequenza è stata adottata nel 55% dei pazienti. Nella totalità della popolazione, il punteggio CHADS2 era 0 nel 12.1% dei pazienti, 1 nel 25.3% e >2 nel

62.6%. Per quanto riguarda la terapia antitrombotica, soltanto il 46% dei pazienti era in terapia anticoagulante orale, il 37.5% assumeva uno o più farmaci antiaggreganti piastrinici e il 16.5% non assumeva alcuna profilassi. L'ablazione transcateretere del substrato della fibrillazione atriale è stata effettuata nel 2.9% della popolazione; la percentuale di successo è risultata pari al 50%. Le conclusioni principali dello Studio sono che la prevalenza della fibrillazione atriale è circa il doppio di quella riportata fino ad ora, che il controllo della frequenza cardiaca è la strategia terapeutica più utilizzata, che la terapia anticoagulante orale è tuttora sottoutilizzata rispetto a quanto stabilito dalle Linee Guida e che il successo dell'ablazione nel mondo reale è minore rispetto a quanto pubblicato dai centri ad alto volume. Questo Studio rappresenta

un importante successo per l'ANMCO e per tutta l'Area Aritmie.

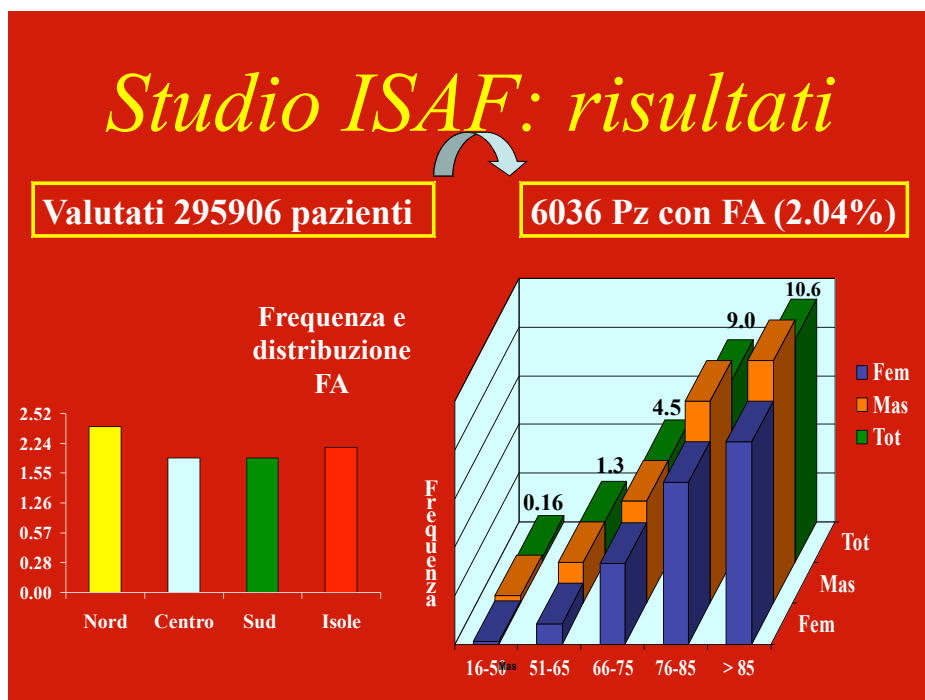
### Cosa lasciamo in eredità a chi ci seguirà

Come sempre capita, non tutto ciò che si inizia viene terminato durante il biennio di attività; pertanto, restano da attuare alcuni progetti già avviati. L'Area Aritmie ha proposto una raccolta dati mirata a valutare gli orientamenti clinico - terapeutici delle Cardiologie italiane riguardo al trattamento delle tachicardie ventricolari stabili. In particolare, ci prefiggiamo lo scopo di valutare l'atteggiamento dei Cardiologi italiani nei confronti dell'utilizzo del defibrillatore impiantabile rispetto all'ablazione transcateretere per il trattamento delle tachicardie ventricolari stabili in differenti tipologie cliniche di pazienti. In un'epoca in cui la medicina basata sull'evidenza è diventata la base





Figura 2 - I principali risultati dello studio ISAF



che guida ogni scelta diagnostico-terapeutica, la tachicardia ventricolare senza compromissione emodinamica, ovvero la tachicardia ventricolare stabile, è rimasta una patologia con molte “incertezze”. L’assenza di studi *ad hoc* e di conseguenti indicazioni precise da parte delle Linee Guida delle Società cardiologiche fa sì che non vi sia uniformità di trattamento nel paziente con tachicardia ventricolare stabile e frazione di eiezione non severamente depressa: alcuni pazienti vengono indirizzati all’ablazione transcateretere, altri all’impianto di ICD, altri ancora alla terapia farmacologica. La raccolta dati verrà realizzata tramite la compilazione via web di un questionario, per realizzare una “fotografia” del mondo reale verrà coinvolto il maggior numero possibile di Centri

cardiologici aderenti all’ANMCO, con lo scopo di ottenere un campione rappresentativo di centri che impiantano ICD, centri che eseguono ablazione transcateretere di tachicardia ventricolare e centri che non hanno una specifica unità di aritmologia interventistica. Ora siamo sulla linea di partenza, abbiamo preparato il piano della ricerca, completata la scheda raccolta dati, ottenuta l’approvazione del Comitato Scientifico e del Consiglio Direttivo, risolto i problemi organizzativi e, compito veramente difficile, reperiti gli sponsor. Sarà compito del nuovo Comitato di Coordinamento dell’Area, iniziare la raccolta dei dati. Ci aspettiamo molto da questa iniziativa che potrà fornirci un quadro delle strategie terapeutiche adottate nel “mondo reale” per il trattamento della tachicardia

Le conclusioni principali dello studio sono che la prevalenza della fibrillazione atriale è circa il doppio di quella riportata fino ad ora, che il controllo della frequenza cardiaca è la strategia terapeutica più utilizzata

ventricolare stabile con frazione di eiezione non severamente depressa. Un’altra iniziativa che resta da concludere in collaborazione con l’Area Scompenso è la stesura di un “Consensus Document” relativo all’autorizzazione alla conduzione di autoveicoli nei pazienti portatori di defibrillatore impiantabile, che costituisca un riferimento per la valutazione di idoneità alla guida per questi pazienti. A questo scopo si è costituito un Gruppo di Lavoro con rappresentanti ANMCO, SIC ed AIAC. Non mi resta che augurare buon lavoro al prossimo Comitato di Coordinamento composto da Massimo Grimaldi (Chairperson), Renato Ricci (Co - Chairperson), Andrea Andriani, Davide Giorgi, Barbara Petracci e Laura Vitali Serdoz. ♥

# Aneurismi dell'aorta ascendente e insufficienza valvolare aortica: una relazione da codificare

DI ANTONIO PANZA, SEVERINO IESU, ANTONIO LONGOBARDI, FELICE ROSAPEPE, MARIO MIELE, GIUSEPPE DI BENEDETTO

L'approccio all'aneurisma dell'aorta ascendente è ben definito da un'ampia letteratura e, come per tutta la patologia aneurismatica, diventa d'interesse chirurgico in rapporto al suo diametro, eziopatogenesi, rapidità di crescita e sintomi. Tuttavia, quando interessa anche la radice aortica, la strategia chirurgica offrendo varie opzioni terapeutiche presenta aspetti ancora dibattuti. Infatti, mentre in passato la scelta chirurgica era quasi esclusivamente *sostitutiva*, con la recente comprensione dei meccanismi fisiopatologici dell'insufficienza valvolare aortica secondaria ad aneurisma dell'aorta ascendente, la patologia valvolare può essere trattata anche con tecniche *riparative*. In particolare, se il rigurgito valvolare aortico è il risultato della mancata giustapposizione dei suoi lembi, quale conseguenza di una dilatazione a carico dell'anello aortico, come nel caso dell'aneurisma, la chirurgia può risparmiare la valvola. Un approccio valutativo morfo-funzionale all'apparato valvolare



Figura 1 - Leonardo da Vinci.  
Il flusso del sangue attraverso l'aorta - particolare (1513 circa),  
The Royal Collection at Windsor

aortico rappresenta una premessa fondamentale per pianificare il giusto intervento correttivo. Del resto fin dal rinascimento, l'importanza della morfologia della radice aortica in rapporto all'interazione funzionale delle sue componenti ha rappresentato un fertile terreno di studio. Leonardo da Vinci è stato il primo a riconoscere l'importanza dei

seni di Valsalva, che chiamò "emicicli", nel creare un moto vettoriale rotatorio, che ottimizzasse la velocità di chiusura e la relativa competenza delle cuspidi valvolari (Figura 1). Il buon funzionamento della valvola aortica è il risultato dell'interazione corretta dei lembi valvolari e dell'anello aortico. In realtà quest'ultimo non deve essere considerato l'unica struttura anatomica che influisce nella coaptazione di lembi normali. A tal riguardo, si deve considerare determinante tutta la radice aortica, ovvero quella porzione compresa fra la giunzione atrioventricolare prossimalmente e la giunzione senotubulare distalmente (Figura 2). Tale segmento anatomico è stato definito anello funzionale aortico ed è da considerarsi l'equivalente dell'anello mitralico, poiché svolge un analogo ruolo fisiopatogenetico nel determinismo del rigurgito e può essere trattato con un simile approccio chirurgico (*repair do not resect*). Nel 2005 Gebrin El Khoury propose una classificazione morfo-funzionale dei meccanismi dell'insufficienza valvolare





Figura 2 - Anello funzionale aortico



aortica. Come per la classificazione di Alain Carpentier per la mitrale, egli individua tre tipi di lesione.

Nel tipo I i lembi sono normali e l'anello funzionale è dilatato a livello di:

- tipo I A: giunzione senotubulare isolata
- tipo I B: giunzione senotubulare e dei seni di Valsalva
- tipo I C: anello aortico isolato

Nel tipo II l'insufficienza è secondaria al prollasso delle cuspidi valvolari. Il tipo III è caratterizzato dalla retrazione e ispessimento delle cuspidi.

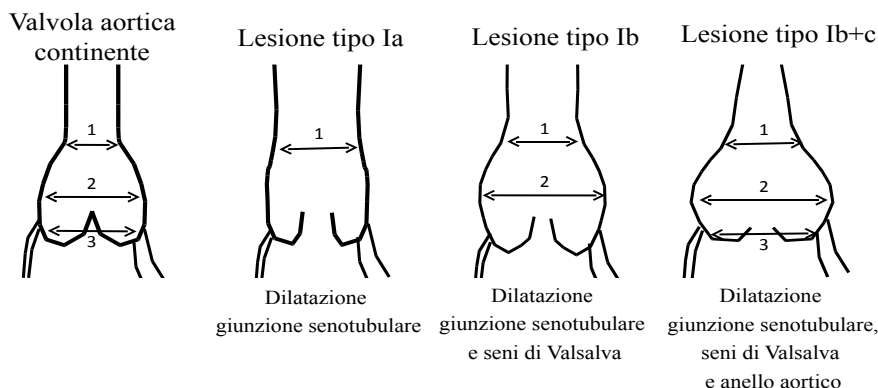
Pertanto, la gran parte delle insufficienze valvolari aortiche del tipo I potrà essere corretta ripristinando le dimensioni appropriate dell'anello aortico funzionale, mediante la sostituzione con protesi vascolare del tratto aortico aneurismatico.

In particolare, la sostituzione dell'aorta soprasinusale riesce a correggere una insufficienza valvolare aortica, se questa è secondaria ad uno stiramento delle commissure determinato da

un aneurisma dell'aorta ascendente coinvolgente la giunzione seno-tubulare (tipo Ia). Mentre se la dilatazione riguarda la giunzione senotubulare ed i seni di Valsalva (tipo Ib), si potrà *salvare* la valvola aortica (valve sparing procedure) mediante la "reimplantation technique" secondo T. David o la "remodeling technique" secondo M. Yacoub. Nella tecnica di Yacoub i seni patologicamente dilatati vengono escissi e sostituiti con tre separate estensioni del tubo protesico sagomate a forma di lingua in modo da creare una neo-radice. Il limite di tale procedura è che non stabilizza l'anello valvolare

aortico, permettendone un'eventuale dilatazione e recidiva d'insufficienza valvolare. Nella tecnica di David la valvola aortica è mobilizzata e suturata all'interno di un protesi vascolare, ancorata al di sotto dell'anello, in modo da prevenire la futura dilatazione dello stesso. Il tallone d'Achille di tale tecnica è che abolisce completamente i seni di Valsalva, con conseguente potenziale riduzione della durata a lungo termine delle cuspidi valvolari aortiche. Tale inconveniente è superato dall'utilizzo di una protesi (Gelweave Valsalva; Vascutek, Renfrewshire, Scotland), disegnata per ricreare i seni di Valsalva: si tratta di un condotto di Dacron che a un'estremità incorpora un piccolo segmento dello stesso materiale, disposto però in modo tale che le corrugazioni di quest'ultimo siano orientate perpendicolarmente rispetto al resto della protesi. Infine, nel caso la dilatazione riguardi tutta la radice aortica (giunzione senotubulare, seni di Valsalva e anello aortico), l'unica tecnica di "aortic valve sparing" perseguibile sarà quella secondo David, che come abbiamo visto stabilizza l'anello.

**Tipi di lesioni più frequenti a carico dell'anello funzionale aortico responsabili di insufficienza valvolare**



Diametri dell'anello funzionale aortico  
 1: giunzione senotubulare 2: seni di Valsalva 3: anello aortico

Figura 3 - Analisi morfo-funzionale e classificazione della radice aortica in base al meccanismo patogenetico

Approccio morfo-funzionale al trattamento degli aneurismi dell'aorta ascendente associati ad insufficienza valvolare aortica

Figura 4 - Opzioni chirurgiche nel trattamento degli aneurismi dell'aorta ascendente associati ad insufficienza valvolare aortica

	Lesione valvolare primitiva	Anello dilatato (Tipo Ic)	Bulbo dilatato (Tipo Ib)	Giunzione ST dilatata (Tipo Ia)
Intervento di Bentall (tubo valvolato)	+	+	+	+
Reimplantation technique	-	+	+	+
Reimplantation o remodeling technique	-	-	+	+
Tubo soprasinusale	-	-	-	+
Tubo soprasinusale e sostituzione valvolare aortica	+	-	-	+

In alcuni casi una lesione associata a carico dei lembi valvolari aortici permette comunque di eseguire una procedura di salvataggio della valvola aortica, ricorrendo ad una riparazione delle cuspidi valvolari. Infatti, un prollasso associato dei lembi valvolari (tipo II) può essere riparato mediante un accorciamento del margine libero, una resezione triangolare della porzione centrale del lembo valvolare o una sospensione del suo margine libero con filo di sutura in politetrafluoroetilene.

L'intervento di "aortic valve-sparing" offre diversi vantaggi rispetto alla procedura di Bentall: preservando la valvola aortica nativa, infatti, non sono presenti complicanze legate all'utilizzo di protesi valvolari (necessità di assumere anticoagulanti orali e rischio di eventi tromboembolici in caso di protesi meccaniche o rischio di un re-intervento in caso di degenerazione strutturale di una protesi biologica) e il pericolo di

L'insufficienza valvolare aortica secondaria ad aneurisma dell'aorta ascendente è causata comunemente da una dilatazione dell'anello funzionale aortico. Una classificazione che parta dal meccanismo patogenetico è una premessa fondamentale per la chirurgia riparativa

endocardite è ridotto. Si tratta, però, di una procedura tecnicamente più difficile da eseguire e con possibilità di recidiva dell'insufficienza valvolare aortica. Infine, nei casi in cui la valvola aortica sia danneggiata da estese fenestrazioni o da processi fibrocalcifici ed è presente una dilatazione aneurismatica della radice aortica, la procedura da eseguire è quella proposta da Bentall-De Bono nella quale l'intera radice aortica (valvola compresa) viene sostituita con un tubo protesico valvolato e successivo reimpianto sullo stesso degli osti coronarici (Figura 4).

**Osservazioni dalla nostra esperienza**

In 294 pazienti affetti da aneurisma dell'aorta ascendente, che causava insufficienza valvolare aortica, è stata eseguita una procedura di risparmio della valvola stessa. In particolare, 192 pazienti erano operati d'impianto di tubo soprasinusale (lesione tipo Ia) e in 102 si eseguiva la reimplantation technique (lesione tipo Ib o Ib+c). La mortalità operatoria registrata nel primo gruppo è stata dell'1,5 % e del 3.9% nel secondo (2 pazienti erano operati per dissezione aortica acuta). La recidiva d'insufficienza valvolare aortica (> 2+) nei pazienti con impianto di tubo protesico

soprasinusale è stata del 3% a 8 anni, mentre del 14 % nel gruppo operato secondo tecnica di David.

In particolare, i fattori prognostici di un ritorno dell'insufficienza valvolare aortica sono stati il grado severo d'insufficienza aortica preoperatoria e il livello di coaptazione dei lembi aortici. Infatti, secondo una classificazione proposta da K. Pething, che valuta l'altezza del punto di coaptazione rispetto al piano valvolare aortico (tipo A: > 2 mm, tipo B: 0 mm e tipo C < 2 mm), la recidiva è stata del 90% nei pazienti del tipo C contro il 6% registrata nei pazienti del tipo A. Degno di nota, la plastica di lembi valvolari non ha rappresentato un fattore prognostico negativo di tenuta. Pertanto, un'attenta valutazione della morfologia della radice aortica mediante rilevazioni ecocardiografiche è necessaria sia nella fase preoperatoria sia in quella intraoperatoria. Infatti, la corretta definizione delle dimensioni dell'anello funzionale aortico permette un'adeguata strategia riparativa, mentre l'osservazione intraoperatoria del rapporto fra i lembi valvolari e l'anello anatomico aortico fornisce elementi predittivi importanti di buona tenuta a distanza.♥





# Imaging Integrato Cardiovascolare: gli obiettivi dell'Area Cardiolmaging

ECO 3D, RM cardiaca, TC coronarica, PET/SPECT nei percorsi diagnostici cardiovascolari

DI ALBERTO ROGHI E FAUSTO RIGO

## L'Area Cardiolmaging ha i seguenti obiettivi per il prossimo biennio

- 1) Sviluppo delle competenze relative all'impiego dell'Imaging integrato nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici cardiovascolari.
- 2) Sviluppo di competenze relative allo High Technology Assessment per quanto riguarda la validazione delle nuove tecnologie di Imaging.
- 3) Sviluppo del modello Hub - Spoke su base regionale per lo High Technology Imaging (RM cardiaca + TC coronarica + PET cardiaca).
- 4) Sviluppo di modelli di formazione relativi a singole metodiche e a Imaging integrato con modalità tradizionali (Corsi, Convegni) e con utilizzo di FAD (formazione a distanza via piattaforme web).
- 5) Sviluppo di rapporti di collaborazione con le Società Scientifiche e i Gruppi di lavoro attivi nel settore dell'Imaging per iniziative di formazione comune e di protocolli procedurali condivisi.

## High Technology Imaging Cardiovascolare

La diagnostica cardiologica è impegnata nelle attività di prevenzione primaria,

relative alla identificazione dei soggetti senza evidenza clinica di malattia ma con caratteristiche di rischio di evoluzione precoce o di malattia silente e nella prevenzione secondaria, relativa alla identificazione dei pazienti con evidenza di malattia cardiovascolare a rischio di eventi avversi. A queste due tradizionali categorie se ne è affiancata una terza relativa a soggetti che le nuove tecnologie di diagnostica cardiovascolare genetica e molecolare identificano come portatori di genotipi caratteristici di espressioni fenotipiche patologiche. Lo sviluppo tecnologico recente della diagnostica cardiovascolare mette a disposizione strumenti di diagnostica non invasiva estremamente sofisticati ciascuno dei quali ha caratteristiche e vantaggi propri che si esprimono in valore incrementale misurabile nel miglioramento della accuratezza diagnostica e della appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici e nel rapporto costo - efficacia delle procedure. Tale percorso virtuoso si realizza quando si investe nella alta tecnologia ma soprattutto nella competenza multidisciplinare necessaria ad elaborare ed integrare la massa di informazioni disponibili in un

contesto di forte sinergia con la clinica. L'orientamento attuale delle comunità cardiologica mondiale, sostenuto dalle Società Scientifiche di riferimento, è quello di sviluppare unità di valutazione diagnostica di Imaging cardiologico integrato avanzato (High Technology Imaging, HTI) nell'ambito delle quali il paziente cardiopatico possa seguire percorsi di diagnostica cardiovascolare personalizzati sulla base di percorsi diagnostico-terapeutici sempre più guidati dalla integrazione di dati di tipizzazione genetica e bio-umorale oltre che ai tradizionali criteri di inquadramento clinico - anamnestico.

## Gli indirizzi di sviluppo del HTI

- 1) Sostegno della diagnostica non invasiva ad impatto biologico zero (ultrasuoni, RM)
- 2) Sostegno della diagnostica non invasiva che utilizza radiazioni ionizzanti con riduzione della esposizione pari al fondo naturale (1 - 2 mSv, TC ultrafast, Scan CZT)
- 3) Integrazione dell'Imaging avanzato nelle procedure interventistiche mediante lo sviluppo di sale ibride come quelle disponibili per la neurochirurgia (procedure di elettrofisiologia, cardiologia pediatrica, patologia aortica).

Le tecnologie avanzate di Imaging rappresentano una sfida per quanto riguarda le competenze multidisciplinari necessarie al loro utilizzo, per i costi di acquisizione e gestione, per la validazione del contributo incrementale ai percorsi diagnostici tradizionali. Lo sviluppo di un modello culturale di Imaging integrato che superi quello di competizione ostile tra metodiche e di un modello organizzativo Hub - Spoke che consenta l'accesso universale a centri dove si concentrino risorse e competenze anche di High Technology Assessment rappresentano proposte sempre più condivise per vincere la sfida.

## Ultrasuoni

L'ecocardiografia rappresenta una diagnostica cardiovascolare di base che si propone come equivalente al tracciato ECG di 40 anni fa. Si stanno sviluppando sistemi portatili miniaturizzati che nel prossimo futuro consentiranno l'estensione della diagnostica di primo livello a tutti i pazienti. La diagnostica più avanzata con capacità 3D e la diagnostica transesofagea sono a disposizione dei laboratori di 3° livello per la definizione dei casi più complessi. Si sono sviluppate competenze superspecialistiche di ecocardiografia interventistica per l'affiancamento delle procedure interventistiche e cardiocirurgiche (TAVI, clip mitraliche, Amplatzer, plastica mitralica) nell'ambito di Heart Team multidisciplinari nei quali operano emodinamisti, elettrofisiologi, bioingegneri, cardiocirurghi, chirurghi vascolari, ecocardiografisti e cardioanestesisti.

## RM cardiaca

La metodica è multiruolo perché consente una valutazione morfo-funzionale cardiovascolare senza i vincoli della finestra acustica degli ultrasuoni, consente una accurata valutazione della perfusione miocardica senza esporre a radiazioni ionizzanti come in cardiologia nucleare, consente la valutazione dell'origine dei rami coronarici e la diagnostica delle patologie dei grandi vasi (aorta e arteria polmonare) senza esporre a radiazioni ionizzanti ed a mezzo di contrasto nefrotossico. Le capacità di differenziazione tissutale rendono la metodica lo standard di riferimento per la definizione del miocardio vitale nella cardiopatia ischemica, per la diagnostica delle cardiomiopatie

dilatative, ipertrofiche, infiltrative e da sovraccarico di ferro, per la diagnostica delle cardiomiopatie aritmogene e nelle miocarditi. La acquisizione di immagini su piani tomografici infiniti è molto utile nella diagnostica delle cardiopatie congenite complesse ed in quella delle neoplasie primitive e dei secondarismi cardio - mediastinici così come nella pericardite costrittiva. Lo sviluppo recente di PET - RM consente la fusione delle immagini ad alta risoluzione della RM e della capacità di differenziazione tissutale con quelle dell'Imaging funzionale della PET. La metodica è stata proposta per la ricerca dei secondarismi ma ha interessanti applicazioni nella ricerca del miocardio vitale nella cardiopatia ischemica. Numerosi laboratori di interventistica utilizzano sale ibride con RM per procedure di resincronizzazione ed ablazione di aritmie e per la guida di procedure di biopsia endomiocardica nelle miocarditi. TC coronarica: lo sviluppo recente di tomografi ultrafast consente l'Imaging delle coronarie con esposizioni contenute, nell'ambito di 1 - 2 mSv in condizioni ottimali. La possibilità di valutare con accuratezza la presenza di stenosi coronariche, il grado di burden aterosclerotico, la composizione della placca, la presenza di calcificazioni coronariche, la pervietà

dei graft venosi ed arteriosi è molto utile nella stratificazione prognostica delle cardiopatie ischemiche e nell'inquadramento eziologico delle cardiomiopatie. La possibilità di ottenere informazioni anatomiche accurate dell'albero coronarico con esposizioni contenute al danno da radiazioni ionizzanti consente l'applicazione della metodica allo studio di popolazioni a rischio di sviluppo precoce di cardiopatia ischemica in programmi di prevenzione primaria.

## SPECT/PET

Il recente sviluppo di tomografi ad elevata risoluzione con cristalli di nuova generazione (CZT) consente lo studio della perfusione miocardica con significativa riduzione delle dosi impiegate e possibilità di acquisizione contemporanea con due traccianti per lo studio della perfusione e della innervazione simpatica delle cardiomiopatie. L'impiego della PET consente anche ai laboratori non dotati di ciclotrone di studiare la vitalità miocardica con l'impiego del FDG marcato con F18 già in uso per la diagnostica dei secondarismi in oncologia. Sono allo studio nuovi traccianti di perfusione marcati con F18 che consentiranno lo studio di vitalità e perfusione miocardica. ♥





L'Area Emergenza - Urgenza all'inizio di un nuovo biennio

# Siamo partiti!

DI LEONARDO DE LUCA



Con grande piacere, entusiasmo ed orgoglio vi presento insieme alla Co - Chairperson Serafina Valente di Firenze, i primi progetti e la nuova squadra dell'Area Emergenza - Urgenza ANMCO, composta innanzitutto da amici e da stimati colleghi: Roberto Caporale (Cosenza) Gianluca Gonzi (Parma), Giuseppe Musumeci (Bergamo) e Pierfranco Terrosu (Sassari) che sarà anche il nostro referente presso il Comitato Scientifico ANMCO. Benché sia un Comitato di Coordinamento del tutto rinnovato i nostri obiettivi sono in assoluta continuità con il lavoro dei precedenti Comitati di Coordinamento. Innanzitutto porteremo avanti i tanto apprezzati e richiesti Corsi di Clinical Competence del Cardiologo di UTIC con la progettualità di aumentare ulteriormente, ove possibile, gli approfondimenti e la qualità delle lezioni per uniformare la formazione con quanto raccomandato dal Working Group della Società Europea di Cardiologia (ESC) dell'Acute Cardiac Care, da pochi mesi divenuta una Associazione in seno alla ESC, che già da qualche anno ha realizzato il processo di certificazione della figura professionale del Cardiologo di



UTIC. A tal proposito sempre più stretta ed in continuità con gli anni passati, sarà la collaborazione con l'Acute Cardiac Care Association (ACCA), anche grazie alla presenza di Maddalena Lettino, precedente Chairperson della nostra Area, nel board dell'ACCA in qualità di Coordinatrice del Comitato Organizzativo del Congresso Annuale di ACCA. E' nostro obiettivo anche affrontare tematiche attuali come la valutazione dei livelli assistenziali delle UTIC, la gestione dell'arresto cardiaco extra - ospedaliero e la rete per l'infarto miocardico acuto con documenti di consenso o campagne educazionali. Nello stesso tempo abbiamo già avviato nuovi progetti. Primo tra tutti la Consensus Conference ANMCO - GISE sull'utilizzo delle terapie antiaggreganti nelle sindromi coronariche acute che si terrà il 12 - 13 marzo presso l'Hotel Baglioni di Firenze (Figura 1). La necessità di questa Consensus deriva dal fatto che negli ultimi anni nuove terapie antiaggreganti innovative ed efficaci, supportate da forti evidenze, hanno contribuito a ridurre progressivamente gli eventi ischemici avversi a breve e lungo termine dei pazienti affetti da sindrome coronarica acuta. Tuttavia, questo nuovo patrimonio farmacologico, anche alla luce dei dati di sicurezza in alcuni sottogruppi ed alla valutazione dei costi, può indurre un disorientamento sul corretto impiego di questi agenti nei pazienti con molteplici comorbidità e differenti profili di rischio ischemico ed emorragico che comunemente

trattiamo nella pratica clinica. Basti pensare che in base alla tempistica, al dosaggio e all'associazione degli agenti antitrombotici disponibili si stimano migliaia di possibili combinazioni farmacologiche la cui sicurezza ed efficacia è per lo più basata sul buon senso clinico e sulla plausibilità biologica, spesso in assenza di dati scientifici dedicati. Scopo di questo incontro è generare un innovativo documento di consenso che possa essere un utile e pratico vademecum per il Cardiologo clinico sull'utilizzo ragionato delle terapie antiaggreganti nelle sindromi coronariche acute. Dieci argomenti, dieci diapositive selezionate per argomento ed un panel di esperti per generare un dibattito che porti ad attribuire, sulla base delle evidenze disponibili, un grading di consenso su ogni singolo agente antiaggregante per ogni sottogruppo che sarà preso in considerazione. Abbiamo inoltre inviato al Comitato Scientifico la proposta di una survey della durata di tre settimane sui percorsi e sull'utilizzo delle terapie antitrombotiche nei pazienti ricoverati nelle UTIC italiane con diagnosi di SCA. Si chiamerà EYESHOT (EmployEd antithrombotic therapies in patients with acute coronary Syndromes HOspitalized in iTalian CCUs) e auspichiamo che con l'egida ANMCO possa essere condotta entro la fine di quest'anno. Nonostante le tematiche di interesse dell'Area Emergenza - Urgenza siano legate alla vita dell'UTIC, abbiamo pensato di ideare anche una indagine su una tipologia di paziente ricoverato presso i

reparti di cardiologia: il paziente affetto da angina cronica stabile. Il Registro osservazionale, prospettico, multicentrico, nazionale si chiamerà STAR (STable Coronary Artery Diseases Registry) ed avrà lo scopo di valutare i percorsi diagnostico terapeutici dei pazienti ricoverati presso le Cardiologie italiane con diagnosi di coronaropatia stabile. Obiettivi principali del registro saranno: 1. Ottenere un completo e attendibile data set sulle modalità di diagnosi e trattamento (farmacologico e non-farmacologico) dei pazienti ricoverati con diagnosi di coronaropatia stabile; 2. Migliorare la conoscenza sulla prevalenza dei ricoveri ospedalieri per coronaropatia stabile, sull'aderenza al trattamento farmacologico in questo gruppo di pazienti (rivascolarizzati e non) sull'impatto clinico e sulla qualità della vita della coronaropatia stabile (utilizzando e validando un nuovo questionario elaborato dall'Area Emergenza - Urgenza e Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO) in un ampio gruppo di pazienti ricoverati in diverse aree geografiche italiane; 3. Valutare le possibili motivazioni per le quali, alla luce delle attuali evidenze scientifiche, i pazienti ricoverati con diagnosi di coronaropatia stabile vengono sottoposti a rivascolarizzazione miocardica o indirizzati a OMT; 4. Valutare l'attuale e reale utilizzo del trattamento farmacologico ottimale e della ricerca di ischemia miocardica prima dell'eventuale esecuzione di una angioplastica elettiva in una ampia e variegata popolazione di

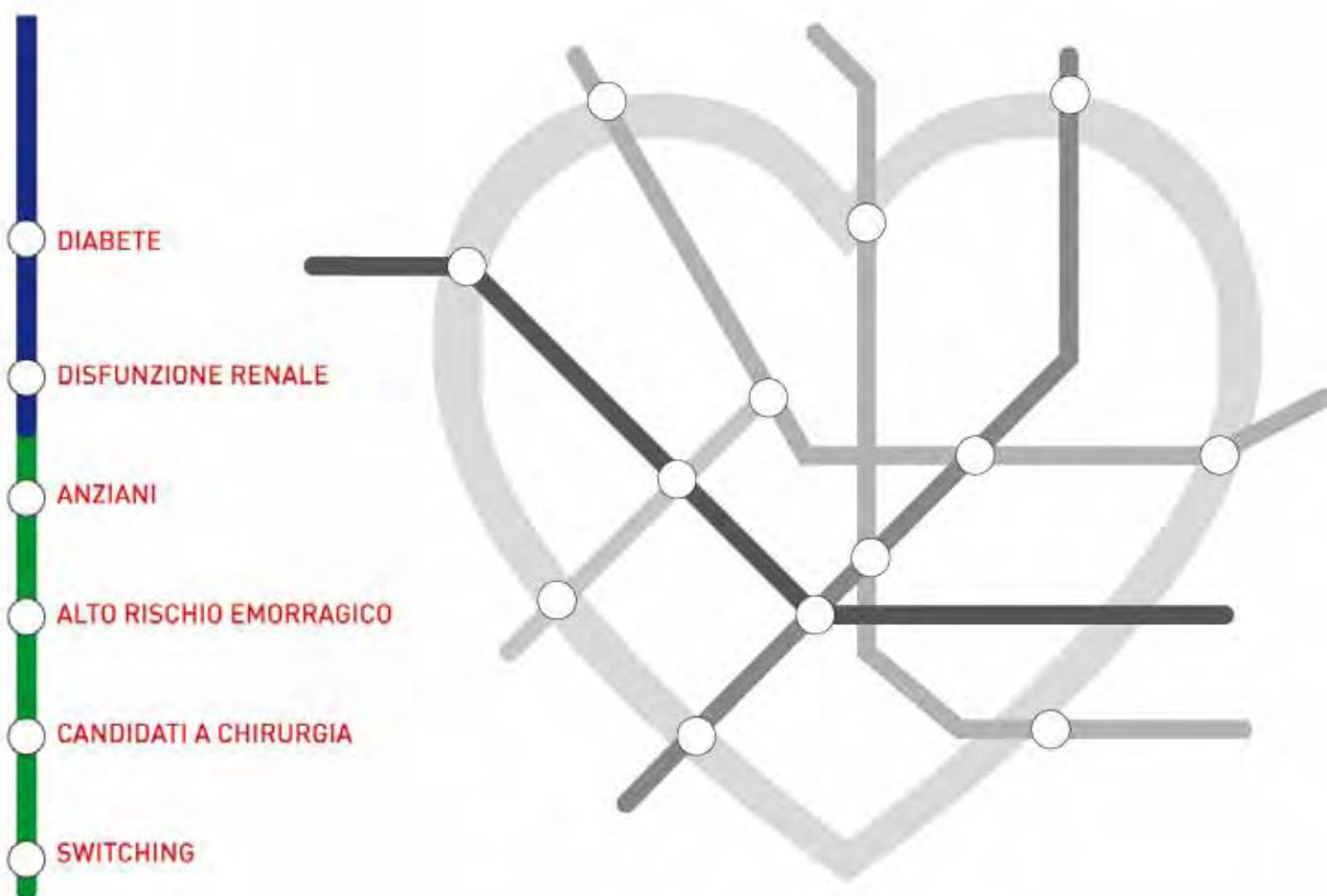




pazienti affetti da coronaropatia stabile; 5. Valutare la ricorrenza di angina o di nuovi ricoveri per cause cardiovascolari dopo OMT o dopo PCI/CABG per coronaropatia stabile ad un anno di follow - up. La volontà

di portare avanti tante progettualità dovrà inevitabilmente misurarsi con la disponibilità di risorse e di tempo di tutti coloro che faranno parte del nuovo Comitato di Coordinamento, ma non potrà prescindere dalla

partecipazione attiva degli Iscritti all'Area, che sono fin da ora chiamati a collaborare con le loro idee, critiche costruttive e desiderio di lavorare in seno all'Associazione. ♥



CRISI:

危機

PROBLEMA

OPPORTUNITÀ

# La Cardiologia ospedaliera al bivio: problema od opportunità?

Alcune informazioni essenziali e qualche considerazione critica  
sulla attuale crisi sanitaria, sul suo impatto sulla Cardiologia e sulle possibili  
scelte che dovremo compiere

DI QUINTO TOZZI E GIOVANNI GREGORIO





**L**a Sanità è nel mezzo di una crisi profonda e pericolosa verosimilmente maggiore per entità e conseguenze di quanto si possa immaginare. Sono infatti seriamente minacciati alcuni principi etici fondanti il nostro SSN ed in modo particolare la sua universalità. È quindi quantomeno irragionevole pensare che le profonde innovazioni cui stiamo assistendo siano di facciata e che non vi siano delle profonde ripercussioni sull'organizzazione sanitaria e quindi sugli operatori sanitari e sugli stessi pazienti. Siamo infatti nel mezzo di un cambiamento per molti aspetti radicale che non possiamo eludere, che ci coinvolgerà pesantemente e che dobbiamo conoscere e comprendere se vogliamo limitare alcuni danni. Il facile errore che si potrebbe commettere è una sterile e lamentosa reazione istintiva di chiusura totale, solo apparentemente razionale, in parte protezionistica e forse giustificata ma strategicamente perdente. È cioè necessario che le nostre reazioni non siano eccessivamente condizionate dalle inevitabili e comprensibili emotività e da conoscenze decontestualizzate ma basate su corrette e complete informazioni ed inserite in una visione sistemica e non solo focalizzata sui singoli e personali seppur grandi problemi. L'approccio più razionale e ragionevole dovrebbe quindi essere non difendere l'ormai indifendibile, cioè alcuni modi di lavorare ormai superati perché legati a modelli organizzativi non più sostenibili, ma individuare nel nuovo che si profila il nostro effettivo margine di azione, le possibili

realistiche alternative di intervento e le migliori strategie per realizzarle. La difficile sfida dell'attuale situazione è trasformare il momento di crisi e di ineludibile cambiamento in un'opportunità di crescita (cosa indubbiamente difficile ma senz'altro possibile); farlo dipende anche da noi. In questo complesso contesto in divenire noi abbiamo però un'arma potentissima (su cui il margine di imposizione esterno è significativo ma non totale): siamo noi che curiamo i pazienti, siamo noi che gestiamo parte dell'organizzazione e siamo noi tra i principali induttori di spesa. Pertanto per l'intero sistema l'esito dei cambiamenti, anche in termini economici, non può che passare in parte dai nostri futuri e diversi comportamenti. È questa la carta che, anche se forse non ci permetterà di vincere in tutti i campi perché alcune delle forze in gioco non sono condizionabili, potrà però permetterci di svolgere in molti ambiti un ruolo attivo e non di semplici e passivi spettatori. In tutto ciò l'ANMCO può avere un ruolo determinante e l'Area Management e Qualità dare un suo importante contributo. Cerchiamo di razionalizzare l'approccio a queste tematiche facendo un parallelo con dei termini a noi più che familiari.

### **Etiologia**

È indubbiamente multifattoriale, complessa, a volte criptica e per non pochi aspetti solo apparentemente intuitiva. Il *primum movens* è la carenza di risorse economiche ed una delle sue principali conseguenze è la crisi dei modelli organizzativi sin qui adottati in ambito sanitario.

Guardando la storia sanitaria e non solo del secolo scorso è evidente come la crisi dei modelli organizzativi complessi è un evento ciclico e fisiologico equiparabile al ciclo vitale di un essere vivente; anche le organizzazioni infatti nascono, crescono, danno il meglio di se e poi lentamente iniziano a venir meno e sono sempre più vulnerabili agli eventi del contesto. La funzione primaria di ogni organizzazione è rendere efficiente ed efficace la tecnostuttura cui sono di supporto (in questo caso noi); quando i modelli organizzativi invecchiano viene infatti gradatamente meno proprio l'efficienza (cioè aumentano gli sprechi) e peggiora l'efficacia di tutto il sistema. In realtà anche la ridotta efficienza, in un sistema a risorse limitate, incide indirettamente sull'esito e sulla sicurezza delle cure ma questa correlazione, essendo meno evidente ed intuitiva, è erroneamente poco presa in considerazione. Un altro aspetto poco noto è che oggi il declino organizzativo è, volendo, tecnicamente evidenziabile senza grandi difficoltà con degli idonei sistemi di valutazione. Tra le importanti concause etiologiche vanno ricordate l'attuale contesto socioculturale (il nuovo ruolo dei pazienti, l'influenza dei media) e politico (la frequente carenza di un approccio sistemico ai problemi e la troppo diffusa incapacità tecnica in molte posizioni strategiche di governo del sistema). Il secondo di questi fattori è stato in passato, e sempre a carissimo prezzo, attutito dal sistema; oggi purtroppo ciò non è

più possibile e l'effetto è esattamente l'opposto: l'incapacità tecnica funge da catalizzatore ed accelera la velocità di implosione del sistema ed a volte condiziona localmente anche i nuovi modelli organizzativi. Abbastanza evidente a questo riguardo quali dovrebbero essere le scelte per una terapia veramente etiologica. Per rimanere al parallelo con la clinica sarebbe logico e probabilmente possibile fare un po' di prevenzione primaria o quantomeno una diagnosi precoce senza aspettare i sintomi conclamati, i relativi maggiori danni, le medicine più amare e con più effetti collaterali.

e ciò non può non avere che un impatto profondo e strutturale su tutte le organizzazioni e quindi anche sul modo di lavorare in ospedale. Ciò non avviene per capriccio di qualche decisore ma per almeno tre fenomeni che noi abbiamo già avuto modo di toccare con mano e che forse abbiamo in passato sottovalutato: la transizione epidemiologica con una espansione progressiva delle malattie croniche, l'invecchiamento della popolazione e l'impatto delle nuove tecnologie che spesso potrebbero essere meglio gestite. Da notare che i primi due sono tali in buona parte anche per la qualità

sistema complesso ma fortemente adattativo strutturato per affrontare in modo oggettivamente efficiente ed efficace le urgenze/emergenze e la fase acuta delle malattie. Il problema reale molto diffuso e vincolante è che in molti ambiti territoriali c'è un disallineamento nel passaggio dal vecchio al nuovo modello organizzativo; non sono cioè ancora pronte le strutture intermedie del territorio né la ridefinizione dell'assistenza primaria ma si è già iniziato ad intervenire sugli ospedali acuendo in tal modo alcuni aspetti critici. Ciò è dovuto sia all'incalzare virulento della crisi che si traduce

L'opzione non è "se" cambiare per trovare un nuovo equilibrio del sistema ma "come" cambiare considerando che in questo "come" i margini reali di scelta sono limitati perché inesorabilmente vincolati dalla reale disponibilità delle risorse economiche

## Fisiopatologia

Il cuore, per restare in un tema a noi caro, del cambiamento è lo spostamento del baricentro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio quale conseguenza di una allocazione delle risorse più funzionale ai nuovi contesti epidemiologici e quindi organizzativi. L'obiettivo principale della sanità del futuro sarà necessariamente la migliore gestione delle malattie croniche e delle persone anziane che, ovviamente, deve avvenire prevalentemente fuori dall'ospedale. Ciò presuppone una ridefinizione e soprattutto una integrazione profonda di tutte le attività e la coerenza clinica ed organizzativa tra le stesse (PDTA veri e non virtuali)

e l'esito delle nostre cure. Tutto il resto è, di fatto, una sostanzialmente ineluttabile conseguenza. Non è quindi più razionale (cioè efficiente, cioè economico, cioè appropriato, cioè giusto) trattare in ospedale livelli di gravità di patologie trattabili per molti aspetti meglio ed altrove. Sarà però il cosiddetto territorio, storicamente quasi estraneo alla nostra cultura ospedaliera, a subire il maggiore impatto riorganizzativo; la sua efficienza ed efficacia condizioneranno pesantemente anche quelle dell'ospedale. Non è quindi razionalmente ipotizzabile che l'ospedale possa continuare ad essere organizzato come in passato ma dovrà tornare alla sua (e forse nostra) vocazione originale: un

in una reale e progressiva carenza di risorse economiche che rende urgente la transizione organizzativa sia, in alcuni ambiti territoriali, ad una colpevolmente insufficiente visione programmatica della politica e del top management regionale ed aziendale. Pur con queste dolorose criticità il processo di cambiamento è iniziato ed è irreversibile; è questo l'ineluttabile mondo reale ed opporvisi oltre certi limiti anche se istintivo e comprensibile è però oggettivamente irrazionale e controproducente. Il ruolo del fattore economico è ovviamente cruciale sotto tutti i punti di vista ma con degli aspetti forse non sempre ben focalizzati. Il modello organizzativo che è andato in crisi era di fatto





In questo nuovo contesto lo snodo decisionale ruota intorno ad un concetto ineliminabile: appropriatezza clinica, assistenziale ed organizzativa. È qui che i Cardiologi ospedalieri, e quindi l'ANMCO che li rappresenta, possono svolgere un ruolo determinante

già da tempo molto poco efficiente (ammesso che lo sia mai stato), poteva essere spesso anche ben più efficace, ed era innegabilmente troppo dispendioso. Il sistema ha retto per molti anni dando la velenosa sensazione che le risorse, al di là dei rituali, posticci, vigliacchi e fuorvianti sermoni sul risparmio, fossero di fatto infinite perché finanziate con il debito pubblico. Oggi che la crisi è sistemica e non è più possibile finanziarci chiedendo soldi in prestito (anche perché siamo ritenuti poco affidabili come lo spread ci insegna) tocchiamo dolorosamente con mano che i soldi non ci sono veramente più per cui l'unica alternativa alla riduzione della copertura sanitaria è solo la razionalizzazione profonda e dolorosa di tutto il sistema cercando di mantenere o almeno proteggere (e questo non è affatto un rischio teorico) quello che buona parte del mondo ci invidia: l'universalità del nostro SSN. Sono cioè definitivamente finiti i tempi delle vacche (falsamente) grasse e di tutto ciò che a questo era correlato e che forse, col senno di poi, avevamo erroneamente, illusoriamente e semplicisticamente dato per normale ed immutabile. Ad onor di cronaca in tutta questa storia forse in parecchi casi anche noi abbiamo avuto un po' di responsabilità indiretta.

In realtà i soldi impegnati nella sanità sono pochi se rapportati al vecchio e moribondo modello organizzativo ma non è detto che siano così pochi dopo una vera razionalizzazione del sistema ove il concetto di razionalizzazione deve essere sinonimo di un termine che noi conosciamo bene: appropriatezza. L'appropriatezza (clinica che ben conosciamo ed organizzativa oggi altrettanto importante che forse ignoriamo o sottovalutiamo) dovrebbe essere lo zoccolo duro ed il limite invalicabile (etico prima e professionale poi) del finanziamento sanitario (anche perché tutto ciò che non è appropriato è tecnicamente quello di cui tanto si parla in sanità: uno spreco).

### Sintomatologia

Sono sin troppo evidenti i sintomi dovuti alla carenza di risorse ed all'inefficienza. Per onestà intellettuale, dovremmo però ammettere che parte degli sprechi e dell'inefficienza sono anche nostri; chi di noi infatti non ha mai indotto dei piccoli sprechi e delle piccole inefficienze (che sommate alle piccole di tanti altri portano però a quelle immense che condizionano poi il nostro stesso lavoro)? Consecutio logica di questo concetto è che tutti dobbiamo fare la nostra piccola o grande parte (possibilmente,

come classico italico costume, senza aspettare che siano gli altri ad iniziare). Parlando di sintomi a questo punto è da metterne in evidenza uno un po' sfumato, sottovalutato ma molto diffuso ed ancor più insidioso e denso di significati: il "malessere" che più o meno manifesto serpeggia e si diffonde tra i medici e quindi anche tra i Cardiologi italiani. Anche in questo caso la genesi è multifattoriale ed il rischio elevato perché incide sulle emozioni e sui sentimenti e questi sui comportamenti: la paura di commettere errori con tutte le devastanti conseguenze, la crisi del rapporto medico paziente, i cambiamenti inspiegati, l'incertezza e la scarsa comprensione del futuro, la distanza abissale e la spesso irrisoria fiducia nelle istituzioni e nelle nostre amministrazioni, il vissuto di solitudine di fronte ai problemi, ecc. Sottovalutare un sintomo è sempre un grave errore e in questo caso lo è ancora di più perché influisce inevitabilmente oltre che sui sentimenti anche sulle relazioni e sugli aspetti professionali. Su alcune cause non possiamo incidere ma su altre come la corretta informazione, la qualità delle prestazioni, la sicurezza dei pazienti (e quindi anche la nostra protezione dagli errori) in realtà si può fare anche da soli e senza risorse molto più di quanto si creda.

### Terapia

In realtà non è possibile una terapia lessicalmente etiologica perché è impossibile tornare alla situazione di partenza, poiché le risorse sono veramente finite e rischiano concretamente addirittura di diminuire. La terapia però non

può e non deve essere palliativa o sintomatica ma è comunque almeno in parte etiologica: la ridefinizione di un nuovo equilibrio economico in un nuovo ed idoneo contesto organizzativo. Pragmaticamente, al fine di non vivere troppo a lungo la situazione di cambiamento come uno sterile conflitto, dobbiamo metabolizzare il concetto che a livello di macro modello non esistono alternative al cambiamento organizzativo. L'opzione non è quindi "se" cambiare per rimettere in equilibrio il sistema ma "come" cambiare considerando che in questo "come" i margini reali di scelta sono limitati perché inesorabilmente vincolati dalla reale disponibilità delle risorse economiche. Classicamente il come fare questo tipo di scelte spetta alla Politica (la P maiuscola sta ad indicare, forse vanamente, i valori etici fondanti che dovrebbero essere alla base sia delle scelte che di chi le compie). I famigerati "tagli" appartengono alla fase delle scelte ed in un contesto organizzativo e gestionale gravato anche da opportunismi e da incrostazioni non razionali che generano scarsa efficienza (tecnicamente "sprechi" cioè attività oggettivamente non efficienti e non efficaci) sono doverosi e, per il bene di tutti, anche necessari. Il problema nasce quando, per reale urgenza, per ricerca di un effetto immediato e visibile, o più spesso per incompetenza i tagli non sono razionali, mirati e selettivi ma lineari. È infatti tecnicamente possibile individuare abbastanza oggettivamente la maggior parte degli sprechi; è ovviamente necessario

prima volerlo, poi trovare chi lo sa fare, poi ancora supportare chi lo deve mettere in atto ed infine valutare oggettivamente se ci si è riusciti. Lo strumento principale è l'analisi organizzativa che deve sempre coinvolgere tutti gli attori del sistema e che partendo dalla definizione di ciò che non è spreco lo prende a riferimento e lo mette oggettivamente a confronto con le attività gestionali, organizzative e cliniche del mondo reale e ne trae poi tutte le logiche anche se a volte sgradevoli conseguenze. Stiamo parlando, utilizzando un termine ben noto ai Cardiologi, di appropriatezza gestionale, organizzativa e clinica. Stiamo parlando di come dovrebbe essere attuata la famigerata "spending review". Non è infatti colpa dello strumento se è male utilizzato o se viene fatto un uso scorretto dei suoi risultati. I professionisti e per loro le società scientifiche hanno, anche metodologicamente, un ruolo cardine in questo delicato processo. Lo strumento principale, anche normativo, del nuovo macro modello organizzativo è il PDTA quale sintesi contestualizzata delle evidenze scientifiche cliniche, assistenziali ed organizzative ed imprescindibile è il monitoraggio oggettivo della sua efficienza ed efficacia. Altro strumento che ancora non siamo abituati ad utilizzare ma di cui è molto ricca la Cardiologia

sono le Buone Pratiche cliniche ed organizzative (valutate e definite tali in base a specifici requisiti di qualità). In questo nuovo contesto, come detto, lo snodo decisionale e logico ruota intorno ad un concetto ineliminabile: appropriatezza clinica, assistenziale ed organizzativa. È qui che i Cardiologi possono e debbono svolgere un ruolo determinante. È l'appropriatezza infatti che è legata indissolubilmente alla qualità delle cure, alla loro sicurezza, all'efficienza dell'organizzazione che le supporta, al loro esito, al corretto utilizzo delle risorse (e quindi alla fantomatica riduzione degli sprechi di cui tanto in questo periodo, non sempre appropriatamente, si parla). L'altro elemento indissolubilmente legato all'appropriatezza è la sua imprescindibile, corretta ed oggettiva valutazione. Un concetto questo quasi estraneo alla nostra cultura professionale; o più esattamente: è profondamente radicato nella nostra cultura scientifica ma spesso quasi inesistente se riferito alla cultura organizzativa cioè alla misura oggettiva di cosa facciamo e di come lo facciamo. Sorprende infatti come noi Cardiologi abbiamo spesso un comportamento dicotomico tra come in genere ci destreggiamo agilmente nelle tecniche di valutazione di efficacia di un farmaco o di un device rispetto a quanto siamo estranei, o meglio, resistenti alla

Gli aspetti salienti delle cause e delle principali conseguenze dell'attuale crisi che coinvolge il SSN ed alcune considerazioni sulle prospettive del sistema e della Cardiologia ospedaliera





valutazione di quegli aspetti che incidono (e incideranno sempre di più) sulla nostra vita professionale. È oltremodo evidente che se non ci interessiamo concretamente a questi aspetti, a tutti i livelli, dal macro al personale, saranno altri con altre finalità a farlo anche per noi (ed i lamenti postumi oltre che sterili avranno anche il significato della beffa). La storica motivazione della resistenza alla valutazione legata alla sua non oggettività oggi

non è metodologicamente e quindi razionalmente più sostenibile. Quasi sempre inoltre si commette l'errore di scambiare la valutazione, che se metodologicamente corretta è sufficientemente oggettiva, dall'uso a volte non edificante che ne viene fatto; ma questo è ben altro discorso e comunque conoscere gli strumenti con cui siamo valutati (o meglio ancora farlo noi stessi in alcuni ambiti professionali ed organizzativi strategici) è una cosa che è possibile

ed opportuno fare. Farlo o non farlo è ovviamente una nostra scelta che però legittima o meno le nostre critiche, i nostri lamenti e le nostre successive azioni. Anche in questo ambito ANMCO molto ha fatto ed ha parecchie cose da dire. Crisi in cinese si esprime con un ideogramma composto da due concetti: problema e opportunità. È esattamente ciò che ha oggi di fronte la Cardiologia ospedaliera; cosa fare dipende in buona parte anche da noi. ♥



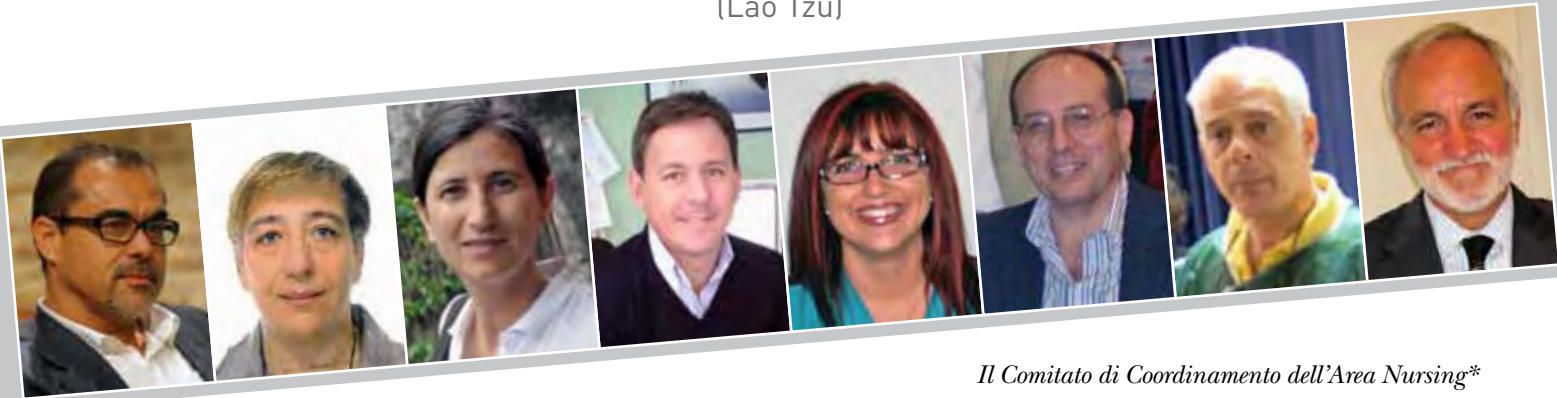


# Linee programmatiche dell'Area Nursing per il biennio 2013 - 2014

DI SABRINA BARRO E GAETANO SATULLO

«Da ogni minuscolo germoglio  
nasce un albero con molte fronde»

(Lao Tzu)



*Il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing\**

**N**egli ultimi decenni si è assistito a un profondo mutamento dell'organizzazione sanitaria che ha coinvolto sia i Medici sia gli Infermieri. Entrambi, nelle realtà più avanzate, si trovano già da tempo a lavorare in condizioni paritarie, pur nel rispetto delle singole competenze che si integrano l'un l'altro; il concetto di gestione multiprofessionale e multidisciplinare del paziente non appare più un concetto astratto, ma trova applicazione in un sempre maggior numero di realtà sanitarie

e ospedaliere. In Cardiologia l'uniformità della formazione e la perfetta integrazione delle competenze risultano essenziali per realizzare sistemi funzionali e di qualità; tutte le Strutture cardiologiche necessitano di personale infermieristico altamente qualificato che possibilmente si formi negli stessi ambiti, nelle stesse associazioni cardiologiche, in cui si formano e aggiornano i Cardiologi. È auspicabile che nell'ambito dell'ANMCO si possa realizzare una forma di associazionismo infermieristico, in analogia a quanto

già avviene nella ESC, uno dei punti qualificanti del programma per il biennio appena iniziato. La possibilità che Cardiologi e Infermieri che lavorano in Cardiologia abbiano “una casa comune”, è fondamentale per seguire percorsi formativi comuni e compatibili con una successiva coerente gestione multi professionale dei pazienti; è in ogni caso da evitare che altro associazionismo, spesso non controllato nella qualità e nei contenuti, formi e aggiorni gli Infermieri con cui i Cardiologi quotidianamente lavorano, e viceversa. È quindi necessario

\*Da sinistra a destra: Antonio Boscolo Anzoletti, Donatella Radini, Sabrina Egman, Massimo Iacoviello, Sabrina Barro, Gaetano Satullo, Mauro Mennuni, Danilo Neglia.





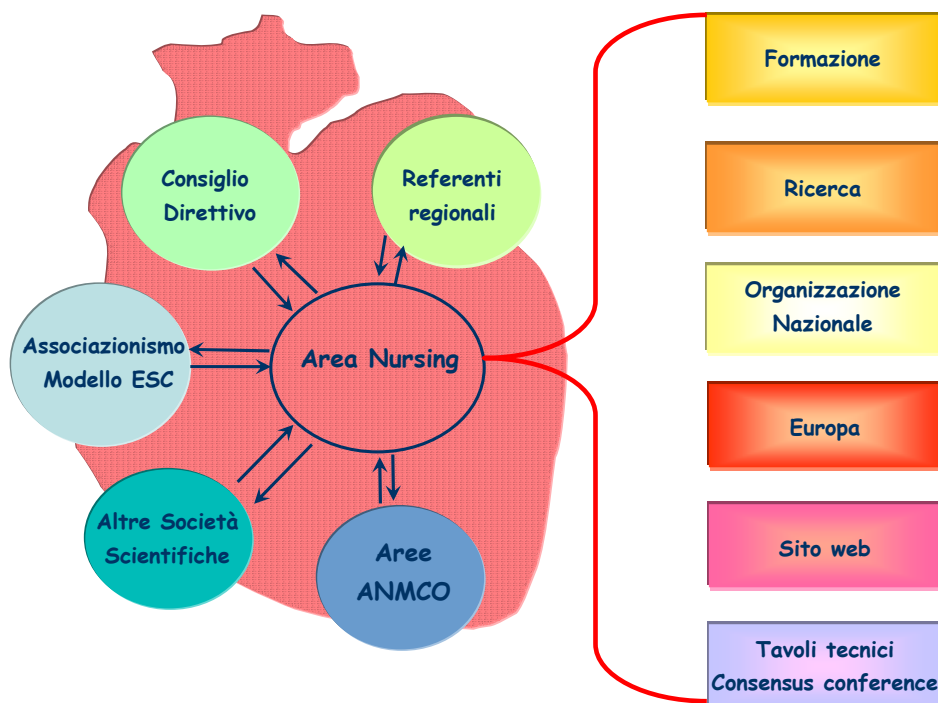
## Viene presentato il programma dell'Area Nursing per il prossimo biennio: formazione, ricerca, Europa sono i punti strategici

che siano sempre più numerosi gli eventi formativi indirizzati a Medici e Infermieri, congiunti, eventi formativi non realizzati solo dai Medici, ma sviluppati in senso multi professionale sia nella fase dell'ideazione che in quella operativa. Uno stretto rapporto con le altre Aree è necessario in quanto molti programmi formativi potranno essere sviluppati in collaborazione con le altre Aree, riservando attenzione specifica alle tematiche che abbiano particolare valenza interprofessionale e richiedano integrazione nel lavoro di squadra. Utili esempi in tal senso sono i Corsi di Formazione in Emergenza e Urgenza, nell'Imaging Cardiovascolare, nella gestione del paziente acuto o complesso, nella gestione dei rapporti con i familiari e tanti altri. Allo stesso modo nell'ambito del Congresso Nazionale e dei Congressi a valenza regionale e locale è necessario prevedere un maggior numero di Sessioni che affrontino le tematiche suddette e prevedano una partecipazione interprofessionale. Considerato prioritario tutto quanto premesso, gli obiettivi saranno indirizzati prevalentemente all'organizzazione centrale e periferica dell'Area, alla formazione e all'attività scientifica, con un occhio vigile all'Europa. Concettualmente (Figura 1) si è pensato di immaginare tutto il sistema organizzativo all'interno del cuore ANMCO con al centro l'Area Nursing dalla quale nascono, con il concorso di tutti gli attori rappresentati, quelle iniziative operative che tendono a "formare, migliorare, europeizzare, integrare" (Figura 2), in particolare

indicate qui di seguito.

1. Istituire un reale collegamento tra il Comitato di Area e la rete dei Referenti Regionali i quali, ufficializzati, dovranno creare una rete locale di Infermieri di Cardiologia interessati all'Area. Il rapporto dovrà essere bidirezionale; dalle Regioni ci si aspettano proposte formative e di ricerca. Dal Comitato di Area la rete verrà utilizzata per attuare tutti gli eventi formativi periferici tipo Campagne Educazionali Nazionali e per avviare progetti di ricerca o ancora i periodici censimenti delle attività. Si cercherà di realizzare nel corso del Congresso Nazionale di Firenze una riunione annuale operativa dell'Area con i Referenti Regionali.
2. Mantenere un Cardionursing di buon livello, coinvolgendo maggiormente le Regioni e i

- partecipanti al Congresso nella scelta delle tematiche dei prossimi eventi nazionali. Capacità didattica e competenza dovranno sempre essere caratteristiche dei relatori selezionati.
3. Avviare Campagne Educazionali Nazionali, utilizzando perifericamente i formatori locali. I temi da trattare per omogeneizzare linguaggio e comportamenti sono tanti. Alcuni già citati, altri potrebbero nascere dalla collaborazione con altre Aree o prendere spunto dalle Linee Guida cardiologiche europee (le competenze infermieristiche sono quasi sempre necessarie per la loro completa attuazione).
4. Aggiornare e curare il Sito WEB, arricchendolo di rubriche quali un servizio di ricerca bibliografica.
5. Guardare all'Europa promuovendo la fellowship Nursing della ESC e selezionando un gruppo di Infermieri





con buona conoscenza dell'inglese che svolgano attività formativa e/o di ricerca e possano quindi inserirsi in progetti europei.

6. Stabilire rapporti di collaborazione sia con le Aree infermieristiche delle altre Società di settore che, prioritariamente, con le altre Aree dell'ANMCO. È auspicabile che sin dal 2013 ogni Area medica ANMCO abbia un consulente Infermiere e che nei prossimi bienni si possa stabilire la presenza costante in ogni Area medica ANMCO di un Infermiere nel Comitato di Coordinamento.

7. Favorire la promozione di studi multicentrici o ancora proporre flow - chart operative, processi infermieristici in ambito ospedaliero e territoriale.

8. Istituire un tavolo tecnico

per definire le competenze infermieristiche. Obiettivo delle Società Scientifiche Internazionali è da tempo, anche in campo infermieristico, certificare le competenze specifiche per l'Area di riferimento; l'area Nursing ANMCO vuole identificare, testare e certificare le competenze base per l'Infermiere di Cardiologia. Ciò richiederà la costruzione di percorsi formativi per raggiungere e aggiornare le competenze da definire.

9. Una Consensus Conference infermieristica che possa portare alla definizione di protocolli infermieristici condivisi nel paziente cronico; settore nel quale esistono grandi disomogeneità in campo nazionale sia a livello territoriale che ospedaliero e soprattutto nel

collegamento territorio - ospedale - territorio.

Altri temi, riguardanti il paziente acuto, potranno essere scelti per i bienni successivi. Il programma proposto non è certamente esauribile in un biennio. La qualità e la volitività di tutti i componenti del Comitato di Coordinamento garantirà l'avvio e in alcuni casi il completamento dei punti programmatici e costituirà garanzia di continuità per i bienni successivi. Oltre ai Chairperson, il Comitato di Coordinamento è costituito da Mauro Mennuni (Co - Chairperson Medico), Donatella Radini (Co - Chairperson Infermiera), Antonio Boscolo Anzoletti, Sabrina Egman, Massimo Iacoviello e Danilo Neglia. ♥





# Area Prevenzione Cardiovascolare, programmi per il prossimo biennio

DI FRANCESCO FATTIROLLI, GIAN FRANCESCO MUREDDU, ANTONELLA CHERUBINI, PIERO CLAVARIO, ANNA FRISINGHELLI, PIER LUIGI TEMPORELLI, POMPILO FAGGIANO



**L'**Area Prevenzione nel biennio 2011 - 2012 ha condotto alcune iniziative di interesse per il Cardiologo ANMCO (e non solo) e ne ha avviate altre che sono in fase di definizione. Il nuovo Coordinamento per il biennio 2013 - 2014 si ripropone di completare i progetti già sviluppati e di realizzare nuove iniziative che vengono anticipate qui di seguito. Nel biennio 2011 - 2012 è stato condotto lo Studio SOCRATES, in collaborazione con GICR e ARCA,

di cui già sono stati diffusi i risultati preliminari. Lo Studio, come è noto, si è basato sulla raccolta web - based dei dati relativi alla distribuzione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione dei Cardiologi italiani; l'indagine potrebbe

chiamata, il Cardiologo risponde", centrato sulle conoscenze di Medicina neurovascolare che il Cardiologo deve possedere per valutare l'appropriatezza, il rischio/beneficio e il timing degli esami diagnostici e dell'intervento

Idee e programmi del nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare per il biennio 2013 - 2014 nell'ottica della continuità

proseguire con la proposizione del progetto ad altri settori specialistici (Medici di Medicina Generale, Diabetologi, Neurologi, ecc.) con la finalità di rilevare la percezione del rischio cardiovascolare tra i Medici che operano in settori contigui alla Cardiologia. I risultati ottenuti possono essere di stimolo per modificare i comportamenti dei Medici su se stessi e sui propri assistiti. E' stato realizzato un evento formativo "Il Neurologo

terapeutico nei pazienti affetti da patologia vascolare cerebrale. Nel corso dello scorso biennio sono stati realizzati in varie città italiane eventi formativi su "La valutazione cardiologica preoperatoria in vista di chirurgia non cardiaca". Questo è un argomento che da molti anni compare tra le iniziative dell'Area Prevenzione Cardiovascolare e che è stato recentemente aggiornato nei contenuti, sulla base delle più recenti evidenze della letteratura,

grazie al contributo e all'esperienza dei docenti coinvolti. Dopo una lunga ed impegnativa fase di elaborazione è stato definitivamente approvato lo Studio VASTISSIMO, che è ormai in fase di avvio. Questa iniziativa, che nasce dalla

una ampia popolazione di soggetti affetti da cardiopatia ischemica cronica che afferrisce agli ambulatori cardiologici. I dati verranno rilevati su un campione nazionale da un numero selezionato di strutture afferenti all'Area Prevenzione ed al

però incorporerà informazioni più dettagliate, ad esempio sulla terapia farmacologica che sarà rilevata non solo in termini categorici ma anche nel dettaglio delle molecole e dei dosaggi prescritti. Un progetto dedicato alla cardio-oncologia, in parte avviato, che si propone di valutare la presenza di fattori di rischio cardiovascolare e/o di cardiopatia clinicamente manifesta nei pazienti oncologici, con l'obiettivo, in via preliminare, di fare il punto della situazione cardio-oncologia sul territorio nazionale, tramite una "fotografia" della realtà attuale, per definire quanti pazienti possono afferire a Centri con Servizio dedicato, quali sono le modalità di accesso del paziente oncologico al Cardiologo, ecc. Verrà elaborato in dettaglio il progetto sulla "Informazione alla dimissione" per valutare nella realtà delle nostre Strutture per acuti le modalità ed i contenuti dell'informazione fornita al paziente alla dimissione, con l'obiettivo di rilevare le criticità che possono influenzare sfavorevolmente la sicurezza del ritorno a domicilio, l'aderenza ai trattamenti e l'adozione di strategie di prevenzione, per giungere all'adozione di una "check-list" di informazioni "irrinunciabili" da utilizzare all'atto della dimissione. Il progetto "Consulenza cardiologica pre-operatoria nell'anziano candidato a chirurgia cardiaca e non cardiaca" tratta un tema di grande attualità per gli aspetti epidemiologici e

L'impegno dell'Area Prevenzione Cardiovascolare è quello di sviluppare nuovi programmi e realizzare progetti nella continuità di quanto impostato nel precedente biennio

collaborazione tra Area Prevenzione, Area Scenpense e ARCA, si propone di valutare l'appropriatezza gestionale della fase preclinica dello scenpense cardiaco (stadio A e B) negli Ambulatori di Cardiologia ospedalieri e del territorio in maniera prospettica e di verificare se un intervento formativo diretto sui medici sia efficace nel modificare la pratica clinica in termini di miglioramento del riconoscimento e della gestione della malattia pre-clinica attraverso l'implementazione delle raccomandazioni delle Linee Guida. E' stata avviata la Survey SURF, promossa dalla European Society of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, che si propone di fotografare il grado di controllo dei fattori di rischio tradizionali e di aderenza ai trattamenti raccomandati in

GICR, attraverso una scheda raccolta dati estremamente maneggevole e snella, che potrà essere compilata nel corso della normale attività ambulatoriale. Tutte queste iniziative sono state rese possibili dall'impegno intenso e costante di tutti i Componenti del Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare nel biennio 2011 - 2012, ai quali va un sentito ringraziamento. Con il nuovo Comitato di Coordinamento sono in fase di elaborazione alcuni programmi che verranno sviluppati per la loro realizzazione nel biennio 2013 - 2014. Una Survey nazionale relativa alla fotografia della gestione dei pazienti con cardiopatia ischemica cronica che afferriscono agli Ambulatori cardiologici, che trae spunto dalla Survey europea prima citata, che





per la povertà delle indicazioni codificate su questo argomento; la finalità è quella di proporre una collaborazione tra Cardiologi, Cardiochirurghi, Cardioanestesisti e Geriatri, allo scopo di individuare modelli di valutazione specifici opportunamente centrati sulla popolazione anziana. In collaborazione con gli Odontoiatri, verrà proposta la stesura di un documento sulla gestione della terapia antiaggregante e anticoagulante nei pazienti cardiopatici che devono essere sottoposti a cure odontoiatriche. Sarà inoltre affrontato un “Progetto fumo”, partendo dalla rilevazione di quanto il tema del tabagismo è percepito dal mondo cardiologico e sviluppando iniziative che supportino l’adozione da parte dei Medici di strategie di valutazione e di trattamento adeguate. Un argomento di grande attualità e rilevanza che dovrà essere sviluppato anche con un ampio confronto con esperti (ad esempio Sociologi, Psicologi, Analisti del mondo del lavoro e di politiche

sanitarie etc.) riguarda le potenziali “Ricadute della crisi economica sulla prevenzione cardiovascolare”, sia per le conseguenze negative sul singolo, in funzione del probabile minor accesso alle cure, ai percorsi di prevenzione/riabilitazione, alla adozione di stili di vita salutari, che sul mondo della Sanità per le restrizioni economiche che possono portare alla riduzione degli interventi inappropriati, inutili o con sfavorevole rapporto costo/efficacia (quindi anche con conseguenze “paradossalmente virtuose”), analizzando i nuovi “scenari” entro i quali si verranno a trovare i Cardiologi insieme ai pazienti negli anni della “spending review”. Altro tema di attualità, che rientra tra gli interessi dell’Area Prevenzione, è quello della “Attività fisica” come strumento di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cardiocircolatorie e di trattamento a lungo termine di soggetti con esiti di malattia. Esercizio fisico da identificare come farmaco, con le indicazioni, le controindicazioni,

le modalità ed i luoghi in cui effettuarlo e di cui il Cardiologo deve avere una adeguata conoscenza ed una efficace modalità prescrittiva. Infine, e non per ultimo, il mondo della Scuola, verso il quale l’Area ha collaborato con la Fondazione “per il Tuo cuore” per molti anni nello sviluppo di iniziative e nella realizzazione di progetti rivolti a Studenti ed Insegnanti. Occorrerà un grande impegno anche di riflessione collettiva per identificare gli ambiti più indicati ed efficaci verso i quali destinare sforzi individuali e risorse economiche. ♥





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

### DATI ANAGRAFICI

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

### DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale .....  
Indirizzo .....  
Città ..... Prov.   CAP       
Tel./Fax ..... E - mail Reparto: .....  
Specializzato in Cardiologia:  Si  No Altre Specializzazioni .....  
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 <b>se Struttura privata</b> ): 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







Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

**ANMCO**

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

## AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

### DATI ANAGRAFICI

Nome ..... Cognome .....

Indirizzo .....

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

Tel. / Cell. .... Fax ..... E - mail .....

### DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale .....

Denominazione Struttura .....

Indirizzo .....

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

Tel. / Cell. .... Fax ..... E - mail .....

Nome Primario o F.F. ....

- Socio ANMCO                                       Non Socio                                       Direttore di struttura complessa
- Responsabile di struttura semplice                                       Dirigente                                       Infermiere                                       Altro

### SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- Area Aritmie - AR                                       Area CardioChirurgia - ACH                                       Area Cardiolmaging - ACI
- Area Emergenza/Urgenza - AEU                                       Area e - Cardio - AEC                                       Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP
- Area Management & Qualità - AMQ                                       Area Nursing - ANS                                       Area Prevenzione Cardiovascolare - AP
- Area Scopenso Cardiaco - AS

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'Associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante moduli di adesione a convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, i dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito WEB dell'ANMCO ([www.anmco.it](http://www.anmco.it)), in una parte del sito dedicata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici legati all'Associazione, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via A. La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC (Federazione Italiana di Cardiologia) con sede a Roma c/o Policlinico Universitario "Tor Vergata", Cattedra di Cardiologia, Viale Oxford n. 81 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora, 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/510111.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data .....

..... Firma



# 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](http://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](mailto: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, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri; | <input type="checkbox"/> curriculum vitae completo;   |
|  | <input type="checkbox"/> foto in formato digitale.  |

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

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

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell' ANMCO ([www.anmco.it](http://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.



# L'Area Scompensio Cardiaco 2013 - 2014

DI GIUSEPPE DI TANO E NADIA ASPROMONTE

## Continuità e collaborazione

«(...) è oramai tempo di avviare collaborazioni ed intersezioni tra le Aree su specifici progetti. È nostra opinione che la complessità del modello Scompensio Cardiaco possa essere affrontata nel futuro prossimo solo se più persone e più competenze si metteranno assieme, rendendo più semplice anche l'accesso alle risorse, evitandone così la frammentazione» (M. Senni, GF. Misuraca, *Cardiologia negli Ospedali*, numero 179, gennaio - febbraio 2011)

A conferma del "filo rosso", che lega gli intenti ed i progetti dei Comitati di Coordinamento dell'Area Scompensio Cardiaco che si sono susseguiti negli anni, le prime iniziative inserite nella nostra Agenda 2013- 2014 saranno proprio incentrate sulla continuità con il Comitato di Coordinamento precedente, e sulla " collaborazione ed intersezione tra le Aree ".

In dettaglio:

- In collaborazione con l'Area Nursing si invierà a breve a tutte le Unità Cardiologiche aderenti all'ANMCO un **Indagine conoscitiva sulla tipologia e attività degli Ambulatori Scompensio**, con l'obiettivo di raccogliere dati utili a definire lo stato organizzativo attuale delle Strutture che si occupano di Scompensio e a standardizzare e migliorare l'organizzazione dei



singoli Centri, al fine di creare percorsi assistenziali omogenei e protocolli gestionali condivisi utilizzandoli, se possibile, anche come strumento per sensibilizzare le Direzioni Aziendali su questo tipo di attività e monitorare l'evoluzione organizzativa dei vari Centri. La raccolta dei dati avverrà tramite un software per la gestione dei questionari on - line. Ogni Struttura riceverà una mail contenente un link cliccabile che porta alla pagina di inizio del questionario. I dati raccolti

saranno elaborati e diffusi in maniera aggregata (nazionale, area geografica e regionale).

- Con l'Area Aritmie è in fase operativa la stesura di un **Documento condiviso sulle problematiche del rilascio della patente di guida nei pazienti portatori di device**.

L'elaborazione del documento, evoluzione più estesa ed organica della prima versione elaborata dall'Area Scompensio Cardiaco durante il biennio precedente e pubblicata su questa Rivista

Si delineano le prossime iniziative dell'Area Scompensamento Cardiaco incentrate principalmente sulla continuità con il precedente Comitato di Coordinamento e di collaborazione con le altre Aree ANMCO. Vengono inoltre presentati alcuni campi d'interesse su cui l'Area Scompensamento intende sviluppare programmi di ricerca clinica mirata e definizioni di proposte organizzativo - gestionali.

l'anno scorso, sarà a cura di una Commissione Congiunta ANMCO, SIC ed AIAC appositamente identificata.

- Con l'Area CardioChirurgia, la SICC e l'IACPR/GICR è in fase avanzata di concretizzazione il **Progetto VAD - emecum**, che si propone di aggiornare e diffondere le conoscenze sui sistemi di Assistenza Ventricolare, in particolare sulle loro indicazioni come "*destination therapy*" per pazienti con Scompensamento avanzato - refrattario per i quali le possibilità di trapianto cardiaco risultano oggettivamente ridotte, alla luce della progressiva riduzione della disponibilità di organi. Oltre ad uno specifico Simposio, inserito nel prossimo Congresso Nazionale, sono previsti, nel 2013, al momento due eventi formativi macroregionali, con l'intento di approfondire le problematiche legate oltre che all'impianto, soprattutto alla gestione e al follow - up del paziente con VAD nei centri periferici. È intenzione dell'Area Scompensamento supportare il Progetto con una iniziativa editoriale in fase di ideazione ed elaborazione, eminentemente "pratica", rivolta

specificatamente al Cardiologo clinico dedicato allo scompensamento cardiaco, in modo che acquisti "confidenza" su una problematica indubbiamente complessa ma destinata a coinvolgere una popolazione sempre più ampia di pazienti.

- Proseguirà il percorso relativo al **Progetto editoriale ANMCO - SIN**, nel quale l'Area è direttamente coinvolta, incentrato sulla gestione cardio - nefrologica dello Scompensamento Cardiaco congestizio avanzato. - Infine continuerà l'impegno da parte dell'Area sul versante della **CardioOncologia** iniziato con l'Area Prevenzione Cardiovascolare, e brillantemente continuato da un gruppo di colleghi di entrambe le discipline, al fine di sviluppare percorsi appropriati su una tematica destinata ad assumere sempre più rilevanza in termini epidemiologici tra i pazienti affetti da Scompensamento Cardiaco.

### I Progetti

È indubbio che allo Scompensamento Cardiaco, la patologia a maggiore e più rapida espansione nel campo cardiovascolare, saranno dedicate nei prossimi anni sempre maggiori

attenzioni, sia politico - gestionali che scientifiche. E lo conferma la non casuale, scelta editoriale dell'*ACC* di pubblicare in febbraio il primo numero di un nuovo giornale dedicato allo Scompensamento Cardiaco, *JACC Heart Failure* che si aggiunge al già noto *Circulation Heart Failure* edito dall'*AHA*. A fronte di una sindrome clinica affrontata e trattata virtualmente da tutti gli Specialisti Cardiologi, ma non solo, è prevedibile lo sviluppo di strategie terapeutiche sempre più complesse, impegnative e costose, che richiederanno una elevata e specifica competenza, tanto da aver già indotto l'*American Board of Medical Specialities* a codificare una certificazione di specialista in "*Advanced Heart Failure and Cardiac Transplantation*". Dinanzi a questa realtà, considerando le peculiarità assistenziali della realtà nazionale, più articolata e complessa di quella americana, ci sembra opportuno iniziare a riflettere sulla possibilità di individuare una serie di standard operativi e di competenza, a cui potrebbe conseguire, ad esempio, per i Centri aderenti all'Area Scompensamento ANMCO,





una forma di “certificazione” di “buona ed appropriata qualità nella gestione dello Scompensamento Cardiaco”. Per stimolare e rivitalizzare l’interazione con i Soci aderenti alla Area Scompensamento, sarà a breve loro proposto di esporre le proprie considerazioni su argomenti scientifici - formativi o gestionali, problematiche ospedaliere o territoriali, rapporti con Centri di riferimento. Nella lettera vi sarà un link che, tramite la pagina web dell’Area Scompensamento Cardiaco, permetterà l’accesso ad uno spazio a disposizione per digitare il commento - proposta. Le risposte, assembleate per argomento saranno presentate nella prossima Riunione d’Area, tradizionalmente prevista nel prossimo Congresso Nazionale. La Rete e l’IN-HF on-line, le problematiche cardio - renali nel paziente con Scompensamento Cardiaco, un ragionato utilizzo dei biomarcatori, la pressante questione dell’elevato tasso di re-ospedalizzazioni e le modalità con cui tentare di contenerle, l’identificazione di un minimal - data set da inserire nella lettera di dimissione indirizzata

al medico curante, saranno alcune delle tematiche che l’Area Scompensamento pensa infine di affrontare, mantenendo costante quell’equilibrio operativo tra organizzazione - ottimizzazione delle cure e progetti specifici di ricerca clinica mirata, che è stato, nel tempo, una sua indiscutibile prerogativa.

### Concretezza e ... “colori”

Concludiamo con altre due note di colore, oltre al “rosso” dell’inizio...:

la prima è “rosa”, e riguarda la componente femminile, che rappresenta esattamente il 50% del Comitato di Coordinamento dell’Area, l’altra, “verde”: l’età media dei suoi componenti si è significativamente abbassata...

È anche per questi “segnali di rinnovamento”, che l’Area Scompensamento Cardiaco conta di riuscire nei propri intenti, nonostante i tempi attuali non inducano ad un generico ottimismo.

Le idee ci sono, il nostro impegno sarà tentare di concretizzarle e non lasciare che rimangano tali. ♥

La gestione dello Scompensamento Cardiaco è sempre più multidisciplinare: l’obiettivo è di intensificare la collaborazione tra diverse competenze coinvolte nei processi di cura e la condivisione di modelli di cura appropriati

Il “mondo” dello Scompensamento Cardiaco, a chi quotidianamente lo affronta nella sua realtà clinica, appare sempre più complesso ed articolato. È il caso di iniziare a riflettere sulla modalità di individuare adeguati standard operativi di competenza

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

**PUGLIA**



Pasquale Caldarola

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

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



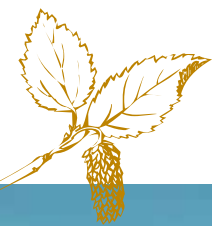


*Castello Santa Severina - KR*

# Sindromi coronariche acute: dalle Linee Guida europee al paziente del mondo reale

DI ROBERTO CAPORALE E MARIO CHIATTO





**S**i è svolto a Cosenza il 7 dicembre l'incontro "Sindromi coronariche acute: dalle Linee Guida europee al paziente del mondo reale", che ha di fatto concluso la Campagna Educazionale Nazionale ANMCO 2012. L'evento è stato coordinato dal Dott. Ceravolo e dal Dott. Smecca, membri del Comitato Esecutivo della Campagna, ed ha dedicato particolare interesse alle novità in tema di terapia antitrombotica inserite nelle Linee Guida della European Society of Cardiology del 2011 per il NSTEMI e del 2012 per lo STEMI. Oltre 40 sono stati gli iscritti, che hanno molto apprezzato la dinamicità della formula, con poche presentazioni frontali introduttive, e basata invece su Casi Clinici interattivi. Sono stati utilizzati casi di STEMI reali, che partendo dalla realtà clinica ed organizzativa locale, hanno portato la discussione a sottolineare le importanti novità introdotte dall'utilizzo dei nuovi antiaggreganti piastrinici. Ed infatti è proprio

nell'infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato che si intrecciano opzioni organizzative e terapeutiche differenti, ma con particolare necessità di rapide decisioni. Farmaci come il ticagrelor ed il prasugrel, con la loro maggior rapidità di azione e la loro efficacia superiore rispetto al clopidogrel trovano proprio in questo contesto il miglior razionale di utilizzo. I Casi Clinici hanno mostrato che il clopidogrel, secondo le Linee Guida è da utilizzare solo in caso di indisponibilità o controindicazioni ai nuovi antiaggreganti, dei quali sono stati evidenziate le differenti caratteristiche (pro - farmaco vs. farmaco, reversibilità vs. irreversibilità, doppia somministrazione vs. singola, raccomandazioni, ecc.). Sia nella relazione del Dott. Ceravolo che nella presentazione dei casi è stato comunque fortemente sottolineato il rovescio della medaglia dei nuovi antiaggreganti: per ottenere un maggior effetto antitrombotico non si può che aumentare il rischio emorragico. Questo può essere

contenuto utilizzando l'approccio radiale, molto diffuso in Calabria, ma soprattutto tenendo sempre in considerazione il profilo di rischio emorragico individuale e selezionando accuratamente il miglior farmaco per il singolo paziente. Analoghe considerazioni sono state fatte nella sala che ha affrontato i casi di SCA - NSTEMI. In quest'ambito si è convenuto che il ticagrelor è stato utilizzato nello Studio PLATO sia prima di eseguire la coronarografia che dopo assunzione di carico di clopidogrel. La dimostrata efficacia in queste due situazioni, non studiata con il prasugrel nel TRITON, determina una maggior ampiezza di utilizzo del ticagrelor nel NSTEMI. L'evento ha quindi senz'altro contribuito a far sì che i Medici del 118, dei Pronto Soccorso ed i Cardiologi degli Spokes familiarizzino sempre più con i nuovi schemi terapeutici nelle SCA, per come raccomandato dalle Linee Guida europee. ♥

# Report ANMCO: la cardio - oncologia in Toscana tra luci ed ombre

DI MARIA LAURA CANALE E GIANCARLO CASOLO

## Report ANMCO: la cardio - oncologia in Toscana tra luci ed ombre

Gli effetti collaterali cardiaci dei farmaci utilizzati nella cura delle neoplasie sono noti da moltissimo tempo e la lista dei farmaci potenzialmente cardi tossici si allunga di anno in anno con l'introduzione in clinica di molti farmaci biologici (trastuzumab, sunitinib, sorafenib, pazopanib, axitinib, bevacizumab, etc.) che presentano effetti collaterali sul sistema cardiovascolare. Quindi, nel corso dei decenni, abbiamo assistito ad una "spontanea" nascita di una sub-specializzazione della cardiologia: la cardio-oncologia. Ciò a riprova dell'importanza reale del problema che risiede nel fatto che la cardiotoxicità può avere un impatto rilevante sull'outcome finale del paziente sia in termini di sopravvivenza che di qualità di vita. L'esempio più calzante è il trattamento adiuvante delle pazienti radicalmente operate per un carcinoma mammario. Queste pazienti, da considerare guarite

La cardio - oncologia è ormai una realtà nella nostra pratica clinica. L'impatto delle nostre valutazioni è decisivo nel percorso di cura oncologico e, pertanto, dobbiamo organizzarci per offrire un servizio dedicato di alta qualità

fino a prova contraria, ricevono frequentemente farmaci cardi tossici (antracicline, taxani, eventualmente trastuzumab se indicato); da un lato il trattamento chemioterapico è per loro essenziale, poiché riduce significativamente il rischio di recidiva e morte per tumore, ma dall'altro, può creare danni cardiaci seri anche irreparabili con grave compromissione della loro qualità di vita e, potenzialmente, ridurre la loro aspettativa di vita. A complicare la situazione viene la mancanza di una chiara ed universale definizione

di cosa sia la cardiotoxicità. Non si tratta solo di un problema semantico ma sostanziale; a seconda di quale definizione viene utilizzata (a scelta tra le varie proposte dai panels di esperti e quelle seguite nei trials clinici in oncologia) osservo percentuali di incidenza molto diverse che spaziano dal 3 al 30%. La rilevanza clinica e i numeri del problema sono ormai tali da rendere la "relazione" tra oncologi e cardiologi necessariamente stretta e costante. Ma quale è la realtà delle cardiologie toscane? In che modo noi cardiologi ospedalieri affrontiamo il problema? Per rispondere a questi interrogativi ed avere una fotografia della cardio - oncologia nella realtà ospedaliera toscana abbiamo condotto una survey regionale nell'ambito delle attività dell'ANMCO Toscana.

## Una fotografia della cardio - oncologia toscana

Abbiamo inviato un breve questionario alle 36 cardiologie regionali con domande inerenti l'organizzazione interna riguardo ai servizi di cardio - oncologia, il carico di lavoro derivante dai





pazienti oncologici, la tipologia delle prestazioni richieste ed effettuate, la presenza di team multidisciplinari con gli oncologi e la necessità e la disponibilità di una formazione specifica. Il dato principale rilevato dalla survey è l'inadeguatezza dei servizi di cardio - oncologia offerti dalle strutture toscane. A fronte di una diffusione quasi capillare delle oncologie in regione, tra i 25 centri che hanno compilato il questionario solo 5 (20%) offrono un servizio strutturato e 7 (28%) possiedono un team con una specifica formazione ed esperienza nel settore. Altro punto debole è la mancanza di una collaborazione stabile e strutturata con gli oncologi. I consulti sono spesso sporadici e su specifici casi. Inoltre, le richieste di consulenza o di esami strumentali sono spesso largamente incomplete. La "questione" cardio - oncologia viene comunque sentita dai cardiologi toscani che ritengono fondamentale una formazione specifica sull'argomento molto delicato e complesso e, ove non già presente, la creazione di un servizio dedicato. Viene sentita come necessaria anche la "stabilizzazione" dei rapporti con la controparte oncologica; sarebbe possibile migliorare il servizio se, al posto di sporadici incontri, si creasse un team stabile multidisciplinare con ambulatori congiunti.

### Agenda per il prossimo futuro

Partendo dal quadro in chiaro-scuro che la survey ci ha presentato e tenendo bene in mente lo spirito pratico che caratterizza le nostre realtà ospedaliere, possiamo

suggerire alcune aree di intervento per poter concretamente e velocemente migliorare il servizio offerto dalle nostre cardiologie ai numerosi pazienti oncologici che quotidianamente si rivolgono a noi. Non è compito delle realtà ospedaliere la ricerca dei meccanismi molecolari di cardiotoxicità o l'identificazione di pattern genici di suscettibilità al danno cardiaco da chemioterapici. Non serve neanche la creazione di una definita e canonica sub-specializzazione della cardiologia o la produzione di linee guida rigide ma, nella nostra opinione, è necessaria una riorganizzazione interna delle strutture per trovare spazio per un setting di pazienti importante e numericamente rilevante. Bisogna infatti tenere conto che il numero dei pazienti "cardio - oncologici" aumenterà drammaticamente in un futuro prossimo e non possiamo farci trovare impreparati. Cosa fare quindi?

- ove non presente, creare un servizio dedicato identificando uno o più colleghi con un'esperienza specifica o in ogni modo desiderosi di impegnarsi in questo settore;
- predisporre un format per i Colleghi oncologi da utilizzare per la richiesta di esami strumentali e consulti cardiologici contenete tutte le informazioni a noi necessarie;
- incontrarsi periodicamente nell'ambito della Task Force ANMCO con tutti i colleghi interessati per promuovere la diffusione dei servizi, monitorare la situazione e promuovere nuove iniziative;
- promuovere eventi di formazione specifici fortemente richiesti

organizzati da Associazioni con l'ANMCO, possibilmente in collaborazione con l'Università; e) creare ambulatori multidisciplinari "stabili" con gli oncologi con incontri a cadenza predefinita. Siamo consci che un tale lavoro non è facile soprattutto in un periodo contingente di ristrettezze economiche come quello che stiamo vivendo. È quindi vitale un supporto da parte delle Amministrazioni con un investimento mirato di risorse per poter produrre un miglioramento del servizio offerto ad una categoria di pazienti numerosa ed estremamente delicata. ♥

Abbiamo analizzato lo status della cardio - oncologia nelle realtà ospedaliere toscane. I servizi dedicati sono ancora pochi rispetto alla diffusione delle strutture di oncologia ma esiste una diffusa consapevolezza della rilevanza della questione e della necessità di una riorganizzazione interna assieme ad una formazione specifica

# Prevenzione cardiovascolare nelle donne: la cardiopatia ischemica

DI LUCIA BOLETTIERI, M. MADDALENA DE FRANCESCO, ANTONIO CARDINALE

**È** paradossale che ancora oggi nel Mondo evoluto occidentale si parli di parità tra uomini e donne. *«L'uguaglianza tra le donne e gli uomini rappresenta uno dei principi fondamentali sanciti dal diritto comunitario. Gli obiettivi dell'Unione Europea (UE) in materia di uguaglianza tra le donne e gli uomini hanno lo scopo di assicurare le pari opportunità e l'uguaglianza di trattamento tra donne e uomini, nonché di lottare contro ogni discriminazione basata sul sesso».* Singolare che nel terzo millennio sia ancora necessario richiamare principi generali, quali quelli contenuti nello Statuto delle Nazioni Unite che afferma *«La fede nei diritti fondamentali dell'uomo, nella dignità e nel valore della persona umana e nella uguaglianza dei diritti dell'uomo e della donna»;* la Dichiarazione Universale di diritti umani afferma *«il principio della non discriminazione e dichiara che tutti gli esseri umani nascono liberi ed uguali in dignità e diritto e che a ciascuno spettano tutti i diritti e tutte le libertà ivi enunciate senza distinzione alcuna, in particolare basata sul sesso».* In un mondo caratterizzato dal genere maschile, storicamente le donne hanno avuto un ruolo decisivo su temi importanti.

Riandiamo con la mente in Alabama, negli Stati Uniti, nel periodo storico del razzismo. Una donna eccezionale, Rosa Louise Parks, attivista statunitense afroamericana, figura - simbolo del movimento per i diritti civili statunitense, rifiuta nel 1955 di cedere il posto su un autobus ad un bianco, dando così origine al boicottaggio degli autobus a Montgomery (Alabama). Donne forti, tenaci, coraggiose. Donne che direttamente o indirettamente hanno contribuito e contribuiscono in modo positivo in tutti gli ambiti della società e in ogni parte del mondo. Deve far

Indispensabile il rispetto  
degli altri,  
il rispetto della donna  
Non rispettare questo  
principio, è porsi fuori  
dalla legalità e ancor  
prima dal consenso civile  
che trova nell'uguaglianza  
la sua massima  
espressione di civiltà

riflettere la lotta di una adolescente, Malala Yousafzai, studentessa e attivista pakistana, nota per la sua determinazione e la lotta per i diritti civili e per il diritto allo studio delle donne (*«Non mi importa di dovermi sedere sul pavimento a scuola. Tutto ciò che voglio è l'istruzione. E non ho paura di nessuno»*). Determinazione che ha rischiato di pagare con la vita. Il 9 novembre 2012 è stata gravemente ferita alla testa e al collo da uomini armati saliti a bordo del suo pullman scolastico mentre tornava da scuola, ed ora sta ancora lottando per un recupero funzionale. I maschi devono ricordare una massima semplice, *«dietro ogni grande uomo c'è una grande donna»*. Oggi la cronaca parla ancora di gravi squilibri di genere, di prevaricazioni e violenze verso il genere femminile, in Italia, così come in India e un pò ovunque. Inammissibile quello che accade. Occorre parlare con il noi, non con l'io. Indispensabile il rispetto degli altri, il rispetto della donna. Non rispettare questo principio è porsi fuori dalla legalità e ancor prima dal consenso civile che trova nell'uguaglianza la sua massima espressione di civiltà. In questa





## Dare a Cesare quel che è di Cesare, riconoscere il ruolo univoco e unico della donna anche in ambito medico

situazione culturale, considerando che sinora la medicina è stata appannaggio prevalente del genere maschile, questo ha contribuito a incanalare la ricerca medica verso i maschi. Gli studi hanno per anni randomizzato maschi, per poi estendere le valutazioni alle donne, senza considerare le loro specificità. Nel 1991 Bernardine Healy, direttrice dell'Istituto Nazionale di Salute Pubblica, sulla rivista *New England Journal of Medicine* parla di Yentl Syndrome a proposito del comportamento discriminante dei Cardiologi nei confronti della donna. Nel 2002 presso la Columbia University di New York è istituito il primo corso di Medicina di genere. Anche in Italia dal 1999 si è iniziato a porre tale problema. Questo significa lottare contro una discriminazione dal punto di vista culturale. Considerando la ricerca biomedica, è andare nella direzione dell'appropriatezza tesa a un comportamento corretto, rispettoso delle diversità che si traduce anche in un approccio diagnostico e terapeutico adeguato e corretto. L'universo femminile ha sempre vissuto una discrasia importante: da una parte non è stata considerata la specificità di genere, con tutte le limitazioni conseguenti; dall'altra la donna ha inciso su alcuni aspetti dello stile di vita, specificatamente su quello dell'alimentazione, che riveste un ruolo importante nella prevenzione della salute in generale, in modo particolare nelle cardiopatie, malattie dismetaboliche e oncologiche. Ruolo quest'ultimo che va ampliato. La donna deve essere

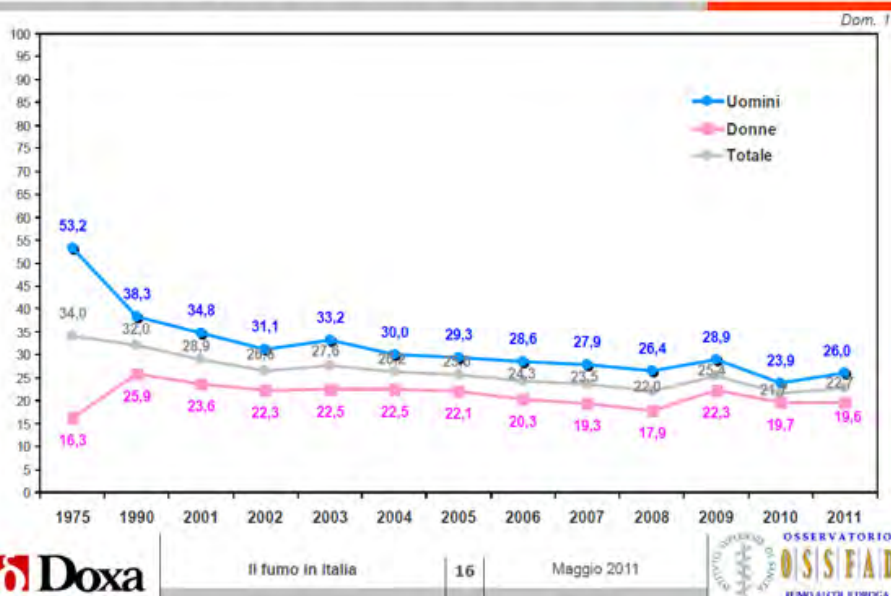
informata sull'importanza di una sana alimentazione, su alcuni postulati che devono essere portati avanti quotidianamente: la prevenzione delle malattie cardiovascolari inizia dal concepimento e, ruolo essenziale, è attenersi a una alimentazione sana, genuina, varia, quella di tipo mediterraneo, educando i bambini e tutta la famiglia a un consumo elevato di frutta e verdura (rispettando la stagionalità dei prodotti), un consumo almeno tre volte la settimana di pesce (preferendo pesce azzurro, salmone e tutti quelli con elevato contenuto di acidi grassi polinsaturi omega 3), legumi, sempre tre volte la settimana, utilizzando con moderazione sale, carni rosse, insaccati, formaggi grassi, come condimento l'olio di oliva, senza esagerare, e, come bevanda, l'acqua; ricordando di prediligere la cottura a forno, rispetto a quella fritta (consigli tratti dal libro *Isola della prevenzione*). L'analisi storica mostra che si sono ottenuti risultati positivi nell'ambito della parità tra genere. Molto c'è da fare. Nello sviluppo di questa parità occorre registrare come a volte, in modo errato, la ricerca della parità sia passata anche con l'acquisizione di cattive abitudini dei maschi. Espressivo il rapporto tra fumo e sviluppo di patologie. Analizzando lo sviluppo del cancro del polmone si evidenzia come dagli anni '50 a salire, con l'aumento delle donne che hanno acquisito questa abitudine, prima quasi esclusivamente del genere maschile, si sia determinato un aumento delle neoplasie del polmone della donna. Errore madornale: avrebbero fatto bene a

lasciare ai maschi la cattiva abitudine del fumo! In conclusione la donna deve ancora raggiungere la parità nell'ambito della ricerca medica, e, nello stesso tempo, è la donna che contribuisce in modo diretto a programmi di salute pubblica nell'ambito dello Stile di vita salutare.

**Donne e cardiopatia ischemica**

Per molto tempo si è pensato che la cardiopatia ischemica fosse una entità "maschile", con profili rari e benigni nella donna. Conseguentemente gli studi in quest'ambito sono stati rivolti al genere maschile: la randomizzazione e il profilo dello studio rivolti ai maschi. Gli studi negli anni '80 - '90 erano rivolti ai maschi, la donna studiata marginalmente. Questo ha determinato una diminuzione di percezione del rischio cardiovascolare in generale e della cardiopatia ischemica che ha determinato una diminuzione di attenzione verso uno stile di vita salutare poichè mancava il nesso tra pratiche non salutari e potenziale sviluppo di danno a livello cardiovascolare. Le donne hanno quindi pagato un prezzo verso le malattie cardiovascolari, sia in termini di ritardata diagnosi, sia di terapie inadeguate, ponendo le basi, secondo alcuni studi, per una maggiore mortalità e morbilità delle donne colpite da infarto miocardico acuto. La ragione che ha portato a una maggiore attenzione verso gli uomini sta nel fatto che essi si ammalano in età più giovane, intorno ai 50 anni, mentre le donne si ammalano 10 o 20 anni più tardi. A 60 anni una donna ha le stesse probabilità di avere una malattia cardiovascolare

### Prevalenza del fumo di sigarette e consumo medio giornaliero secondo le indagini DOXA condotte fra il 1975 e il 2011



Dati OSSFAD (Osservatorio Fumo, Alcol, Droga)

di un uomo di 50 anni. In Italia, secondo i dati ISTAT 2002, tra 55 ed 75 anni, le malattie cardiovascolari sono responsabili della morte di circa 29.616 uomini e 15.560 donne, pari a 30,7 e 28,3%. Oltre i 75 anni, la mortalità cardiovascolare nelle donne aumenta sensibilmente: 114.000 casi contro 70.800 degli uomini, pari al 53,8 e 45,6%, rispettivamente. Fortunatamente i Medici si stanno sensibilizzando maggiormente sui rischi della cardiopatia ischemica nelle donne. La situazione nel tempo si è modificata alla luce di dati oggettivi: l'allungamento della vita media, più marcato per le donne, determinerà in futuro una popolazione costituita in modo indicativo da donne anziane. Occorre anche considerare che la donna trascorre per lo meno un terzo della sua vita in menopausa. Tutto ciò determinerà nel tempo un incremento di morbilità per la cardiopatia ischemica nella donna. Vi sono peculiarità anatomiche: le arterie coronarie nella donna sono più sottili e tortuose rispetto agli uomini. Nei maschi la C.I. si caratterizza per l'ostruzione delle arterie coronarie epicardiche, mentre nella donna è interessato prevalentemente il microcircolo (e vi sono disfunzioni endoteliali). Gli anatomopatologi della task force americana, capitanati da Renu Virmani, hanno schematizzato molto bene quello che accade nella fisiopatologia della SCA partendo dalla placca e dai fattori di rischio che ne modulano l'aggressività: entità della stenosi, estensione del danno della capsula (erosione

o rottura) e trombogenicità del sangue in relazione anche alla presenza di stimoli trombogenici. Quando la C.I. si manifesta in donne giovani, è spesso collegata a embolizzazione (NSTEMI) o a patologia del microcircolo coronarico e disfunzione endoteliale (Sindrome X), condizioni considerate prevalenti nel sesso femminile. In età avanzata si manifesta con lesioni aterosclerotiche dei vasi epicardici (STEMI), e mediamente con un ritardo di circa 10 - 15 anni rispetto al maschio. Nella donna possono configurarsi quattro distinti meccanismi fisiopatologici nell'indurre l'ischemia miocardica.

- ~ Disfunzione endoteliale e patologia del microcircolo (Sindrome X).
- ~ SCA in donne giovani (trombi non occlusivi su placche erose ed embolizzazioni periferiche - NSTEMI).
- ~ SCA in donne anziane (meccanismo simile a quello maschile trombo occlusivo su rottura di placca - STEMI).
- ~ Dolore anginoso e grave disfunzione contrattile del VS, a

coronarie integre (iperincrezione di catecolamine - Sindrome di Tako-Tsubo). La donna pone più attenzione alle malattie oncologiche, in primis il cancro della mammella, rispetto alle malattie cardiovascolari, nonostante i dati epidemiologici evidenzino come le malattie cardiovascolari siano al primo posto in termini di morbilità e mortalità. Il "peso" della patologia oncologica, la paura della stessa ha determinato questa attenzione prioritaria nella donna verso il cancro. Sia chiaro, ben vengano attenzione, prevenzione, controlli e cura. Importante creare la giusta attenzione da parte della stessa donna verso le malattie cardiovascolari, partendo dalla C.I., per mettere in atto anche in quest'ambito le strategie preventive e curative più adeguate: prevenzione, stile di vita salutare, controlli diagnostici preventivi, screening cardiovascolari adeguati. Lo screening ideale dovrebbe essere non invasivo, a basso costo, disponibile diffusamente. Dovrebbe avere elevata specificità e mostrare risultati



Parlare di Medicina di genere, sottolineando un principio che dovrebbe essere “normale”, la considerazione che la fisiopatologia dell’uomo e della donna è diversa, lascia perplessi nel terzo millennio

statisticamente migliori rispetto al gruppo di controllo, rispettando i criteri di economia sanitaria basati sul concetto di costo - efficacia. Nel 1968, Wilson e Junger hanno stabilito i criteri per lo screening. Il peso della malattia deve essere sufficiente. La malattia deve essere diagnosticabile in fase preclinica. Deve esistere un test efficace per la diagnosi della malattia. Deve esistere un trattamento efficace. Si ritiene che l’ECG da sforzo, l’ecocardiogramma da stress e la scintigrafia miocardica con radionuclidi non abbiano un favorevole rapporto costo - efficacia nei soggetti asintomatici, con o senza fattori di rischio. La misurazione dello spessore intima/media carotideo e delle placche carotidee con ultrasuoni potrebbe essere utilizzata quale test preventivo per dimostrare la diretta evidenza della presenza e dell’estensione dell’aterosclerosi. Non dimentichiamo l’aspetto umano. Importante il dialogo tra medico e paziente per individuare insieme i fattori di rischio, essenziale la collaborazione tra medico di famiglia e specialisti affinché si utilizzi uno stesso linguaggio e si persegua lo stesso obiettivo all’interno di programmi di prevenzione di sanità pubblica. Investire nella prevenzione cardiovascolare, crederci e operare di

conseguenza. Questo determinerebbe nell’immediato un incremento della spesa sanitaria, per l’aumento della durata di vita e per lo sviluppo di costose tecnologie, ma tale incremento iniziale determinerebbe nel tempo una diminuzione della spesa in termini di morbilità e mortalità, di diagnosi precoci, di minori ospedalizzazioni, meno invalidità. Prevenzione corretta = meno malati = meno ricoveri = meno invalidità = meno costi per il sistema sanitario. Occorre guardare non solo all’oggi, ma al domani. *«La medicina è la scienza dell’incertezza e l’arte della probabilità. La prevenzione cardiovascolare rimane una delle sfide più difficili della moderna medicina» (William Osler)*. La prevenzione CV nella donna è una sfida costante, sottostimata fino a una epoca recente dagli uomini e dalle stesse donne. Sono necessari percorsi diagnostici e scelte terapeutiche distinte e particolari per migliorare la sensibilità delle donne alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e ridurre il carico di malattie nel sesso femminile, identificando precocemente e trattando tempestivamente i soggetti a rischio, prima della comparsa dei segni e sintomi di malattia iniziando da un’adeguata modificazione dello stile di vita e con un trattamento intensivo di tutti gli aspetti che entrano in gioco nella C.I. ♥



# CARDIOLOGY DEPT.

## *Trieste - Italy*



## Il giovane Cardiologo fra tecnologia e clinica

DI SABINO SCARDI

**A**lcuni mesi fa il nostro Presidente regionale Antonio Di Chiara ha organizzato un incontro fra i giovani Cardiologi del Friuli-Venezia Giulia e tre vecchi Cardiologi in pensione: Camerini, Fioretti, Scardi.

*Io tenni una relazione sul giovane Cardiologo fra tecnologia e clinica. Alcuni dei giovani presenti mi hanno sollecitato a scrivere l'intervento*

### Premessa

La Cardiologia italiana nasce per merito di alcuni pionieri nel 1964-65. In Friuli-Venezia Giulia, GA Feruglio (il Presidentissimo dell'ANMCO) iniziò l'attività a Udine nel 1965, seguirono poi Trieste, Pordenone, Monfalcone e Gorizia. Nel 1966, noi iniziammo a Trieste con

3 stanze del Servizio di Fisiopatologia Cardiovascolare. Oggi la Cardiologia triestina ha un'intera palazzina di 3 piani occupata dal Dipartimento Cardiologico (Figura 1). Quanta strada in 30 anni....

In quelle 3 stanze furono diagnosticati tanti casi di cardiopatie congenite e reumatiche, a volte molto complessi, senza l'ausilio di





esami tecnologici sofisticati come gli attuali. Ecco perché Prati e Fontanili nel volume “Nostalgie dei Baroni” affermano che...*con l'avvento della diagnostica tecnologica, l'occhio clinico cede il passo a quello strumentale, ma il cervello rimane quello di un medico diverso, un medico di talento, un medico carismatico.*

Tuttavia i progressi diagnostici e terapeutici degli ultimi anni hanno favorito un netto miglioramento della valutazione dei pazienti e una maggiore comprensione dell'eziologia e della fisiopatologia di molte malattie, ma, anche utilizzando le indagini più sofisticate, non siamo in grado di definire con elevata probabilità la comparsa di un infarto del miocardio nemmeno in un paziente con malattia coronarica nota. Del resto l'utilità relativa anche di costosi, noiosi e a volte dolorosi e persino rischiosi strumenti diagnostici, è sempre in rapporto con quella che il reverendo Bayes definì molti anni fa “la probabilità pretest di malattia”. In un'epoca come l'attuale di un esagerato consumismo sanitario e di linee guida con un'affollata esecuzione di esami strumentali e di laboratorio, sospettare clinicamente e correttamente una malattia cardiovascolare permette di escludere alcune indagini superflue con la definizione di un razionale iter diagnostico.

**Quello che stiamo vivendo è un momento esaltante per i pazienti ed i Cardiologi**

Stare al passo con i tempi però significa accogliere il flusso d'informazioni provenienti dalla letteratura e imparare a utilizzare i

Copyright © American Heart Association

American Heart Association  
Learn and Live



Scardi S et al. *Circulation* 1999;100:777-777

risultati delle ricerche con criticità. Si tratta cioè di discriminare le informazioni senza tuffarsi ad esempio nel nuovo “diagnostico-terapeutico” proposto solo per fini di ricerca, attendendo invece risposte più definite da contributi successivi. Recentemente su NEJM (2012; 366: 291), nella rubrica *Time a change*, è stato proposto un nuovo approccio alla sostituzione (ed io aggiungo) all'impianto di ICD, che prevede la valutazione medica completa, le preferenze del paziente, una task force multidisciplinare per gli aspetti clinici, etici e logistici per identificare quei pazienti che rischiano di non trarre beneficio dalla terapia. E sempre nello stesso fascicolo, per attenuare l'espansione

delle indicazioni per questi dispositivi, Truog (NEJM 2012; 366: 581) suggerisce che l'evoluzione del rapporto medico - paziente deve essere guidata da decisione condivisa piuttosto che da paternalismo benevolo.

**Nonostante l'obiettivo raggiunto di un notevole prolungamento della vita media nel nostro Paese**, la medicina è spesso accusata di essere “disumana”, mentre la collettività sente frustrate le proprie attese di salute e di benessere. È essenziale quindi rinsaldare il rapporto medico - paziente spesso incrinato da giornali, tecnologia, burocrazia e anche da alcuni errori dei medici.




# Million Hearts™

## Il rapporto Medico-Paziente

È fondamentale perciò migliorare la comunicazione con i pazienti utilizzando linguaggi semplici e accessibili, coinvolgendoli maggiormente nella “cura” per aumentare la loro compliance, stabilendo per Loro la cura più appropriata fissata dalle linee guida, utilizzando infine le risorse sanitarie con saggezza in modo che siano efficienti ed eque.

In altre parole le nuove strategie non devono distrarre eccessivamente l'attenzione dai bisogni clinici dei singoli pazienti. È sempre necessario tener conto della tradizione clinica della Cardiologia senza rinunciare al calore umano e alla sensibilità nel rapporto quotidiano con i malati. Molte indagini strumentali proposte in passato hanno ceduto alla prova del tempo, ma pratiche come la raccolta razionale e intelligente della storia clinica e un accurato esame obiettivo non saranno mai superati. Ad esempio oggi il fonendoscopio è considerato uno strumento clinico o un simbolo? Ha sostituito lo specchio frontale come logo della moderna medicina ed è esibito come mai in passato: indossato attorno al collo o sulla spalla invece di rimanere ben nascosto nella tasca del camice. La perizia con cui lo strumento è usato, però tende ad essere inversamente proporzionale alla sua ostentata visibilità (Perloff NEJM 2001; 345: 612).

## La libertà clinica è finita?

Stiamo vivendo l'epoca dei grandi trials, ma il Cardiologo deve integrare le informazioni di questi studi con la realtà clinica del singolo malato. Anni fa Hampton su BMJ scrisse *che la libertà clinica è morta e nessuno sente il bisogno di rimpiangere il suo decesso.*

Questa affermazione di principio porta a ritenere che solo i risultati dei trial clinici devono essere considerati il nuovo standard scientifico di valutazione delle procedure preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative. Anche se i problemi e i limiti dei trial sono noti e numerosi, in particolare quando la ricerca è sostenuta dall'industria.

Popper e Lorenz nel “*Il futuro è aperto*” affermano che i medici *spesso sbagliano ma cercano di nascondere, però devono avere continuamente in chiaro quanto enorme sia quello che non sanno.* Ma nonostante la velocità di aggiornamento, Blalock nell'introduzione ad un meeting dell'ACC malinconicamente affermava che *“i progressi sono così rapidi che più corro velocemente, più resto indietro”.* A questa affermazioni aggiungiamo che spesso il Cardiologo è coinvolto in una serie continua di scelte e di decisioni complicate da situazioni cliniche mal strutturate relative a singoli pazienti. Ciò richiede un notevole grado di responsabilità, di impegno e di immaginazione nella ricerca di soluzioni e di decisioni adeguate a situazioni particolari

in un dato contesto clinico e su un particolare paziente. Perciò, a nostro parere, la libertà del clinico si esprime *nella ricerca del miglior mezzo diagnostico e delle cure più efficaci,* (secondo i canoni della relazione medico-paziente), *utilizzando con spirito critico i risultati dei trial scientifici.* In altre parole abbiamo bisogno di medici professionisti competenti che:

- possiedono conoscenze e competenze cliniche,
- prendano decisioni basate sulle prove,
- abbiano competenze manageriali,
- si interessino anche della politica sanitaria della propria Regione.

I costi crescenti della sanità e l'impossibilità di incrementi senza fine delle risorse economiche ripropongono il concetto che non basta che un esame sia utile o una cura sia efficace per decidere di praticarli incondizionatamente. È chiaro però che una trasposizione corretta dei grandi vasi con situs viscerum inversus in una donna asintomatica di 65 anni non può essere correttamente diagnosticata senza una risonanza magnetica nucleare (Figura 2) (Circulation 1999; 100: 777).

Tuttavia, come ha affermato l'OMS nel 2008, *finché il modello della malattia acuta dominerà il sistema delle cure, le spese della sanità continueranno ad aumentare, peraltro senza che la salute delle popolazioni progredisca.*





## Il caso indicativo della cardiopatia ischemica stabile

Quando rivascularizzare e quando praticare la terapia medica nei pazienti con cardiopatia ischemica

300: 1765) si pone l'accento sull'uso inappropriato della tecnologia e sulla cascata diagnostico-terapeutica. Infatti, negli Stati Uniti solo il 44.5% dei pazienti (variazioni regionali 22.1-70.6%) è sottoposto a test da sforzo

*rischi e benefici della cura che il medico però deve conoscere e illustrare al malato. In ogni caso bisogna riconoscere i limiti del sapere medico di fronte all'individualità di ogni malato, perché l'incertezza è la nostra*



*Medical Students Receiving an Anatomy Lesson (Dierstag J NEJM 208;359:221-224)*

## Il giovane cardiologo fra tecnologia e clinica: spunti per una riflessione

stabile? Il punto centrale non è se praticare la terapia medica o la rivascularizzazione, ma in quali pazienti e quando. Quelli con sintomi controllabili o con ischemia limitata possono essere gestiti in sicurezza con la terapia medica ottimale e continua. Viceversa, se la sintomatologia è severa o l'ischemia estesa, deve essere prospettata la rivascularizzazione. Ma i Cardiologi interventisti sono convinti della superiorità della PTCA anche quando le evidenze sono scarse. Invece su JAMA (2008;

nei 90 giorni precedenti una PTCA elettiva. Perciò la maggior parte dei pazienti con cardiopatia coronarica stabile non pratica test non invasivi prima di una PTCA elettiva; inoltre il 13% delle PTCA è inappropriato. Forow auspica *il coinvolgimento del paziente al momento di decidere se intraprendere una terapia di lunga durata quando la stessa non è rivolta ad alleviare la gravità della sintomatologia, ma piuttosto a prevenire recidive o la progressione della malattia. Un paziente coinvolto in questa decisione deve accettare*

dimensione quotidiana. Ad esempio, per giustificare uno screening, la probabilità pretest non deve essere troppo bassa, elevate invece la specificità e sensibilità del test, i test devono essere accessibili, semplici, economici, il risultato deve poter consentire una variazione di "management", la variazione del "management" dovrà essere efficace. **I costi ed i benefici** Il Piano Sanitario Nazionale prevede un patto di solidarietà per la salute i cui contraenti sono: cittadini, medici,

istituzioni. Per garantire a tutti un'assistenza adeguata, mantenendo costanti le risorse, il Piano ha posto alcune regole: efficacia, appropriatezza, rapporto costo/beneficio.

L'appropriatezza è la cosa giusta, al momento giusto, da parte di un operatore giusto, nella struttura giusta. In ogni caso i benefici di ogni pratica preventiva, diagnostica, terapeutica e riabilitativa devono superare i costi. Nell'equazione vanno però considerati non solo gli aspetti economici, ma anche la riduzione di morbilità e mortalità e gli effetti collaterali delle procedure.

Le risorse perciò saranno indirizzate a favore di quelle attività in grado di rispondere ai bisogni primari della gente; ma devono essere efficaci (in base alle evidenze scientifiche), appropriate (erogate a soggetti che ne possono trarre reale vantaggio), efficienti (scegliendo la procedura con il miglior rapporto costo/beneficio). Ciò delinea l'applicazione pratica della medicina basata sulle evidenze.

Begman afferma che *in linea generale nella pratica quotidiana, i medici, costretti dalla medicina difensiva, preferiscono prescrivere molte indagini diagnostiche costose e spesso non necessarie per evitare di mancare una diagnosi importante o a volte del tutto inesistente.*

Da evitare però che un 80enne asintomatico con stenosi carotidea al Doppler del 20%, diventi un paziente con controlli ecocardiografici semestrali.

#### **Prima la clinica**

Nei prossimi anni, la tecnologia e la terapia progrediranno ulteriormente

con l'applicazione della biologia molecolare e dell'ingegneria genetica ai problemi di salute che consentiranno di modificare i geni "cattivi". Ciò non deve farci dimenticare che il progresso tecnologico non va disgiunto dall'efficacia clinica dell'assistenza ospedaliera e territoriale. Anzi, con l'inoltrarsi nella selva tecnologica, l'approccio clinico di base deve diventare sempre più vitale. Spetta però ai medici il compito di salvaguardare il futuro della medicina, rinforzando l'importanza della qualità dell'anamnesi e dell'esame fisico del malato, incrementando la capacità di correlare i risultati della tecnologia con le situazioni cliniche individuali e cercando con Goodwin (illustre Cardiologo inglese) di *arrivare al fonendoscopia prima che all'ecocardiografo*, anche se, a nostro parere, l'ecocardiografia deve essere considerata l'estensione dell'esame clinico di un cardiopatico. E per estensione intendiamo l'esecuzione dell'indagine dopo e non prima dell'esame clinico come sovente accade in questi ultimi anni grazie ad ecocardiografisti disponibili. Insomma, nonostante i portentosi progressi della semeiotica strumentale, la medicina deve identificarsi con la clinica. La convinzione di molti Cardiologi e persino di molti malati che la tecnologia sia infallibile, procura una sensazione di sicurezza "infondata," perché la tecnologia non è sempre in grado di risolvere tutti i problemi. La clinica invece è la scienza dell'individuo e i Cardiologi

la devono utilizzare come indirizzo educativo ed assistenziale.

La scienza però è solo una delle componenti della "Cura", attenzione a non sopravvalutarla (S Quadrino).

#### **Il trionfo della prevenzione**

*Una persona "sana" è un malato che non sa di esserlo (J Romain, Knock 1929).*

L'educazione sanitaria alla salute cardiovascolare è una componente fondamentale della prevenzione in Cardiologia. Insegnare sane abitudini di vita è la chiave del successo, anche perché in questo modo si combatte il cosiddetto analfabetismo sanitario conseguente al basso livello delle conoscenze sulla salute cardiovascolare, così come la potenziale scarsa adesione dei soggetti ai programmi educazionali sullo stile di vita. La posta in gioco è molto alta per ritardare l'azione più a lungo. Il problema è urgente e potrebbe diventare una delle attività più gratificanti per la professione cardiologica.

*L'American Heart Association ha sviluppato il progetto Million Hearts (Figura 3) col fine di evitare 1.000.000 di infarti ed ictus nei prossimi 5 anni, puntando su ABCS (Aspirina, Cura dell'ipertensione, Colesterolemia, Fumo).*

La nostra Fondazione Heart Care Foundation dell'ANMCO impegnerà importanti risorse per l'educazione alla salute nelle scuole, perché la prevenzione primordiale rappresenta un cardine importante per favorire la salute cardiovascolare ideale nei giovani.

Le malattie cardiovascolari possono essere prevenute. Come è noto la mortalità cardiovascolare dagli anni





'60 è scesa, e circa il 55% di questa riduzione è attribuita alla prevenzione primaria e secondaria, nonostante i relativamente modesti investimenti

rispetto alla gestione della malattia acuta. Pertanto, tenuto conto dell'alto costo del trattamento delle malattie cardiache acute e croniche,

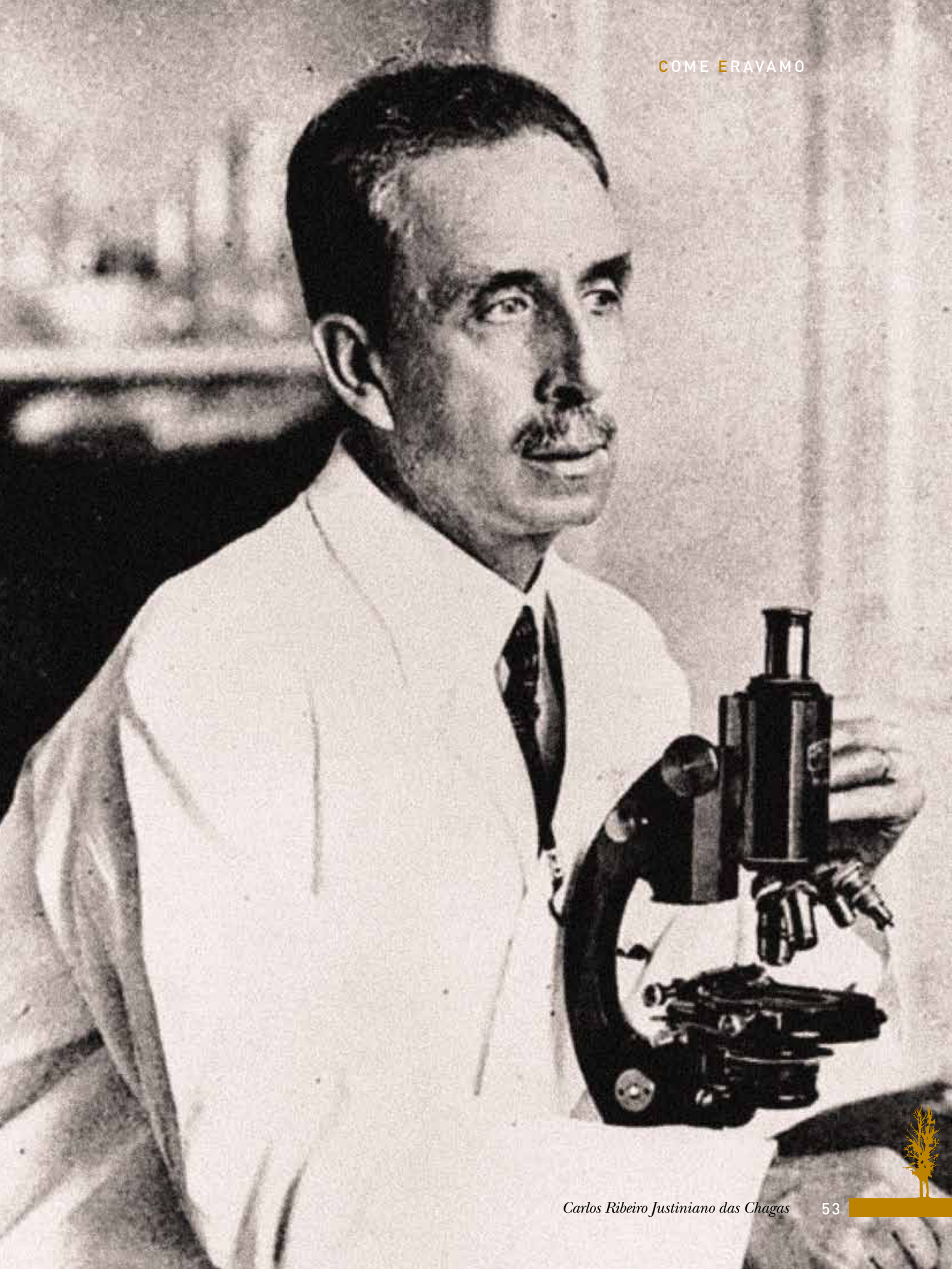
la prevenzione offre la possibilità di migliorare la salute con costi ridotti e può contribuire quindi a controllare l'espansione della spesa sanitaria. ♥

## ADDENDUM

### Quattordici ricette per un buon cardiologo:

1. Impegnarsi a fondo, se si vuol diventare cardiologi dovete essere certi;
2. Imparare l'inglese non balbettante;
3. Non far nulla che farebbe fare brutta figura alla macchina della verità (non rubare la ricerca o le idee degli altri);
4. Non accampare scuse, non incolpare gli altri;
5. Essere sempre puntuali;
6. Non darsi mai per malato;
7. Pigrizia, sciatteria e lentezza sono qualità cattive. Intraprendenza, ingegnosità, iperattività, aggressività (dolce) sono qualità buone;
8. Prepararsi ad ingiustizie di ogni sorta;
9. Aspettarsi sempre il peggio, buttare tutto alle spalle, non permettere che questa prospettiva negativa influenzi il rendimento;
10. Cercare di non mentire;
11. Evitare direttori o strutture che mandino "cattivo odore", stonerà nel curriculum;
12. Pensare al curriculum;
13. Leggere libri, giornali e riviste (non solo cardiologici);
14. Prendere la vita con umorismo.

Questi suggerimenti sono tratti da Kitchen Confidential di Antony Bourdain (Ed. Feltrinelli). Infatti, passando dalla gastronomia alla cardiologia le ricette del successo professionale sono le stesse ovunque





# Un centenario della Cardiologia: la malattia di Chagas

DI ELIGIO PICCOLO

L'onore e l'onere sono tutti brasiliani, l'uno per la scoperta, che è merito di Carlos Chagas, Medico dello Stato di Minas Gerais, l'altro per la gestione di una malattia endemica causata da un parassita, il tripanosoma cruzi, trasmesso da certe cimici diffuse soprattutto nell'ex colonia portoghese, e caratterizzata sia da fasi acute che croniche, entrambe pericolose per la vita degli infettati. Ho detto onore e onere tutti brasiliani, ma se fossi a Buenos Aires mi dovrei forse cautelare perché da quelle parti vantano con orgoglio i fondamentali contributi di un loro medico batteriologo, Salvador Mazza, i cui genitori peraltro venivano da Palermo, al quale si devono alcune interessanti osservazioni della prima fase della malattia. In Argentina corre nei testi come morbo di Chagas - Mazza. Noi italiani passiamo sopra a certe primogeniture, anche perché siamo abituati da Napoleone in poi a farci derubare di tutto e di più, ma gli argentini, che sono neofiti, ne fanno una questione vitale, come per il tango. Tornando al

brasiliano Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, nome pomposo che fa pensare a certe scappellate di spagnolesca memoria, era invece uno scienziato di tutto piglio e serietà scientifica avendo dedicato la vita a studiare quell'"insetto ematofago notturno" che succhiava il sangue e infettava i poveri abitanti del Sud - Est brasiliano. Lo catturò e lo identificò come il *Conorhinus Megistus*, scoprendo nella sua cloaca i parassiti responsabili della malattia, il famoso Tripanosoma Cruzi. Il cruzi ce lo mise lui stesso per onorare il suo maestro Oswaldo Cruz, fondatore dell'Istituto di Rio de Janeiro dove Chagas si formò. La scoperta del probabile agente patogeno soddisfaceva a quel punto uno dei presupposti della triade di Koch per la diagnosi di certezza della malattia infettiva, il secondo lo ottenne osservando il parassita nel sangue della febbricitante Berenice, una povera bimba di due anni che gli portarono per curarla, e il terzo fu conseguito quando poté riprodurre la malattia negli animali inocolandovi il tripanosoma. Ma perché la

malattia di Chagas dev'essere oggi onorata come un centenario della Cardiologia? Perché fu comunicata all'Academia Nacional de Medicina di Rio de Janeiro circa 100 anni fa e perché colpisce nella sua fase cronica il cuore, talvolta anche se la terapia della fase acuta è stata efficace a superare le febbri e le adenopatie. Il muscolo cardiaco, attraverso meccanismi immunitari non ancora ben conosciuti, subisce distruzioni e cicatrizzazioni più o meno importanti, che lo possono rendere insufficiente, ma soprattutto sede per il fenomeno del rientro di aritmie ventricolari pericolose per la vita. Vi si descrivono, oltre a vari blocchi, crisi tachicardiche così violente da coniarvi il termine di tempeste aritmiche, l'arrhythmias storm degli autori inglesi. Non ci sono purtroppo terapie specifiche per questi casi sfortunati e quindi il cardiologo si deve destreggiare tra i vari farmaci palliativi, il defibrillatore impiantabile e addirittura il trapianto di cuore. Il popolo brasiliano, per come l'ho conosciuto attraverso tanti colleghi, è decisamente nazionalista e giustamente orgoglioso delle sue



Lo Stato brasiliano di Minas Gerais



viaggi nei mari del sud. Quando lo scopritore della teoria evolutivistica morì (1882) la malattia di Chagas non era ancora conosciuta, e poiché da alcuni sintomi della sua lunga malattia qualcuno pose il sospetto che l'avesse contratta, in anni recenti è stato chiesto alle autorità dell'Abbazia di Westminster, dove le spoglie di Darwin riposano, di poter ricercare in esse il DNA del parassita. Il permesso non fu accordato e quindi il dubbio ancora rimane. Chagas chiuse la sua vita nel 1934 a 55 anni per un infarto e mi sorprende che nessuno abbia finora sbrigliato la sua fantasia nell'ipotizzare che anche lui fosse rimasto vittima della sua tripanosomiasi, posto che alcuni quadri elettrocardiografici della malattia di Chagas sono indistinguibili da quelli dell'infarto coronarico. ♥

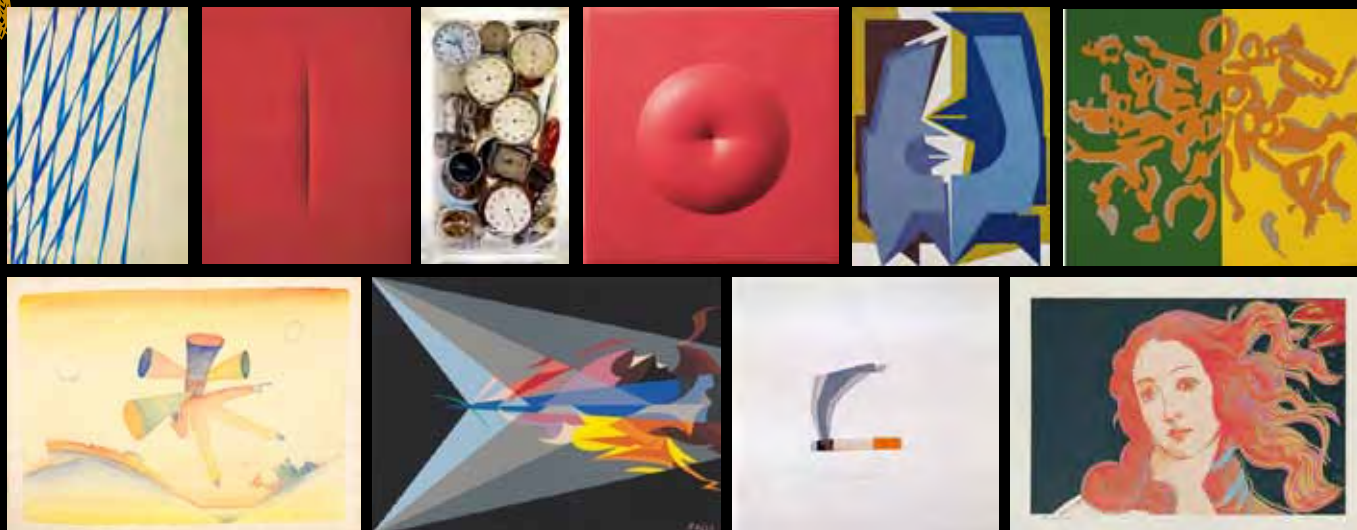
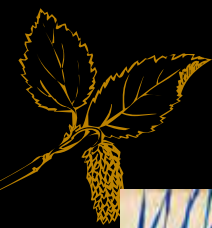
tradizioni e dei personaggi che hanno dato lustro a quel grande paese, ma se uno pensasse che Chagas, oggi onorato laggiù con targhe, Istituti e perfino con nomi di città, avesse avuto la vita facile si sbaglierebbe. Egli scriveva al collega argentino Mazza: «C'è un disegno nefasto nello studio della Tripanosomiasi. Ogni lavoro, ogni ricerca punta il dito verso una popolazione mal nutrita che vive in cattive condizioni; denuncia un problema economico e sociale, che ai governanti causa tremendo fastidio poiché costituisce la testimonianza della loro incapacità a risolvere i gravi problemi...È un problema di parassiti che vivono e invadono le abitazioni malsane e sudice... senza speranza di ottenere collaborazioni nell'orizzonte sociale. Se parli di questa malattia avrai

il governo contro». Il tripanosoma scoperto da Chagas pare abbia a sua volta una lunga storia che va dalla identificazione del suo DNA nelle mummie egizie di 9.000 anni or sono fino all'ipotesi che un illustre paziente, lo scienziato Charles Darwin, sia stato punto da quelle cimici durante uno dei suoi tanti



Zone endemiche della malattia di Chagas





Un decalogo artistico per il Cardiologo

# 10 consigli d'autore nella cura dello STEMI

DI STEFANO DE SERVI

**L**a rete per l'infarto miocardico è lo standard di cura attuale per lo STEMI. Il suo scopo è quello di garantire a tutti i pazienti pari opportunità di accesso alle procedure di riperfusione coronarica, riducendo i tempi pre - ospedalieri. Importante è anche la massima attenzione ai tempi intraospedalieri e la periodica verifica del percorso organizzativo all'interno della propria struttura. L'angioplastica primaria

è il cardine del trattamento riperfusivo: deve essere eseguita evitando i sanguinamenti; utilizzando i farmaci raccomandati dalle Linee Guida, in particolare i nuovi inibitori orali del recettore piastrinico P2Y12, non escludendo i pazienti più fragili che ne possono altamente beneficiare; limitandosi nella fase acuta alla sola riapertura del vaso colpevole, ad eccezione dei pazienti in shock. Il paziente va clinicamente seguito anche

dopo la dimissione, possibilmente in ambulatori dedicati, riducendone i fattori di rischio e, se presente, l'abitudine al fumo. La terapia dello STEMI è stata rivoluzionata negli ultimi anni consentendo una significativa riduzione di mortalità. La storia di questa "rivoluzione" è emblematica di quanto la tenacia di clinici e ricercatori possa sovvertire, con la forza dell'evidenza dei dati, antichi assiomi e pregiudizi. ♥



1

**COORDINARSI CON LA RETE LOCALE PER L'EMERGENZA - URGENZA**

*RETICOLO, 1986  
Piero Dorazio  
Roma 1927 - Todi (PG) 2005*



6

**NON RIFIUTARE LA PCI PRIMARIA AI PAZIENTI PIÙ FRAGILI**

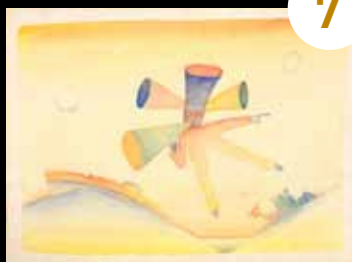
*ARGINE CHE CONTIENE SOLI, 1989  
Carla Accardi  
Trapani 1924*



2

**RIDURRE I TEMPI INTRAOSPEDALIERI PRIMA DELLA PCI PRIMARIA**

*ATTESA, 1965  
Lucio Fontana  
Rosario Santa Fe' 1899  
Varese 1968*



7

**EVITARE I VIRTUOSISMI IN SALA EMODINAMICA**

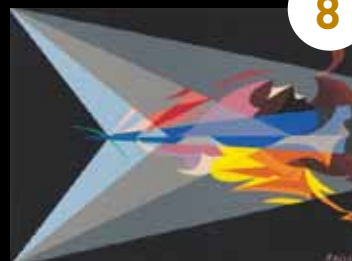
*LE MAGICIEN, 1975  
Jean Michel Folon,  
Bruxelles 1934 - Monaco 2005*



3

**CONTROLLARE PERIODICAMENTE I TEMPI INTRAOSPEDALIERI DELLA PROPRIA STRUTTURA**

*UNTITLED, 1972  
Arman  
Nizza 1928 - New York 2005*



8

**FARE PREVENZIONE SECONDARIA**

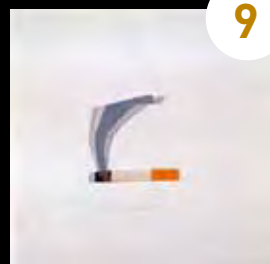
*SCIENZA CONTRO OSCURANTISMO, 1920  
Giacomo Balla  
Torino 1871 - Roma 1958*



4

**EVITARE I SANGUINAMENTI**

*ROSSO, 1965  
Agostino Bonalumi  
Vimercate (MI) 1935*



9

**NON DIMENTICARE IL COUNSELING ANTI-FUMO**

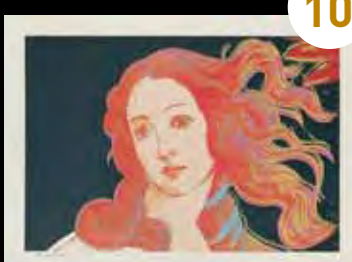
*SMOKING CIGARETTE, 1998  
Tom Wesselmann  
Cincinnati (Ohio) 1931  
New York 2004*



5

**USARE I NUOVI ANTAGONISTI DEL RECETTORE PIASTRINICO P2Y12**

*FORME ANTAGONISTE, 1992  
Gualtiero Nativi  
Pistoia 1921  
Greve in Chianti (FI) 1999*



10

**ESSERE APERTI AL NUOVO**

*BIRTH OF VENUS, 1984  
Andy Warhol  
Pittsburg (USA) 1928  
New York 1987*





# Omaggio a Rocca Imperiale

DI ANGELO MINGRONE

**C**hissà quanti, come me, percorrendo alla sera, di ritorno da un lungo viaggio, la veloce superstrada, ormai a quattro corsie, che da Taranto porta a Rossano e Crotona, avranno notato, appena in territorio calabrese, quella Rocca massiccia e composta mentre una splendida luna piena e una stella satellite, cui essa si accompagna, la illuminano, assai più delle scintillanti luci serali che la circondano, facendola sembrare simile ad un presepe dorato; chissà quanti, dicevo, l'avranno notata e avranno pensato a quel posto come ad un paese di sogno, degno di una moderna cronaca di Narnia. Così vicino, eppure così lontano. Perché a nessun viaggiatore, stanco e desideroso di rientrare a casa al più presto, sarà passato per la mente di svoltare

a destra per andare a visitarlo. Il viaggiatore si sarà sicuramente ripromesso di farlo, per poi permettere che la routine quotidiana, gli impegni lavorativi senza sosta, e lo stress di ogni giorno lasciassero cadere questo proponimento nel dimenticatoio. Un giorno qualcuno ti racconta di esserci andato, di essere salito in cima alla Rocca superba, di averne conosciuto i segreti nascosti (una parte, certo, certo), e di aver fatto pure visita allo splendido museo delle cere che questo paesello ospita. Ed ecco allora che il vecchio proponimento prende nuovamente vita: e non si fa alcuna fatica a convincere un gruppo di amici a liberarsi da ogni impegno per la prossima domenica, e a decidere in quattro e quattr'otto di recarvisi. Arrivare a Rocca Imperiale è piuttosto

semplice, non c'è bisogno di studiare il percorso su Google Maps, o informarsi preventivamente su un buon ristorante, cosa a cui quelli più prosaici tra noi tengono particolarmente (sono pochi, ma tutti ottimi). Dallo svincolo sulla superstrada, la strada che porta in cima al Paese e cioè alla Rocca dista solo pochi chilometri (ma attenti agli autovelox! Se vi fregano, come è successo a me, la gita viene a costare il doppio o il triplo. Di questi tempi, sai...). Le strade sono pulite ed ordinate, le abitazioni tutte abbarbicate attorno al Castello, linde, piacevoli a vedersi, e decorose; è facile trovare un parcheggio, semplice dirigersi all'ingresso della Rocca dove ad attenderci troviamo la bravissima e preparatissima Maria Rosaria Oriolo, e la sua

collega Filo Rago. Ci portano a visitare la Rocca che è una costruzione veramente imponente, grandiosa, tale da abbracciare idealmente nella sua estensione tutta la cittadina sottostante. Dalla Rocca, poi, si gode di un panorama mozzafiato, paragonabile agli spettacoli più belli che ognuno di noi ha visto in vita sua. Il mare calmo azzurro ed infinito del Golfo di Taranto, l'orizzonte della vista che spazia da Taranto (di cui è possibile notare anche il faro, a Capo Punta Alice), e poi le città vicine, Rotondella, Canna, Nocera e altre. Questa spettacolo da solo merita la visita della cittadina. Dalla parte opposta al mare uliveti, vigneti, macchia mediterranea, illuminati dal cielo azzurro di una bella giornata di sole, a dispetto della stagione autunnale. Maria Rosaria ci racconta la storia del Castello, dapprima residenza insieme ad altre 200 costruzioni poste tra Puglia e Sicilia, di Federico II di Svevia, l'imperatore Stupor mundi, il quale utilizzava la rocca per una notte o due durante i suoi spostamenti (e non si può certo dire che si facesse mancare qualcosa). La imponente cinta muraria, il ponte levatoio, il bastione federiciano sono alcune delle vestigie della costruzione medievale. Nel 1487 Alfonso d'Aragona apportò delle modifiche a questa già imponente costruzione. Lo fece per far fronte alle continue e sanguinose invasioni di Turchi e turcheschi,

causa sovente di devastazioni immani che hanno interessato tutta la costa ionica. Alfonso d'Aragona trasformò i due ponti levatoi in strutture murarie, fortificò le mura di cinta, il bastione di difesa detto cittadella e costruì tre torri di avvistamento: la torre di sud-est, la torre polveriera e la torre dalla forma amigdaloidale rivolta a nord ovest dalla parte opposte al mare, da dove occorreva difendersi dalle invasioni dei pirati, come per gli altri lati del castello. Nel 1700 con l'arrivo dei Duchi Crivelli, feudatari di Napoli, la fortezza militare venne trasformata in castello residenziale con l'aggiunta del Palazzo superiore. Tutte le ricchezze in esso contenute, arredi, armature infissi e che avevano abbellito in sommo grado il castello vennero vendute con la caduta del feudalesimo, e la Rocca rischiò di andare in rovina. Successivi passaggi furono l'acquisto della rocca da parte di alcune famiglie nobili del posto, e, finalmente, nel 1998 il passaggio al Comune di questo bene e il tentativo a più riprese di restaurarlo e di metterlo a disposizione dei turisti interessati a visitarlo. Queste, e tante altre notizie, che per brevità ometto, possono essere conosciute grazie alle brave guide. Tanti racconti e tante leggende si raccontano sulla Rocca. Per esempio che essa fu una delle poche ad essere inespugnata durante

la terribile invasione dei Turchi del 1644. In occasione di questa cruenta scorreria tutte le fortificazioni poste a salvaguardia delle popolazioni costiere vennero conquistate dagli invasori, e intere popolazioni distrutte e decimate. Ma Rocca Imperiale resistette. Dalle feritoie dei merli del castello migliaia di dardi avvelenati colpirono gli invasori, dalle calatoie fiumi di pece e olio bollente fermarono l'impeto dei assalitori, e infine le preghiere accorate e incessanti alla Madonna della Nova e la intensa devozione dei rocchesi e delle rocchese riuscirono nell'impresa unica di impedire all'esercito straniero di prevalere. Da quel dì la Madonna della Nova viene venerata tutti gli anni a Rocca Imperiale. Dopo la Rocca merita senz'altro di essere visitata la Chiesa Madre, con lo splendido polittico posto posteriormente all'altare. E il crocefisso posto sulla navata laterale, da una costola del quale il 31 agosto 1691 sgorgò il sangue del Salvatore. Infine il Museo delle Cere. Ospitato al piano superiore del monastero dei frati osservanti di Rocca Imperiale, nasce da una idea del suo inventore, il geniale professore Giuseppe Tufaro, il quale è anche direttore d'orchestra e con tecnica innovativa ed originale ha costruito di persona tutte le statue di cera presenti. Davvero tante. Sono rappresentati molte personalità famose a comincia-





re da Federico II di Svevia, personaggi contemporanei come Mussolini, De Gasperi, Madre Teresa di Calcutta, Rita Levi Montalcini, papa Wojtyła, Padre Pio da Pietrelcina (finalmente in posa sorridente e non accigliata), poi gli apostoli e Cristo durante l'ultima cena, la Sacra Famiglia, ed altre ancora. Tutte straordinariamente somiglianti e tutte volte a rappresentare un particolare momento della vita del personaggio in cera: Federico II nel momento di massimo splendore del suo Regno, Mussolini in posa,

orgoglioso dei successi che la campagna del grano sta raccogliendo, ecc. Chi volesse documentarsi non ha che da visitare i tanti siti internet che ne raccontano in dettaglio tutte le caratteristiche. Però leggere delle informazioni via web non è esattamente la stessa cosa che visitare fisicamente il museo delle cere, conoscere di persona il suo geniale inventore, farsi raccontare da lui tanti aneddoti intorno a ciascuno dei personaggi rappresentati. Alcuni di essi hanno radici strettamente locali, e sono forse quelli che affascinano di più: la nonna paterna di Tufaro, e il pluridecorato soldato Francesco Mesce. La nonna paterna dell'artista è ritratta in modo straordinariamente somigliante. Veste gli abiti di una contadina che vive nelle nostre terre a cavallo tra 1800 e 1900: i tratti del volto, scavati da rughe evidenti alla fronte e sotto gli zigomi, la rima buccale chiusa e, direi, serrata, e persino le rime palpebrali del personaggio raccontano dei sacrifici immani cui la gente delle nostre parti si sottoponeva per aiutare la propria famiglia fino a non moltissimi anni fa. Ella alla nascita (che sfortunatamente fu causa della morte di parto della madre) ebbe in dono dal padre un crocefisso che la tenne in perfetta salute fino a 96 anni quando si spense serenamente dopo una vita di sacrifici: niente e nessuno poteva separarla dal piccolo crocefisso in legno, e

quando ella morì il crocefisso scomparve misteriosamente, e non fu mai più ritrovato. Il soldato Francesco Mesce di Trebisacce, bravissimo artificiere, di Trebisacce, che morì nel tentativo di far brillare una mina posta su un ponte del territorio di Rocca Imperiale. Ed altro ed altro ancora. Nello stesso monastero sono ospitati tanti altri musei, il Museo Marino, il Museo mineralogico, il museo araldico. Contribuiscono ad arricchire questa perla così vicina eppure così distante da noi tutti. Senonché all'inizio del racconto dell'ultimo succoso aneddoto, qualcuno tra i più prosaici di noi, ripete ancora una volta che è ora di andare a pranzo. E così dobbiamo por fine all'assunzione del nostro cibo culturale. Non importa faremo alla prossima visita. Penso davvero che la valga la pena visitare questo delizioso borgo, percorrere le stradine e le piazze dove si trovano le steli di famosi poeti e poetesse del novecento (Dacia Maraini, Alda Merini e altri), dove il prossimo 8 dicembre si terrà un festival sulla poesia, cui partecipa anche Maria Rosaria Oriolo, visitare Rocca e Museo. Al Termine della visita culturale ristoranti accoglienti, dai nomi allettanti, possono soddisfare anche le pretese più eccentriche, a prezzi contenuti. Consigliamo a tutti Cruschi e Iommarelli. ♥



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus



# Meeting Nazionale ANMCO 50

Venezia Mestre  
**13-14 aprile 2013**

Da 50 anni  
pensiamo  
al cuore  
1963 - 2013



ISO 9001  
BUREAU VERITAS  
Certification

