

Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

A Montepulciano "una corsa per il Tuo cuore"

Buon Compleanno, TAVI!

Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della Ricerca clinica

"Timing" chirurgico dell'IM organica severa in pazienti asintomatici

Area Cardiolmaging: proposte, idee e progetti

A proposito di... appropriatezza

I nuovi Corsi ACC - HF - Sim&CRM per allenare un team efficace!

Area Scopenso Cardiaco: appuntamento al Congresso ANMCO!

Convegno MUMA: a Chieti per i 50 anni dell'ANMCO

Cardiopatia ischemica: indagine ambulatoriale

Cronaca di due giorni di lavori congressuali nel cuore di Roma

L'Ecocardiografia in emergenza urgenza

Responsabilità medica: è tempo di comprendersi

Decreto Balduzzi: una legge per la colpa medica?

Il Cuore nel Quattrocento

Trapianti di cuore e... "di cervello"



Da 50 anni
pensiamo
al cuore

1963 - 2013

MARZO • APRILE 2013 N°192

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**





In copertina illustrazione di Arianna D'Angelo

N. 192 marzo - aprile 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 Capobianchi
Furio Colivicchi
Annamaria Iorio

Redazione
Simonetta Ricci
Luana Di Fabrizio
E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

ANMCO
Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055/51011 - Fax 055/5101350
segreteria@anmco.it
www.anmco.it

Direttore Responsabile
Gennaro Santoro

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl

Stampa
Tipografia Il Bandino - Firenze

Progetto Grafico e Impaginazione
Studio Mirannalti - www.mirannalti.it



HCF RISPONDE
A Montepulciano, per i 50 anni dell'ANMCO, "Una corsa per il Tuo cuore"
di Franco Bui

p. 3

DAL COMITATO SCIENTIFICO
Buon Compleanno, TAVI!
di Arnaldo Poli e Stefano De Servi

p. 7

DAL CENTRO STUDI
La formazione per la Ricerca clinica. p11
"Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della Ricerca clinica", Ed. 2013-2014
di Aldo Pietro Maggioni, Martina Ceseri, Laura Cipressa

DALLE AREE
AREA CARDIOCHIRURGIA
Il "timing" chirurgico dell'insufficienza p.15
mitralica organica severa in pazienti asintomatici: una sfida sempre attuale
di Giuseppe Di Benedetto, Rodolfo Citro, Antonello Panza, Severino Iesu

AREA CARDIOIMAGING
Proposte, idee e progetti dell'Area Cardiolmaging
di Alberto Roghi e Fausto Rigo

p.20

AREA MANAGEMENT & QUALITA'
A proposito di... appropriatezza
di Quinto Tozzi

p.23



AREA NURSING
Formazione multiprofessionale e multidisciplinare in area critica: i nuovi corsi ACC - HF - Sim&CRM per allenare un team efficace!
a cura dell'Area Nursing ANMCO e della Faculty Nazionale dei Corsi ACC - HFSim&CRM

p.30



AREA SCOMPENSO CARDIACO
La Riunione dell'Area Scompensato Cardiac nel prossimo Congresso Nazionale. Proposte e suggerimenti da parte degli Iscritti all'Area
di Giulia Russo e Giuseppe Di Tano

p. 33



DALLE REGIONI

ABRUZZO

Convegno ANMCO Macroregione Marche Umbria Molise Abruzzo: la Cardiologia che ci unisce. Appuntamento a Chieti per i 50 anni dell'ANMCO
di Massimo Pasquale



BASILICATA

Cardiopatia ischemica: indagine ambulatoriale
di Maria Maddalena De Francesco, Francesco Paolo Calciano, Antonio Cardinale, Raffaella Scalcone

LAZIO

Cronaca di due giorni di lavori congressuali nel cuore di Roma
di Stefania Angela Di Fusco, Fabio Ferranti e Massimo Uguccioni

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

L'Ecocardiografia in emergenza urgenza
di Angelo Sante Bongo e Federico Nardi



TOSCANA

Responsabilità medica: è tempo di comprendersi
di Alessio Lilli e Tiziana Giovannini

IL PARERE LEGALE

Decreto Balduzzi: una legge per la colpa medica?
di Ornella Mafri

COME ERAVAMO



Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare.
Il Cuore nel Quattrocento
di Maurizio Giuseppe Abrignani

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Trapianti di cuore e... "di cervello"
di Eligio Piccolo



A Montepulciano, per i 50 anni dell'ANMCO, "una corsa per il Tuo cuore" Di corsa tra i gioielli del Rinascimento per l'ANMCO

DI FRANCO BUI





In occasione del 50° anniversario della nascita dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, anche dal sud della Toscana giunge un segnale forte di partecipazione. Sabato 13 aprile, nel cuore della città rinascimentale di Montepulciano, gioiello situato in provincia di Siena, il compleanno dell'ANMCO sarà festeggiato con una manifestazione che coniugherà l'aspetto sportivo con quello ricreativo e culturale. Si tratta di "Una corsa *per il Tuo cuore*", gara podistica e passeggiata non competitiva (quest'ultima aperta a tutti), nata da un'idea dell'Unità Operativa di Cardiologia degli Ospedali Riuniti della Valdichiana e immediatamente condivisa dalla Direzione dell'Azienda USL7 di Siena e dal Comune di Montepulciano.

L'importanza di uno stile di vita sano

Nel pieno della primavera, quando le colline toscane esplodono di vitalità e colori e i capolavori dell'architettura cinquecentesca, situati ad un passo da quell'affascinante paesaggio, risplendono di stile ed eleganza, centinaia di gambe si metteranno in movimento per sottolineare il legame tra il territorio e la Cardiologia e per riaffermare l'importanza di uno stile di vita sano come primo fattore di prevenzione cardiovascolare. La proposta dei Cardiologi di Nottola, finalizzata anche alla raccolta di fondi a sostegno della Fondazione "per il Tuo cuore", ha trovato immediato riscontro in numerosi partner, incoraggiando i suoi sostenitori.

I partner dell'iniziativa

Il Comune metterà a disposizione alcuni suoi servizi per la

comunicazione dell'evento e per l'organizzazione e la logistica. L'idea ha subito contagiato anche le Associazioni sportive presenti sul territorio che praticano la corsa e dunque il coordinamento tra Atletica Sinalunga, La Chianina Running di Montepulciano Stazione e il gruppo GISP - UISP di Chianciano Terme garantirà alla manifestazione una impeccabile cornice tecnica.

Corsa, che passione!

D'altra parte la corsa è una delle attività sportive maggiormente praticate nell'area della Val di Chiana senese, può contare su centinaia di adepti, trova riscontro anche in una manifestazione folkloristica di risonanza nazionale come il Bravio delle Botti, ed è sembrato dunque quasi naturale che per celebrare il mezzo secolo di vita dell'ANMCO si facesse riferimento ad un'attività che

esprime una delle vocazioni atletiche del territorio.

La formula dell'evento

Molto suggestivi gli itinerari messi a punto dagli organizzatori. I top - runner si contenderanno la vittoria lungo un percorso che, dopo essersi inerpicato nel centro storico di Montepulciano, sulla pietra serena, fino a Piazza Grande, scenderà verso le campagne, lambendo il Tempio di San Biagio e addentrandosi lungo i sentieri che attraversano le vigne che regalano lo straordinario Vino Nobile, rosso a Denominazione di Origine Controllata e Garantita. Il percorso non competitivo consentirà invece ai partecipanti di approfondire la propria conoscenza del centro storico di Montepulciano, dove si riconosce la mano dei più grandi architetti del '500 e '600, e di alcuni angoli meno noti di questa sorta di



UNA CORSA "per il tuo cuore"

13 APRILE 2013

MONTEPULCIANO (SI)



Sezione Regionale Toscana



Il Reparto di Cardiologia degli Ospedali Riuniti della Valdichiana, a Montepulciano, e la Direzione della USL7 di Siena propongono una manifestazione podistica per celebrare i 50 anni dell'ANMCO e per sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi della prevenzione del rischio cardiovascolare

vascello di pietra e mattoni adagiato su una collina al confine tra la Val di Chiana e la Val d'Orcia. Senza mai perdere il ritmo della camminata, le guide messe a disposizione dalla Strada del Vino Nobile e dalla Pro Loco, i due enti di promozione turistica attivi sul territorio, illustreranno palazzi e monumenti e condurranno poi il gruppo nei vicoli che tagliano il fianco della collina, alla scoperta di bellezze e curiosità meno evidenti. All'arrivo in Piazza Grande sarà possibile visitare le cantine monumentali in cui invecchia il Vino Nobile, affinandosi e aumentando il suo pregio, che rappresentano un'altra delle unicità di questa piccola - grande città. **Camminare per vivere a fondo l'ambiente**
L'iniziativa si inserisca a meraviglia

nell'ambito di quelle promosse dalla Fondazione "per il Tuo cuore" perché promuove uno stile di vita sano, perché raccoglie e amplifica una passione diffusa sul territorio come quella per la corsa e perché coniuga la sensibilizzazione sui temi della salute e della cura cardiovascolare con la promozione di un territorio di eccezionale pregio. La corsa, la camminata, sono il modo migliore per "vivere" a fondo l'ambiente, apprezzandone i pregi e rispettandone le peculiarità. La corsa rinfranca il corpo e lo spirito e con il suo ritmo si intona perfettamente al battito cardiaco. **L'incontro con la cittadinanza**
Sarà una festosa occasione di incontro tra il personale, medici e non, che opera agli Ospedali Riuniti della Valdichiana e la cittadinanza; il monoblocco di Nottola è





profondamente inserito nel tessuto sociale e la Cardiologia, storicamente una delle prime specializzazioni presenti nel Sistema Sanitario locale, da sempre rappresenta un punto di riferimento importante per i cittadini. Ci aspettiamo validi podisti, famiglie, ma a noi si potranno unire anche turisti ed eno - appassionati ai quali confermeremo che, in modesta quantità, un vino rosso di ottima qualità come il Nobile è un valido fattore di prevenzione del rischio cardiovascolare.

Il ringraziamento va naturalmente a tutti i partner dell'iniziativa che hanno condiviso il progetto ma anche ai Colleghi e a tutto il personale della Cardiologia che collabora e partecipa all'evento.

Il personale medico della Cardiologia di Nottola: Dott. Franco Bui (Responsabile); Dott. Giovanni Prete; Dott. Ernesto Casorelli; Dott. Umberto Giannotti; Dott.ssa Jessica Attene; Dott. Roberto Iadicola, Dott. Giuseppe Bidi. La

partecipazione è libera, è possibile iscriversi sul posto, il giorno stesso della gara, oppure inviando una mail a info@atleticasinalunga.it. Per informazioni telefonare al 368/3156996, Massimo Tiezzi. Il ritrovo è fissato per le 14.30 in Piazza S. Agnese, a Montepulciano. La partenza è prevista alle ore 15.30. Ai partecipanti saranno distribuiti i gadget della Fondazione "per il Tuo cuore". ♥



Buon Compleanno, TAVI!

La sostituzione percutanea della valvola aortica ha operato una vera rivoluzione nel trattamento del paziente anziano

DI ARNALDO POLI E STEFANO DE SERVI

La sostituzione transcateretere della valvola aortica (TAVI) per il trattamento della stenosi valvolare severa sintomatica ha ormai terminato il suo undicesimo anno di utilizzo. Da quando, il 16 aprile 2002 Alain Cribrier eseguì il primo intervento di TAVI in un uomo di 57 anni non più candidabile alla chirurgia tradizionale, la tecnica ha generato grande entusiasmo ed è stata applicata, pur nell'iniziale assenza di solide evidenze scientifiche e attraverso continue evoluzioni tecniche, in un numero sempre crescente di pazienti superando attualmente i 50.000 impianti nel mondo.

Quali risultati abbiamo ottenuto?

L'esperienza maggiore deriva dall'utilizzo di due valvole: la Medtronic Core - Valve e la Edwards Sapien. La prima è una valvola autoespandibile in nitilolo, compatibile, per tutte le misure disponibili (diametri da 23 a 31 mm), con un introduttore 18 F (French = 0.33 mm) per gli accessi trans - femorale, trans - succlavio e trans - aortico. La seconda è una valvola "balloon - expandable" che, per via femorale, è evoluta da una versione (THV) compatibile con introduttori

di 22 e 24 F, ad una (XT) utilizzabile con introduttori più piccoli, da 16 a 19 F in rapporto ai diametri utilizzati (da 23 a 29 mm). I dati disponibili in letteratura derivano principalmente da registri nazionali ed internazionali e dai due Studi PARTNER che hanno utilizzato la valvola Edwards Sapien THV. I registri hanno evidenziato, con buona riproducibilità e per entrambi i dispositivi, un successo procedurale (impianto di una valvola funzionante in un paziente sopravvissuto alla procedura) superiore al 96%. La

Da quando, il 16 aprile 2002 Alain Cribrier eseguì il primo intervento di TAVI in un uomo di 57 anni, la tecnica ha generato grande entusiasmo ed è stata applicata in un numero crescente di pazienti superando i 50.000 impianti nel mondo

TAVI è risultata inoltre sicura con una mortalità a 30 giorni variabile tra il 5 ed il 10% nelle varie casistiche, condizionata prevalentemente dalle complicanze procedurali. La mortalità ad un anno è risultata invece compresa tra il 20% ed il 31%, dipendendo soprattutto dalle comorbidità associate alla età avanzata. Questi dati sono stati sostanzialmente confermati nei due trial paralleli PARTNER. Il PARTNER coorte A (699 pz ad elevato rischio chirurgico, randomizzati a TAVI trans - femorale/trans - apicale nei confronti della chirurgia tradizionale) ha evidenziato per la TAVI una mortalità inferiore, per quanto non statisticamente significativa, sia a 30 giorni (3.4% vs 6.5%, $P = 0.07$) che ad un anno (24.2% vs 26.8%, $p = 0.44$), in grado comunque di soddisfare i criteri di non inferiorità prefissati nello studio rispetto alla soluzione chirurgica. Nello Studio PARTNER coorte B (358 pz inoperabili randomizzati a TAVI per via transfemorale nei confronti della sola terapia medica) la mortalità con TAVI a 30 giorni e ad un anno è risultata pari al 6.4% e 30.7% rispettivamente. La TAVI ha tuttavia comportato una riduzione assoluta del 20% della mortalità ad un anno rispetto alla





terapia medica (50.7%) soddisfacendo i criteri statistici di superiorità.

Linee Guida europee

Sulla base di questi dati le Società Europee di Cardiologia e di Cardiochirurgia hanno recentemente rielaborato le raccomandazioni all'utilizzo della TAVI (Figura 1). La TAVI è indicata nei pazienti con stenosi valvolare aortica severa e sintomatica giudicati inoperabili (Classe I, Livello B) e può essere considerata in alternativa alla chirurgia nei pazienti ad elevato rischio chirurgico (Logistic Euroscore > 20%, STS score >10%) o in quelli che, pur con indici più bassi, a parere di un team multidisciplinare, mostrino caratteristiche cliniche ed anatomiche tali da rendere la chirurgia a rischio più elevato (Classe IIa, Livello B).

Espansione dell'utilizzo della TAVI? Necessaria e giustificabile?

Se si parte dall'analisi del tasso di mortalità ad un anno ottenuto con TAVI (20 - 30%) nell'ambito dei pazienti inoperabili o ad elevato rischio chirurgico, ci accorgiamo che, pur essendo questo dato inferiore rispetto al trattamento medico, stiamo trattando un gruppo di pazienti con notevoli comorbilità la cui attesa di vita è per ovvi motivi molto limitata. Questi dati tuttavia fanno ipotizzare che i reali vantaggi della TAVI rispetto alla chirurgia potrebbero essere individuati nei pazienti meno compromessi come quelli a rischio intermedio. Nella realtà infatti si sta assistendo, almeno in Europa, ad un rapido e progressivo aumento dell'utilizzo della TAVI: soprattutto in Germania le TAVI rappresentano il

Figura 1

Table 1 | Recommendations for the use of transcatheter aortic valve implantation

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref ^c
TAVI should only be undertaken with a multidisciplinary 'heart team' including cardiologists and cardiac surgeons and other specialists if necessary.	I	C	
TAVI should only be performed in hospitals with cardiac surgery on-site.	I	C	
TAVI is indicated in patients with severe symptomatic AS who are not suitable for AVR as assessed by a 'heart team' and who are likely to gain improvement in their quality of life and to have a life expectancy of more than 1 year after consideration of their comorbidities.	I	B	99
TAVI should be considered in high-risk patients with severe symptomatic AS who may still be suitable for surgery, but in whom TAVI is favoured by a 'heart team' based on the individual risk profile and anatomic suitability.	IIa	B	97

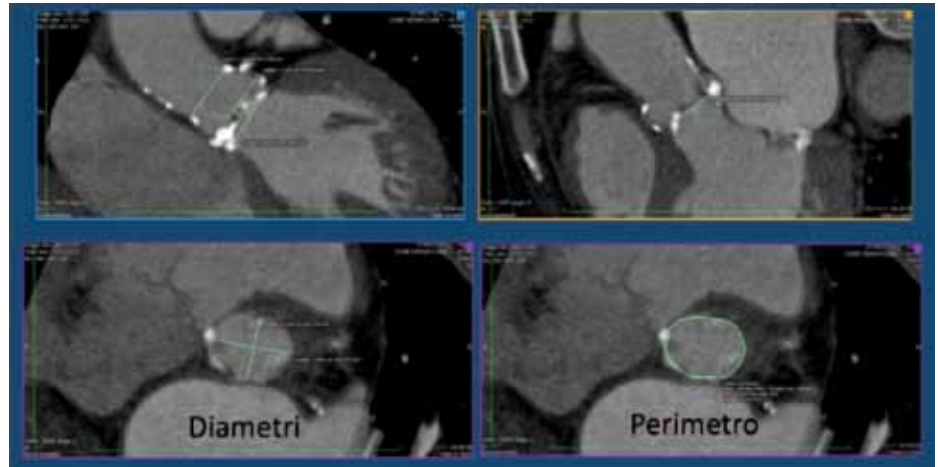
AS = aortic stenosis; AVR = aortic valve replacement; TAVI = transcatheter aortic valve implantation.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cReference(s) supporting class I (A + B) and IIa + IIb (A + B) recommendations.

Figura 2



43% di tutti gli impianti di sostituzione della valvola aortica, mentre esse costituiscono il 13% in Francia ed il 10% in Italia. I dati del Registro tedesco GARY presentato all'ultimo Congresso ESC, evidenziano come, nel corso dell'anno precedente, in centri ad alto volume e grande esperienza, circa il 50% dei pazienti con stenosi aortica di età superiore ai 75 anni sia stato trattato mediante TAVI, con risultati competitivi rispetto alla chirurgia. Allo stato attuale sembra comunque ingiustificato estendere indiscriminatamente l'indicazione a TAVI ai pazienti a rischio intermedio. La valutazione dell'efficacia della TAVI in questa categoria di pazienti deve necessariamente avvenire nel contesto di registri ben controllati e soprattutto di studi randomizzati nei confronti della chirurgia. In tal senso sono iniziati due Trial, il SURTAVI con Medtronic Core - Valve (pazienti con STS score > 3 e < 8) ed il PARTNER II con Edward Sapiens XT (STS score > 4) i cui risultati non saranno disponibili prima di due anni.

Espansione dell'utilizzo della TAVI? Aspetti da migliorare

L'utilizzo della TAVI in pazienti più giovani o a minor rischio chirurgico deve passare attraverso la soluzione di alcune problematiche tecniche e cliniche ad essa correlate.

1) Predittibilità di un corretto impianto

La probabilità di eseguire un corretto posizionamento della valvola è progressivamente migliorata con l'esperienza degli operatori e l'utilizzo di tecniche di imaging come la cardio - TC gated che permettono di ottimizzare la dimensione dell'annulus aortico

e la scelta della valvola più idonea (Figura 2). Ulteriori miglioramenti sono attesi dall'evoluzione tecnica dei dispositivi già in uso e dalla disponibilità di valvole di nuova generazione con caratteristiche di parziale o completa possibilità di riposizionamento o di catturamento se non correttamente inserite (vi sono almeno 8 nuove protesi di prossima commercializzazione).

2) Riduzione dell'insufficienza residua

Un rigurgito residuo, solitamente paravalvolare, è riscontrabile in circa il 70% dei pazienti trattati con TAVI. Insufficienza di grado moderato - severo si verifica in circa il 10 - 12% dei casi, è solitamente secondaria a sottostima del diametro della valvola impiantata o ad un suo mal posizionamento (troppo alta o bassa) e risulta essere un fattore prognostico indipendente di mortalità a breve e lungo termine. Nella maggior parte dei casi l'insufficienza è di grado lieve o lieve - moderato, secondaria ad incompleto allineamento della protesi all'annulus aortico a causa di calcificazioni o di aspetti morfologici dell'anello. Questo aspetto attualmente rappresenta un limite critico ad una

applicazione estensiva della TAVI a pazienti più giovani e dovrà essere migliorato dalla prossima evoluzione tecnologica dei devices disponibili.

3) Riduzione dell'incidenza di ictus

Lo Studio Partner A ha sollevato il problema di un eccesso di ictus nel gruppo TAVI rispetto a quello chirurgico con un rischio particolarmente aumentato nei primi 30 gg. (ictus + TIA con TAVI 5.5% vs 2.4% con la chirurgia, $p = 0.04$), dato leggermente superiore a quello dei registri, anche più recenti, in cui il valore è mediamente compreso tra 2 e 4%. Una auspicabile riduzione di tali eventi procedurali deriverà dall'uso di dispositivi di minore ingombro e dotati di migliore navigabilità unitamente all'introduzione di sistemi di protezione cerebrale (sistemi di deviazione o filtro delle particelle emboliche). A tal fine contribuirà anche l'ottimizzazione dei protocolli di terapia antiaggregante o anticoagulante. Il viaggio della TAVI, iniziato 11 anni fa, proseguirà negli anni a venire per un trattamento meno invasivo di una patologia che, per il crescere dell'età media della popolazione, è destinata ad aumentare. ♥



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

La formazione per la Ricerca clinica

“Corso avanzato di formazione su metodologia,
strategie e tecniche della Ricerca clinica”

EDIZIONE 2013 - 2014

DI ALDO PIETRO MAGGIONI, MARTINA CESERI, LAURA CIPRESSA

La formazione culturale è il miglior investimento per avere dei concreti sbocchi professionali o per migliorare la propria posizione lavorativa. Questo è ancor più vero se si opera in ambito sanitario e se il percorso didattico è guidato da personale esperto e consente di immergersi nella realtà della routine clinica ospedaliera. Infatti, se la conoscenza porta al Sapere, l'abilità acquisita sul campo porta al Saper fare. Per investire su se stessi e sul proprio futuro si può contare sul “Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della Ricerca clinica”, giunto alla sua IV edizione: il 25 febbraio scorso, infatti, è stato pubblicato il bando di iscrizione per l'Edizione 2013 - 2014, aperto a giovani laureati in materie biomediche ed agli operatori sanitari. Il percorso didattico, promosso dalla *Fondazione “per il Tuo cuore”* Onlus, è articolato

in cinque moduli, a complessità crescente ma indipendenti fra loro: si parte dall'“Introduzione alla Ricerca clinica” e si arriva alla “Storia naturale del farmaco, dal laboratorio di ricerca alla pratica clinica”, passando per il controllo di qualità dei dati e la gestione del monitoraggio in base alla normativa vigente in materia. I docenti provengono dal mondo reale della ricerca scientifica (Centri di Coordinamento, Istituti di Ricerca, Enti pubblici, etc., che effettivamente svolgono ricerca quotidianamente) e della pratica clinica (medici ricercatori) e non mancano testimonianze di chi lavora nelle aziende pubbliche e private che operano nel settore, pertanto offrono un panorama a 360° del lavoro che svolgono e portano esempi concreti delle opportunità lavorative, delle carenze, delle difficoltà con cui si misurano ogni giorno nella gestione della complessa macchina dello

studio clinico. Al completamento della parte teorica, il “Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della Ricerca clinica” offre la possibilità di assistere a delle visite di monitoraggio in affiancamento a monitor clinici esperti, misurandosi con le difficoltà oggettive e le “qualità” della conduzione di uno studio clinico nella routine ospedaliera. Questo tipo di formazione, sia teorica che pratica, permette un avvicinamento/approfondimento del mondo della Ricerca clinica, rivestendo il ruolo di study coordinator, clinical monitor, study nurse, assistente alla ricerca, ricercatore, etc. Trattandosi di un evento formativo, è prevista l'erogazione di crediti ECM per alcune figure professionali, subordinata all'accertamento dell'effettiva presenza in aula ed al superamento delle prove di apprendimento programmate. Il “Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della





Ricerca clinica” è stato inaugurato nel 2009 e, grazie alla disponibilità di alcune borse di studio, nel tempo sono stati attivati dei tirocini pratici presso strutture cliniche d’eccellenza per allievi meritevoli ed i tutor che li hanno seguiti hanno espresso dei giudizi molto favorevoli sulla professionalità, la collaborazione e la precisione nel gestire gli aspetti non medici che la Ricerca comporta, nonché sulla proficua collaborazione con queste figure professionali, con una formazione specifica in metodologia della ricerca clinica, che si è tradotta in una migliorata performance dei centri stessi negli studi in cui erano coinvolti. Infatti il Corso fornisce gli strumenti necessari per organizzare al meglio i vari aspetti della ricerca clinica non esclusivamente assistenziali, ma soprattutto metodologici, logistici ed organizzativi, permettendo agli allievi di raggiungere una completa autonomia operativa e favorendo in questo modo il lavoro del resto dell’équipe nella conduzione del protocollo di ricerca. Non marginale anche il ruolo di tramite svolto per facilitare le comunicazioni con le istituzioni coinvolte nei progetti di ricerca (Comitato Etico Locale, Centro di Coordinamento dello studio, eventuale sponsor, monitor clinico, farmacia ospedaliera, etc.). Ad oggi il bilancio delle precedenti edizioni del “Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della Ricerca clinica” è molto soddisfacente: gli allievi hanno trovato, a volte prima della fine del percorso didattico, un lavoro e chi già lavorava ha avuto la possibilità

di migliorare la propria posizione. Inoltre, chi è stato coadiuvato da qualcuno degli allievi, che «si è fatto apprezzare per la sua bravura non esibita ma provata sul campo», non ha esitato a definire la collaborazione come «eccellente, professionalmente ineccepibile, stimolante» o ancora come «assolutamente soddisfacente, capace di rendere di fatto possibile la partecipazione del nostro centro allo studio». In un momento di carenza di risorse economiche ed umane, come quello che stiamo purtroppo vivendo, la Ricerca clinica è vista come un lusso, un lavoro extra da fare rispetto all’attività di routine, che impone già ritmi molto serrati. La ricerca dovrebbe invece essere vista come parte integrante della attività clinica, che non può fare a meno di un approccio non solo assistenziale ma anche valutativo e comparativo.

Pertanto le attività di ricerca non dovrebbero essere viste e condotte solo per vocazione, passione o entusiasmo personali, ma come un dovere specifico per assicurare una adeguata qualità assistenziale. Fare tutto questo oggi è però molto oneroso, visto lo scarso riconoscimento, da parte delle istituzioni assistenziali pubbliche e private, degli sforzi e dei principi della ricerca clinica sopra esposti. Il “Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della Ricerca clinica” può rappresentare un aiuto concreto per chi vuole/deve condurre Ricerca clinica, avendo la possibilità di riscontri positivi per il lavoro svolto, soprattutto in termini di qualità e quantità, grazie all’aiuto di figure professionali non mediche ma capaci di gestire le problematiche logistico - organizzative che il fare ricerca obbligatoriamente comporta. ♥

Corso avanzato di formazione su metodologia, strategie e tecniche della Ricerca Clinica
Edizione 2013-2014

per il tuo cuore
per il tuo cuore

Learning Center ANMCO - Firenze

Programma

1. Introduzione alla Ricerca Clinica
2. Aspetti regolatori e normativi della Ricerca Clinica
3. Il Sistema di gestione delle visite di monitoraggio in conformità alla norma internazionale UNI EN ISO 19011
4. Quando l'approccio "all ccmers" non paga più, ovvero come ripensare ai bisogni inevasi
5. Storia naturale di un farmaco: dal laboratorio di ricerca alla pratica clinica

A chi è diretto? A giovani laureati in discipline sanitarie/scientifiche.

Durata del corso? 5 moduli della durata di 3 giorni ciascuno, nel periodo 2013-2014.

Numero partecipanti? Sono ammessi un numero massimo di 50 allievi.

Quota di partecipazione? Il costo di iscrizione al corso è di €1.500,00. Per gli interessati a partecipare solo all'attività didattica formale, senza attività in affiancamento, il contributo è di €700,00. Per chi non fosse interessato ad accedere al Corso completo ma ai singoli moduli didattici il costo è di €300,00 a modulo.

Termini dell'iscrizione? Le domande dovranno essere inviate entro e non oltre il 25 marzo 2013: per iscriversi occorre compilare l'apposito modulo scaricabile dal sito www.anmco.it/fondazione/CentroStudi/formazione/ricerca/

Segreteria Organizzativa
Centro Studi ANMCO, Via La Marmora 34, 50121 Firenze
Tel. 055/5101361 Fax 055/5101310, email: supporter@anmco.it



Massimo Grimaldi

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



Giuseppe Di Benedetto

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



Alberto Roghi

AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Alberto Roghi (Milano)

Co - Chairperson

Fausto Rigo (Mestre - VE)

Comitato di Coordinamento

Pio Caso (Napoli)

Federico Nardi (Verbania)

Martina Perazzolo Marra (Padova)

Bruno Pinamonti (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging



Leonardo De Luca

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



AREA E-CARDIO

Chairperson

Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)

Co - Chairperson

Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)

Comitato di Coordinamento

Nicola D'Amato (Bari Carbonara - BA)
Renzo Lombardo (Erice - TP)
Massimo Magnacca (Lido di Camaiore - LU)
Paolo Trambaiolo (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/ecardio



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Michele Azzarito (Roma)

Co - Chairperson

Iolanda Enea (Caserta)

Comitato di Coordinamento

Amedeo Bongarzoni (Milano)
Francesco Guazzarotti (Ancona)
Laura Scelsi (Pavia)
Eugenio Vinci (Siracusa)

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



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



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



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

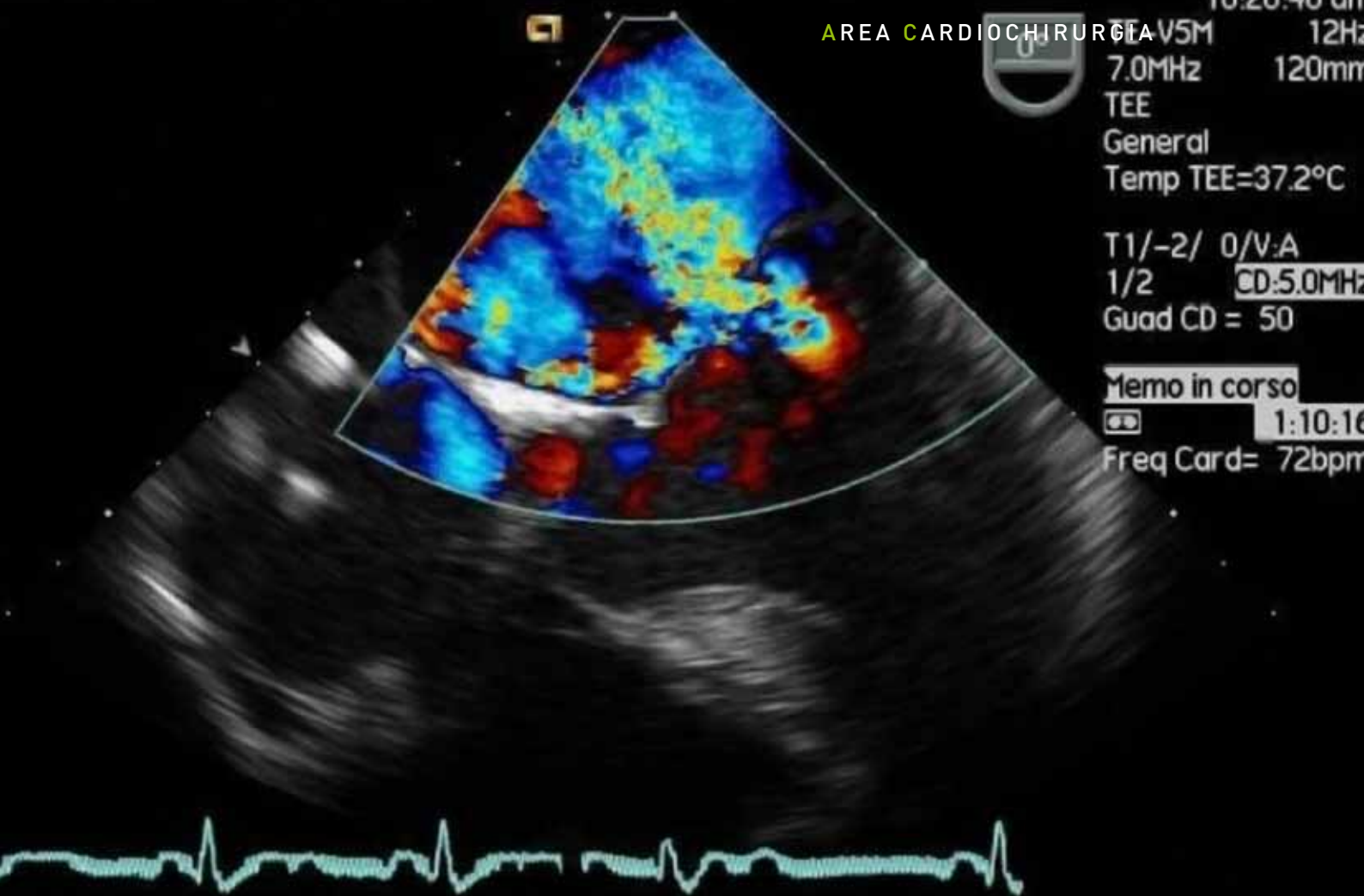


Figura 1. - Ecocardiografia transesofagea in sezione medio-esofagea 4 camera: al color-Doppler si osserva un esteso jet centrale con ampia area di convergenza di flusso indicativa di insufficienza mitralica severa.

CD Pan.  

CD Pos./Mis

Il "timing" chirurgico dell'insufficienza mitralica organica severa in pazienti asintomatici: una sfida sempre attuale

DI GIUSEPPE DI BENEDETTO, RODOLFO CITRO, ANTONELLO PANZA, SEVERINO IESU





Le cause più frequenti di insufficienza mitralica organica nel mondo occidentale sono la mixomatosi degenerativa e le alterazioni fibro-elastiche dell'apparato mitralico. Quando il volume rigurgitante raggiunge un grado elevato di severità conduce ad un'insufficienza ventricolare sinistra fibrillazione atriale, ipertensione polmonare secondaria fino all'insufficienza cardiaca terminale e la morte. Le tecniche chirurgiche riparative della mitrale sono considerate il trattamento di scelta, persino superiore alla sostituzione valvolare, in termini di mortalità perioperatoria, sopravvivenza a lungo termine e conservazione della funzione ventricolare sinistra post-intervento chirurgico. Se eseguita prima della comparsa dei sintomi e/o alterazioni morfofunzionali del ventricolo sinistro, la riparazione della valvola mitrale può riportare ad una normale qualità della vita e un'aspettativa di vita comparabile ai soggetti sani. Numerosi studi osservazionali hanno dimostrato che: la comparsa di sintomi preoperatori, la dilatazione del ventricolo sinistro con riduzione della funzione sistolica, la storia di fibrillazione atriale e la comparsa di ipertensione polmonare, sono tutti importanti predittori di prognosi avversa, nonostante una terapia medica adeguata. Sulla base di queste osservazioni, le attuali linee guida indicano la riparazione della valvola mitralica, nei pazienti sintomatici con insufficienza mitralica degenerativa severa; oppure, nei pazienti che, indipendentemente dai sintomi, hanno una dilatazione del

ventricolo sinistro, con un diametro telesistolico > 45 mm, secondo le linee guida ESC, o > 40 mm, secondo le linee guida americane; o una frazione di eiezione del ventricolo sinistro $< 60\%$. Queste indicazioni sono considerate di classe I. Nei pazienti asintomatici, che hanno una funzione ventricolare sinistra conservata, la chirurgia riparativa è suggerita con livello di raccomandazione classe IIa in presenza di fibrillazione atriale e/o ipertensione polmonare sistolica ≥ 50 mmHg a riposo, oppure > 60 mmHg durante esercizio (secondo le linee guida americane).

Tuttavia, al di là di queste indicazioni, nella pratica clinica è frequente il trovarsi di fronte ad un paziente con una diagnosi del tutto casuale di insufficienza mitralica organica severa. In questi pazienti, che non riferiscono dispnea, non hanno storia di fibrillazione atriale, hanno un ventricolo sinistro normale per dimensioni e funzione ed hanno una normale pressione polmonare la scelta del tempo ottimale per la chirurgia è particolarmente difficile. In questa categoria di pazienti le linee guida dicono che la riparazione chirurgica mitralica dovrebbe essere presa in considerazione solo se il rischio operatorio è basso e la probabilità di successo è elevata ($> 90\%$). A questo punto si possono configurare due possibili scenari: quello di una vigile attesa, o quello di una chirurgia precoce. La prima strategia, per così dire più conservativa, è basata su una attenta valutazione del paziente, con regolari follow-up periodici, in genere ogni 6

mesi, tesi ad una valutazione seriata dei parametri clinici, ecocardiografici e laboratoristici che possono seguire l'evoluzione della malattia, fino all'eventuale comparsa dei segni e dei sintomi che sono contemplati dai criteri previsti dalle linee guida in classe I e IIa sopraindicati.

Diversi autori hanno adottato una strategia conservativa di vigile attesa in questa categoria di pazienti, ottenendo risultati tra loro discordanti anche se in popolazioni di studio non propriamente omogenee, per cui alcuni come Rosenhek hanno riportato una prognosi eccellente, mentre altri gruppi hanno, invece, riportato una considerevole mortalità postoperatoria e tardiva suggerendo che una chirurgia della mitrale precoce, cioè prima della comparsa delle complicanze dell'insufficienza mitralica possa essere associata ad un più favorevole "outcome" precoce e tardivo. Diverse evidenze sembrano suggerire che importanti modifiche strutturali e funzionali del cuore possano comparire prima della comparsa dei segni e dei sintomi ritenuti mandatori di chirurgia riparativa. Il problema, a questo punto, sarebbe individuare quali di queste alterazioni patologiche silenti possano avere implicazioni prognostiche rilevanti.

In pazienti con insufficienza mitralica severa asintomatici e con ventricolo sinistro normale, il volume dell'atrio sinistro ≥ 60 ml/m² sembra essere un indicatore di eventi avversi ed elevata mortalità sia in confronto ad altri pazienti con pari grado di insufficienza mitralica ma con volume atriale ridotto, che paragonati a

soggetti normali. Inoltre in pazienti con insufficienza mitralica di grado almeno moderato, la comparsa di ipertensione polmonare sistolica da sforzo (> 60 mmHg) è associata ad una sopravvivenza libera da eventi a 2 anni del 35%, nettamente inferiore rispetto a quella dei pazienti senza ipertensione polmonare da sforzo. Anche l'aumento dei livelli sierici del BNP, un peptide atriale generalmente associato ad incremento delle pressioni di riempimento del ventricolo sinistro, si associa ad un incremento degli episodi di insufficienza cardiaca congestizia, del grado di disfunzione ventricolare sinistra e della mortalità in pazienti asintomatici con insufficienza mitralica severa.

Tutte queste osservazioni suggeriscono che l'insufficienza mitralica persino moderata, genera delle alterazioni morfo-funzionali delle cavità cardiache "subcliniche" che possono precedere la comparsa dei requisiti ritenuti classici dell'indicazione al trattamento chirurgico; pertanto non solo parametri di funzione sistolica e diastolica del ventricolo sinistro, ma anche il volume dell'atrio sinistro, il BNP, la capacità funzionale e l'ipertensione polmonare da sforzo dovrebbero essere attentamente monitorati.

Un'insufficienza mitralica cronica significativa può generare la comparsa nel tempo di sintomi di insufficienza cardiaca, di disfunzione ventricolare sinistra, fibrillazione atriale ed ipertensione polmonare, anche in pazienti con insufficienza mitralica stimata di grado moderato;

pertanto i fautori di una strategia aggressiva ritengono che un trattamento chirurgico precoce possa correggere il vizio valvolare prima che si instaurino modifiche patologiche delle cavità atriali e ventricolari e che compaiano disturbi del ritmo cardiaco, in modo da assicurare una qualità di vita ed una sopravvivenza comparabile a quelli di una popolazione cosiddetta normale. Tutto ciò trova conferma in alcuni studi osservazionali che seppur non scevri da "bias" di selezione e da discutibili metodologie di follow-up hanno dimostrato una migliore sopravvivenza in pazienti sottoposti a chirurgia precoce, rispetto a quelli avviati a strategia conservativa. Tuttavia il ricorso a chirurgia ripartiva in pazienti asintomatici con insufficienza mitralica severa non può prescindere da una valutazione del rischio chirurgico, che dovrà necessariamente essere molto basso, così come da elevata possibilità di successo della tecnica di riparazione chirurgica che si pensa di adottare. A tal proposito può essere utile nella selezione dei pazienti l'impiego di alcuni "score di rischio" che, seppur con una serie di limitazioni, valutano le condizioni cliniche globali e la presenza di eventuali comorbidità. L'ecocardiografia trans-toracica e trans-esofagea, bi e tridimensionale, si è rivelata uno strumento molto utile nella predire la fattibilità di un intervento riparativo, nel definire i dettagli anatomici delle lesioni valvolari mitraliche e per stabilire il meccanismo dell'insufficienza mitralica (Figura 1). Tutto ciò è particolarmente vantaggioso nello

studio delle cosiddette lesioni valvolari complesse e quando è importante definire la presenza di "scalops" del lembo anteriore o di entrambi i lembi, che sono più difficili da riparare, rispetto a quelle che interessano il solo lembo posteriore.

In molte cardiocirurgie di riferimento la strategia di trattamento precoce dei pazienti con insufficienza mitralica severa asintomatica è adottata nella maggior parte dei casi, con risultati di bassa mortalità (< 1%) postoperatoria ed una prognosi a lungo termine favorevole. In particolare, una mortalità ospedaliera inferiore all'1%, riportata in centri con riconosciuta esperienza di tecniche di riparazione mitralica, è particolarmente bassa se si tiene conto che la mortalità dei pazienti con "flail" della mitrale ed insufficienza mitralica è riportata essere lo 0,8%/anno. Un altro aspetto di estrema importanza è la valutazione della "durabilità" della riparazione mitralica, infatti se è vero che il rischio di reintervento è basso per la riparazione di prolapsi coinvolgenti il solo lembo mitralico posteriore, per quelli che interessano lesioni complesse coinvolgenti entrambi i lembi, il lembo anteriore, o con estese calcificazioni anulari è alto il rischio di inefficacia dell'operazione con necessità di reintervento.

Presso il nostro centro l'insufficienza di una valvola atrioventricolare è corretta mediante impianto di un mini-band incompleto e monodimensionale in poli-tetrafluoro-etilene (PTFE), che varia solo



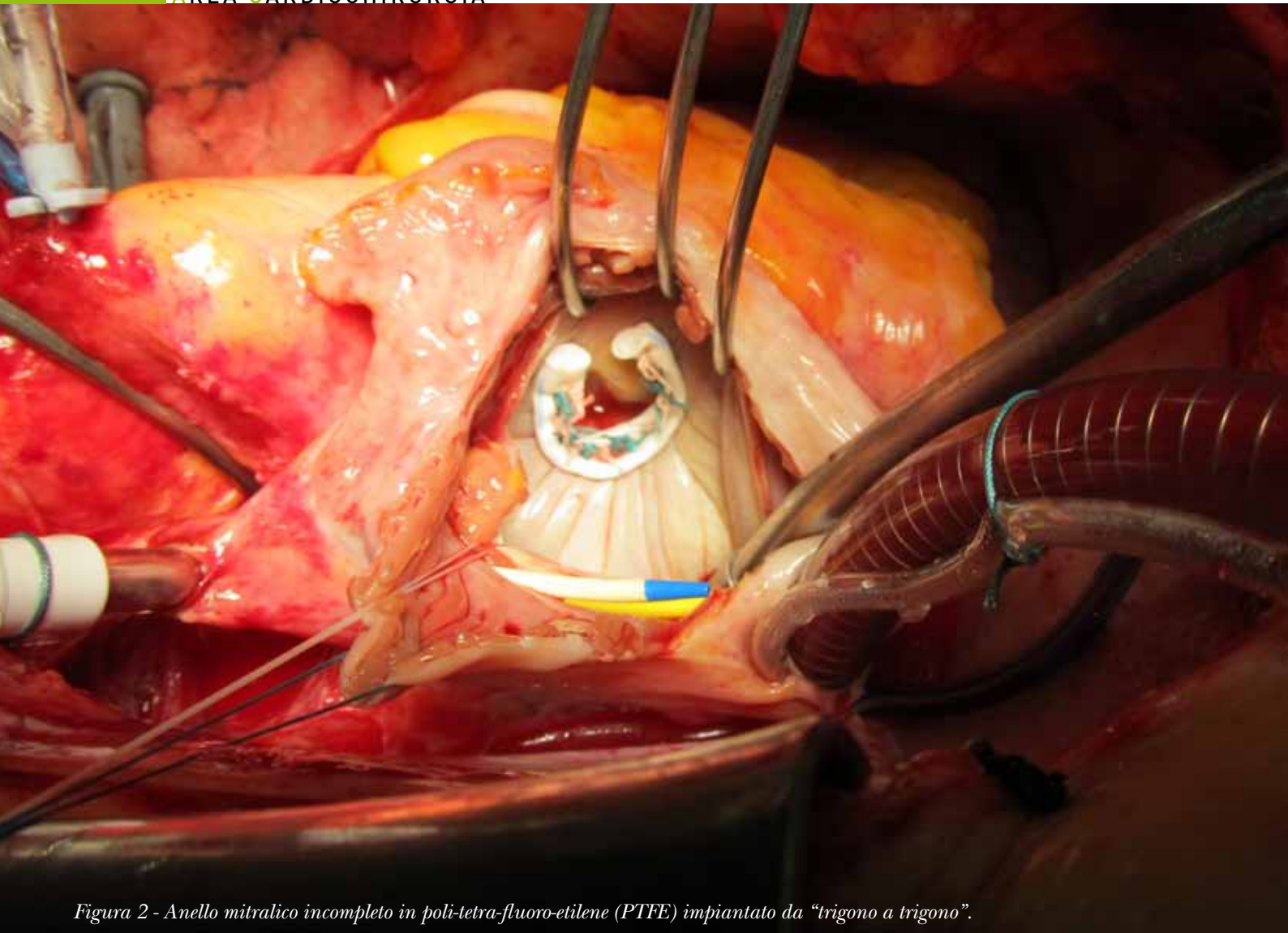


Figura 2 - Anello mitralico incompleto in poli-tetra-fluoro-etilene (PTFE) impiantato da “trigono a trigono”.

in funzione della patologia (Figura 2). Le dimensioni utilizzate in tutti i pazienti sono state: 1) insufficienza mitralica ischemica = 62 mm; 2) insufficienza mitralica secondaria a “*fibroelastic deficiency*” (FED) = 62 mm; 3) insufficienza mitralica secondaria a malattia di Barlow = 72 mm; L’anuloplastica con emianello di dimensioni standard per l’insufficienza mitralica o tricuspidalica garantisce ottimi risultati a breve tempo. Tale strategia è gratificata da una semplificazione di utilizzo, riproducibilità, economicità e bontà dei risultati (Tabella 1). Un adeguato follow-up a distanza è necessario per definirne i limiti.

Negli ultimi anni le tecniche di

chirurgia riparativa sono andate progressivamente affinandosi, per cui in centri di particolare eccellenza i risultati di “outcome” favorevole a lungo termine sono stati riportati tanto in pazienti con lesioni del lembo posteriore, quanto in pazienti con lesioni complesse bilembo. Un fattore importante che condiziona la strategia adottata è l’esperienza dei singoli centri e la confidenza con le tecniche di riparazione chirurgica che induce per esempio in centri con minor volume di interventi riparativi a ricorrere alla sostituzione valvolare. In conclusione il trattamento chirurgico precoce, eseguito in centri di eccellenza con provata esperienza, sarebbe da preferire anche in pazienti

con insufficienza mitralica severa asintomatici con caratteristiche che non incontrano le indicazioni di classe I o IIa previsti dalle attuali linee guida, specie quando alcuni marcatori silenti attestano un danno cardiaco in evoluzione che precede la comparsa dei sintomi e quando le caratteristiche anatomiche della lesione mitralica lo consentono. Al contrario, particolare cautela andrebbe adottata nei pazienti anziani o nei casi in cui la coesistenza di molteplici comorbidità possa condizionare un rischio operatorio elevato e/o nei casi con caratteristiche anatomiche dell’apparato valvolare mitralico sfavorevoli. ♥

Bibliografia

1. Enriquez-Sarano M, Avierinos JF, Messika-Zeitoun D, Detaint D, Capps M, Nkomo V, Scott C, Schaff HV, Tajik AJ. Quantitative determinants of the outcome of asymptomatic mitral regurgitation. *N Engl J Med* 2005;352:875-883.
 2. Enriquez-Sarano M, Tajik AJ, Schaff HV, Orszulak TA, Bailey KR, Frye RL. Echocardiographic prediction of survival after surgical correction of organic mitral regurgitation. *Circulation* 1994;90:830-837.
 3. Tribouilloy C, Grigioni F, Avierinos JF, Barbieri A, Rusinaru D, Szymanski C,

Ferlito M, Tafanelli L, Bursi F, Trojette F, Branzi A, Habib G, Modena MG, Enriquez-Sarano M, MIDA Investigators. Survival implication of left ventricular end-systolic diameter in mitral regurgitation due to flail leaflets: a long-term follow-up multicenter study. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:1961-1968.
 4. Barbieri A, Bursi F, Grigioni F, Tribouilloy C, Avierinos JF, Michelena HI, Rusinaru D, Szymanski C, Russo A, Suri R, Bacchi Reggiani ML, Branzi A, Modena MG, Enriquez-Sarano M, Mitral Regurgitation International Database

(MIDA) Investigators. Prognostic and therapeutic implications of pulmonary hypertension complicating degenerative mitral regurgitation due to flail leaflet: a multicenter long-term international study. *Eur Heart J* 2011;32:751-759.
 5. Messika-Zeitoun D, Johnson BD, Nkomo V, Avierinos JF, Allison TG, Scott C, Tajik AJ, Enriquez-Sarano M. Cardiopulmonary exercise testing determination of functional capacity in mitral regurgitation: physiologic and outcome implications. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:2521-2527.

TABELLA 1

Plastiche mitraliche 2010-2012

159 pazienti
 Mitrali ischemiche: 72
 FED: 38

Dati chirurgici:

mortalità ospedaliera 6% (M.I. 8%; FED 1%; Barlow 0%)
 degenza TI media gg 3±2
 degenza ospedalire media gg 13±7

Dati operatori:

Mini band gore-tex: n° 169 (100%)
 Anuloplastica isolata n° 99 (58%)
 Resezione quadrangolare del LPM n° 40 (23%)
 Interventi sul LAM n° 5 (3%)
 Interventi associati n° 111 (65%)
 Ablazione FA 7 (4%)

Dati Eco Post-op.:

Area valvolare media cmq 2.8±0.4
 Gradiente valvolare mmHg 3±1.1
 IM residua 10 (6%)
 Lieve 8 (4.7%)
 Minima 2 (1,2%)

FA = fibrillazione atriale; FED = "fibroelastic deficiency"; IM = insufficienza mitralica; LAM = lembo mitralico anteriore; LPM = lembo mitralico posteriore; TI = terapia intensiva.





Proposte, idee e progetti dell'Area Cardiolmaging

L'Imaging integrato come risposta alla complessità

DI ALBERTO ROGHI E FAUSTO RIGO

Nell'ambito del primo incontro di quest'anno del Comitato di Coordinamento dell'Area CardioImaging si sono discusse numerose questioni relative all'Imaging integrato, ai costi, ai sistemi di valutazione a disposizione, alla inappropriatazza dei percorsi diagnostici, alle problematiche relative alla formazione ed alla competenza multidisciplinare sempre più necessaria. Di seguito vengono riassunte le tematiche principali di interesse per tutta la comunità cardiologica nazionale ed alcune proposte per iniziative comuni: il Blitz Imaging, cioè un registro prospettico di breve durata mirato a raccogliere dati circa i percorsi di Imaging diagnostico reali nella cardiopatia ischemica e un Convegno nazionale dedicato all'Imaging integrato.

Imaging integrato

Lo sviluppo tecnologico mette a disposizione del Cardiologo una immensa quantità di strumenti di Imaging che hanno visto prevalere logiche di marketing su quelle di sviluppo delle competenze relative al loro corretto utilizzo, al contributo alla diagnostica, alla comprensione dei meccanismi patogenetici, alla

appropriatezza delle indicazioni. È necessario attivare un intenso programma culturale per il Cardiologo che abbia come obiettivo quello di sviluppare competenze relative all'utilizzo corretto del multi Imaging. **Il paziente al centro della diagnostica**

La rivoluzione copernicana dell'Imaging è nel rovesciamento della logica metodico - centrica dove il percorso diagnostico dipende dalla disponibilità di accesso della metodica e dalla confidenza/competenza degli operatori, ad una dove il paziente è al centro di una diagnostica multimodale che il Cardiologo utilizza sulla base del valore incrementale di ciascuna metodica. Nell'approccio sempre più multidisciplinare della medicina moderna è indispensabile che il Cardiologo sviluppi competenze di Imaging multimodale con una approfondita conoscenza delle indicazioni, dei vantaggi e dei limiti di ciascuna metodica. Ciò pone complessi problemi relativi alle modalità di formazione che interessano il curriculum formativo specialistico ed i percorsi di formazione continua post - universitari.

Health Technology Assessment, Choosing Wisely

La campagna del BMJ e del suo Editor Fiona Godlee a favore della sensibilizzazione relativa ai rischi della ipermedicalizzazione dei sistemi sanitari dei paesi occidentali si è concretizzata in iniziative come quella del "Choosing Wisely" che ha come obiettivo quello di ridurre il numero di esami inutili. In Italia si stanno sviluppando iniziative analoghe che si concretizzano in campagne mirate ad individuare per ciascuna specialità cinque esami ad elevato indice di inappropriatazza. Nel settore dell'Imaging lo strumento proposto per la valutazione del costo - efficacia e dell'appropriatezza è quello dello Health Technology Assessment la cui conoscenza va diffusa tra gli operatori perché diventi un criterio obbligato di valutazione nel contesto delle Aziende Ospedaliere per contenere i costi ed evitare razionamenti che costringano alla rinuncia a diagnostiche costose ma di rilevante contributo diagnostico.

Blitz Imaging

La creazione di un registro prospettico delle attività di Imaging della

Nella prima riunione di quest'anno del Comitato di Coordinamento dell'Area Cardiolmaging si sono discusse varie tematiche di interesse per la comunità cardiologica nazionale in merito al valore incrementale delle nuove metodiche, alle questioni relative allo Health Technology

Assessment, ai costi crescenti dell'Imaging ed alle problematiche relative al consumismo sanitario ed alla iniziativa del Choosing Wisely, una campagna mondiale che ha come obiettivo l'identificazione della inappropriately delle procedure diagnostiche attivata dall'Editor del BMJ, Fiona Godley

Sono state avanzate numerose proposte operative tra le quali quella di un registro prospettico dei percorsi diagnostici di Imaging nella cardiopatia ischemica, il Blitz Imaging, e l'organizzazione di un Convegno nazionale sull'Imaging integrato da tenere in autunno a Milano

comunità cardiologica nazionale ristretto ad alcuni Ospedali - campione di rilevanza regionale per quanto riguarda la diagnostica non invasiva nella cardiopatia ischemica acuta e cronica in un arco temporale di due mesi è una proposta che consentirebbe di acquisire dati importanti relativi ai percorsi diagnostici di realtà avanzate (teorici centri hub regionali). L'obiettivo dello studio è quello di avere informazioni relative a quello che è il percorso diagnostico reale nelle cardiopatie più comuni e diffuse come quella ischemica con informazioni relative a ciò che viene utilizzato nel follow - up post - ricovero.

Hub - spoke, networking ed altro

Lo sviluppo di sistemi di rete per la trasmissione di immagini via web è in grado di sostenere attività di refertazione a distanza e di consulenza. Il networking è già attivato per molte realtà di diagnostica radiologica. L'impiego della rete per attività di formazione a distanza (FAD) è entrato in modalità abbastanza consolidate anche in Cardiologia. Lo sviluppo di sistemi di rete per condividere immagini ed attivare percorsi formativi di Imaging multimodale può interessare molte aziende attive nel settore cardiologico ed in quello dell'Imaging. Il confronto culturale con le altre Aree dell'ANMCO così come delle società e gruppi di studio può contribuire a costruire percorsi formativi dove l'Imaging sia strettamente correlato alla clinica. Una delle ragioni del fallimento dei sistemi hub - spoke nel nostro Paese è dovuta alla percezione di

sopraffazione e di prevaricazione dello hub dove vengono concentrate risorse finanziarie, strumenti e competenze, verso uno spoke vissuto come centro di una periferia svuotata di competenze, risorse e ruolo. Ne deriva un impoverimento culturale che coinvolge l'intero sistema con il sottoutilizzo dell'hub e il tentativo di molte realtà periferiche spoke di dotarsi di accessi propri a diagnostiche e interventistiche che polverizzano il sistema abbattendone la qualità ed incrementando i costi. L'Imaging integrato, soprattutto per quanto riguarda le macchine di alta tecnologia (TC, RMC, PET) ma anche diagnostiche meno costose ma di elevato impegno per le competenze necessarie, come ECO 3D e transesofageo, si può sviluppare soltanto in contesti di hub - spoke di elevato contenuto culturale dove i centri spoke sviluppino le competenze necessarie per servirsi appropriatamente delle tecnologie e competenze dei centri hub in un continuo scambio di informazioni ed

esperienze.

Convegno nazionale di Imaging Integrato, Milano 24 - 25 ottobre

L'obiettivo del Convegno è quello di diffondere le conoscenze e le problematiche relative all'Imaging integrato. I temi svolti saranno quelli relativi a:

- 1) Health Technology Assessment (Nino Carabellotta, Presidente GIMBE Bologna).
- 2) Networking, reti web per condivisione Imaging, FAD (esperti aziende del settore).
- 3) Imaging integrato: sessioni di casi clinici esplicativi con clinico vs esperti di settore (esperti anche da Aree e Società di settore).

Finanziamento: lettera di richiesta di supporto per unrestricted grant alle aziende interessate.

Sito WEB ANMCO, rapporti con gli Iscritti all'Area

È stata sottolineata la necessità di avere un accesso web per l'Area per sviluppare contatti con gli Iscritti e per favorire la circolazione di idee





e progetti. Il Sito WEB ANMCO è ideale ma non è noto se è in grado di svolgere la funzione di sito di riferimento per le Aree.

Position paper su appropriatezza delle procedure RMC e TC

È stata avanzata la proposta di produrre un position paper sull'appropriatezza per RM cardiaca e TC coronarica in collaborazione con il GdS della SIC da pubblicare su rivista internazionale.

Rapporti con ESC e altre Società e Gruppi di Studio

L'orientamento attuale della Società Europea di Cardiologia è quello di organizzare l'Imaging in un Working Group comune dove confluiscono quello di ecocardiografia, di RM cardiaca, di TC e Cardiologia nucleare. I Cardiologi italiani attivi nei WG dell'ESC sono i naturali interlocutori dell'Area per sviluppare contatti e progetti comuni. I rapporti con le Aree ANMCO sono di importanza evidente per la convergenza di interessi nella diagnostica non invasiva soprattutto per le Aree Emergenza - Urgenza, Scenpso Cardiaco, Aritmie, e-Cardio. I livelli di collaborazione possibili sono numerosi e vanno dalla formazione ad iniziative come corsi, convegni e position paper. Il rapporto con i Gruppi di Studio e le Società Scientifiche attive nel settore dell'Imaging (GdS SIC, SIEC, GICN) deve far prevalere logiche di collaborazione non solo per concentrare le risorse umane disponibili ma anche per quanto riguarda gli aspetti di sostegno finanziario delle iniziative formative e culturali. ♥

RIVOLUZIONE COPERNICANA IMAGING
Il Paziente al centro (Missione)

FORMAZIONE del CARDIOLOGO AL MULTIMAGING
La Formazione al centro (Corso Multi-imaging)

INFORMAZIONE sull' USO APPROPRIATO
Costi ed Efficacia al centro (Blitz Imaging)

DISSEMINAZIONE e DISCUSSIONE
Conoscenza al centro (Congresso Imaging)

**SOLO IL CARDIOLOGO INFORMATO
SCEGLIE LE STRATEGIE ADEGUATE
NELL'INTERESSE
DELLA SALUTE DEL PAZIENTE
E DELLA RIDUZIONE DEGLI SPRECHI**

A proposito di... Appropriatelyzza

DI QUINTO TOZZI

Il primo elemento da chiarire è il concetto stesso di appropriatezza perché non è sempre da tutti inteso allo stesso modo; ciò porta sovente sia a parlare di cose diverse e quindi a diversi comportamenti non scevri di conseguenze negative anche molto concrete. Diverse sono anche in questo caso le definizioni; ciò è dovuto essenzialmente all'enfaticizzazione da parte degli autori di alcuni suoi particolari contenuti e significati (economici, metodologici, di contesto, ecc.). Per R. Brook: «... è appropriata quella prestazione sanitaria per cui i benefici per il paziente superano i rischi in misura tale da giustificarne l'erogazione ...»; è verosimilmente questa la migliore definizione di carattere generale perché basata sul basilare e discriminante concetto del rapporto rischio beneficio che deve essere oggettivamente vantaggioso per il paziente, per il medico, per la sicurezza, per la qualità, per l'economia e per le istituzioni. Per calarci nel mondo reale ciò significa che per definire, ad esempio, una specifica prestazione sanitaria come appropriata essa deve sempre possedere alcuni requisiti specifici: essere effettuata al paziente giusto, al momento giusto, nel modo giusto, dall'operatore giusto, nella struttura giusta ecc., è lapalissiano quindi come sia un evidente errore (cioè un'azione

inappropriata) non fare la prestazione giusta, non farla al paziente giusto, non farla al momento giusto, non farla nel modo giusto, non essere fatta dall'operatore giusto o nella struttura giusta, ecc. Concetti intuitivi ma non sempre in concreto inquadrati nell'ambito del concetto di appropriatezza e/o soprattutto seguiti da coerenti comportamenti. Linearmente conseguente dovrebbe quindi essere il rapporto tra appropriatezza ed esito nel senso che ad una azione corretta dovrebbe seguire un esito positivo e ad una inappropriata un esito neutro (ma comunque non positivo) o negativo. In realtà, facendo sempre riferimento all'esito, il concetto di appropriatezza è necessario ma non è però a volte sufficiente per dar luogo a prestazioni realmente efficaci: servono altre condizioni a loro volta legate a scelte che possono essere più o meno appropriate (cioè più o meno esatte o errate). Ad esempio un Ecocardiogramma appropriato come indicazione deve però essere eseguito tecnicamente bene (cioè appropriatezza tecnica altrimenti le informazioni sbagliate indurranno ad un errore clinico), anche se fatto bene dovrà però essere bene interpretato dal punto di vista clinico (cioè appropriatezza interpretativa altrimenti origineranno altri tipi di errori decisionali) ma, ai fini

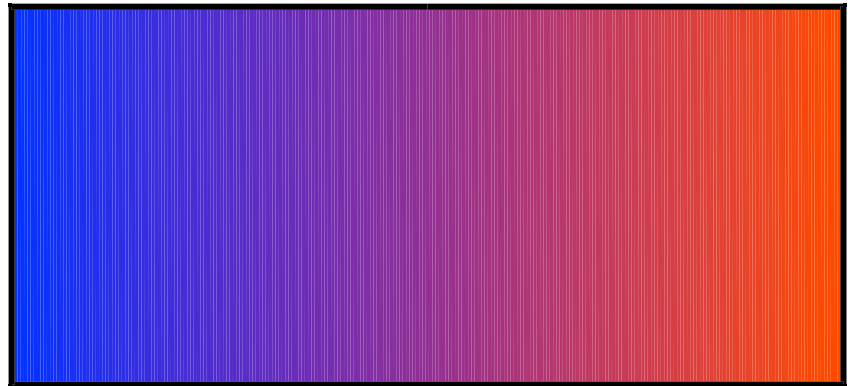
dell'esito desiderato, a tutto ciò deve sempre seguire anche una corretta condotta clinica cioè l'appropriatezza clinica. Nonostante tutto questo non vi è ovviamente certezza assoluta che somministrare ad esempio la terapia appropriata dia sempre un esito positivo; purtroppo infatti la medicina non è una scienza esatta ma probabilistica (disgraziatamente questo concetto non è sempre noto ai pazienti o non è sempre tenuto ben presente quando si esprimono giudizi o sentenze). Il comportamento corretto ai fini dell'esito (che da cioè la massima *probabilità* di risultato favorevole) è quindi una serie coordinata e coerente di azioni posizionate su livelli più elevati possibili di appropriatezza ma in cui l'errore (il comportamento variamente inappropriato) ha, per le numerose variabili più o meno indipendenti tipiche dei sistemi complessi, molte più probabilità di accadere di quanto si possa non analiticamente ritenere. Quando si parla di appropriatezza ci si riferisce in genere a quella clinico assistenziale. In realtà c'è ed è anche particolarmente importante (perché in grado anch'essa di condizionare pesantemente l'esito delle nostre anche appropriate azioni professionali) l'appropriatezza organizzativa. Le organizzazioni infatti possono essere, a parità di altre





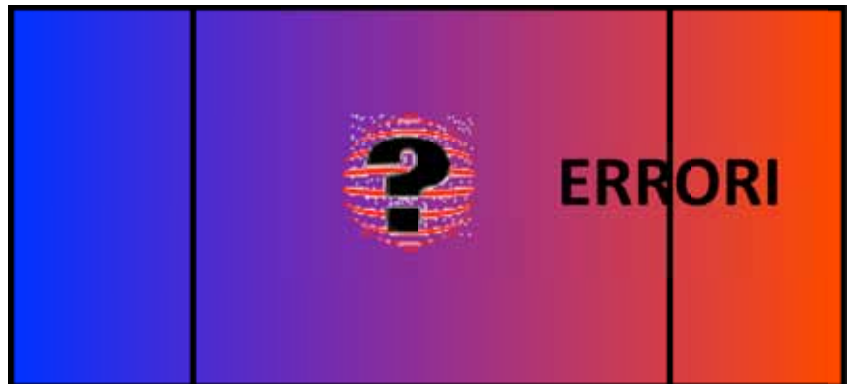
condizioni, anche molto diverse tra loro come modello, come efficienza e come efficacia. È evidente quindi che, come per la clinica, l'organizzazione più appropriata è quella che incide nel modo migliore sull'esito rispettando un rapporto tra rischi, costi e benefici. oggettivamente vantaggioso. Valgono quindi per l'appropriatezza organizzativa gli stessi concetti di quella clinica e simili sono gli strumenti per definirla tale. Anche in questo caso l'appropriatezza è basata sulle evidenze scientifiche, che però non possono essere così forti come nella ricerca clinica per la difficoltà tecnica a confrontare modelli organizzativi rispetto a farmaci, interventi o tecnologia tipici della ricerca scientifica tradizionale. È però in genere possibile, utilizzando una corretta (appropriata) metodologia, effettuare una valutazione di esito e di processo sufficientemente oggettiva su cui basare il grading dell'appropriatezza organizzativa (esempio tipico è quello delle Reti regionali per lo STEMI). La grande e spesso a tutti i livelli sottovalutata importanza dell'appropriatezza organizzativa è da trovare nel concetto stesso di organizzazione: un sistema coordinato di azioni appropriate finalizzate a dare alle attività tecniche il massimo supporto affinché sia massima la loro efficienza, sicurezza, efficacia ed economicità. Particolarmente importante è l'aspetto economico sia per i tempi bui che stiamo vivendo sia per la sua capacità di incidere in modo indiretto e poco visibile, ma non teorico, anche sull'esito. La ricaduta economica dei

NON APPROPRIATEZZA



APPROPRIATEZZA

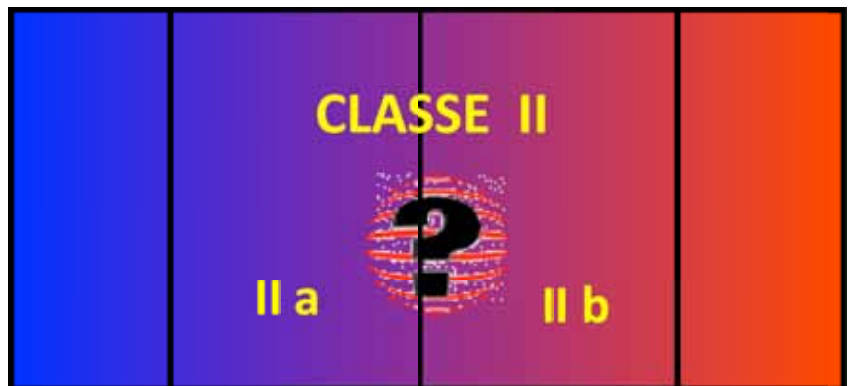
NON APPROPRIATEZZA



APPROPRIATEZZA

METODO ACC / AHA

CLASSE III



CLASSE I

modelli organizzativi è, e deve essere, secondaria, agli obiettivi prioritari di efficienza, sicurezza ed efficacia (che altro non sono che alcune dimensioni della qualità e dell'appropriatezza) in quanto ognuno di essi ha delle evidenti ricadute economiche (basti pensare al costo dell'inefficienza, al costo degli errori ed al costo esoso sotto tutti i punti di vista della bassa efficacia). Ne consegue che il costo di una organizzazione efficiente, sicura ed efficace, cioè di un'organizzazione appropriata, è per molti aspetti un costo "dovuto" e non comprimibile (altrimenti andrebbe a scapito delle suddette dimensioni della qualità). Quest'ultimo concetto porta direttamente ad un tema molto attuale: gli sprechi, tecnicamente infatti lo spreco è il costo di una qualsiasi prestazione professionale od organizzativa inappropriata cioè parzialmente efficiente, parzialmente sicura e parzialmente efficace. Lo spreco è nel "parzialmente" cioè, per ribadire il concetto fondamentale, nella componente inappropriata potenzialmente (e molto spesso anche concretamente) presente in ogni comportamento clinico, assistenziale ed organizzativo. È solo qui che ovviamente deve o dovrebbe incidere una vera lotta agli sprechi (cioè la cosiddetta *spending review*). Le tecniche per farla correttamente oggi ci sono e sono alla portata di tutti; quello un po' meno presente è, forse da parte sempre di tutti e per vari motivi, la vera voglia ed il coraggio di farlo; la possibilità reale è invece, per moltissime cose, sempre presente anche a livello di potere del singolo

(basti pensare al solo ambito delle mille sfaccettature dell'appropriatezza professionale). È amaro dirlo ma è la realtà: tutte queste cose se non le fanno i professionisti da soli le faranno sicuramente prima o poi per proprio conto e con le loro ottiche a volte distorte le nostre amministrazioni. Un altro aspetto fondamentale quando si parla di appropriatezza è il contesto di riferimento. Teoricamente il comportamento appropriato è uno solo ma nel mondo reale vi possono essere delle condizioni oggettive (ma non soggettive) in cui non è possibile adottare un comportamento appropriato; in questo caso non si tratta di vera inappropriata né di vero errore. È il caso ad esempio di un paziente con Infarto tipo STEMI (che come ben sappiamo necessita come trattamento appropriato di una angioplastica primaria in tempi molto rapidi e definiti) che giunge al Pronto Soccorso di un Ospedale che non ha l'emodinamica e quindi non può fornire tale trattamento; in questo caso il comportamento appropriato consiste nel dare al paziente la migliore terapia possibile disponibile sul posto ed attivarsi immediatamente (avendo già prima predisposto tutto per casi ampiamente prevedibili di questo genere), con una organizzazione appropriata, per il trasferimento in un ospedale in grado di eseguire l'angioplastica; un comportamento diverso, anche temporale, sarebbe inappropriato ed un evidente errore. Un aspetto praticamente quasi mai preso in considerazione quando si parla di miglioramento della sicurezza in una

organizzazione sanitaria è il rapporto tra sicurezza / errori ed appropriatezza. Temi apparentemente lontani ma in realtà strettissimamente interconnessi e con pesanti ripercussioni sulla nostra vita professionale e non solo. Fare una qualsiasi cosa inappropriata, sia dal punto di vista clinico assistenziale che organizzativo gestionale è tecnicamente e formalmente un errore; ne consegue che per restare nell'ambito della sicurezza e per ridurre i rischi di commettere errori dobbiamo sempre mantenerci nell'ambito dell'appropriatezza clinica ed organizzativa. Il concetto, di una banalità sconcertante che inappropriata significa errore, non viene però sempre preso in considerazione; fortunatamente solo una piccola parte degli errori (cioè dei comportamenti inappropriati) danno luogo ad eventi avversi con danno ai pazienti (ed alle conseguenti ripercussioni sugli operatori sanitari) e praticamente sempre hanno una indiretta ricaduta economica non facilmente visibile e quantizzabile ma reale (sono anche uno spreco). Questo però non deve indurre in assolutamente false sicurezze perché nei sistemi complessi (e la medicina / sanità è il più complesso dei sistemi) l'errore è per definizione un evento atteso nel senso cioè che, essendo tecnicamente ineliminabile, in futuro accadrà sicuramente. Non sappiamo però esattamente quando ma, volendo, potremmo avere una indicazione di massima della sua frequenza e del dove facendo una semplice analisi del rischio dell'organizzazione (cosa che, per





vari e sempre ingiustificati motivi, non viene quasi mai fatta). Affidarsi alla buona stella, far finta che il problema non esista, fare gli scongiuri o sperare che accada a qualcun altro invece che a noi anche se a volte è prassi quasi comune non incide, come ovvio, minimamente sul rischio reale. Anche nel risk management vige una delle regole fondamentali della Cardiologia e della medicina: prevenire l'errore è meglio che versare amare lacrime di cocodrillo dopo un evento avverso. Ciò è ancora più valido oggi (in primis per motivi etici nei confronti dei pazienti ma anche per quelli medico legali verso noi stessi), essendo possibile con una corretta e tutto sommato semplice metodologia, individuare le aree a maggior rischio e prevenire appropriatamente. Un concetto ancora poco conosciuto ed ancor meno introiettato è che l'inappropriatezza organizzativa è alla base o concausa profonda della maggior parte degli errori clinici; agire solo sui responsabili dell'inappropriatezza clinica lasciando inalterata l'inappropriatezza dell'organizzazione è quindi un evidente, frequentissimo e grave errore metodologico, un rischio aggiuntivo ed uno spreco. Il concetto di appropriatezza è inoltre indissolubilmente legato quindi a quello di valutazione: definire una prestazione appropriata o inappropriata significa infatti averla prima oggettivamente misurata utilizzando strumenti (indicatori) e metodi riconosciuti dalla comunità scientifica come attendibili (stiamo parlando di requisiti di qualità della

valutazione) e porla nell'ambito di una scala di valori predeterminata e condivisa; solo dopo sarà possibile esprimere un giudizio sul misurato e mettere in atto delle azioni consequenziali. In altri termini giudicare senza prima misurare oggettivamente è un grave errore (purtroppo frequentemente commesso). La valutazione quindi se correttamente effettuata è un processo sufficientemente oggettivo; così potrebbe non essere invece (per le possibili valenze soggettive) per il giudizio che viene dato sul prodotto della valutazione. Anche la valutazione di appropriatezza è un processo sufficientemente oggettivo purché venga utilizzata la corretta metodologia e vi siano dei chiari ed oggettivi valori di riferimento. È proprio questa la questione centrale: per affermare che un comportamento, una procedura, una terapia, ecc. è appropriato è necessario avere uno standard sufficientemente certo di riferimento (sicuramente appropriato o sicuramente inappropriato). Il riferimento in ambito medico è notoriamente dato dalle evidenze della letteratura scientifica e dalle conseguenti "raccomandazioni" di comportamento per alcune tipologie di situazioni cliniche; i principali strumenti per produrre raccomandazioni sono, come noto, le Linee Guida (che per essere definite veramente tali debbono dimostrare di possedere chiari e precisi requisiti di qualità), le Conferenze di Consenso ed i rapporti di Technology Assessment. A complicare le cose c'è però la questione che la

rappresentatività delle Raccomandazioni non è sempre uguale. Esse hanno infatti una diversa "prova" dipendente dal livello di evidenza degli studi clinici da cui traggono origine; il sistema di grading del livello di evidenza utilizzato in Cardiologia è quello per noi familiare dell'AHA / ACC (altre tecniche sono il RAND / UCLA, Panel di esperti, ecc.) suddiviso nei noti quattro livelli: I: sicuramente efficace (sicuramente appropriato), IIa: prevalentemente efficace (prevalentemente appropriato), IIb: prevalentemente non efficace (prevalentemente inappropriato), III: sicuramente non efficace (sicuramente inappropriato). Le raccomandazioni sono però anche caratterizzate dalla loro "forza"; il modello di grading utilizzato in Cardiologia fa sempre riferimento all'AHA / ACC: A - dati derivanti da molti studi controllati randomizzati di dimensioni grandi o intermedie; B - dati derivanti da pochi studi controllati randomizzati di piccole dimensioni, studi non randomizzati o studi osservazionali; C - raccomandazioni basate sul consenso di esperti. Il concetto di appropriatezza risente quindi di tutte queste variabili qualitative per cui si può dire che con il termine sicuramente appropriato si fa riferimento solo alla Classe I e livello di evidenza A; il livello di appropriatezza della Classe IIa è minore e dipende anche dalla sua forza (A, B, C); la Classe IIb è considerata prevalentemente inappropriata e soprattutto la Classe III è sicuramente inappropriata. Il

vero grande problema dell'appropriatezza in realtà non è quindi ciò che è sicuramente appropriato o sicuramente inappropriato, cioè le Classi I e III, ma parte dell'ampia zona grigia intermedia della Classe II. Il rilevante problema correlato è che, essendo però forte e diretta la relazione tra inappropriata ed errore, la stessa zona grigia corrisponde ad altrettante gradazioni di possibilità, di gravità e di responsabilità di errore. Si parla molto di appropriatezza ma ancora troppo poco di inappropriata. I due concetti sono solo in parte speculari non essendo infatti l'inappropriata tutta uguale. Il comune riferimento all'inappropriata è quello che si potrebbe definire "per eccesso" in cui le prestazioni sono prescritte, per vari motivi, più del necessario; è questo un fenomeno tipico e prevalente della medicina difensiva (ma anche della scarsa competenza professionale) in cui si ha la assolutamente falsa e pericolosa sensazione di sicurezza iperprescrivendo prestazioni (in genere esami diagnostici ma anche terapie come ad esempio antibiotici in alcune condizioni) non strettamente necessarie e quindi inappropriate. Evidente il collegamento con la sicurezza e gli errori: come già detto tutta l'iperprescrizione è un errore ed anche uno spreco; quasi nessuno però considera che se dovesse capitare (cosa statisticamente certa e tempo dipendente) un evento avverso con danno iatrogeno in una prescrizione inappropriata la

situazione sarebbe eticamente e legalmente indifendibile e le pseudo giustificazioni avrebbero ben poco peso. L'inappropriata per eccesso è inoltre una delle principali cause della abnorme lunghezza delle liste di attesa oltre che di lavoro e rischi ulteriori inutili. Molto più insidiosa e non si sa bene quanto diffusa è invece l'inappropriata "per difetto" caratterizzata dalla ipoprescrizione di prestazioni sanitarie (cioè non si prescrive, consapevolmente o no, una prestazione che sarebbe appropriata); anche questo è tecnicamente un errore in grado di provocare anche eventi avversi con danno. Contrariamente all'altro tipo di inappropriata questo avviene in genere per scarsa competenza professionale ma sempre più spesso viene utilizzata a scopo difensivo nel tentativo, in realtà del tutto vano, di eludere e/o scaricare delle responsabilità; un esempio in ambito cardiologico e non, è l'evitare interventi o test provocativi in pazienti clinicamente molto rischiosi o "aggressivi" oppure trasferire e chiedere consulenze quando non realmente necessario. Anche in questo caso l'effetto difensivo è solo apparente mentre in realtà spesso aumenta oggettivamente il rischio. Tutta la cosiddetta medicina difensiva è per definizione inappropriata (se fosse appropriata sarebbe corretta e quindi non difensiva), è tecnicamente sempre un rischio aggiuntivo, un errore ed uno spreco, non è razionalmente giustificabile (lo è solo in parte emotivamente) ed ha un totale significato negativo. Un discorso a parte merita, per i vasti e

profondi significati e per le opinioni non raramente errate, il rapporto tra appropriatezza / inappropriatezza e spesa sanitaria. Il concetto è talmente importante che è normato legalmente dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) i quali definiscono come diritto, cioè erogate gratuitamente dal SSN, quelle prestazioni sanitarie riconosciute come appropriate; quindi i LEA sono una spesa dovuta e specularmente tutto ciò che non rientra nell'elenco dei LEA non lo è; a questo gruppo appartengono tutte le prestazioni inappropriate ma anche quelle prestazioni che lo Stato e le Regioni (con qualche eccezione) non hanno le risorse per erogare come, ad esempio, molte cure odontoiatriche e la chirurgia estetica. Pochi forse percepiscono che sono proprio i LEA il cuore e l'essenza del sistema universalistico del nostro SSN e che proprio su di essi si focalizza la sua ancor meno percepita "erosione"; in altri termini in un periodo di gravissima e vera carenza di risorse come l'attuale una delle possibili e temibili tentazioni potrebbe essere di ridurre la copertura dei LEA cioè delle prestazioni appropriate. In realtà l'erosione del sistema universalistico pubblico è forse già da tempo iniziata anche con altri mezzi ancor meno visibili ma non per questo meno efficaci come, ad esempio, la problematicità della loro erogazione. Dirimere il dubbio se questo è l'esito di un piano perverso a favore degli interessi di un altro modello di sanità orientato al privato prevalente o l'esito inevitabile di un sistema troppo inefficiente e quindi troppo inappropriato è ben altro





discorso. Lo spreco può quindi anche essere definito come il costo inevitabile dell'inappropriatezza; ciò dovrebbe farci molto riflettere sui comportamenti inappropriati e sugli sprechi cui danno luogo. Tale costo in un sistema di risorse gravemente limitate come quello attuale va inevitabilmente ad erodere la disponibilità economica necessaria alle prestazioni appropriate con un praticamente certo impatto sugli esiti, sul nostro modo di lavorare e, non ultimo, anche sulle nostre responsabilità indirette. Ciò logicamente significa che, in un contesto fortissimamente interdipendente, la nostra carenza di risorse deriva sia dai nostri piccoli o grandi sprechi (in genere misconosciuti o sottovalutati) sia dagli sprechi piccoli e grandi di qualcun altro. La lotta agli sprechi non è quindi una moda dei media, delle amministrazioni o del politico di turno ma, nell'attuale contesto di risorse veramente finite, è l'unica strada percorribile per la sopravvivenza del sistema universalistico ma anche per una buona medicina, per la salute dei nostri pazienti, per la reale possibilità di curarli appropriatamente e, non ultimo, anche la nostra dignità e sicurezza professionale. Il pericolo reale è nel sempre troppo diffuso bias culturale di credere che i nostri sprechi siano insignificanti rispetto a quelli degli altri e che lo scomodo cambiamento delle nostre abitudini debba avvenire dopo quello degli altri. In realtà i grandi ed eclatanti sprechi pur avendo un forte valore simbolico incidono in modo quasi

marginale rispetto alla somma della miriade dei piccoli e diffusi sprechi quotidiani (esempio: i costi della politica e le auto blu). Al centro delle dinamiche di questi concetti non si sono però questa volta gli altri ma ci siamo noi. Essendo infatti, come visto, lo spreco sostanzialmente sinonimo di inappropriatezza ed essendo noi i prescrittori del SSN siamo noi i principali induttori di spesa (cioè quelli che prescrivono prestazioni appropriate ed inappropriate). Non può quindi che essere nostro l'onere di ridurre il più possibile le prestazioni ed i comportamenti organizzativi inappropriati. È questo un compito scomodo (perché va contro abitudini e forse interessi consolidati), difficile ma, volendolo veramente, tecnicamente possibile. L'alternativa se non lo facciamo noi internamente al sistema con degli interventi selettivi e mirati ed utilizzando una corretta metodologia (è questa e non altro la famosa spending review) è che lo facciamo a livello macro le istituzioni e le amministrazioni passando dolorosamente sulle nostre teste con tagli lineari o con una finta spending review. Fondamentale quindi, come visto, il rapporto tra appropriatezza, sicurezza e qualità e specularmente tra inappropriatezza ed errori. Un approccio al miglioramento della sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari che non tenga conto di questi concetti e di questo approccio è un evidente e gravissimo errore metodologico con delle conseguenze non teoriche. Avere comportamenti clinicamente appropriati ed un'appropriata

organizzazione delle nostre strutture è quanto di più efficace e concreto possiamo tutti fare per essere più sicuri noi e, prima ancora, i nostri pazienti. Un comportamento clinico, assistenziale ed organizzativo appropriato è quindi più sicuro, più efficiente, più efficace e non è uno spreco. L'appropriatezza è una delle nostre più efficaci armi di difesa contro gli errori e contro alcune ingerenze delle amministrazioni. Cosa fare quindi? L'inappropriatezza è un problema ad etiologia multifattoriale e quindi l'approccio metodologico al suo reale e definitivo contenimento non può che essere coerente. Essendo noi tra gli attori principali del sistema, essendo la soluzione del problema per evidenti motivi un nostro interesse prioritario è lampante che non possiamo delegare o lasciare alle sole istituzioni ed amministrazioni (che hanno altri strumenti e forse anche altre priorità) la completa gestione del problema. In altri termini passando la lotta all'inappropriatezza inevitabilmente dai nostri comportamenti e dalla riorganizzazione anche profonda delle nostre strutture noi dobbiamo pretendere di essere profondamente coinvolti nelle varie fasi degli interventi; essere impreparati, tirarci fuori o arroccarci su posizioni oggi ormai indifendibili sarebbe un vero atto di autolesionismo e non ci darebbe poi neppure il diritto di lamentarci. L'appropriatezza clinica ed organizzativa non deve e non può essere un concetto avulso dalla realtà ma lo zoccolo duro ed inviolabile della nostra professionalità, della nostra sicurezza e della qualità del

nostro lavoro. La vera sfida è trasformare questo concetto e le attività sporadiche e non sempre coordinate in normali e spontanee azioni coerenti: cioè farlo diventare vera cultura. Tra le varie soluzioni una nuova e percorribile potrebbe essere avvicinare il problema in modo non tradizionale, ma non per questo verosimilmente meno fattibile ed efficace, prendendo lo spunto da una

interessante ed originale iniziativa che viene dagli USA e sta diffondendosi anche in Italia (Choosing wisely; <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx>). Partendo, tra l'altro, dal concetto che nella pratica corrente le attività inappropriate sono molte più di quelle appropriate e che da decenni si lotta strenuamente, con lentezza e risultati concreti non eclatanti

sull'implementazione delle Linee Guida (cioè dell'appropriatezza) sarebbe più logico focalizzare l'attenzione anche sul non fare le attività sicuramente inappropriate (evidenze IIb e III); in questo modo le cose da fare sarebbero minori, più facilmente percepibili, individuabili, aggredibili e valutabili. L'ANMCO sta lavorando anche a questo tipo di approccio. ♥





Figura 1

Formazione multiprofessionale e multidisciplinare in area critica: i nuovi Corsi ACC - HF - Sim&CRM per allenare un team efficace!

A CURA DELL'AREA NURSING ANMCO E DELLA FACULTY NAZIONALE DEI CORSI ACC - HFSIM&CRM*

Garantire la sicurezza dei pazienti

È l'impegno costante dei sistemi sanitari a partire dagli anni '90. Nel 1999 veniva pubblicato il rapporto statunitense "Errare è Umano" che dimostrava come l'errore sia frequente nella pratica medica (10% circa dei pazienti ammessi in Ospedale) con variabili conseguenze spesso gravi sulla salute dei pazienti. A fronte di un incidente che ha avuto luogo, ce ne sono molti altri che non sono riportati o non sono avvenuti solo perché una circostanza fortuita e/o l'intervento di un operatore hanno impedito che accadessero. Da allora, le strategie utilizzate per la prevenzione degli errori si sono moltiplicate, e un ruolo fondamentale è stato attribuito alla formazione degli operatori e all'ampliamento delle loro competenze. Ma quali sono le competenze rilevanti in questo ambito?

Le competenze tecniche (Technical skills o TS)

Le competenze tecniche di un operatore sanitario includono le conoscenze teoriche, ovvero le basi culturali e scientifiche acquisite con lo studio e l'aggiornamento, e le abilità pratiche, cioè le capacità psicomotorie che consentono di eseguire interventi e procedure, direttamente o mediante l'utilizzo di strumenti. In alcune condizioni di lavoro complesse, quali quelle tipiche delle emergenze/urgenze, tuttavia, non si lavora da soli ma in team multidisciplinari e multi professionali.

Possiamo studiare, aggiornarci, esercitarci per svolgere il nostro ruolo in modo perfetto, ma siamo consapevoli che quando ci troveremo in una condizione di emergenza/urgenza, conterà solo la performance globale della nostra squadra. E lì avremo bisogno di collaborare, di comunicare, per evitare gli errori, per pianificare le azioni e gli obiettivi e per ottenere le migliori performance possibili. Le decisioni e le conseguenti azioni dovranno essere effettuate in modo coordinato, basandoci su dati spesso incerti ed in tempi rapidi. In queste condizioni l'errore è in agguato, ed accanto alle TS, assumono un rilievo eccezionale le competenze *non tecniche* (Non Technical skills o NTS) di ciascun membro della squadra. Quali sono allora le NTS? Come mai nessuno ce le ha fino ad ora insegnate?

Dovevamo imparare dall'aeronautica

Come si fa ad allenare una squadra vincente nell'emergenza!! Infatti, i primi ad utilizzare una metodologia specifica di formazione al lavoro di squadra in emergenza detta CRM (originariamente ACRM o Aviation Crew Resource Management) furono i responsabili dell'aviazione commerciale statunitense. Nel 1989 Gaba, Howard, Fish e altri svilupparono un modello analogo da applicare all'emergenza in Medicina. Oggi la *metodologia CRM* è ampiamente utilizzata e comprende un insieme di NTS per la gestione delle condizioni critiche

e la prevenzione degli errori nella Medicina di emergenza/urgenza. Sono individuati 15 punti chiave che vertono su alcune competenze generali:

a. conoscenza delle risorse disponibili, conoscere l'ambiente in cui si lavora, gli strumenti diagnostici e terapeutici; b. gestione delle risorse, saper pianificare il lavoro, distribuire i compiti e attivare tutte le risorse disponibili; c. lavorare in gruppo, assicurare collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale nel rispetto dei ruoli da distribuire in modo adeguato, tenendo conto delle capacità dei singoli; d. condivisione e comunicazione, condividere le conoscenze e le notizie di cui si dispone, proporre interventi costruttivi, effettuare controlli incrociati e periodici, sempre nel segno del rispetto reciproco ed utilizzando una comunicazione adeguata (gran parte degli errori sono dovuti ad una comunicazione assente o inadeguata).

Le Linee Guida AHA

Per la Rianimazione Cardiopolmonare ed il Trattamento delle Emergenze Cardiovascolari, del novembre 2010, hanno posto attenzione a quelle competenze non tecniche (capacità comunicativa e relazionale) che favoriscono l'efficacia del lavoro di squadra durante una rianimazione o una emergenza. È nata allora l'esigenza di offrire ai professionisti della Sanità che operano a vari livelli nella risposta alle Emergenze (118, Dipartimento

* La Faculty ANMCO-SIMEU dei Corsi ACC-HFSim&CRM è costituita da:

Riccardo Baroni, Alessandro Capecchi, Sabrina Egman, Giuseppe Fradella, Gianluca Gonzi, Francesca Innocenti, Marcello Montomoli, Danilo Neglia, Paola Noto, Riccardo Pini, Davide Sighinolfi, Patrizia Vitolo





di Emergenza, Cardiologia, Aree Critiche, etc.) un modello formativo aggiornato alle necessità dell'integrazione multi disciplinare e multi professionale in un efficace lavoro di squadra.

ANMCO e SIMEU (Società Italiana Medicina Emergenza e Urgenza)

Con la collaborazione del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM), dell'Università di Pisa e di Firenze, hanno pertanto esteso l'offerta formativa in emergenza ed urgenza con la creazione di un corso specifico *"Acute Critical Care - High Fidelity Simulation & Crisis Resource Management"* (ACC-HFSim&CRM). I riferimenti scientifici e culturali utilizzati sono quelli dell'Università di Tübingen (Germania) e dell'Università di Harvard (USA). Grazie a Corsi istruttori svolti presso il CNR di Pisa e l'Università degli Studi di Firenze è stata creata una "faculty" nazionale con professionalità sia Mediche sia Infermieristiche (Tabella 1). Il 18 ottobre 2012, in occasione dell'VIII Congresso Nazionale SIMEU, si è tenuto il I Corso nazionale ACC-HFSim&CRM" ed analogo corso è previsto in occasione del prossimo Congresso Nazionale ANMCO a maggio 2013. Questi Corsi si propongono di diventare parte integrante del percorso formativo che parte dai Corsi di rianimazione di base (BLS) ed avanzata (ACLS e PALS) e giunge alla Clinical Competence in UTIC.

Il corso ACC-HFSim&CRM

È rivolto a team multiprofessionali

e multidisciplinari, ha una durata di un giorno (8 ore) con un format originale, che si avvale come strumenti didattici innovativi della simulazione ad alta fedeltà (HF SIM) e dell'applicazione dei principi CRM. Prevede esercitazioni su scenari simulati, basati su casi clinici rilevanti, al termine dei quali è previsto un debriefing, vero elemento didattico cardine del Corso. Il realismo tecnico e psicologico della simulazione è un elemento importante per favorire l'apprendimento ma nello stesso tempo consente un addestramento protetto per i discenti e sicuro per i pazienti (Figura 1). L'errore è consentito e quindi è possibile imparare a fondo dai propri errori. Questo connubio fra HF SIM e CRM risponde ai più consolidati principi della formazione dell'adulto. L'andragogia insegna infatti come l'adulto dia particolare valore a quell'apprendimento in grado di migliorare le competenze, di essere applicabile in modo efficace alla vita quotidiana, di rispettare la sua autonomia, di rispondere alle sue motivazioni interne, basato su tecniche esperienziali piuttosto che trasmissive e sulle attività di aiuto tra pari.

I 22 partecipanti al Corso di Rimini

Erano Medici ed Infermiere operanti nei Dipartimenti di Emergenza, nei Servizi 118, nelle UTIC, tutti provider BLS e ACLS. Al termine del Corso hanno mostrato un livello di gradimento elevato, apprezzando l'impostazione del nuovo format e gli strumenti didattici utilizzati. A distanza di tre mesi dalla partecipazione, il 96% degli

I Corsi ACC - HFSim&CRM sono incentrati su scenari simulati con il supporto di tecnologia ad alta fedeltà, in cui i discenti si esercitano sulla gestione pratica in team di casi clinici critici reali

intervistati ha dichiarato di aver appreso nuovi elementi utili per il lavoro di squadra in particolare in relazione alla comunicazione (76%), alla collaborazione (62%) tra i membri del team, all'esercizio della leadership (43%) e di averli potuti mettere in pratica. L'82% ha attribuito molta importanza all'utilizzo della simulazione avanzata in questo tipo di formazione. Il 91% dei discenti ha avvertito la necessità' di apportare cambiamenti organizzativi nella propria realtà operativa. Nonostante i dati della letteratura siano concordi nell'indicare come momento centrale del miglioramento assistenziale la formazione dei team, le esperienze formative che utilizzano strumenti come SIM HF e CRM sono sporadiche. **La nostra proposta formativa si inserisce pertanto in un ambito del tutto nuovo e certamente necessita di poter verificare in futuro la validità del progetto, la correttezza della realizzazione e l'efficacia delle ricadute assistenziali.** ♥

La Riunione dell'Area Scompenso Cardiaco nel prossimo Congresso Nazionale Proposte, criticità e suggerimenti da parte dei Soci aderenti all'Area

DI GIULIA RUSSO E GIUSEPPE DI TANO

Premessa

La gestione dello Scompenso Cardiaco risulta indubbiamente, per chi ne è coinvolto quotidianamente, realmente complessa e articolata. E non solo per le difficoltà legate alle

incostanti e spesso imprevedibili manifestazioni cliniche, o alle molteplici interconnessioni con altre discipline o alla ampia variabilità delle misure terapeutiche da adottare, che prevedono non

raramente anche nel singolo paziente, l'intersecarsi di procedure altamente tecnologiche con espliciti provvedimenti assistenziali - palliativi, alternando fasi altamente hi - tech a fasi di necessario e indispensabile hi



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

Fondazione "per il Tuo cuore"

Onlus per il tuo cuore



ASSOCIAZIONE

FONDAZIONE E RICERCA

FORMAZIONE

PUBBLICAZIONI/AGGIORNAMENTO

Area Scompenso Cardiaco

HOME | ASSOCIAZIONE | ORGANI E ORGANISMI | AREE ANMCO | [ELENCO AREE ANMCO](#)

AREA RISERVATA ▾

- ▶ ORGANIGRAMMA
- ▶ PROGRAMMA
- ▶ VERBALI RIUNIONI AREA
- ▶ IN-HF ON LINE
- ▶ CONSENSUS CONFERENCE SCOMPENSO CARDIACO
- ▶ UTILITY

Invia le tue proposte per la Riunione dell'Area Scompenso Cardiaco che si svolgerà durante il 44° Congresso Nazionale ANMCO

DEADLINE: 21 aprile 2013



Scarica il Modulo di iscrizione all'Area Scompenso Cardiaco





Sono un Cardiologo
Sono un Cittadino



**Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri**

Fondazione "per il Tuo cuore"
Onlus 
per il tuo cuore

ASSOCIAZIONE
FONDAZIONE E RICERCA
FORMAZIONE
PUBBLICAZIONI/AGGIORNAMENTO

Area Scompenso Cardiaco

HOME | ASSOCIAZIONE | ORGANI E ORGANISMI | AREE ANMCO | [ELENCO AREE ANMCO](#)

 AREA RISERVATA ▼

Invia le tue proposte/esperienze/considerazioni per la Riunione dell'Area Scompenso Cardiaco
DEADLINE: 21 aprile 2013

Inserisci le tue considerazioni, esperienze o proposte riguardo alcune tematiche/criticità sotto specificate che saranno discusse nella Riunione dell'Area Scompenso Cardiaco prevista nell'ambito del prossimo 44° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO. Se sei interessato ad esporle direttamente in Aula propositi, segnalandolo in coda al tuo intervento.

SPECIFICA L'ARGOMENTO:

--selezionare-- ▼

--selezionare--

Aspetti scientifici-formativi

Aspetti gestionali

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE:

Cognome: *

Nome: *

E-mail: *

* I campi contrassegnati sono obbligatori

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

Informato di quanto sopra esposto, con riferimento alla comunicazione dei miei dati a terzi do il consenso
 nego il consenso

INVIA

- touch. Ma a condizionare, spesso in maniera significativa, le potenzialità di cura ottimale del nostro paziente scompensato vi è la nota eterogeneità organizzativa - sanitaria nazionale che, in alcune occasioni, rappresenta uno degli ostacoli più difficili da affrontare da parte di chi si occupa in prima linea di Scompenso Cardiaco. Le realtà regionali nonché locali sono molto diverse tra loro, condizionate

spesso da peculiari criticità all'interno delle amministrazioni aziendali, o delle stesse strutture cardiologiche, nei rapporti tra il personale medico o infermieristico, con collegamenti spesso labili col Territorio e/o con i Centri di riferimento vicini. Per dettagli più approfonditi della situazione nazionale, rimandiamo all'articolo pubblicato l'anno scorso sulla rivista *Monaldi Archiv Chest*

Disease da Angela Beatrice Scardovi assieme al precedente Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco, che ha fotografato in maniera aggiornata la realtà nazionale e i relativi attuali limiti della cura dello Scompenso Cardiaco in Italia, traendo spunto dallo stato di avanzamento dell'applicazione del Documento contenuto nella *Consensus* sul "Percorso assistenziale

Tra gli intenti programmatici dell'attuale Comitato di Coordinamento è considerato prioritario potenziare le possibilità di interazione con gli aderenti dell'Area attraverso varie iniziative come ad esempio la **in - coming** revisione del Sito Web e la condivisione delle criticità gestionali di ogni singolo Centro

del paziente con Scompenso Cardiaco” a cinque anni dalla sua prima stesura.

La nostra idea

Uno degli intenti dell'attuale Comitato di Coordinamento di Area è quello di stimolare e potenziare le modalità di collegamento e dibattito con i propri aderenti. L'Area Scompenso Cardiaco conta oltre 2.000 aderenti, numero estremamente elevato. Come capita spesso quando si è in tanti, vi è il rischio di comunicare in maniera incostante o di subire “passivamente” le iniziative proposte dall’“alto” o di dare per scontato, da parte del Comitato di Coordinamento, alcune problematiche che invece risultano importanti e prioritarie rispetto ad altre più “scientifiche” per coloro che lavorano attivamente in Centri “meno organizzati”. Proprio per ridurre tale limite, abbiamo considerato prioritario durante l'attuale nuovo biennio, di aumentare le possibilità di interazione con gli aderenti all'Area attraverso varie iniziative come ad esempio la *in-coming* revisione del sito web, che vorremmo organizzare in parte sotto forma di “Clinical Forum” per renderlo occasione di scambio comunicativo tra i Soci su alcune specifiche tematiche clinico-organizzative più comuni. Nel corso dell'anno le occasioni di incontrarsi “fisicamente” in realtà sono rare. La Riunione di Area, inserita tradizionalmente all'interno del Congresso Nazionale, è l'occasione “ufficiale” d'incontro, ma spesso gli impegni congressuali sono incalzanti, i programmi del Congresso corposi e ricchi di argomenti così attuali

che a volte, la partecipazione non è numerosa come ci si aspetterebbe per una Area con tanti Iscritti come la nostra. Quest'anno è prevista, diversamente dagli anni precedenti, una impostazione diversa, infatti non si terrà un Simposio, ma una vera e propria “Riunione” di Area, momento d'incontro e di confronto tra tutti coloro che si occupano di Scompenso Cardiaco. Si è quindi pensato di sfruttare l'occasione per discutere assieme di alcune tematiche comuni della nostra attività clinica, proponendo un coinvolgimento attivo degli aderenti all'Area.

In che maniera attuare la nostra comunicazione?

È stata inviata a tutti gli aderenti all'Area Scompenso Cardiaco una lettera via e-mail con la quale viene richiesto di esporre brevemente le proprie considerazioni, proposte, idee o ipotesi di lavoro, di riportare criticità, difficoltà organizzative locali, ecc. su due principali tematiche predefinite: 1) aspetti scientifici - formativi, 2) aspetti gestionali. Per quest'ultima è previsto di fare riferimento in particolare a problematiche organizzative locali (ospedaliere o territoriali) e a problematiche legate ai rapporti con Centri di Riferimento. Ognuno è invitato a collegarsi alla sezione dedicata all'Area Scompenso Cardiaco sul Sito WEB ANMCO (<http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso>) dove cliccando sul link predisposto “Invia le tue proposte per la Riunione dell'Area Scompenso

Cardiaco che si svolgerà durante il 44° Congresso Nazionale ANMCO” apparirà un riquadro in evidenza con uno spazio a disposizione per selezionare l'argomento prescelto, scrivere un breve testo e inserire i propri dati ed e-mail (vedi Figure 1 e 2). Non è necessario effettuare il log in. Lo spazio sarà attivo fino al 21 aprile 2013. Si potranno quindi condividere proposte scientifiche (idee di lavori, di gruppi di studio o consenso), oppure descrivere criticità nella pratica clinica quotidiana, difficoltà e problematiche di gestione nella propria struttura o per esempio tra Territorio ed Ospedale (gestione del follow - up, rapporti con i medici di famiglia, ecc.) oppure di gestione tra Centri periferici e Centri di riferimento. Compilato il form si inserirà il proprio nominativo ed il Centro d'appartenenza e l'eventuale interesse all'esposizione in aula. Le risposte saranno assemblate per argomento con l'intenzione di assegnare ai colleghi interessati l'esposizione nella Riunione, coadiuvati da un componente del Comitato di Coordinamento di Area. Il nostro auspicio è che i contatti siano numerosi e si spera, direttamente proporzionali all'elevata complessità della patologia oggetto del nostro interesse clinico! Noi stiamo tentando di “metterci del nostro”... Adesso, come disse Johann Wolfgang von Goethe, «se so di che cosa ti occupi saprò che cosa puoi diventare». Ci vediamo a Firenze. ♥





Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

DOMANDA DI ISCRIZIONE

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

DATI ANAGRAFICI

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

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale
Indirizzo
Città Prov. CAP
Tel./Fax E - mail Reparto:
Specializzato in Cardiologia: Si No Altre Specializzazioni
Appartenente ad **altra Società Scientifica Cardiologica** Si No
Se SI Indicare quale
Struttura Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro

Tipologia

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

Nome del Primario o facente funzione

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Qualifica

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

In quiescenza

Non di ruolo

5^a EDIZIONE

La ricerca in Italia: un'idea per il futuro

La Fondazione Lilly ha indetto
il bando di concorso per progetti di ricerca di alto
valore scientifico nel campo delle scienza per la vita
selezionati secondo il criterio della

PEER REVIEW



Il tema di quest'anno appartiene
all'area cardiovascolare
"Trattamento della sindrome
coronarica acuta: meccanismi
fisiopatologici e risvolti clinici
del rischio di complicanze
ischemico-emorragiche"

Il termine per la presentazione delle domande è il 31-05-2013

Fondazione Eli Lilly
per la Ricerca Medica ONLUS
Via Thailandia, 27 - 00144 Roma
Tel. 06/5913023
Per info: segreteria@fondazioneilly.it

Per tutte le informazioni relative al bando:
www.fondazioneilly.it

ABRUZZO



Leonardo Paloscia

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

FRIULI VENEZIA GIULIA



Alessandro Proclemer

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

BASILICATA



Luigi Truncellito

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

LAZIO



Massimo Ugucioni

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

CALABRIA



Mario Chiatto

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

LIGURIA



Gianfranco Mazzotta

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

CAMPANIA



Franco Mascia

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

LOMBARDIA



Luigi Oltrona Visconti

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

EMILIA ROMAGNA



Stefano Urbinati

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

MARCHE



Domenico Gabrielli

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

MOLISE



Gianludovico Magri

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

www.anmco.it/regioni/elenco/molise

SARDEGNA



Rosa Anna Maria Pes

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

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

P.A. BOLZANO



Roberto Cemin

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

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

SICILIA



Ernesto Mossuti

Presidente: Ernesto Mossuti (Siracusa)
Consiglio Regionale:
 Francesco Amico (Catania)
 Calogero Catalano (Sicilia - AG)
 Roberto Di Paola (Catania)
 Giovanna Geraci (Palermo)
 Gianni Mobilia (Messina)
 Ignazio Maria Smecca (Palermo)

www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia

P.A. TRENTO



Domenico Catanzariti

Presidente: Domenico Catanzariti (Rovereto - TN)
Consiglio Regionale:
 Annalisa Bertoldi (Trento)
 Roberto Bettini (Trento)
 Alessio Coser (Trento)
 Giuseppe Vergara (Rovereto - TN)

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

TOSCANA



Giancarlo Casolo

Presidente: Giancarlo Casolo (Lido di Camaiore - LU)
Consiglio Regionale:
 Andrea Boni (Lucca)
 Gabriele Castelli (Firenze)
 Nicola Ciabatti (Livorno)
 Paolo Fontanive (Pisa)
 Tiziana Giovannini (Prato)
 Emilio Maria Pasanisi (Pisa)
 Paola Pasqualini (Grosseto)
 Valerio Zacà (Siena)

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



Marco Bobbio

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

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte

UMBRIA



Claudio Cavallini

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

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

PUGLIA



Pasquale Caldarola

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

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

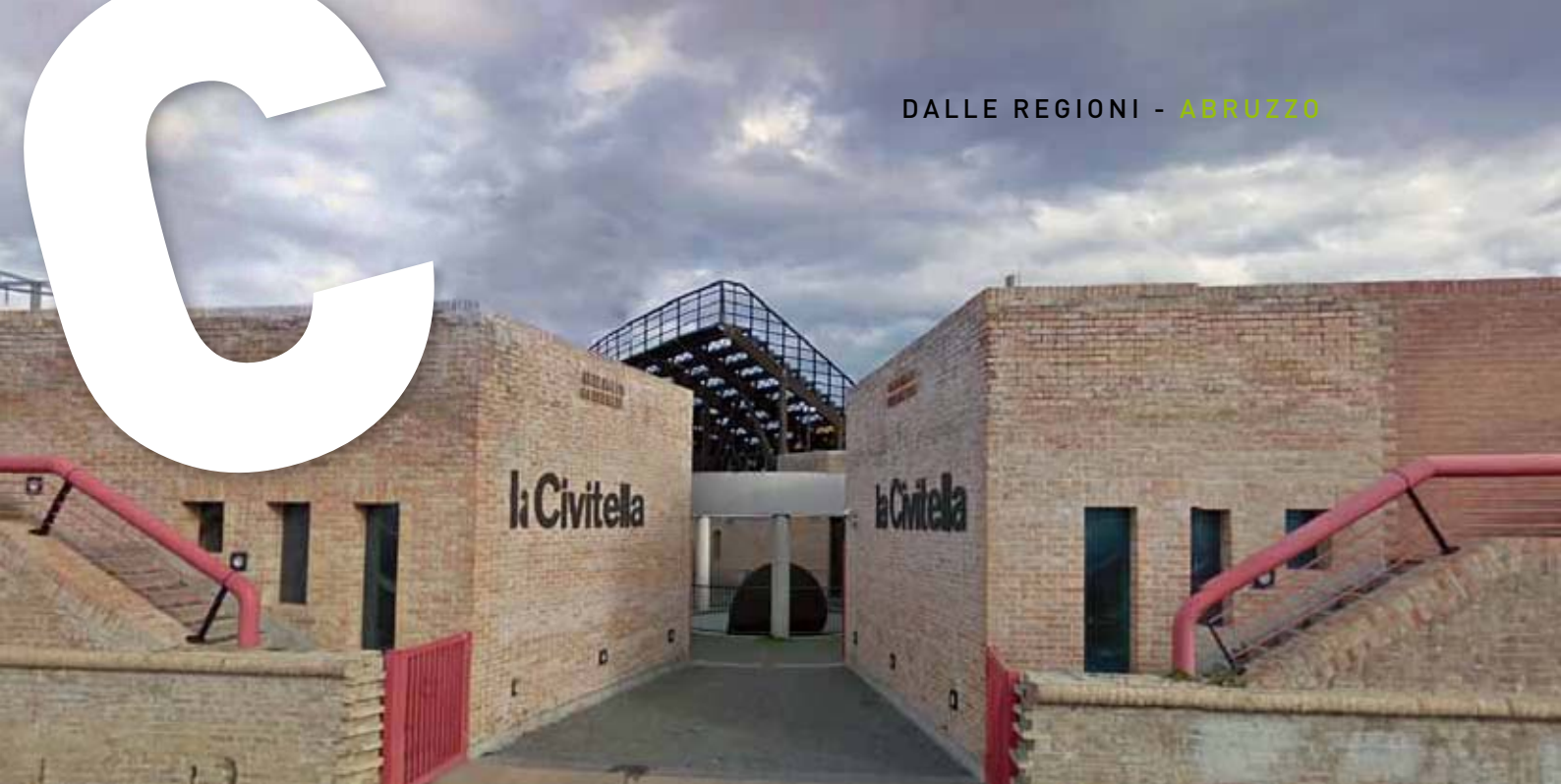
VENETO



Loris Roncon

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

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto



Convegno ANMCO Macroregione Marche Umbria Molise Abruzzo: “La Cardiologia che ci unisce” Appuntamento a Chieti per i 50 anni dell’ANMCO

DI MASSIMO PASQUALE

Siamo giunti ormai alla sesta edizione del Convegno Interregionale ANMCO “La Cardiologia che ci unisce”, organizzato a turno dalle Regioni che compongono il “MUMA”, cioè Marche, Umbria ed Abruzzo; quest’anno si è aggiunta per la prima volta anche la Regione Molise. Nel 2013 la regione organizzatrice è l’Abruzzo: il Convegno si terrà a Chieti, dal 18 al 20 aprile presso l’Auditorium “Valerio Cianfarani” del complesso della Civitella. Quest’anno

l’evento coincide con il cinquantesimo anniversario della fondazione dell’ANMCO e, pertanto, il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Abruzzo ha cercato, nonostante le profonde difficoltà economiche del momento, di coinvolgere un nutrito numero di relatori, moderatori e discussant, provenienti anche al di fuori dell’ambito macro - regionale. I lavori cominceranno nel primo pomeriggio di giovedì 18 aprile con l’intervento del nostro Presidente Nazionale, Francesco Bovenzi, che ci

onorerà con la sua presenza, tenendo una lettura dal titolo: “L’ANMCO compie 50 anni: mezzo secolo di Cardiologia Ospedaliera: le sfide che abbiamo vinto, quelle che ci apprestiamo a combattere”. I lavori proseguiranno con la prima sessione sulla terapia organizzativa dell’infarto del miocardio e delle sindromi coronariche acute: si parlerà delle reti per lo STEMI e per le SCA/NSTE, sia dal punto di vista dell’organizzazione logistico - operativa, sia delle strategie farmacologiche. Nella seconda





sessione, che si protrarrà fino alla tarda serata del 18 aprile si parlerà del post - infarto, ed in particolare delle problematiche connesse alla doppia terapia antiaggregante piastrinica, alla terapia ipolipemizzante e al counselling alla dimissione. Nella mattinata del giorno successivo, venerdì 19 aprile, la terza sessione è dedicata allo scompenso cardiaco acuto: partiremo dalla definizione e dall'inquadramento diagnostico, continuando a parlare di farmaci e di terapie non convenzionali. Il pomeriggio del 19 ci saranno ben due sessioni interamente dedicate alle aritmie: inizieremo a parlare di fibrillazione atriale, soprattutto nel contesto dello scompenso cardiaco acuto e cronico in attesa della lettura del Dott. Giuseppe Di Pasquale di Bologna sui nuovi farmaci anticoagulanti. Si continuerà con la presentazione di casi clinici sui trattamenti non farmacologici della fibrillazione atriale. I lavori del mattino si concluderanno con una lettura di Luisa Cacciavillani di Padova sulla rete per lo shock cardiogeno; poi un momento di cultura non propriamente cardiologica quando Maria Paola Lupo ci parlerà del cuore nella storia dell'arte. L'ultima sessione pomeridiana è dedicata invece alle aritmie ventricolari, in particolare alla prevenzione e trattamento dello storm aritmico, alle zone grigie che ancora rimangono sull'impianto del defibrillatore in prevenzione primaria. La serata si concluderà con una interessantissima lettura del Professor Riccardo Cappato di San Donato Milanese dal titolo "Extrasistolia ventricolare: cuore sano

sempre?". L'ultima giornata vedrà il consueto confronto fra Cardiologi e Cardiochirurghi su alcuni temi controversi, come la coronaropatia trivasale, ed il trattamento delle valvulopatie. L'ultima sessione della mattina di sabato 20 aprile è dedicata ad una miscellanea di temi proposti dai Soci delle nostre quattro regioni: la Dott.ssa Benedetta Bellandi di Firenze ci parlerà della Sindrome di Tako - Tsubo e del Registro Toscano; continueremo poi a discutere della pericardite recidivante e della consulenza cardiologica nella chirurgia non cardiaca. Poi i saluti finali ed un arrivederci al 2014 per i secondi 50 anni dell'ANMCO. ♥

Il consueto Convegno ANMCO interregionale dei Cardiologi di Marche, Umbria, Molise e Abruzzo si svolgerà a Chieti dal 18 al 20 aprile del 2013, in concomitanza dei 50 anni della nostra Associazione

**CONVEGNO ANMCO
MACROREGIONE MUMA**
MARCHE - UMBRIA - MOLISE - ABRUZZO

LA CARDIOLOGIA CHE CI UNISCE

18 - 19 - 20 APRILE 2013
Auditorium "Valerio Cianfarani"
LA CIVITELLA
CHIETI

Presidente del convegno: LEONARDO PALOSCIA

Cardiopatía ischemica: indagine ambulatoriale

DI MARIA MADDALENA DE FRANCESCO, FRANCESCO PAOLO CALCIANO, ANTONIO CARDINALE, RAFFAELLA SCALCIONE

Sono state analizzate le cartelle cliniche inerenti ai ricoveri per cardiopatía ischemica (SCA, IMA, Angina pectoris) presso la Cardiologia dell'Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera nel 2005 e nel 2010. Lo studio ha analizzato alcuni aspetti: l'abitudine tabagica prima e dopo il ricovero, la pratica dell'attività fisica, la corretta assunzione dei farmaci dopo il ricovero ed inoltre i controlli effettuati dai pazienti dopo il ricovero in tema di visite cardiologiche e esami di laboratorio. Analizzati anche i dati che si riferiscono ad angioplastiche (PTCA) e interventi cardiocirurgici di by-pass aorto-coronarici. Infine si è vista l'incidenza delle complicanze cardiovascolari quali l'ictus e la vasculopatia periferica.

Dati 2005

Su un totale di 317 cartelle, 120 hanno risposto. L'abitudine al fumo pre-ricovero del campione era del 32%, nel follow-up il 10%; l'attività fisica pre-ricovero era praticata dal 17%, nel follow-up dal 12%; assunzione di farmaci/die in dimissione: 22% da 1 a 3 farmaci, 47% da 4 a 6, 19% da 7 a 9, 6% oltre 10, nel follow-up: 25% da 1 a 3, 48% da 4 a 6, 19% da 7 a 9, 6% oltre 9; visite cardiologiche/anno: il 54% del

campione ha effettuato una visita, il 27% due, il 3% tre visite. Il 90% ha effettuato esami di laboratorio, il 39% è stato sottoposto a una procedura di PTCA, il 26% a intervento di by-pass aorto-coronarico. Successivamente alla dimissione il 13% ha avuto un ictus, il 33% una arteriopatia periferica. Il 57% del campione è stato ricoverato una volta, il 14% due volte, l'11% tre volte.

Dati 2010

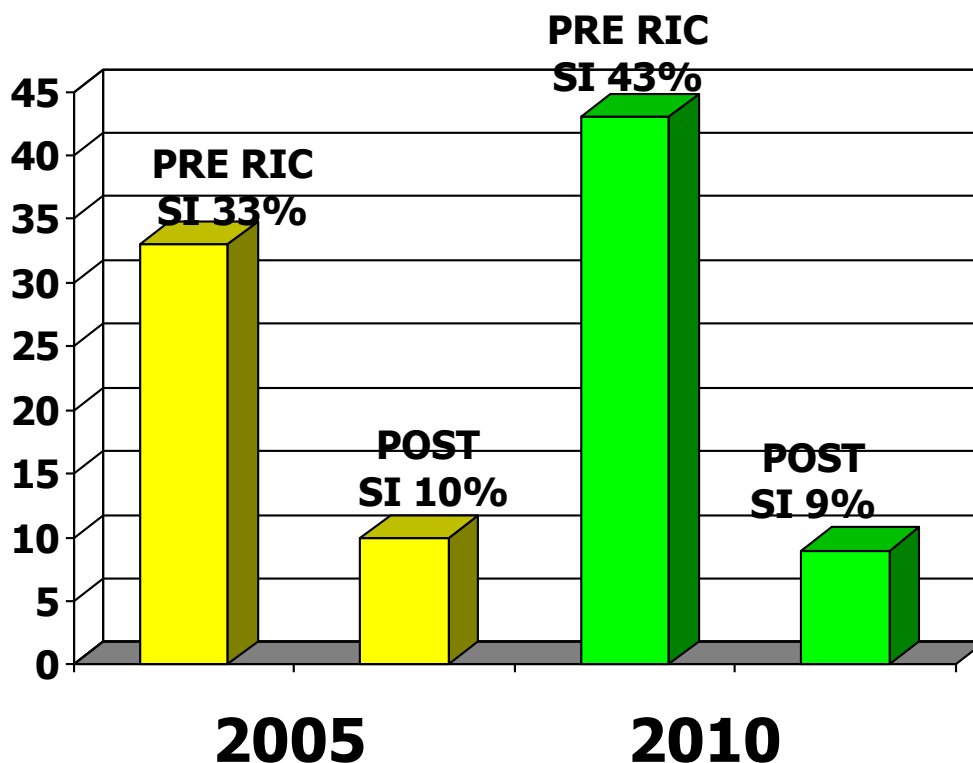
Su un totale di 309 cartelle, hanno risposto 150. Abitudine al fumo pre-ricovero: 43% del campione fumava, al follow-up il 9%; l'attività fisica pre-ricovero era praticata dal 15%, nel follow-up dal 15%; assunzione di farmaci/die: in dimissione 21% da 1 a 3 farmaci, 67% da 4 a 6, 10% da 7 a 9, 1% oltre, mentre nel follow-up: 23% da 1 a 3, 51% da 4 a 6, 21% da 7 a 9, 4% oltre 9. Visite cardiologiche/anno: il 37% del campione ha effettuato una visita, il 53% due, il 5% tre visite. Il 96% ha effettuato esami di laboratorio. Il 42% è stato sottoposto a una procedura di PTCA, il 21% a intervento di by-pass aorto-coronarico. Successivamente alla dimissione il 13% ha avuto un ictus, il 40% una arteriopatia periferica. Il 23% del campione è stato ricoverato una volta, il 68% due volte, 9% tre volte.

Analisi

I pazienti smettono in modo indicativo di fumare dopo l'evento coronarico. Non modificano l'approccio all'attività fisica, sempre molto bassa. Buona la compliance all'assunzione dei farmaci. I pazienti si sottopongono periodicamente a controlli specialistici (visita cardiologica) dato che incrementano negli anni passando dal 54% che effettuava una visita, il 27% due, il 3% tre visite ai dati del 2010 con il 37% del campione che ha effettuato una visita, il 53% due, il 5% tre visite. Si sottopongono periodicamente ad accertamenti di laboratorio 90% nel 2005, 96% nel 2010. Nell'analisi comparata aumentano le procedure di angioplastica percutanea (PTCA), dal 39% del 2005 al 42% del 2010; diminuiscono gli interventi di by-pass aorto-coronarici (BPAC), 26% del 2005, 21% del 2010. Analizzando i dati relativi alle complicanze di tipo vascolare, ictus e arteriopatia periferica, si nota una stabilità nell'incidenza per l'ictus nei due campioni (il 13%); aumenta invece l'incidenza per l'arteriopatia periferica (33% del 2005, 40% del 2010). I dati aggregati delle due complicanze mostrano una incidenza che va dal 46% del 2005 al 53%



FUMATORI ANNO 2005 - 2010



del 2010. Il coronaropatico è un paziente a elevato rischio vascolare diffuso. Analizziamo complicanze che intervengono in dimissione, in pazienti in politerapia. Terapia che dovrebbe, per alcune molecole, avere effetti pleiotropici positivi sull'albero vascolare. I risultati mostrano un aumento di incidenza negli anni. Occorrerebbe valutare altri dati del campione: l'incidenza dell'ipertensione e soprattutto del diabete, considerando l'aumento delle arteriopatie periferiche. Si potrebbe postulare che la maggiore incidenza delle complicanze sia dovuta, per lo meno in parte, a una scarsa adesione alla pratica di uno

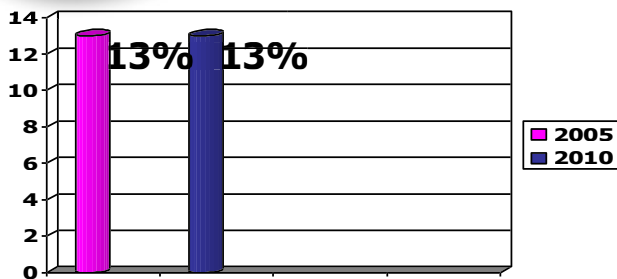
stile di vita salutare, considerando che l'attività fisica sembra bandita. I dati consigliano di sottoporre i pazienti coronaropatici in pre - dimissione a un esame ecodoppler a livello dei tronchi sovraortici e degli arti inferiori.

Commenti

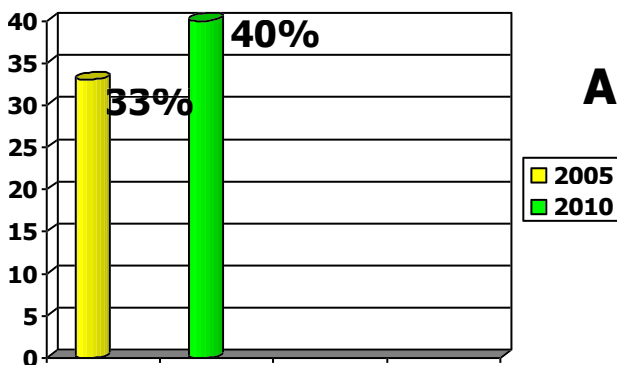
È importante intervenire su vari aspetti partendo da quelli inerenti lo stile di vita salutare: una sana alimentazione di tipo mediterraneo, con limitazioni di sale e di zuccheri, una costante attività fisica, l'abolizione del fumo, non eccedere con l'alcol. Occorre utilizzare al meglio ciò che la tecnologia offre, favorendo controlli periodici anche a distanza tramite telemedicina. Il

tutto implica un'organizzazione del lavoro diversa, più clinica, meno burocratica, meno rigida. Ruolo e proposte devono andare in una direzione condivisa per tutti quelli che operano in Sanità, manager, medici, infermieri, personale di supporto. L'idea forte è quella della centralità del malato, tema questo fin troppo abusato in generale. In questo ambito dovrebbe modificarsi e qualificarsi maggiormente il ruolo dell'Infermiere (counseling, educazione sanitaria, tra l'altro). È essenziale ridurre le competenze burocratiche per liberare tempo da utilizzare in modo clinico, affiancare il Medico nella gestione integrata del paziente. Questo nuovo

COMPLICANZE



ICTUS 2005 - 2010



ARTERIOPATIE PERIFERICHE 2005 - 2010

ruolo potrebbe contribuire a ridurre l'incidenza di complicanze nella cardiopatia ischemica (lo stesso dicasi per gli altri ambiti e gli altri settori della medicina). Meno complicanze = meno ricoveri = meno indagini strumentali di secondo livello = meno approcci cruenti = meno invalidità. Questo libererebbe nel tempo risorse. Ovvio che inizialmente occorrerebbe investire. Qui s'intreccia un problema di politica e struttura sanitaria. La programmazione nell'ambito della Sanità, così come ad esempio anche nell'ambito della scuola, non può essere quella collegata strettamente al mandato elettorale delle rappresentanze istituzionali, e a catena

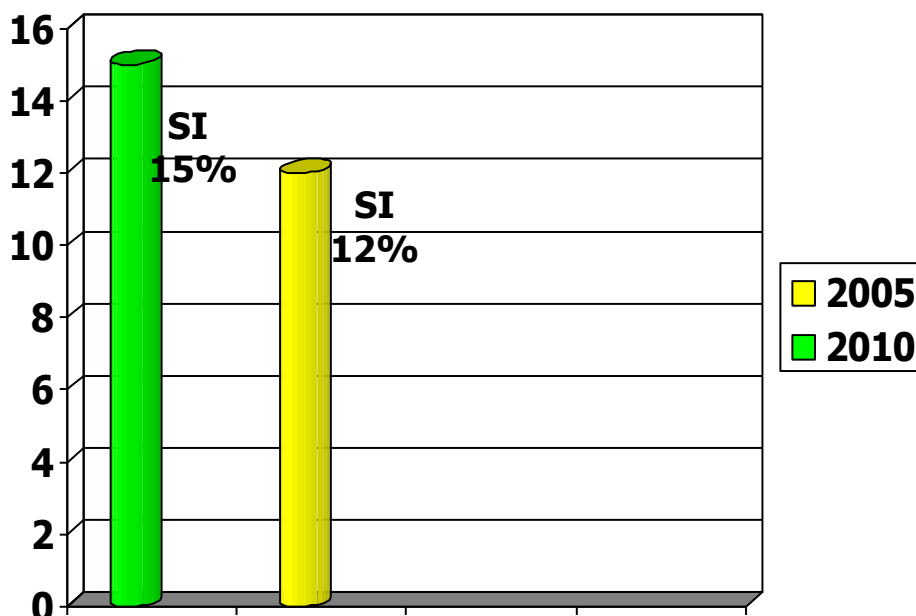
dell'intero comparto Sanità a partire dai manager dei rispettivi settori. È indispensabile la condivisione delle riforme, le quali devono poter avere un respiro lungo, anche decennale. Le forze politiche dovrebbero approvare le linee di programmazione, possibilmente in modo condiviso tra i vari schieramenti, così da poterle realizzare nel tempo. La politica non deve entrare nella gestione. Questa va affidata a esperti da scegliere soltanto con il criterio meritocratico. Un manager deve essere indipendente e rispondere ai cittadini e agli enti deputati al controllo presentando gli stati d'avanzamento delle riforme, l'analisi chiara dei costi, i quali devono

essere consultabili in qualsiasi istante con l'ausilio dell'informatica. Deve contestualmente poter lavorare in un tempo sufficiente per realizzare un programma reale. Ritornando al ruolo moderno dell'Infermiere, potrebbe assumere una valenza centrale nell'ambito delle informazioni da presentare a paziente e familiari. Prima della dimissione è auspicabile un inizio di riabilitazione intra ospedaliera con consigli pratici da mettere in atto a casa. L'Infermiere dovrebbe essere il tramite tra i medici, paziente e parenti per illustrare i canoni di uno stile di vita salutare. Le proposte presentate innalzerebbero la qualità delle prestazioni. Poniamo





ATTIVITÀ FISICA 2005 - 2010



il caso di un infartuato che torni a visita. Al di là del controllo clinico, strumentale, ECG, test da sforzo ecodoppler cardiaco, ecodoppler periferico o qualsiasi altro esame utile nello specifico, l'Infermiere dovrebbe valutare l'adesione alla terapia, misurare alcuni parametri, pressione arteriosa, saturazione d'ossigeno, indice di massa corporea, circonferenza addominale; chiedere notizie su aspetti dello stile di vita quali l'abitudine al fumo, l'alimentazione seguita, la pratica o meno d'attività fisica iniziando da una sana passeggiata a passo svelto per almeno 30' / 45' al giorno. Al termine, d'intesa con il Medico, dovrebbe offrire ulteriori consigli personalizzati.

Un approccio diverso, che avrebbe ricadute positive. Terminiamo con la condivisione di alcune proposte presentate negli anni dall'Associazione Amici del Cuore di Grassano, proposte in tema di stile di vita. Alcune sono a costo zero: affiggere cartelloni negli Ospedali, nelle Scuole, davanti agli ingressi esterni e nei perimetri degli edifici che ospitano queste strutture con l'invito ai cittadini ad astenersi dal fumare, richiamando i principi di una autotutela della salute, anche nel rispetto di chi frequenta questi luoghi, malati, bambini, ragazzi, studenti. Favorire dispenser di frutta e ortaggi, richiamando l'importanza di una sana alimentazione di tipo mediterraneo, nelle scuole, negli Ospedali. Altre

richiedono un passaggio legislativo: eliminare i distributori automatici delle sigarette, il divieto di fumo nei perimetri esterni delle Scuole, degli Ospedali, delle Case di Cura. Divieto di fumo nei parchi, nelle ville, nelle oasi ecologiche. Divieto di fumo anche per le sigarette elettriche. È indispensabile intervenire nell'ambito della prevenzione sia primaria che secondaria. Tra l'altro abbiamo un gap da colmare se si pensa che l'Italia stanziava per la prevenzione solo lo 0,5% della Spesa Sanitaria rispetto al 2,9% della media dei Paesi dell'U.E. Siamo all'ultimo posto a pari merito con Cipro (rapporto OCSE-UE). ♥

Cronaca di due giorni di lavori congressuali nel cuore di Roma

DI STEFANIA ANGELA DI FUSCO, FABIO FERRANTI, MASSIMO UGUCCIONI

Lil 7 e 8 febbraio, presso Villa Malta nel cuore di Roma, si è svolto il Congresso ANMCO Lazio 2013 fortemente voluto da tutto il Consiglio Direttivo regionale, ad affermare l'importanza di un momento di incontro scientifico e culturale, ma anche di confronto associativo su aspetti

gestionali ed organizzativi per una migliore applicazione di una medicina basata sulle evidenze. Il programma scientifico del Congresso, sviluppato nell'arco di due giornate di intensi lavori, ha trattato accanto ad argomenti di carattere generale, come le sindromi coronariche acute (SCA), lo scompenso

cardiaco e la fibrillazione atriale, anche tematiche di riscontro meno comune, ma non per questo meno rilevanti nella pratica clinica quotidiana, come il follow - up del paziente in terapia oncologica, la gestione del portatore di stent coronarico candidato a chirurgia non cardiaca e le diverse forme di





cardiomiopatie. Due sessioni sono state inoltre dedicate a simposi congiunti con altre Società Scientifiche, una con SIMEU (Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza) ed una con GISE (Società Italiana di Cardiologia Invasiva), entrambe storicamente vicine ad ANMCO Lazio, per collaborazioni progettuali sia in ambito editoriale che di ricerca e formazione. Proprio grazie alla ricchezza ed alla varietà degli argomenti affrontati la manifestazione ha visto una vivace e foltissima partecipazione non solo di Cardiologi ma anche di medici di urgenza, internisti ed altri specialisti di discipline affini alla Cardiologia. Tale è stata l'affluenza (con oltre 250 partecipanti in ognuna delle due giornate) che si è reso necessario l'utilizzo di una sala supplementare a circuito interno, per consentire a tutti di seguire l'attività congressuale.

Report dei lavori

La prima sessione di aritmologia è stata dedicata alla sindrome di Brugada, a sottolineare le incertezze ancora esistenti sulla migliore stratificazione del rischio di morte improvvisa e la conseguente gestione terapeutica. A seguire si è tenuto un simposio

congiunto con SIMEU dedicato alle novità in tema di SCA, dall'impatto sulla diagnosi legato all'utilizzo delle troponine ultrasensibili all'impiego dei nuovi antiaggreganti orali alla luce delle diverse prospettive del Medico d'urgenza e del Cardiologo. Ancora un tema di ampio interesse nell'ultimo simposio del mattino dedicato allo scompenso cardiaco a tutto campo, dall'approccio in Pronto Soccorso alla personalizzazione del trattamento farmacologico, senza tralasciare utili indicazioni gestionali in funzione di una corretta valutazione dello stato di idratazione e dell'impiego presente e futuro del monitoraggio a distanza nel paziente cronico. Nel pomeriggio il filo conduttore dei lavori scientifici è stato la Cardiologia interventistica non coronarica, dalla TAVI alla chiusura del forame ovale, per poi passare alle prospettive della denervazione renale nell'ambito del trattamento del paziente con ipertensione arteriosa resistente, per concludere con una controversia dedicata all'approccio interventistico versus chirurgico nella patologia ostruttiva delle carotidi. A conclusione della giornata, si è tenuto un simposio dedicato a problematiche

emergenti, dalla cardio-oncologia alla gestione del paziente portatore di stent coronarico candidato a chirurgia non cardiaca, alla luce del documento di consenso ANMCO - GISE recentemente presentato, ed ai rischi cardiologici legati all'attività sportiva; il tutto con una folta partecipazione fino alla conclusione dei lavori. Ancora un tema di interesse generale per l'apertura della seconda giornata: un update a tutto campo sulla fibrillazione atriale, dalle nuove prospettive in tema di terapia anticoagulante, alla terapia antiaritmica, per concludere con le attuali possibilità terapeutiche dell'ablazione. A seguire un simposio congiunto con GISE, che ha posto l'attenzione su temi di comune interesse, come la terapia antitrombotica a partire dalla sala emodinamica, le nuove prospettive dell'imaging intravascolare e la complessa problematica della rivascolarizzazione incompleta nella malattia coronarica multivasale con le sue ricadute in termini prognostici e gestionali. Molto partecipata ed interessante è stata la sessione dedicata alla presentazione dei dati preliminari del registro NET-SCA, avviato nel corso del precedente Consiglio Direttivo



regionale e dedicato alle SCA, con il coinvolgimento di oltre 15 strutture cardiologiche afferenti ad altrettanti Ospedali del Lazio. I dati osservazionali raccolti, anche se preliminari, hanno messo a fuoco una fotografia di grande interesse ed attualità della patologia coronarica in fase acuta nella nostra regione: dall'epidemiologia in continua evoluzione, ai percorsi assistenziali in rapporto alla rete dell'emergenza, alla descrizione delle terapie sia nella fase acuta, nel corso del follow - up. Non poteva mancare un simposio sulla qualità e continuità delle cure nel corso del quale si è discusso di farmaci equivalenti, di appropriatezza terapeutica e del delicato argomento della qualità di vita del paziente con cardiopatia ischemica cronica. Successivamente ancora un simposio di aritmologia clinica dedicato al tema della morte improvvisa nell'ambito delle diverse cardiomiopatie con particolare riferimento alla stratificazione del rischio ed al conseguente approccio terapeutico. Ed infine, nell'ultima sessione del congresso, si è tenuto il tradizionale appuntamento dedicato al club delle UTIC che ha affrontato una sessione monotematica di

aggiornamento in tema di embolia polmonare. Ogni sessione ha avuto un ampio dibattito, che ha spesso superato i tempi non lunghi previsti in programma, a testimonianza della vivacità della discussione e della ricchezza dei commenti.

Commenti finali

Il Congresso ANMCO Lazio 2013 è stato di certo un grande successo associativo a cui ha contribuito in modo decisivo l'elevata qualità scientifica della Faculty quasi interamente composta da Cardiologi ospedalieri, a conferma della vitalità e della forza della nostra Associazione anche in ambito regionale. È ancora una volta il riconoscimento ad ANMCO di un ruolo guida cruciale nell'organizzazione e nella promozione di eventi scientifici, culturali e formativi, ruolo riconosciuto non solo dai nostri associati, e più in generale dai Cardiologi, ma anche da urgentisti ed internisti che hanno partecipato in gran numero in entrambe le giornate. È una conferma ed un impegno a proseguire, tanto più nelle iniziative a carattere regionale, sulla via di una proficua collaborazione con altre Società Scientifiche che condividono assai spesso con noi la gestione dei pazienti



nella pratica clinica quotidiana. Il Comitato Scientifico desidera ringraziare tutti i relatori e moderatori per il generoso impegno dedicato alla realizzazione dell'evento e tutti i colleghi intervenuti per l'attiva partecipazione; un grazie poi alla segreteria organizzativa per l'ottimo lavoro svolto ed ovviamente alle aziende che, nonostante il difficile contesto attuale, hanno sostenuto l'iniziativa consentendone un felice svolgimento. Il successo della manifestazione, ben al di là delle più ottimistiche aspettative dello stesso Consiglio Direttivo, ci esorta a dare appuntamento a tutti i colleghi al prossimo Congresso ANMCO Lazio 2014. ♥





L'Ecocardiografia in emergenza urgenza

L'esperienza dei due corsi interattivi effettuati a Novara nel 2011 e 2012

DI ANGELO SANTE BONGO E FEDERICO NARDI

«Tutta la terra aveva una sola lingua e le stesse parole. Emigrando dall'oriente gli uomini capitarono in una pianura nel paese di Sennaar e vi si stabilirono. Si dissero l'un l'altro: "Venite, facciamoci mattoni e cociamoli al fuoco". Il mattone servì loro da pietra e il bitume da cemento. Poi dissero: "Venite, costruiamoci una città e una torre, la cui cima tocchi il cielo e facciamoci un nome, per non disperderci su tutta la terra". Ma il Signore scese a vedere la città e la torre che gli uomini stavano costruendo. Il Signore disse: "Ecco, essi sono un solo popolo e hanno tutti una lingua sola; questo è l'inizio della loro opera e ora quanto avranno in progetto di fare non sarà loro possibile. Scendiamo dunque e confondiamo la loro lingua, perché non comprendano più l'uno la lingua dell'altro". Il Signore li disperse di là su tutta la terra ed essi cessarono di costruire la città. Per questo la si chiamò Babele, perché là il Signore confuse la lingua di tutta la terra e di là il Signore li disperse su tutta la terra.»
(Gen. 11, 1-9)

La costante ed esponenziale evoluzione tecnologica della Cardiologia ha comportato una crescente iper-specializzazione. Tutto ciò potrebbe favorire in uno stesso Ospedale l'evoluzione di linguaggi diversi tra loro, una sorta di "torre di babele" ospedaliera (Figura 3). Il medico del DEA chiede la consulenza al Cardiologo, all'Anestesista, al Nefrologo, ecc. ognuno dei quali conclude la valutazione con un referto basato sulla propria esperienza e spesso, soprattutto per la fretta, senza interazione con i colleghi.

Per cercare di ovviare al rischio di questo tipo di deleteria disfunzione organizzativa e di incomprensione di biblica memoria, abbiamo intrapreso la strada della comunicazione interdisciplinare organizzando corsi di aggiornamento interattivi che mirano ad uniformare il linguaggio e le conoscenze dei vari specialisti che utilizzano o potenzialmente possono

avere la necessità di utilizzare l'Ecocardiografia in emergenza - urgenza. A partire dal 2011 infatti abbiamo cominciato ad istituire corsi annuali su questo tema con la caratteristica precipua di essere estremamente interattivi ed aperti a più specialità come anestesia e rianimazione, medicina interna, medicina d'urgenza, sotto l'egida principale dell'ANMCO e con il patrocinio contemporaneo di altre Società Scientifiche interessate all'argomento come, SIEC e SIMEU. I convegni si sono avvalsi della esperienza e collaborazione di alcuni dei maggiori esperti sia in campo ecocardiografico che in quello dell'emergenza, al fine di ottenere l'obiettivo di una più semplice comunicazione interdisciplinare basata su basi teoriche comuni e con molta interattività realizzata su PC nei quali sono stati installati casi esemplificativi da discutere insieme. I due convegni sono stati molto apprezzati sia in termini di giudizi ricevuti che di richieste di partecipazione non evase a causa del rapido raggiungimento del quorum massimo di partecipanti. Nell'ultimo corso, tenutosi a Novara nel novembre 2012, sono stati trattati argomenti che ci troviamo ad



Figura 1 - Flap intimale in dissezione aortica di tipo II sec De Bakey in proiezione sopra - sternale



affrontare nella nostra quotidiana emergenza clinica come le sindromi aortiche acute, il dolore toracico, il versamento pleurico e l'imaging toracico, la pericardiocentesi, la valutazione sistolica ventricolare etc., impreziositi da due letture magistrali che trattavano le emergenze valvolari dell'apparato cardiaco (a cura del Dott. Giovanni La Canna) e la valutazione delle complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto con l'Ecocardiografia tridimensionale real time (a cura del Dott. Francesco Faletta). Durante tali convegni si è cercato di privilegiare l'interazione mediante la discussione di casi clinici e la visualizzazione diretta, con possibilità di valutazione e misurazione in prima persona, delle immagini ecocardiografiche ricavate dalle nostre casistiche ed estrapolate in formato RAW-DICOM ed infine caricate su apposite work - station. In tal modo, partendo dal "semplice"

dolore toracico, che frequentemente rappresenta il motivo di valutazione al DEA o negli ambulatori ospedalieri, mediante discussione tra docenti e discenti, si arriva alla valutazione dell'imaging, cercando di svelare i segni ecocardiografici che ci possono indirizzare, il più precocemente possibile, verso la diagnosi corretta ed il conseguente trattamento. Come tutti sappiamo il fattore tempo di intervento rappresenta l'elemento essenziale per ottenere un buon recupero funzionale dell'apparato cardiovascolare con implicazioni prognostiche che influenzano pesantemente la sopravvivenza stessa del paziente. Un classico esempio dell'importanza di una diagnosi rapida e precisa è rappresentato dalla dissecazione aortica (Figura 1) la cui mortalità è direttamente proporzionale al tempo intercorso tra l'inizio della sintomatologia ed il trattamento medico o chirurgico.

Figura 2 - Rottura di un muscolo papillare.

LV: ventricolo sinistro;
LA: atrio sinistro;
MP: muscolo papillare



La mortalità di questa devastante spontanea lacerazione vascolare si incrementa da 1 a 3% ogni ora. Il nostro intento nel caso della dissezione è stato quello di fornire ai partecipanti le informazioni essenziali per poter formulare rapidamente una ipotesi diagnostica orientando le indagini clinico strumentali verso il più appropriato iter diagnostico - terapeutico. Senza mai dimenticare la classica semeiologia basata su una corretta e precisa anamnesi con una attenta valutazione dei sintomi e su una altrettanto precisa valutazione obiettiva, abbiamo cercato di trasmettere la corretta modalità di inserimento cronologico e realizzazione della ecoscopia/ ecografia. La possibilità di replicare la sequenza di eventi nel caso simulato e la valutazione dell'eco effettuato al momento giusto in modo corretto, hanno lo scopo di far capire come sia importante che lo studio ecografico





Tutto ciò potrebbe favorire in uno stesso Ospedale
l'evoluzione di linguaggi diversi tra loro,
una sorta di "torre di Babele" ospedaliera



Figura 3 - Torre di Babele, dipinto di Pieter Bruegel del 1563

Con i corsi di eco in emergenza urgenza abbiamo cercato di comunicare ad un gruppo di specialisti diversi le caratteristiche principali e le corrette modalità di impiego dell'Ecocardiografia applicata a pazienti urgenti. Le nuove tecnologie di comunicazione, mediante revisione guidata off-line dei casi proposti ha permesso di riprodurre e far praticare in sicurezza questo tipo di diagnostica ai discenti

in emergenza sia indirizzato dal sospetto diagnostico e deve essere fatto con la necessaria competenza per evitare deleteri errori di sovra o sottovalutazione del significato delle immagini. Un altro caso in cui una corretta valutazione ecografica si dimostra dirimente è rappresentato dalla rottura post infartuale del muscolo papillare. I segni clinici di questa grave complicanza meccanica sono altamente suggestivi (Figura 2) ma solo la visione diretta dell'amputazione muscolare, con la conseguente severa disfunzione dell'apparato mitralico, consente al clinico ed al cardiocirurgo di delineare la più rapida e corretta strategia terapeutica. La competenza del medico che si accinge a valutare un paziente critico deve essere tale da garantire una corretta stima della cinetica globale e segmentaria del ventricolo sin, la quantificazione di un versamento pericardico, il riconoscimento dei segni ecocardiografici nelle sezioni destre del cuore rapportate alla valutazione della vena cava inferiore ipotizzando una tromboembolia polmonare acuta etc. limitando al minimo le

presentazioni frontali, in ogni caso infiorate da esempi pratici, ed impegnando una importante quota del tempo a disposizione per simulare l'esame e la valutazione, pensiamo di aver stimolato i partecipanti ad una maggior consapevolezza dei vantaggi e dei limiti della metodica ecocardiografica in quel particolare tipo di pazienti. L'entusiasmo che ci ha pervaso dopo il successo dei corsi ci ha indotto a scrivere un piccolo vademecum tascabile che sintetizza i temi affrontati durante il primo corso. Non ha certo la pretesa di sostituirsi ai testi classici di Ecocardiografia e tantomeno di sopperire alla indispensabile pratica manuale ma rappresenta un valido supporto durante la pratica giornaliera e stimolo all'aggiornamento (Ecocardiografia in emergenza urgenza - Edizioni Minerva Medica, 2012, <http://www.minervamedica.it/it/volumi/specialitamediche/cardiologia/scheda.php?cod=L1935>). Attualmente, continuando sulla strada intrapresa della interattività, stiamo organizzando un Minimaster che sarà presentato al prossimo 44° Congresso Nazionale ANMCO. In

tale occasione abbiamo esteso la possibilità di interazione anche a chi non può seguire il corso a livello della work - station in quanto, con una applicazione trasmessa in wi - fi, sarà possibile seguire le presentazioni e le "prove pratiche" sul proprio telefonino o tablet (per maggiori dettagli: interviste su ANMCO web tv, su you tube <http://www.youtube.com/watch?v=Dxf7Bcd89UU>). Questa faticosa e tecnicamente complessa attività di formazione teorico pratica è in linea con la "mission" della nostra Associazione che si prefigge di mantenere un elevato livello di competenza dei Cardiologi e cerca di dialogare, pur non perdendo la sua specificità, con gli altri specialisti coinvolti nella faticosa ed impegnativa gestione della emergenza cardiologia. Se si riesce ad integrare correttamente una Ecoscopia/Ecocardiografia ai dati clinici, ancor oggi indispensabili ed ineludibili, partendo da una semplice immagine ecografica, che si può talvolta acquisire in pochi secondi, si può contribuire a salvare una vita umana. Il nostro motto è "*ludendo docere*". ♥





Medicina Legale, applicare la conoscenza e la comprensione del diritto per “vincere” le incomprensioni

Responsabilità medica: è tempo di comprendersi

DI ALESSIO LILLI E TIZIANA GIOVANNINI

Forse è venuto il tempo di capirsi. Il medico in corsia, ambulatorio, sala operatoria sente che la propria attività, l'impegno e la difficoltà a svolgerla non sono compresi e spesso non comprende, ha perso la serenità. Quanti mantengono una capacità di giudizio indipendente, se la prospettiva della medicina legale si affaccia ad ogni scelta? Avere una assicurazione copiosa ha modificato sostanzialmente la nostra percezione di pericolo? Forse per trovare serenità (che è il bene primario di ogni lavoratore e cittadino nonché un fattore importante di produttività) è necessario un percorso diverso, complementare alle coperture necessarie, che è sostanzialmente culturale. Comprendere è conoscere. Comprendersi è dialogare. Negli ultimi anni i modelli stanno cambiando ed il confronto su temi legali sembra sempre di più avvicinarsi al nostro bagaglio culturale: i congressi hanno sessioni dedicate, corsi specifici affrontano le tematiche più scottanti etc. Non vi è dubbio che l'argomento debba essere affrontato in maniera sistematica. Per ottenere credibilità è necessario

affermare i nostri diritti di professionisti e nello stesso tempo riconoscere quello dei pazienti a ricevere le migliori cure. I corsi ci insegnano le migliori strategie sul consenso informato, la comunicazione, i protocolli e le istruzioni operative etc. Tutti mezzi necessari ma che non affrontano il cuore del problema. Adattiamo il nostro modo di lavorare alle indicazioni dei tutori della legge e ai responsabili amministrativi ma poi non ne comprendiamo gli argomenti e loro non ascoltano i nostri. Soprattutto nessuno sembra ottenere un miglioramento della situazione. Il consenso informato ad esempio con le sue enormi problematiche legate alla comunicazione tra persone di diversa estrazione culturale, sociale ed estranee all'ambiente scientifico. Esso rappresenta uno dei problemi che maggiormente emergono nei conflitti giudiziari fino ad arrivare alla incapacità del medico di spiegare e/o del paziente di capire il problema clinico e le sue conseguenze in questione. Parla chiaro l'ultimo studio pubblicato dall'ordine dei medici di Roma sui numeri incredibili raggiunti dalla medicina difensiva. Le

dimensioni del problema hanno raggiunto dimensioni tali da rappresentare un problema di sostenibilità, di salute dei lavoratori, di sicurezza dei pazienti. Lo scopo di questa digressione è solo cercare di non dare nulla per scontato e reiniziare a conoscere più da vicino la Medicina Legale, il diritto e le sue evoluzioni. Quando parliamo di responsabilità giuridica non possiamo non scindere subito tra responsabilità penale e civile. Troppo spesso la paura e la mancanza di serenità in corsia è alimentata dall'incomprensione del diritto, dalla sensazione di essere assediati, dall'informazione parziale. Dobbiamo imparare a comprendere il “diritto” e le sue regole, simultaneamente dobbiamo aprire una strada per spiegare al legislatore ed ai tutori della legge le nostre. Quando parliamo di un nostro collega accusato, imputato o condannato ci ricordiamo di verificare se si tratta di una richiesta di risarcimento o di una causa penale? Questa distinzione deve essere fatta perché i due aspetti hanno presupposti e modi di intender(si) completamente diversi. Il risarcimento di un danno è un campo

del diritto importante. La causa civile ha presupposti per noi apparentemente poco comprensibili ma universalmente riconosciuti. Il nesso di causalità tra un'azione e l'evento non deve per forza avere fondamenti di certezza con il danno. Giuridicamente deve esservi "la prova della preponderanza dell'evidenza". In altri termini la nostra azione od omissione che si reputa abbia causato un problema NON deve essere da sola legata con certezza al danno stesso. Se c'è concorso di colpa il risarcimento è dovuto. La frase che spesso si legge sui giornali "condannato per ..." di fronte a cui spesso molti di noi rimangono interdetti non deve colpirci, ma dobbiamo sempre cercare se il tutto è accompagnato dal "condannato a risarcire" che spiega la motivazione principale che ha spinto il Giudice: certezza vs semplice preponderanza. Proviamo a comprenderlo da un altro punto di vista. Se qualcuno ci tampona e distrugge la nostra auto, siamo disposti a rinunciare al risarcimento del danno se l'altro guidatore dimostra che ce l'ha messa tutta per non tamponare ed era in buona fede? Se quell'evento era in parte dovuto ad una concausa esterna a chi tampona egli dovrà comunque provvedere al risarcimento. Noi così vorremmo. Il risarcimento civile è materia a cui dovremmo avvicinarci con occhi diversi. Il danneggiato (tamponato) ha diritto ad avere un risarcimento quando dimostri che quel danno avrebbe avuto una qualche probabilità (anche piccola) di poter essere evitato (giuridicamente "più probabile che

non"). Se veniamo condannati a risarcire non equivale ad essere colpevoli ma aver anche solo partecipato (diagnosi errata) ad un evento che più probabilmente non si sarebbe verificato. È sicuramente inutile e dannosa la conflittualità in termini civili. Non è una resa, bensì una comprensione del diritto. Ci dovremmo occupare di CHI e COME deve risarcire (sempre e comunque lo Stato fintanto vorrà l'esistenza di un SSN). Tutt'altri presupposti e considerazioni in un problema di tipo penale. Partiamo dai fatti. Dobbiamo innanzitutto sapere che l'onere della prova spetta a noi (al "reo" in generale). Quando agiamo dobbiamo dimostrare di farlo bene, in buona fede e con perizia etc. Compilare bene le cartelle, registrare bene immagini, fornire referti adeguati potrebbe venirci richiesto per far sì che un processo penale non si basi su mere supposizioni ed accuse infondate. Quando avremo presentato i fatti ci sarà da stabilire il nesso tra la causa (la nostra colpa) e l'evento. Morte o lesioni personali. Il punto del nesso di causalità è l'aspetto più importante del diritto penale. Sebbene non sia noto, nelle ultime decadi si è assistito ad un dibattito profondo da parte nella giustizia penale italiana. Nel '92 una sentenza della Cassazione penale (371/1992) decretò la presenza di un nesso di causalità, e quindi di colpevolezza, anche qualora il nostro omesso intervento avrebbe avuto scarsa probabilità di successo. Negli ambienti giuridici era conosciuta come la sentenza del 30% perché applicato ad un paziente che aveva

meno del 30% di probabilità di sopravvivenza ed il comportamento del medico era stato connesso comunque in maniera certa all'evento morte (e non alla malattia). Anche il diritto aveva bisogno di crescere ed imparare. Uno dei più importanti penalisti italiani si espresse successivamente in merito ironizzando *in dubio contra medicum* (A. Crespi "se c'è il dubbio del nesso andare contro il medico"). Nel 2000 e nel 2002 la Cassazione penale modificò radicalmente questo scenario, disastroso per la nostra categoria. Le sezioni penali riunite (30328/2002 Franzese) stabilirono che il nesso di causalità nel reato colposo omissivo improprio doveva essere riportato ad un concetto di "alta probabilità logica" ed "elevato grado di credibilità razionale". Addirittura la Cassazione 1688/2000 aveva affermato "... il Giudice può affermare il rapporto di causalità in quanto, anche nei reati omissivi abbia accertato che, con probabilità vicina alla certezza, con probabilità vicina a cento, quella condotta, azione od omissione, è stata causa necessaria dell'evento come verificatosi *hic et nunc*". In altre parole la nostra azione dovrebbe essere necessaria e sufficiente (con probabilità vicino alla certezza). Anche per questi motivi attualmente in tema penale secondo i dati che vengono dalle procure la percentuale di procedimenti per omicidio colposo in tema di responsabilità sanitaria è di assoluzione nel 99% dei casi, e del 98% di assoluzioni per lesioni colpose. Nel 2006 ancora la Cassazione penale (4177/2006)





affermò inoltre che deve essere verificato se “le leggi” (scientifiche e statistiche, ndr) “siano adattabili al caso esaminato” e “siano compatibili con l’età, il sesso, le condizioni generali del paziente e la presenza o l’assenza di altri fenomeni morbosi interagenti”. Come è chiaro la dottrina del diritto penale si è trovata ad affrontare un tema nuovo che via via sta mutando il suo approccio al problema. Ed il cambiamento sembra esserci favorevole. Non più *in dubio contra medicum* ma come per tutti i cittadini *in dubio pro reo* (nel dubbio tutelare il presunto colpevole). Attualmente non sembra possibile potersi esimere da valutazioni giuridiche penali (depenalizzazione) ma possiamo auspicare che i processi e le fasi stragiudiziali siano le più eque possibili. Affrontare dibattiti scientifici in tribunale è un errore sistematico, ha fatto parte

dell’inquisizione al tempo di Galileo, oggi ha portato ad accusare la commissione grandi disastri italiana riguardo al terremoto dell’Aquila. Dovremmo anche noi portare avanti proposte con Società Scientifiche, Ordini e Sindacati per rendere la fase peritale processuale la più obiettiva e scientifica possibile poiché essa deve aiutare il Giudice a comprendere i fatti scientifici e riportarli ad un piano giuridico. La Cassazione stessa in merito alla posizione “del 30%” ricorda che essa “sia moralmente lodevole ma anche giuridicamente inaccettabile”. Colmare il gap in questo dialogo è l’approccio più importante. Il problema del difficile dialogo tra scienza e diritto non sembra irrisorio se perfino noti medici legali italiani (Fiori, Marchetti, La Monaca “Medicina legale della responsabilità medica”) ricordano che alcuni dei migliori medici legali

avevano una laurea in giurisprudenza oltrechè in medicina. È ovvio che il problema scientifico non possa essere definito completamente nelle aule di tribunale, ma da parte dei professionisti sanitari il problema deve essere affrontato con bibliografia scientifica o giurisdizionale (sentenze) accurata pertinente e contemporanea all’epoca dei fatti. Conoscere è studiare un fenomeno, delinearne gli aspetti, valutarne le evoluzioni. È, forse, smettere di vivere il timore e cercare di recuperare serenità. Dialogare è cercare di comprendere le ragioni di ogni attore per valutarne approfonditamente le richieste ed essere in grado di farne altre. Di fatto, crescere. Il cambiamento culturale potrebbe essere il cercare di confrontarsi con un linguaggio comune, imparando ognuno le regole dell’altro. Ne gioverebbe per prima la verità. ♥

Decreto Balduzzi: una Legge per la colpa medica?

DI ORNELLA MAFRICI

Lil Decreto Balduzzi è la novità del momento: secondo l'art. 3 del Decreto così come convertito con la Legge 189/2012 «l'esercente le professioni sanitarie che nello svolgimento della propria attività si attiene a Linee Guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo». La domanda che nasce spontanea è: la colpa lieve è stata depenalizzata? E, se la risposta è positiva, quali sono le Linee Guida e le pratiche accreditate che se osservate potranno costituire parametri certi ed univoci per escludere la rilevanza penale per colpa lieve del Medico così che la loro osservanza possa avere effetto scriminante? La quarta sezione penale della Suprema Corte di Cassazione ha già fatto applicazione del Decreto Balduzzi, con sentenza n. 2, depositata il 31.01.2013 di cui non si conosce ancora la motivazione che, con molta probabilità, sarà depositata nelle more della pubblicazione del presente articolo. Intanto dalla "Notizia di decisione" apprendiamo che la Corte, a cui è stata sottoposta proprio la questione di esaminare se l'art. 3 della Legge 8.11.2012 n. 189 ha determinato o meno la parziale abrogazione delle fattispecie colpose commesse dagli esercenti le professioni sanitarie, ha

dato risposta affermativa, ritenendo che la nuova normativa ha escluso la rilevanza penale delle condotte connotate da colpa lieve che si collochino all'interno dell'area segnata da Linee Guida o da virtuose pratiche mediche accreditate dalla comunità scientifica. La notizia della decisione è stata accolta con enorme favore in ambiente medico sanitario per come è dato leggere sui quotidiani e sulle riviste anche di settore. Tuttavia all'entusiasmo è seguita la riflessione: la Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane (FISM), pur apprezzando il Decreto Balduzzi nella parte in cui, facendo riferimento alle Linee Guida accreditate dalla comunità scientifica, ha riconosciuto il ruolo svolto proprio dalle Società Scientifiche che da anni lavorano alle stesse, ha bene evidenziato che le Linee Guida non possono costituire un indice automatico di qualità dovendo invece essere valutate nel contesto in cui si inseriscono, che può essere anche carente di organizzazione in termini di risorse, di strumenti e di protocolli. Secondo la Federazione, a fronte di una "carenza legislativa sconcertante", in cui manca soprattutto la definizione precisa di atto medico, di colpa lieve e di colpa grave, la norma così come formulata rischia di lasciare ampio spazio interpretativo ai Giudici. Le preoccupazioni manifestate dalla Federazione e da più parti sono, a mio sommo avviso, fondate. La norma in effetti tocca

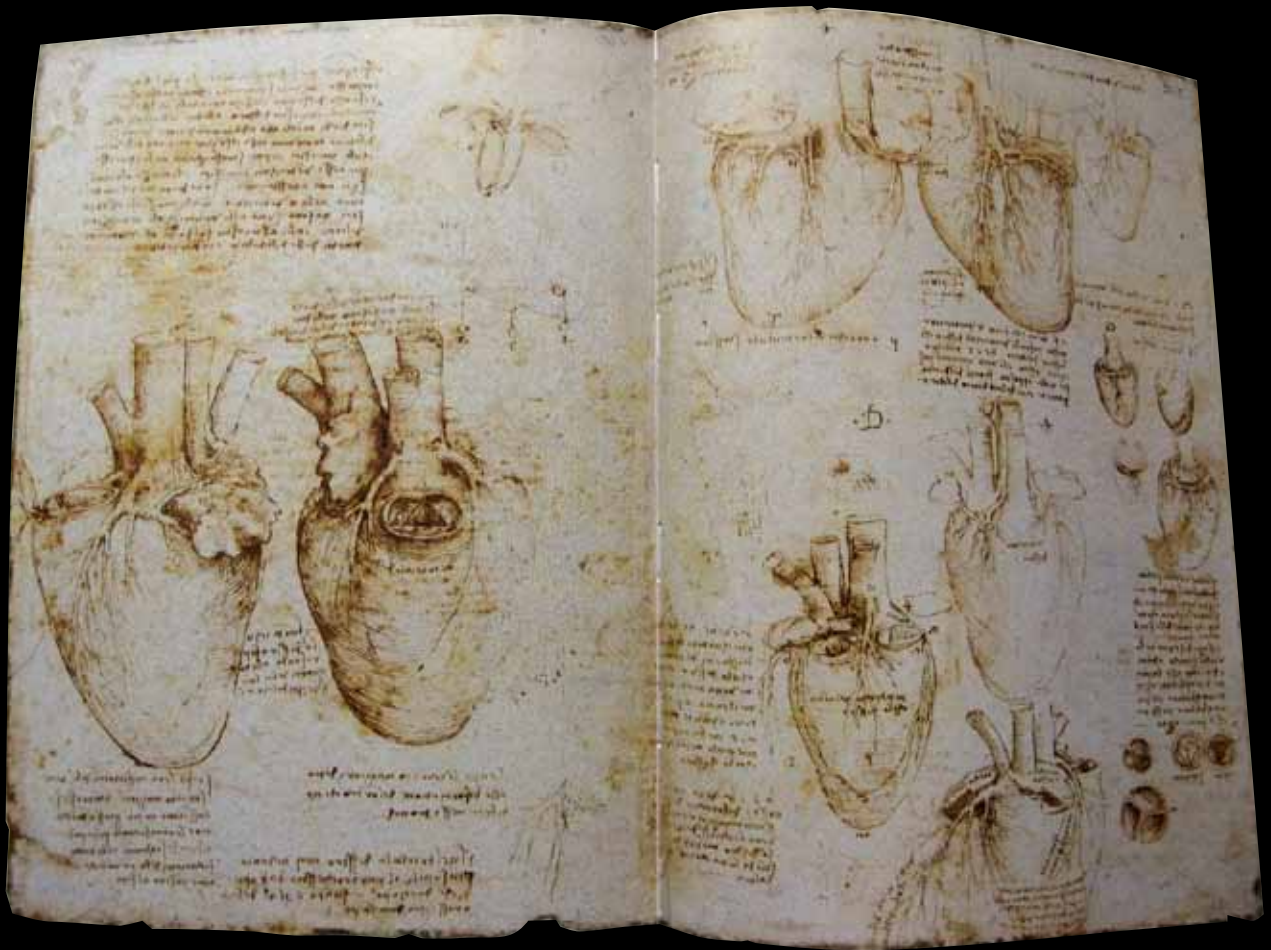
il tema difficilissimo della colpa medica che, sia essa connotata da imprudenza, da negligenza o da imperizia ovvero da violazione delle *leges artis*, fino ad oggi, non è stata regolata da norme specifiche o da parametri certi o codificati utili a costituire un criterio univoco per la valutazione dell'attività medico-chirurgica. Nel vuoto legislativo, le Linee Guida non sono mai state considerate norme cogenti ma solo regole cautelari tanto è vero che l'orientamento della Cassazione sulla portata scriminante delle stesse, almeno fino ad oggi, è stato ondivago. Come già evidenziato su questa Rivista (v. "Cardiologia negli Ospedali" n.180/2011), se in alcune decisioni i Giudici con l'ermellino (Cass. Pen. S.U. 2437/2009) hanno valorizzato la conformità della condotta alle Linee Guida di settore o ai protocolli, con altre hanno invece sostenuto che le Linee Guida internazionali non possono rappresentare un percorso obbligatorio di indagine diagnostica ma una mera raccomandazione da apprezzare caso per caso (Cass. Pen. 35659/2009) e, ancora, che «le Linee Guida non costituiscono unica regola di condotta del Medico sufficiente ad escludere qualsiasi ipotesi di colpa professionale» e sono "inattendibili" quando costituiscono uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera (Cass. Pen. 8254/2011). Se andiamo bene a guardare, in effetti, le Linee Guida anche per l'OMS sono «*asserti sviluppati in modo sistematico allo scopo*



di aiutare le decisioni del Medico e del paziente riguardo alle cure sanitarie più adatte» e per la Medicina Legale sono consigli e raccomandazioni di comportamento clinico che, a fronte della copiosità di documenti e di spesso contrastanti informazioni scientifiche, rappresentano una guida per il Medico e possono essere utilizzate anche per valutarne l'operato essendo prodotte «attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere il Medico ed anche i pazienti che devono esprimere il proprio consenso, nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche» (Fiori Medicina Legale della Responsabilità Medica pag. 512 Ed. Giuffrè, 1999). Le Linee Guida così come i protocolli di cui, per come rilevato anche dalla Federazione Italiana delle Società Scientifiche, stranamente, non vi è traccia nella novella legislativa, hanno una utilità pratica innegabile ed il banco di prova si ha, ad esempio, in ambito di Pronto Soccorso dove assumono la veste di vere e proprie working instruction (si pensi al politrauma e all'arresto cardiocircolatorio). Tuttavia se le Linee Guida, quando provengono da Società Scientifiche accreditate o da gruppi di lavoro a livello internazionale e quando sono aggiornate e rinnovate sulla base dei dati e dell'esperienza acquisita anche attraverso la loro applicazione, soddisfano l'esigenza di selezione e di sintesi delle informazioni, le stesse presentano effetti "perversi" (Fiori Op. cit.) costituiti dal fatto di essere concepite prescindendo da qualsiasi personalizzazione con il rischio che possano essere utilizzate per accusare i Medici di condotta colposa, addebitando loro di non essere informati (imperizia e negligenza) su detti strumenti

e/o di non averli seguiti così come avverrebbe in ipotesi di violazione di norme vincolanti. Ricordiamo a noi stessi che le Linee Guida, che testimoniano lo "stato dell'arte" solo nel caso in cui rappresentino un "traguardo univoco", raggiunto e consolidato anche nel tempo e privo di alternative così che possano costituire effettivamente uno strumento di valutazione dell'attività sanitaria ed i protocolli (ci chiediamo se gli stessi rientrerebbero nelle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica) sono caratterizzati: a) dalla provvisorietà, anche se oggi i progressi della Medicina vengono diffusi in tempo reale ed anche se gli avanzamenti scientifici non producono automaticamente l'obsolescenza di prassi precedenti con cui convivono fino alla completa sostituzione; b) dalla genericità perché non sempre riferibili al caso specifico. Anche il Sackett, ritenuto il padre della Medicina Basata sulle Evidenze, ha individuato quattro (4 B) possibili "sicari" delle Linee Guida: 1) barriers = ostacoli di carattere organizzativo, legale, geografico, comportamentale, tradizionale; 2) burden = carico di malattia; 3) beliefs = aspettative dei pazienti e degli operatori sanitari; 4) bargain = affare cioè potenziale strumento di razionalizzazione della spesa sanitaria. Stante la relatività intrinseca delle Linee Guida che possono solo ridurre il rischio di comportamenti erronei ma non azzerarlo, non si comprende in che modo ed in che misura le stesse potranno tracciare il confine tra il lecito e l'illecito, anche se solo in ipotesi di colpa lieve e diventare, in tale ambito, una vera e propria scriminante. Invero non sembra che in Medicina vi siano "regole" che possano mortificare, da un lato,

il principio "dell'abito su misura", da confezionarsi per ogni singolo paziente e, dall'altro, le preferenze sulle cure che il paziente stesso può esprimere a seguito della informazione. L'attività medica e paramedica resta infatti "di natura artigianale" e deve essere adattata e valutata caso per caso. Ne consegue che dovendo valutarsi la condotta del Medico in concreto, sulla base della evidenza disponibile, i criteri di valutazione sono solo relativi così che se la osservanza delle Linee Guida potrà proteggere, oggi, il Medico limitatamente alla colpa lieve, la devianza dalle stesse non potrà, comunque, costituire di per sé inefficienza perché, dovendosi avere riguardo alla situazione clinica concreta, le regole non potranno tout court restringere la libertà terapeutica ma solo orientarla. Alle perplessità sopra manifestate si aggiunge poi un altro profilo: la colpa lieve perde rilevanza in sede penale ma la stessa permane ai fini risarcitori: anche sul punto il Decreto Balduzzi, nel testo definitivo, facendo riferimento all'art. 2043 c.c. e non più agli artt. 2236 e 1176 c.c., sembra volere ignorare che la responsabilità medica, in ambito civilistico, a partire dalla sentenza della S.C. n. 589/99, ha natura contrattuale e non extracontrattuale con le note conseguenze sull'onere della prova e sulla prescrizione. A questo punto non ci resta che attendere di leggere le motivazioni con cui la Corte di Cassazione, con citata la decisione del 31 gennaio 2013, ha applicato la nuova normativa nonché la sua futura interpretazione, da parte della giurisprudenza di legittimità e di merito, anche con riguardo ai profili risarcitori.♥



Il trionfo dell'Umanesimo Medico

Il Cuore nel Quattrocento

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

L'Umanesimo Medico era caratterizzato dallo sforzo di recuperare integralmente i testi originali della Medicina antica e dal rifiuto di gran parte del passato più recente





La Medicina del XV secolo continua la disciplina ippocratico - galenica formatasi nell'Europa occidentale nel Tardo Medioevo, ma allo stesso tempo si caratterizza per radicali innovazioni sul piano delle idee, della letteratura e dell'approccio all'indagine sulla Natura. L'Umanesimo e la diffusione della stampa hanno un profondo impatto. L'Umanesimo Medico, che comincia a prender forma nell'Italia settentrionale nell'ultimo ventennio del secolo, nella profonda convinzione che l'interpretazione fedele delle opere antiche fosse la chiave per una corretta conoscenza della teoria e per un adeguato esercizio della pratica medica, era caratterizzato dallo sforzo di recuperare integralmente e tradurre in latino i testi originali della Medicina antica e dal rifiuto di gran parte del passato più recente, in particolare delle *auctoritates* arabe, dei traduttori medievali e degli stessi *magistri* scolastici. Gran parte dell'erudizione medica s'impegna a fornire testi migliori attraverso edizioni critiche (*emendationes*) e sostituendo le versioni medievali arabo - latine con nuove traduzioni degli originali greci. A Firenze, in questo contesto, Cosimo de Medici istituisce nel 1444 la prima biblioteca medica italiana e nel 1478 vede la luce il *De Medicina* di Celso. Con l'invenzione della stampa, gran parte dell'estesa letteratura medica è divulgata in ripetute edizioni. A Venezia si fanno i primi esperimenti di xilografia a colore e viene pubblicato nel 1491 il primo testo anatomi-



Niccolò Leonicensis (1428 - 1524), professore a Ferrara, Medico umanista

co con illustrazioni, il *Fasciculus Medicinæ* di Johannes Ketham. Una delle figure più influenti del periodo è Niccolò Leonicensis, al quale si devono alcune delle prime traduzioni di Galeno. Nel 1492 pubblica *De Plinii et plurium aliorum Medicorum in Medicina erroribus*, in cui afferma con vigore la posizione umanistica secondo cui non solo gli autori arabi e i loro traduttori medievali, ma lo stesso naturalista romano Plinio fraintesero la nomenclatura botanica greca. La filologia umanistica tenta così di affinare il vocabolario tecnico per renderlo più preciso, considerando la confusione creatasi un serio problema pratico, in quanto l'ignoranza dei medici consentiva a farmacisti poco scrupolosi di operare sostituzioni illecite negli

ingredienti dei Medicinali (*nihil novi sub sole...*). In questo periodo, tuttavia, le opere arabo - latine continuano a essere stampate e lette per la loro utilità pratica e fanno la loro comparsa nuovi generi di letteratura scientifica. Gli scritti accademici rivelano una maggiore inclinazione a presentare informazioni derivate dall'esperienza personale dell'autore (*Observationes*). Il Medico fiorentino Antonio Benivieni (1443 - 1502) nel *De abditis nonnullis ac mirandis morborum et sanationum causis* descrive accuratamente le malattie insolite in cui si era imbattuto (tra cui casi di pericardite fibrinosa, definita *cor villosum*). Illustri medici hanno lasciato collezioni di *Consilia*, scritti sulla base dei problemi sanitari dell'epoca e della considerazione di casi particolari per soddisfare le esigenze di singoli mecenati o di gruppi selezionati di pazienti o lettori. Per esempio, Michele Savonarola (1385 - 1468), professore a Padova, fu autore di numerosi trattati di pratica, di un manuale dietetico in volgare per Borso d'Este e del *De Balneis et thermos naturalibus omnibus Italiae sique totius orbis proprietatibusque eorum*, dove descrive le proprietà terapeutiche di alcune sorgenti d'acqua minerale. Bartolomeo da Montagnana, altro fecondo autore di *Consilia*, intravede il concetto di polmone cardiaco: segnala, infatti, la tosse come sintomo di malattia di cuore e la congestione polmonare passiva nell'insufficienza cardiaca. Anche se i nuovi testi di carattere più serio continuano a essere scritti in latino,



Il Medico farmacologo Pietro da Montagnana (1380 - 1462), professore a Padova, nel suo studio, circondato dalle opere dei classici della Medicina e della farmacopea antica

appaiono molte opere mediche in volgare, i cui fruitori erano principalmente medici pratici, in gran parte rimasti però probabilmente estranei alle innovazioni accademiche. Nel XV secolo la Medicina, con un'estesa letteratura e prestigiose *auctoritates* antiche, occupava un posto importante tra le discipline universitarie. Un nuovo interesse verso le scienze descrittive favorisce gli sviluppi nel campo dell'anatomia e della botanica, che si affermano come materie scientifiche. I curricula universitari conservano la tradizionale bipartizione tra Medicina teorica e *practica*. L'insegnamento della prima consiste in alcuni principî fondamentali e in un

compendio di anatomofisiologia galenica. Diagnostica e terapeutica erano insegnate come parte della *practica*. L'attenzione si focalizzava sulle cause delle malattie e i metodi della Medicina. La Medicina razionale galenica, in contrapposizione a quella empirica, adotta la logica dimostrativa (*apodittica*) di matrice aristotelica, strumento indispensabile per stabilire i rapporti tra le cause e i fenomeni, ma anche per classificare le malattie o semplicemente ordinare i discorsi. Gli scritti sul metodo tentavano di mettere in relazione i molteplici particolari propri dei singoli pazienti, delle malattie, delle terapie e dei fattori ambientali con la Medicina come sistema dottrinale (nel *De methodo medendi*, lo stesso Galeno insisteva sull'importanza di un metodo generale che potesse essere applicato a ogni caso particolare). Per quanto riguarda diagnosi, prognosi e terapia, era raro che si rifiutasse in blocco la dottrina galenica o l'insegnamento basato sui testi antichi; al contrario, semmai, la loro influenza si era andata rafforzando, ma ciò tuttavia si associava a una più forte attenzione per la Natura, per la descrizione esatta, per gli aspetti pratici. Col suo interesse per i particolari delle piante, delle parti del corpo, della nomenclatura e dei rimedi la Medicina condivise la tendenza alla descrizione e alla raccolta di esperienze che fu una delle caratteristiche più significative della cultura scientifica dell'epoca. Diagnosi e prognosi erano considerate procedure congetturali oltre che deduttive,

cosa che induceva a istituire parallelismi con le predizioni astrologiche. La crescente attenzione per i fenomeni dell'esperienza, mettendo in risalto aspetti meno riducibili a una *scientia* aristotelica, ossia basata su argomentazioni logiche in grado di condurre a conclusioni universali, potrebbe aver contribuito a rendere la Medicina più aperta alle spiegazioni basate sull'astrologia e sulla magia naturale. Le credenze Medico - astrologiche (per es., l'idea che i pianeti controllassero le malattie di certe parti del corpo, l'associazione fra corpi celesti e particolari rimedi, o il calcolo dei giorni critici di un'infermità in base alle fasi lunari) erano assai diffuse, come dimostra il regime per la salute guidato dagli astri, raccomandato da Marsilio Ficino nel *De vita*. È durante questo periodo, però, che sono stati fondati i principi dell'anatomia cardiovascolare. L'anatomia costituisce il sapere a partire da cui il Medico, coadiuvato dalla logica, può formulare ipotesi su diagnosi, prognosi e terapia delle malattie. Sin dai primi anni del secolo le università integrano la lezione pubblica di anatomia nel novero delle attività didattiche, stabilendo norme precise che ne regolano lo svolgimento, enunciate per la prima volta negli statuti dell'Università di Bologna del 1405, che insistevano sul fatto che i cadaveri fossero di persone ignobili e di bassa estrazione sociale, stranieri o comunque senza parenti o amici in città. Cominciano inoltre a essere disponibili testi di anatomofisiologia.





Il Medico neoplatonico Marsilio Ficino (1433 - 1499)

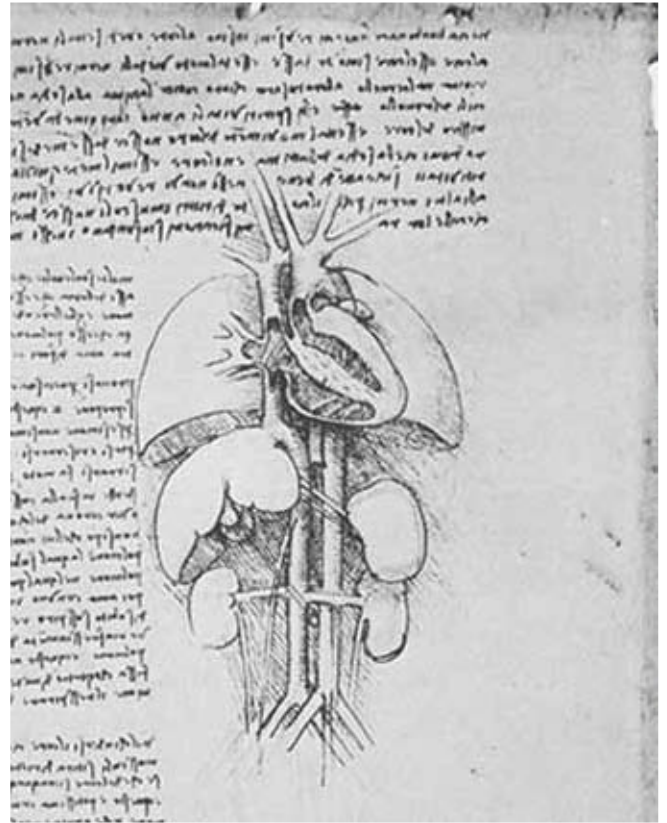
siologia, gran parte dei quali contengono ampie descrizioni anatomiche, di solito nelle pagine introduttive o nei primi capitoli. È il caso del *Pantegni*, che si apre con una trattazione delle parti *semplici e composte*, del Libro IX dell'*Almansor*, trattato di Medicina dedicato a diagnosi e terapia redatto da Rhazes, del *Colliget*, opera enciclopedica di Averroè sotto forma di commento al *Liber canonis* di Avicenna e del *De usu partium corporis humani* di Galeno, che circola soprattutto in forma di compendio col titolo di *De juvamentis membrorum*, versione latina di una traduzione araba di Iohannitius). Molti nuovi testi, riprendendo la tradizione scolastica medievale, non sono altro che commenti o sintesi dei testi classici, in cui si assiste per lo più al tentativo di armonizzare,

attraverso citazioni e glosse, eventuali discordanze. Il carattere compilativo contraddistingue anche l'*Anathomia* di Girolamo Manfredi (1490), che dichiara che il suo trattato è stato composto attingendo *ex variis antiquorum voluminibus*. Alessandro Benedetti (1450 - 1512), cui si deve la prima descrizione di destrocardia, utilizza unicamente riferimenti ad autori greci. In ogni testo anatomico si assiste a una straordinaria proliferazione di citazioni tratte direttamente da Galeno a discapito degli altri autori antichi e moderni, ivi compreso Mondino. Tuttavia, la sua *Anathomia*, per il suo carattere di guida pratica, resta la lettura più appropriata per le dimostrazioni pubbliche. Iacopo Berengario da Carpi (1466 - 1530), professore di anatomia a Padova e Bologna, contribuisce a dirimere errori che si erano trascinati per secoli, praticando le dissezioni da solo, senza l'interposizione del chirurgo, e insinuando l'idea che Mondino, gli Arabi e addirittura Galeno abbiano potuto sbagliare. Anche Alessandro Achillini (1463 - 1512) nelle *Adnotationes Anatomicae*, insiste sull'importanza degli aspetti manuali dell'anatomia e sulla necessità dell'osservazione diretta. Si sviluppa inoltre una nuova disciplina, l'anatomia artistica. La collaborazione tra artisti e anatomisti non si limita alla progettazione e all'eventuale realizzazione di imprese editoriali di carattere scientifico. In questo periodo, infatti, l'anatomia viene progressivamente a configurarsi come uno dei

saperi necessari alla produzione artistica, conformemente alla teoria estetica, sviluppatasi in particolare a Firenze dalla prima metà del secolo, incentrata sul concetto d'imitazione della Natura. Gli artisti non soltanto assistono a dissezioni, ma le praticano essi stessi; attraverso l'anatomia, essi cercano di svelare i segreti del movimento, della forma e della proporzione, interrogandosi sulla bellezza e sull'armonia del corpo umano. Giorgio Vasari nelle *Vite de' più eccellenti pittori, scultori e architettori*, sosterrà che proprio la conoscenza dell'anatomia ha consentito a Michelangelo di portare a perfezione la sua abilità nel disegno, fondamento di tutte le arti. Anche Leonardo, finissimo anatomico, culla il sogno di creare un trattato di anatomia umana insieme a Marco Antonio della Torre, che però morì giovanissimo, ma, non avendo pubblicato le sue celeberrime tavole (che, vendute nel 1600 alla corona inglese, costituiscono il codice Windsor, mentre i suoi *Quaderni Anatomici* saranno dati alle stampe solo agli inizi del '900), non può contribuire alle conoscenze anatomiche contemporanee. Leonardo indaga con grande accuratezza il cuore, rappresentando in modo accurato valvole, muscoli e circolo coronarico, ma accetta il concetto galenico del sistema circolatorio come composto di due componenti (arterioso e venoso) collegati attraverso i pori invisibili del setto interventricolare (dove crede di vedere dei fori, definiti *cholatorio del core*, descrivendo anche un *buso cavo*

«Il cuore di per sé non è l'inizio della vita ma un vaso fatto di densi muscoli vivificato e nutrito da un'arteria e una vena come gli altri muscoli»

Uno dei disegni anatomici di Leonardo da Vinci (1452 - 1519), vero uomo del Rinascimento e probabilmente il più grande genio mai vissuto



nel setto interatriale). Egli tuttavia respinge l'asserzione galenica per cui lo pneuma arriva al cuore sinistro attraverso l'arteria venosa (vena polmonare) e stabilisce la struttura a fondo cieco dell'albero bronchiale, offrendo una concezione meccanica più elaborata e sottolineando la relazione tra calore e movimento: «*allo stesso momento due movimenti opposti non possono avvenire. Pertanto se il destro superiore e i ventricoli inferiori sono unici... quando l'inferiore si contrae, il superiore si dilata per accogliere il sangue uscito dall'inferiore*». Per quanto riguarda la terapia, la parte della Medicina pratica che subì maggiori trasformazioni è senza dubbio la farmacologia botanica. Il *Liber pandectorum*

Medicinae (1498) di Matteo Selvaggio è un dizionario merceologico-farmacologico con le qualità e le virtù di singoli Medicinali. Risale invece all'estate del 1492 la prima trasfusione di sangue. Lo storico Villari racconta che si tentò di salvare la vita a Papa Innocenzo VIII facendogli bere come *farmaco a gocce* sangue prelevato da tre fanciulli, scelti per l'occasione tra i più forti. Il procedimento non ebbe successo: sia il papa sia i giovani morirono. La chirurgia si afferma come una sottodisciplina autonoma con una sua letteratura specializzata. I medici praticano la Medicina interna, mentre a chirurghi e barbieri competono unicamente operazioni e attività, quasi esclusiva-

mente di carattere manuale, relative all'esterno del corpo; operazioni che peraltro devono, almeno formalmente, essere sempre avallate da un membro della corporazione medica. Soltanto quest'ultimo ha, infatti, il diritto di agire sull'interno del corpo attraverso la prescrizione di terapie e di diete, un agire dal carattere puramente teorico e non implica il contatto diretto con i malati. In tale contesto si spiegano, da un lato, l'interesse dei chirurghi per la conoscenza del corpo, dall'altro il fatto che il controllo delle conoscenze relative all'anatomia interna costituisca una prerogativa del Medico di formazione universitaria. ♥





Trapianti di cuore e... “di cervello”

DI ELIGIO PICCOLO

Un insigne maestro di Cardiologia, di quelle personalità che anche dopo la giubilazione continuano a pensare e a stupire, venne un giorno dal lontano Messico in Italia a raccontarci una sua pièce sul trapianto del cervello. Immaginava un poeta classico cui era stato sostituito l'encefalo con quello di un poeta moderno e l'ovvio risveglio in un mondo diverso. Eravamo agli albori del trapianto cardiaco e la sua forse voleva essere una benevola parodia di quel grande avvenimento che aveva scioccato il mondo, ma anche dato inizio a tante illusioni. Ne aveva colto di certo un aspetto, la personalità, che con un cervello nuovo necessariamente cambiava, ma sono certo che il Dottor Sodi Pallares volesse farci cogliere anche quello dell'anima, più difficile da valutare per l'uomo di scienza, sempre alla ricerca di certezze da toccare con mano. Mi è tornato alla mente questo dramma dell'assurdo dopo aver letto qualche anno fa una interessante inchiesta che il gruppo del Dottor Bruce Hood, neuroscienziato dell'Università di Bristol, ha condotto su una ventina di studenti di medicina, i quali si sarebbero dovuti mettere, con particolare impegno, nei panni di un paziente in attesa del trapianto di cuore. Dopo questo invito alla concentrazione, veniva loro mostra-

ta la foto di vari ipotetici donatori di cuore, cui dovevano dare un voto di preferenza se gli fossero stati proposti come tali per sé stessi, ossia donatori di cuore nel proprio corpo. Successivamente dovevano anche dire, sempre giudicandoli dall'aspetto, chi secondo loro era “buono” e chi “cattivo”. Il risultato più interessante fu che quando gli studenti vennero informati su quali erano effettivamente i buoni e quali i cattivi il punteggio cambiò nettamente a favore dei primi. Il record di questo definitivo rifiuto lo ottennero i donatori che in vita erano stati addirittura degli assassini. Il Dottor Hood si è anche divertito, si fa per dire, ad interrogare alcuni veri trapiantati su come in effetti essi avevano vissuto quell'evento nei confronti del donatore, di cui evidentemente conoscevano la provenienza. Ne è emersa la convinzione da parte di questi sopravvissuti al trapianto che si fosse stabilito in loro un certo qual cambiamento, un particolare rapporto psicologico, o forse qualcosa di più, con colui che aveva donato loro il cuore. Alcuni ne erano talmente convinti da percepire ricordi che erano appartenuti alla “vittima”. Insomma, molti trapiantati si erano fatta l'idea di aver ereditato non solo il muscolo, le coronarie e le valvole, ma anche un qualcosa che andava oltre queste frattaglie. Un terzo di

loro credeva addirittura che certi cambiamenti psicologici sperimentati dopo l'intervento fossero legati ai caratteri del donatore. La scienza ufficiale rifiuta naturalmente questa interpretazione, ma i pazienti ne sono talmente convinti che, racconta sempre Hood, una adolescente cui si dovette a forza far subire il trapianto, date le sue gravi condizioni terminali, lo rifiutava perché suggestionata di dover cambiare la propria personalità. Sappiamo che per molti secoli, e forse anche dopo che Harvey e Malpighi ci insegnarono la funzione prettamente idraulica della circolazione del sangue, i filosofi e gli stessi medici hanno pensato che il cuore fosse la sede delle emozioni, dei sentimenti e perfino dell'anima. Lo testimoniano molti scritti e tante immagini come i dipinti di soggetto religioso e gli ex voto. Tuttavia, venire a conoscenza che nel 2009 e in un paese a cultura scientifica più ferrato del nostro sopravvivano ancora credenze e impressioni che sembrano fare a pugni con ciò che noi medici non mettiamo più in discussione, fa pensare. E personalmente ripenso a quel mio maestro di scienza e di vita, dall'aspetto bonario ma dallo sguardo profondo, che non voleva imporre verità scientifiche, ma solo farci meditare. Diceva William Shakespeare: «Siamo fatti della stessa materia di cui sono fatti i sogni».



Ogni malato ha il diritto a una **terapia personalizzata** per il suo cuore, che tenga conto della sua **biodiversità**

Studiare tanti casi non ancora risolti che più si discostano dalla norma rappresenta una tappa fondamentale per lo sviluppo di nuovi bersagli di terapia e prevenzione creati "su misura".

I  5xMille
codice fiscale
94070130482
www.5permilleperiltuocuore.it

Finanziamento della ricerca sanitaria

FIRMA *Mario Rossi*

94070130482

Codice fiscale del Beneficiario (eventuale)

SCELTA PER LA DESTINAZIONE
DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF.



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus



Costituita da Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)



Da 50 anni
pensiamo
al cuore
1963 - 2013

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

