



cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Quel grande cuore
attraverso la storia

Lettera aperta al
Presidente della Repubblica

Il tallone d'Achille della
angioplastica coronarica

GISSI OUTLIER:
studi CAPIRE e VAR

Area Malattie del Circolo
Polmonare: un nuovo inizio

Errori... E non solo!
(prima parte)

Perché un ambulatorio
infermieristico cardiologico
territoriale

Un "Minimal Data Set" per
il Medico di Famiglia dopo
ricovero per SC

Cardionefrologia a Cosenza

Versamento pericardico
nel paziente oncologico

La Cardiologia toscana
che guarda al futuro

La storia della nota 13
continua...

La sospensione della terapia
anticoagulante per l'impianto
di device

Lo Studio STREAM

La rete assistenziale
nella provincia di Trieste

"Trialogue plus"

Cardiologo e Medico
dello Sport

I 50 anni dell'ANMCO

Il ruolo dei nuovi
anticoagulanti orali

Il sale della vita

Cacao meraviglioso

MAGGIO • GIUGNO 2013 N°193

AMICI DELL'ANMCO: BOEHRINGER INGELHEIM



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

Da 50 anni
pensiamo
al cuore
1963 - 2013



In copertina "cuore nel vento"
di Valerio Mirannalti

N. 193 maggio - giugno 2013
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor
Maurizio Giuseppe Abrignani

Co - Editor
Roberto Valle

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

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

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



DAL PRESIDENTE
Quel grande cuore
attraverso la storia
di Francesco Maria Bovenzi

p. 3

Lettera aperta al Presidente
della Repubblica Italiana
On. Giorgio Napolitano

p. 6

DAL COMITATO SCIENTIFICO
Il tallone d'Achille
della angioplastica coronarica è oggi
la rivascolarizzazione incompleta?
di Stefano De Servi

p. 8

DAL CENTRO STUDI
GISSI OUTLIER
Gli Studi CAPIRE e VAR
di Marco Magnoni e Bruno Merlanti

p. 12

DALLE AREE
**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO
POLMONARE**
L'Area Malattie del Circolo
Polmonare inizia un nuovo biennio
di Michele Azzarito

p. 16

AREA MANAGEMENT & QUALITA'
Errori... E non solo!
(prima parte)
di Quinto Tozzi

p. 18

AREA NURSING
Perché un Ambulatorio
Infermieristico cardiologico
territoriale
di Donatella Radini e Kira Stellato

p. 24



AREA SCOMPENSO CARDIACO
Un "Minimal Data Set"
di informazioni da fornire alle
dimissioni dopo un ricovero per
Scompenso Cardiaco
*di Massimo Milli, Giuseppe Di Tano,
Nadia Aspromonte*

p. 27

DALLE REGIONI

CALABRIA
Congresso di Cardionefrologia
a Cosenza
di Teresa Papalia e Mario Chiatto

p. 36

FRIULI VENEZIA GIULIA
Versamento Pericardico
nel Paziente Oncologico: proposta di
un percorso diagnostico - terapeutico
nel Friuli Venezia Giulia
di Marzia De Biasio

p. 37

TOSCANA
La Cardiologia Toscana
che guarda al futuro.
4^ Edizione del Workshop Regionale
delle Cardiologie Toscane
ANMCO - SIC 2013
di Paolo Fontanive e Giancarlo Casolo

p. 40



FORUM

La storia della nota 13 continua... p. 42
di Maurizio Giuseppe Abrignani, Pasquale Caldarola, Furio Colivicchi, Massimo Uguccione

La sospensione della terapia anticoagulante e/o antiaggregante per l'impianto di pacemaker o defibrillatore p. 46
di Michela Bevilacqua

Lo Studio STREAM (Strategic Reperfusion Early after Myocardial Infarction) p. 48
di Gianfranco Cucchi

La Rete Assistenziale per le Malattie Cardiovascolari nella Provincia di Trieste p. 49
di Andrea Di Lenarda e Luigi Tarantini

Il progetto "Trialogue plus" p. 53
di Francesco Mazzuoli e Domenico Gabrielli

Cardiologo e Medico dello Sport: "Questo matrimonio s'ha da fare"! p. 55
di Paola Pasqualini e Giancarlo Casolo

I 50 ANNI DELL'ANMCO

I 50 anni dell'ANMCO p. 57
di Maurizio Giuseppe Abrignani



La prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale non valvolare: ruolo dei nuovi anticoagulanti orali p. 62
di Michela Bevilacqua

Il 50° Anniversario dell'ANMCO (1963 - 2013). Buon Compleanno alla nostra casa p. 64
di Sabino Scardi

VIAGGIO INTORNO AL CUORE



Il sale della vita p. 71
di Angelo Mingrone



Cacao meraviglia p. 75
di Eligio Piccolo

Quel grande cuore attraverso la storia

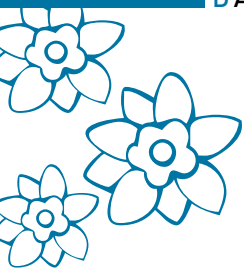
DI FRANCESCO MARIA BOVENZI

Lil 25 aprile 1963 venne costituita l'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri) allo scopo di sviluppare e diffondere la cultura cardiologica, sebbene l'atto amministrativo fondante fu successivo, nel giugno 1963 a Venezia. Era nato il più grande cuore d'Italia, oggi diffuso capillarmente in oltre 800 strutture ospedaliere. In pochi anni, la Cardiologia dimostrava di essere una preziosa risorsa assistenziale, un vero patrimonio culturale, scientifico e organizzativo, che entrava a far parte dell'organizzazione sanitaria e nella cultura medica italiana, con il pieno e maturo riconoscimento di effettiva specializzazione. Dopo

50 anni è importante riflettere sulla strada percorsa, che corre parallela alla vita familiare, sociale e professionale di ognuno di noi. Diceva Sant'Agostino che il passato visto con gli occhi del presente è il presente del passato. La Cardiologia non è certo un mestiere da imparare, ma un'articolata e dinamica disciplina in cui inoltrarsi e immergersi culturalmente nel rispetto delle evidenze e di un codice etico universale che privilegia il paziente, prima di ogni interesse personale. Il rispetto resta un prioritario principio del nostro impegno e della saggezza del medico, un obbligo da adempiere, anche per l'autorevolezza sociale che oggi la Società

Da 50 anni
pensiamo
al cuore
1963 - 2013





ci riconosce. Non nascondiamoci però su ottimistici trionfalismi, perché viviamo un presente incerto e mutevole che ci sfida, rischiando di stravolgere l'essenza della nostra professione. Nell'operosa attesa la nostra risposta dovrà essere ferma e coraggiosa, perché con una pacifica rivoluzione reclamiamo alle Istituzioni regionali e nazionali il governo della salute del cuore. In questo difficile contesto sociale, di ricerca di un responsabile equilibrio tra i bisogni di salute e la scarsità delle risorse economiche, avvertiamo la necessità di rivendicare il governo e la difesa della nostra identità, delle competenze specifiche, più in generale della cultura cardiologica, qualcosa di non delegabile. Serve unitarietà e coesione, perché divisi siamo più deboli, ma ancor di più serve far conoscere i numeri del nostro successo espressi nella maggiore sopravvivenza dei cardiopatici, nel loro benessere e nella migliorata qualità della vita. Su questa strada lavoriamo tutti con spirito di servizio e impegno, contribuendo a segnare nuove tappe del divenire del progresso e della crescita sociale di una condizione umana, propria della storia civile di un intero Paese. In 50 anni abbiamo contribuito in modo determinante al benessere sociale dell'Italia salvando 750.000 malati con infarto miocardico acuto, secondo una recente analisi condotta dall'ANMCO con l'Istituto Superiore di Sanità. Un numero di cui siamo molto orgogliosi e ricono-

scenti alla storia associativa. È così, la Cardiologia del passato rivive nella ricerca, nella formazione, nell'assistenza e diventa un vissuto di Uomini, di Maestri. Cesare Pavese nel suo diario, "Il mestiere di vivere", scriveva che "la volontà si esercita sui miti e li trasforma in storia. Destini che diventano libertà". L'ANMCO vive oggi il suo giusto momento di gloria, ma al tempo stesso, avverte una crisi profonda che travolge la nostra professione in Ospedale, dovuta soprattutto al problema della fragile sostenibilità nel conciliare la scarsità delle risorse con la crescente domanda di salute per una disciplina che vive una straordinaria evoluzione delle conoscenze e della tecnologia applicata. Un legame diseguale che rischia di compromettere il livello e la qualità dell'assistenza ai malati di cuore. In questa realtà a tutti nota, fatta anche di scomode verità, cresce il bisogno di una profonda rigenerazione, di una nuova fase associativa, di rilancio delle idee e delle scelte, proprio quando il ruolo sociale di una grande Società Scientifica è messo a dura prova e tutto diventa più difficile e complesso. Credo che se non saremo capaci di cogliere con responsabilità le difficoltà del presente, se non saremo in grado aprire al dialogo, al confronto e al cambiamento, presto imbroccheremo una deriva che non avrebbe futuro. Le Istituzioni nazionali e regionali ragionano solo nel rispetto dei principi economici, applli-

cando restrizioni sulle prestazioni erogabili, sulla rimborsabilità dei farmaci, sul ritardo dell'innovazione tecnologica e farmacologica, sul taglio dei posti letto, fino a chiudere le UTIC e cancellare molte Cardiologie dalla rete per l'assistenza. Lo tsunami delle nuove organizzazioni ospedaliere è mappato su settori assistenziali molto eterogenei e frammentati, travolge e stravolge il percorso assistenziale, rendendolo semplice distillato di prestazioni specialistiche o di consulenza. È questa la centralità del malato? L'ANMCO dovrà con fermezza e responsabilità difendere non corporativamente il valore della sua cultura scientifica e organizzativa. È un dovere della Società civile offrire l'inviolabile diritto all'uguaglianza delle migliori cure ai cittadini, vale a dire quelle erogate e prescritte da professionisti esperti di un complesso organo e apparato che richiede specificità e competenze dedicate. Serve uno scatto di orgoglio e se non si potrà tornare indietro, allora bisogna preoccuparsi di trovare il modo migliore per andare avanti, provando ad arginare ogni deriva culturale e smussare i punti controversi lungo la rotta del progresso cardiologico. Partendo dal rispetto delle tradizioni del passato continueremo a governare il progresso, non sottraendoci a riflessioni critiche di ordine etico e politico. Serve riaffermare con forza la cultura specialistica del cuore e dei vasi e mai come oggi credere nella forza

50 anni uniti nel cuore...



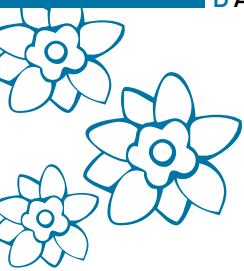
dei giovani: i soli capaci di stupire positivamente, di offrire vivace intelligenza, innata curiosità e stimolanti idee a garanzia delle scelte di rinnovamento. Su questi principi, continueremo uniti a lavorare senza sosta, con grande responsabilità e umiltà, rimanendo riconoscenti nei confronti dei pionieri della Cardiologia ospedaliera italiana, che hanno permesso con il loro

insegnamento di farci vivere questo straordinario tempo, divenuto storia ed esempio di civiltà.

Un Maestro tanti anni fa mi diceva “se in tanti anni di lavoro, abbastanza modesto ma sicuramente appassionato e umano, siamo riusciti con altri Colleghi a far compiere alla Cardiologia ospedaliera italiana un piccolo passo verso il progresso, allora posso permettermi di volgere

sereno lo sguardo indietro, sorridendo di compiacenza, perché in fondo tutti questi anni non li ho vissuti invano”. Poter testimoniare oggi queste emozioni di profonda umanità e di scienza è per noi importante, perché viviamo un tempo impoverito di valori che si nutre troppo poco di memoria. ♥





Lettera aperta al Presidente della Repubblica Italiana On. Giorgio Napolitano



ANMCO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
<http://www.anmco.it> e-mail: segreteria@anmco.it
 Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

Firenze, 30 aprile 2013

Illustrissimo Signor Presidente della Repubblica Italiana
On. Giorgio Napolitano

Stimatissimo Signor Presidente della Repubblica Italiana,

la Cardiologia Ospedaliera Italiana, che ho l'onore di rappresentare, desidera esprimere sentimenti di profonda riconoscenza e gratitudine per l'esempio di grande responsabilità, forte umanità e incondizionata fiducia che trasmette parlando anche al "cuore" degli italiani.

Sento forte il ricordo indelebile della giornata trascorsa al Quirinale con il Prof. Attilio Maseri e una numerosa delegazione dell'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO): era il 13 febbraio 2009. Un incontro reso intenso dalle Sue affettuose parole, che hanno riempito di gioia e orgoglio tutti i presenti, per essere stati riconosciuti per la prima volta come parte determinante del progresso civile e del benessere di una intera Nazione.

Perdoni se ogni parola che scrivo nell'elogio del Suo imponente esempio, a difesa dei valori fondanti dell'Italia, è qui resa semplice e umile in queste poche righe, ma sono fermamente convinto e commosso di rivolgermi al più grande Uomo politico che l'Italia abbia conosciuto negli ultimi decenni. Se ho preso il coraggio di scrivere, è solo perché mi considero un figlio che esprime ad un Padre la gioia e la soddisfazione per le buone notizie che oggi ANMCO offre alla Sua sensibilità, all'Italia intera, come sentimento di gratitudine e stima infinita a quattro anni da quel solenne incontro.

Siamo una Società Scientifica ricca di una grande tradizione, che proprio in questi giorni celebra i 50 anni della sua nascita. Un universo che forse è sconosciuto ai tanti, ma che nasconde un grande patrimonio culturale, scientifico e organizzativo complesso, che vorremmo non restasse confinato alla memoria, ma fosse parte testimoniata e condivisa di un vissuto culturale continuo e dinamico. Siamo stati capaci di innovare lavorando su solidi principi e fondamenti etici nella ricerca clinica, nella formazione e nell'assistenza.

Oggi cosa potrei trasmettere come omaggio alla Sua persona di più entusiasmante, se non ricordare che in mezzo secolo la Cardiologia Italiana, in oltre 800 Strutture cardiologiche del nostro Paese, ha contribuito a ridurre la mortalità per infarto del miocardio, salvando ben 750.000 vite degli italiani? Sono certo di trasmettere al meglio queste poche emozioni con la semplice forza dei numeri, perché frutto di un'interessante analisi recentemente condotta dall'ANMCO con l'Istituto Superiore di Sanità.

Un traguardo senza precedenti che merita una riflessione per permettere di continuare a credere con fiducia in questa professione, antica quanto l'uomo, ma a cui basta ancora un semplice sorriso del paziente per superare ogni difficoltà del presente. In questo ideale di semplicità Lei è per noi, artigiani della scienza del cuore, un riferimento costante e una guida morale insostituibile. L'ANMCO non resterà insensibile a questi Suoi richiami. Siamo pronti come sempre a sfidare il futuro per difendere la salute del cuore, come Lei insegna con responsabilità, umiltà, coraggio e rispetto altrui. Tutto nella vita in Ospedale, come in ogni luogo di lavoro, sembra rappresentare un momento "eterno", che aiuta a capire che la nostra piccola storia è anche la storia di un'intera Nazione.

Quattro anni fa la Sua stima nei nostri confronti è stata un forte stimolo ad assumere un impegno morale, che oggi onoriamo con incoraggianti risultati per l'Italia. Sono numeri che conferiscono autorità morale al nostro ruolo e una grande responsabilità sociale. Cinquant'anni fa la sopravvivenza all'infarto miocardico acuto poteva considerarsi frutto del caso, mentre l'incidenza delle malattie coronariche cresceva tanto da farne presagire l'attuale epidemia. Nonostante questa emergente criticità sociale, negli ultimi anni abbiamo radicalmente cambiato l'approccio ai problemi cardiologici, ottenendo una significativa diminuzione della mortalità e un miglioramento della qualità della vita. Queste sono state le tappe più salienti e il divenire del nostro progresso.

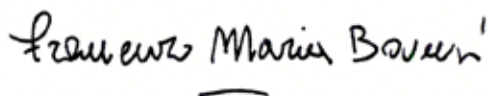
La storia dell'ANMCO non solo è la storia della Cardiologia, ma della vita di tanti italiani, di migliaia di cuori salvati grazie all'istituzione delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC), alle nuove cure, alle tecnologie avanzate e alla rete di soccorsi organizzati dai cardiologi ospedalieri. In questi 50 anni abbiamo visto riaprire con successo valvole chiuse, siamo riusciti a far ripartire un cuore fermo per arresto e a far battere un cuore in blocco. Con l'aiuto di una sonda abbiamo penetrato i misteri più complessi delle coronarie ristrette e chiuse, misteri impenetrabili che sarebbero rimasti tali per tutta la vita del paziente con infarto miocardico, ma che oggi siamo in grado di spiegare e modificare in misura importante per migliorare la prognosi e la qualità di vita di tante persone.

Credo che l'ANMCO abbia svolto un ruolo importante in tanti anni, anche attraverso la diffusione di questi meravigliosi progressi, che oggi siamo in grado di offrire all'Italia e alla comunità scientifica internazionale.

A conclusione di quanto ho creduto di esprimere a nome dell'ANMCO, il più grande cuore d'Italia, mi permetto con umiltà di rivolgerLe il sentito invito, condiviso da oltre 5.000 cardiologi italiani iscritti all'ANMCO, ad intervenire con un saluto alla nostra Cerimonia Inaugurale del prossimo 44° Congresso Nazionale di Cardiologia che si terrà a Firenze, presso la storica cornice della Fortezza da Basso il prossimo 30 maggio 2013, alle ore 20.30. Il 44° Congresso Nazionale di Cardiologia rappresenterà la tappa più importante di un lungo viaggio culturale iniziato 50 anni fa da pochi pionieri specialisti in Cardiologia. Sono stati lunghi anni trascorsi pensando al cuore e alla sua difesa, un'età di cui ANMCO è orgogliosa, anni vissuti per le Istituzioni e con le Istituzioni, per questo anche noi con Lei ci sentiamo paladini di una Nazione.

Mi rendo conto dei Suoi numerosi impegni e del difficile momento che l'Italia attraversa, ma sono ancor più convinto che grazie alla Sua saggia e virtuosa guida supereremo ogni ostacolo. Affido alla Sua preziosa disponibilità ogni decisione che con uguale immancabile gratitudine accoglieremo. Vorremmo però che tutto il nostro affetto fin d'ora Lei lo sentisse forte al Suo fianco.

Grazie di cuore, amatissimo Presidente, esprimendo la nostra gioia rivolgo un saluto intenso e deferente come quello che si deve ad un Padre



Dott. Francesco Maria Bovenzi
Presidente ANMCO



Il tallone d'Achille della angioplastica coronarica è oggi la rivascolarizzazione incompleta?

DI STEFANO DE SERVI

Nei pazienti multivasali esiste una correlazione tra ampiezza dell'area non sottoposta a rivascolarizzazione e prognosi a distanza

Per anni l'evenienza della ristenosì è stata considerata la caratteristica di maggior debolezza delle procedure di angioplastica coronarica (PCI). Un consumo non trascurabile di risorse è stato destinato per anni allo studio di farmaci o tecnologie che potessero superare questo intrinseco limite delle procedure di rivascolarizzazione percutanea. Numerosi erano i pazienti che frequentavano da "habituè" le nostre corsie ospedaliere sino a quando non si decideva a malincuore (e spesso per disperazione) di ricorrere all'opera del Cardiocirurgo. Fortunatamente l'avvento degli stent medicati ha cambiato radicalmente la prospettiva dei nostri malati, essendosi nettamente ridotta l'incidenza della ristenosì. In tal modo la PCI si è rivolta ad un numero sempre maggiore di pazienti con coronaropatia multivasale divenendo una alternativa valida in molti casi al

bypass aorto - coronarico. La maggior parte dei pazienti sottoposti a PCI hanno una sindrome coronarica acuta (SCA) causata generalmente dalla instabilizzazione di un solo ramo coronarico, il piú

quale valore prognostico hanno queste stenosi non trattate nell'outcome clinico dei nostri pazienti? Da tempo la questione è ampiamente dibattuta nella comunità cardiologica senza ricevere peraltro una

Nel trattare i pazienti multivasali con angioplastica coronarica, il Cardiologo interventista è tentato dal dilatare il solo ramo "colpevole" della condizione clinica, lasciando tuttavia aree miocardiche a rischio senza adeguata rivascolarizzazione

delle volte identificabile in base ai dati strumentali (ECG, Ecocardiogramma) ed all'angiografia, anche quando sono presenti altre stenosi significative. La tentazione per il Cardiologo interventista è quella di trattare il solo vaso colpevole, risolvendo l'instabilizzazione clinica e di conseguenza la sintomatologia, ma lasciando invariate ampie aree potenzialmente ischemiche. Ma

risposta adeguata. Recentemente alcuni nuovi contributi della letteratura hanno riaperto questa problematica irrisolta, con dati di estremo interesse. In un elegante studio, Genereux, Palmerini e coll. (1) hanno rivisitato i dati angiografici dello Studio ACUITY, un trial randomizzato che ha confrontato in una ampia popolazione differenti strategie antitrombotiche in pazien-

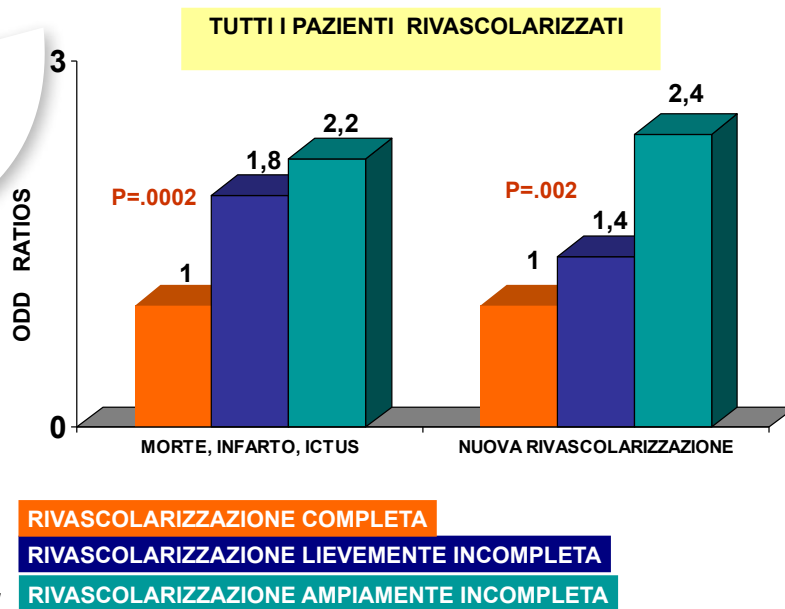


Figura 1

ti con SCA senza soprasslivellamento del tratto ST. Questi autori hanno calcolato per ogni paziente sottoposto a PCI il Syntax score (un indice di estensione e di complessità della coronaropatia) sia all'inizio (Syntax score basale) che al termine della

Il "Syntax score residuo" può permettere di verificare, anche prima dell'esecuzione dell'angioplastica coronarica, il peso prognostico della nostra intenzione di rivascularizzazione percutanea

procedura di PCI (Syntax score residuo). Maggiore era il valore di quest'ultimo e più ampia ovviamente la incompletezza della rivascularizzazione. Negli oltre 2.000 pazien-

ti esaminati è emerso che il Syntax score residuo aveva una capacità predittiva elevata per gli eventi ischemici successivi alla PCI, inclusa la mortalità totale, ad un anno.

La rivascularizzazione completa si raggiungeva raramente tuttavia nei pazienti con Syntax score basale elevato ma, quando raggiunta, aveva un peso prognostico favorevole. Ma questa problematica non è limitata ai pazienti con SCA. I pazienti diabetici hanno spesso coronaropatia estesa e sappiamo che la PCI in questa patologia non fornisce ancora risultati paragonabili a quelli che si ottengono con il bypass aortocoronarico. Una analisi recente (2) sugli effetti prognostici della rivascularizzazione incompleta nel paziente

La rivascularizzazione incompleta ha un impatto notevole sulla prognosi, soprattutto nei pazienti diabetici

diabetico ha analizzato una casistica tratta dal Trial BARI-2D, uno studio randomizzato in cui una strategia di rivascularizzazione (sia bypass aortocoronarico o PCI a scelta dell'operatore) è stata confrontata con una strategia di sola terapia medica aggressiva. La popolazione studiata è stata ampia, composta da pazienti con diabete mellito di tipo 2, sottoposti a coronarografia e ritenuti candidati a procedure di rivascularizzazione. Come è noto i risultati dello studio non hanno mostrato una significativa differenza tra le due strategie, soprattutto per una mancanza di beneficio nei pazienti sottoposti a PCI. L'analisi recente cui mi riferisco ha voluto verificare se una rivascularizzazione non completa ha condizionato la prognosi dei pazienti sottoposti a PCI o bypass. Il parametro analizzato è stato l'ampiezza del territorio non rivascularizzato, valutato con il Myocardial Jeopardy Index, che esprime l'ampiezza del territorio a rischio sotteso ad un ramo coronarico ritenuto patologico. Una



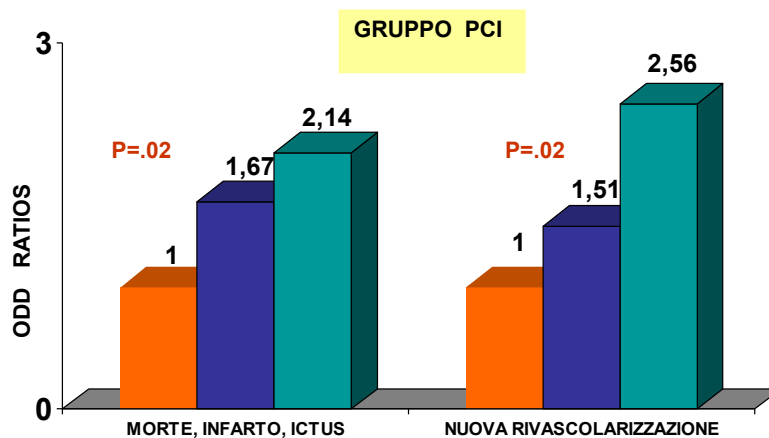


Figura 2

RIVASCOLARIZZAZIONE INCOMPLETA
RIVASCOLARIZZAZIONE LIEVEMENTE INCOMPLETA
RIVASCOLARIZZAZIONE AMPIAMENTE INCOMPLETA

rivascularizzazione incompleta è stata osservata nel 62% dei pazienti, una percentuale non trascurabile. Come mostrano le Figure, più ampia è l'area a rischio non rivascularizzata, maggiori sono gli eventi nel follow-up. Questa relazione è stata osservata sia nella popolazione globale rivascularizzata sia con bypass o PCI (Figura 1), sia nei pazienti sottoposti a PCI (Figura 2). Mi sono soffermato su questi studi perchè ho l'impressione che molti Cardiologi interventisti si limitino ad eseguire PCI che, in particolar modo nei pazienti con SCA, risolvono sicuramente il problema clinico iniziale, ma scarsamente ne modificano favorevolmente la prognosi a distanza. Se è vero che soprattutto nel paziente con STEMI è bene limitarsi alla riapertura della sola ostruzione colpevole durante la PCI primaria, è anche vero che in quel paziente, superata la fase acuta, deve essere eseguita con attenzione una analisi di tutte le lesioni potenzialmente ischemiche. Nei pazienti stabili o stabilizzati dopo una SCA, la determinazione preliminare di

quello che sarà il "Syntax score residuo" dopo la nostra intenzione di PCI può fornire un elemento di valutazione di quello che può essere il peso prognostico di quella scelta terapeutica. Talora la "resa" al cardiocirurgo può garantire un futuro migliore al nostro paziente.♥

Bibliografia

- 1) Généreux, P, Palmerini T, Caixeta A et al: "Quantification and Impact of Untreated Coronary Artery Disease After Percutaneous Coronary Intervention. The Residual SYNTAX (Synergy Between PCI With Taxus and Cardiac Surgery) Score" J Am Coll Cardiol 2012;59:2165-74.
- 2) Schwartz L, Bertollet M, Feit F et al: "Impact of Completeness of Revascularization on Long-Term Cardiovascular Outcomes in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. Results from the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes (BARI 2D)" Circ Cardiovasc Interv. 2012;5:166-173.

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

Direttore di Struttura
 Complessa (F.F.)
 Cardiologia e Fisiopatologia
 Cardiovascolare
 Azienda Ospedaliera di
 Perugia - Ospedale Santa
 Maria della Misericordia

P.le G. Menghini - 06132 Perugia
 Tel. 075/5782238 - Fax 075/5782214
gianfranco.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

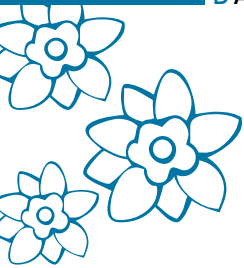
ROBERTO VALLE



Roberto Valle

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

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



GISSI OUTLIER

Gli Studi CAPIRE e VAR

DI MARCO MAGNONI E BRUNO MERLANTI

Nel 2009 la Fondazione “per il Tuo cuore” HCF Onlus, l’Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e l’Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri hanno promosso la costituzione del progetto di ricerca innovativa GISSI OUTLIER

Il progetto nasce dall’esigenza di indagare i meccanismi per cui alcuni soggetti, definibili come “outliers”, divergono dal prevalente comportamento medio della popolazione sia in termini fisiopatologici che per modelli di predizione di eventi e di risposta al trattamento, nel contesto di diverse malattie cardiovascolari

Negli ultimi anni la ricerca clinica si è concentrata su popolazioni molto ampie ma spesso fenotipicamente disomogenee. Questo ha permesso di raggiungere grandi obiettivi ma non ha ancora consentito di comprendere perché alcuni pazienti abbiano un decorso sfavorevole nonostante prevenzione e terapie appropriate mentre altri, considerati ad alto rischio abbiano un decorso favorevole pur se non sottoposti alle terapie raccomandate. Per ottenere ulteriori progressi diviene quindi fondamentale concentrarsi sui singoli pazienti e sulla loro biodiversità. Un approccio innovativo basato sullo studio degli outliers, attraverso l’identificazione di nuovi descrittori di protezione o di rischio, potrebbe condurre alla definizione di nuove ipotesi riguardanti i meccanismi patogenetici oltre che a favorire una più precisa identificazione dei soggetti ad alto

rischio, non individuabili attraverso gli attuali strumenti di stratificazione. In questo ambito si collocano i progetti di ricerca GISSI outliers, con gli studi CAPIRE e VAR. In entrambi i casi il Chairman è il Prof. Attilio Maseri, coadiuvato nello Studio VAR dal Dott. Luigi Martinelli (Co - Chairman). Il Centro Studi ANMCO si occupa del Coordinamento. Lo Studio CAPIRE (Coronary Atherosclerosis in outlier subjects: Protective and Individual Risk factor Evaluation) propone come tema centrale la relazione tra i fattori di rischio tradizionali (FR) e il processo di aterosclerosi delle arterie coronarie (CAD). Selezionando soggetti agli estremi per presenza di malattia aterosclerotica coronarica e profilo di rischio cardiovascolare, lo studio si propone di definire, attraverso le analisi delle caratteristiche cliniche, di imaging e biomolecolari, il ruolo di eventuali fattori di protezione e di suscet-

tibilità individuali nei confronti dell’aterosclerosi coronarica e dello sviluppo di manifestazioni cliniche. La popolazione dello Studio CAPIRE viene selezionata partendo dal dato anatomico, fornito dallo Studio MSCT, di assenza o presenza di estesa CAD e successivamente integrato al profilo di rischio basato sui FR, ottenendo due popolazioni outliers costituite da un estremo da pazienti con coronarie indenni da CAD pur con molteplici FR ed all’estremo opposto pazienti con diffusa CAD in presenza di un basso profilo di rischio. Il disegno prospettico, osservazionale e multicentrico (11 centri), prevede una fase trasversale di confronto tra le popolazioni selezionate e una fase longitudinale di follow up di 5 anni. Un’analisi retrospettiva dei database esistenti di quattro centri partecipanti è stata eseguita preliminarmente, al fine di valutare la fattibilità dello studio prospettico. Il primo paziente dello

Lo studio è stato arruolato nel gennaio 2011, al 26 aprile 2013 sono stati selezionati 526 soggetti e il termine dell'arruolamento è previsto il 30 giugno 2013. I risultati di una esplorazione preliminare riguardante i pazienti arruolati del primo anno dello studio sono stati presentati al Congresso Nazionale ANMCO 2012 e al Congresso ESC 2012. Essendo lo studio in fase di conclusione è possibile trarre utili indicazioni anche relativamente agli aspetti meno positivi. Il problema principale ha riguardato l'arruolamento della popolazione che ha subito delle significative fluttuazioni riconducibili a differenti cause. Considerando anche la difficoltà intrinseca di uno studio su popolazioni la cui prevalenza è comunque limitata, la mancata attivazione da parte di uno dei principali centri partecipanti, la difficile collaborazione tra Radiologia e Cardiologia e l'instabilità del personale e dell'organizzazione interna di singole Unità Operative sono tra le cause alla base del rate di arruolamento registrato in particolare nella seconda parte del 2012. Risulta invece da sottolineare come i tre centri che dall'inizio dello studio non abbiano avuto variazioni di organizzazione interna e di personale abbiano mantenuto e in alcuni casi abbondantemente superato le attese. Lo Studio VAR (Investigation of patients with BAV requiring valve and/or aortic repair. Correlation of surgical and ECO distinctive features with histologic and genetic findings in phenotypically homogeneous outlier cases) riguarda pazienti con bicuspidia valvolare

aortica (BAV). I pazienti con una BAV, una condizione rilevabile nel 2% circa della popolazione, possono andare incontro ad alterazioni della funzione valvolare e a degenerazione della parete aortica. Tuttavia solo una parte dei soggetti affetti sviluppa nel tempo complicanze valvolari ed aortiche tali da richiedere una terapia chirurgica. Allo stato attuale, non esistono criteri definiti per identificare i pazienti maggiormente a rischio di sviluppare malattia valvolare, degenerazione aortica o entrambe. Alcuni studi hanno evidenziato caratteristiche morfologiche, rilevabili all'ecocardiografia, associate a maggior probabilità di degenerazione ma anche le variabili genetiche sembrano avere un ruolo significativo. Tuttavia, non è presente in letteratura uno studio specifico che metta in relazione le componenti morfologiche, istologiche e genetiche della BAV per identificare i soggetti più a rischio di comparsa di un'alterazione valvolare e di evoluzione aneurismatica della parete aortica e se tali soggetti siano identificabili con l'aiuto di uno studio genetico familiare. A tal fine, nello Studio VAR vengono arruolati pazienti portatori di BAV, con indicazione al trattamento chirurgico, selezionati e divisi in 4 gruppi omogenei secondo la diversa indicazione chirurgica: 1) BAV con insufficienza valvolare aortica isolata, 2) dilatazione dell'aorta ascendente con BAV normo - funzionante, 3) BAV con insufficienza valvolare aortica associata a dilatazione dell'aorta ascendente,

4) BAV con stenosi valvolare aortica isolata in pazienti anziani.

Lo studio prospettico, longitudinale prevede la partecipazione di 13 centri in cui sono coinvolte e collaborano le Unità di Cardiocirurgia e Cardiologia. La morfologia della valvola e dell'aorta ascendente viene analizzata mediante ecocardiografia transesofagea tridimensionale perioperatoria. Durante la seduta chirurgica vengono prelevati frammenti di tessuto dalla valvola aortica (in caso di sostituzione valvolare) e dalla parete aortica per le analisi istologiche centralizzate e uno studio genetico su sangue periferico verifica la presenza di geni peculiari. Inoltre, tutti i familiari di primo grado vengono coinvolti in uno screening ecocardiografico e in caso di presenza di BAV vengono sottoposti a studio genetico per verificare analogie familiari. Il primo paziente è stato arruolato nel gennaio 2013 e al 15 aprile 2013, con 10 centri attivati, 12 sono i pazienti arruolati e 8 i familiari esaminati con un caso BAV. Il termine dell'arruolamento è previsto per la fine del 2013. In una fase di generale contrazione di finanziamenti pubblici ma anche privati istituzionali è da sottolineare che gli studi siano finanziati con i fondi raccolti durante le annuali campagne dalla Fondazione "per il Tuo cuore" del 2011 e del 2012, che hanno consentito la copertura dei costi previsti, costituiti dalle spese per il personale e i ricercatori, dal costo organizzativo della raccolta dati e dalle analisi previste sul materiale raccolto. ♥





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



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



AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Alberto Roghi (Milano)

Co - Chairperson

Fausto Rigo (Mestre - VE)



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Leonardo De Luca (Roma)

Co - Chairperson

Serafina Valente (Firenze)

Comitato di Coordinamento

Roberto Caporale (Cosenza)

Gianluca Gonzi (Parma)

Giuseppe Musumeci (Bergamo)

Pierfranco Terrosu (Sassari)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza

Comitato di Coordinamento

Pio Caso (Napoli)

Federico Nardi (Verbania)

Martina Perazzolo Marra (Padova)

Bruno Pinamonti (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging



AREA E-CARDIO

Chairperson

Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)

Co - Chairperson

Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)

Comitato di Coordinamento

Nicola D'Amato (Bari Carbonara - BA)

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

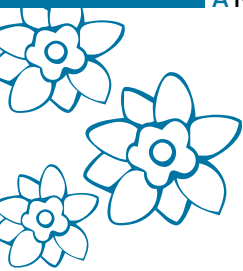
Marco Marini (Ancona)

Massimo Milli (Firenze)

Claudia Raineri (Pavia)

Giulia Russo (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso



L'Area Malattie del Circolo Polmonare inizia un nuovo biennio

DI MICHELE AZZARITO

I vecchi programmi, i nuovi progetti

Inizia un nuovo biennio, inizia un nuovo gruppo di lavoro. La prima considerazione che mi viene da fare è proprio sul termine di inizio. Il termine porta con sé abitualmente il concetto di qualcosa di nuovo, spesso di diverso rispetto al passato o addirittura, in alcuni casi, di antagonistico. Se cambiamo prospettiva l'inizio è più propriamente un rinnovamento e questo è il concetto che mi pare si attagli di più a ciò di cui parlerò. I rinnovamenti hanno un gran valore se portano nuove idee e energie e

in particolare di Ipertensione Polmonare al Policlinico S. Matteo di Pavia, uno dei centri di riferimento nazionale per questa patologia; il Dott. Eugenio Vinci gestore di un centro di riferimento in Sicilia (e non solo) per l'Ipertensione Polmonare e da anni impegnato su tutti i temi del circolo polmonare; stessa presentazione per il Dott. Francesco Guazzarotti nelle Marche. Infine il Dott. Amedeo Bongarzone di Milano, da sempre cultore di questi temi e in particolare appassionato di embolia polmonare,

duttori) che quindi continueranno a far sentire la propria presenza e a dare il loro apporto; in particolare il già citato Dott. Casazza come Referente dell'IPER, registro oramai molto noto sull'embolia polmonare, il Dott. Roncon e il Dott. Zonzin come referenti del PETER di cui parlerò a breve, sempre il Dott. Zonzin e il Dott. D'Agostino come referenti per il Documento di follow - up clinico dell'embolia polmonare. Infine il nostro referente per il Comitato Scientifico, il Dott. Rubboli past Chairperson dell'Area.

Ogni inizio è un rinnovamento che ha un gran valore se porta nuove idee ed energie e riesce a coniugarle con le vecchie esperienze

riescono a coniugarli con le vecchie esperienze. Innanzitutto voglio presentare questo rinnovamento con i nomi di coloro che lo incarnano: la Dott.ssa Iolanda Enea Co - Chairperson dell'Area, da anni impegnata su questi temi, ideatrice e conduttrice degli studi INCIPIT; la Dott.ssa Laura Scelsi che si occupa

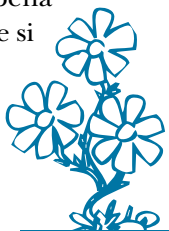
collaboratore del Dott. Casazza nel grande registro italiano dell'embolia polmonare IPER. Questo il Comitato di Coordinamento, ma non è tutto qui. Come ho già avuto occasione di scrivere precedentemente, l'Area aveva una serie di progetti in corso o in gestazione, legati a persone (ideatori o con-

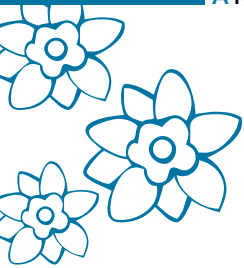
Questi i nomi, adesso accenniamo un po' alle cose in corso. È appena terminata la Survey INCIPIT2, inchiesta che ha coinvolto 102 Unità di Cardiologia su tutto il territorio nazionale, che ha prodotto dati di estremo interesse riguardo all'attenzione che questa affezione genera nel mondo cardiologico italiano. I

dati sono in corso di elaborazione e saranno oggetto di future presentazioni. Una cosa però colpisce già nei dati grezzi: molti Ospedali (sicuramente molti di più di quelli che personalmente mi aspettavo) dedicano una particolare cura a questa malattia o in forma di Cardiologo dedicato o in forma di Gruppo di Lavoro con attrezzature che vanno fino al cateterismo destro con test di reattività. Sempre dai dati grezzi pare evidente che si è formata sul territorio nazionale una sorta di “rete” spontanea per cui alcuni centri si limitano al sospetto diagnostico, altri alla diagnosi completa e infine alcuni anche alla terapia. Da meno di un mese ha preso l’avvio anche la Survey PETER; si tratta di un censimento su tutte le strutture cardiologiche italiane riguardo il trattamento di rivascolarizzazione percutanea meccanica nell’embolia polmonare. I referenti ed ideatori sono il Dott. Roncon e il Dott. Zonzin. La rivascolarizzazione meccanica percutanea dell’arteria polmonare è una metodica che non ha ancora una letteratura forte, ma ha un razionale importante. In alcuni centri è sicuramente presente ma speriamo di avere una mappatura del territorio nazionale entro l’anno corrente. Questa tecnica è una forma di terapia importante delle fasi acute dell’embolia polmonare, ed acquisisce ancora più importanza nei casi, molto frequenti, di controindicazioni alla fibrinolisi. Avere una iniziale mappatura dei centri attivi in questo tipo di

intervento è la fase preliminare di una proposta di studio e, successivamente, di rete assistenziale articolata, nella cura dell’embolia polmonare. Per tutto questo alla survey seguiranno due progetti: il primo è il Registro PETER che, in forma più strutturata, non solo per censire, affronterà una serie di temi sulla rivascolarizzazione meccanica coinvolgendo i centri mappati dalla survey; il secondo è una sorta di “prova di rete per l’embolia polmonare” in una regione campione che probabilmente sarà la Lombardia. Per tutto questo sono stati appena reperiti i fondi necessari. Altro progetto, anche questo pensato, ideato, abbozzato anni fa dal Dott. D’Agostino e dal Dott. Zonzin, che sta prendendo corpo è il Documento di Consenso sul Follow - up Clinico dell’embolia polmonare. Questo tema ci è particolarmente caro perché un paziente che abbia superato un evento acuto in genere è paziente orfano di controlli clinici. La profilassi della recidiva è affidata alla terapia anticoagulante orale e gestita dai centri di sorveglianza della stessa terapia. Per quel che riguarda invece i controlli clinici e gli accertamenti strumentali spesso il paziente è solo con sé stesso. L’introduzione dei nuovi anticoagulanti orali anche nella embolia polmonare potrebbe accentuare questa solitudine del malato sopravvissuto ad embolia polmonare privandolo anche del contatto con i medici preposti alla sorveglianza della terapia anticoagulante orale.

Appare quindi importante avere dei punti di riferimento culturali che incoraggino la creazione di ambulatori dediti non solo al controllo di terapia anticoagulante orale, ma in grado di sviluppare una strategia clinica che si occupi della ricerca delle co - patologie spesso nascoste (per esempio le neoplasie) e della ricerca e prevenzione delle complicanze tardive (quali l’ipertensione arteriosa polmonare post embolica). Abbiamo concrete speranze che quest’ultimo progetto diventi realtà nell’arco dell’anno corrente. Infine gli impegni di carattere educativo: si è riflettuto sulla possibilità di incontri in forma di seminari/congressi sui temi specifici dell’Area, ma il progetto che sta prendendo corpo è per noi particolarmente ambizioso: una campagna educativa ANMCO sull’embolia polmonare, il cui referente è il sottoscritto, articolata in dieci incontri su tutta la penisola che dovrebbe iniziare nel 2013 e terminare nel 2014. Si tratta di un grosso impegno che sta muovendo i primi passi ma che per la sua realizzazione richiede ormai tempi rapidi ed impegno costante ed intenso. Ovviamente nella prima riunione sono stati abbozzati altri progetti che però sono al momento in uno stadio che definirei larvale è già ottimistico, ma abbiamo appena cominciato a lavorare. Come si vede gli impegni sono tanti ma abbiamo fiducia nella nostra determinazione e passione. ♥





Errori... E non solo

Prima parte

DI QUINTO TOZZI

La prima parte di un viaggio all'interno del complesso e non sempre ovvio mondo degli errori sanitari alla ricerca, tra l'altro, anche dell'etiologia del profondo malessere che colpisce molti operatori sanitari

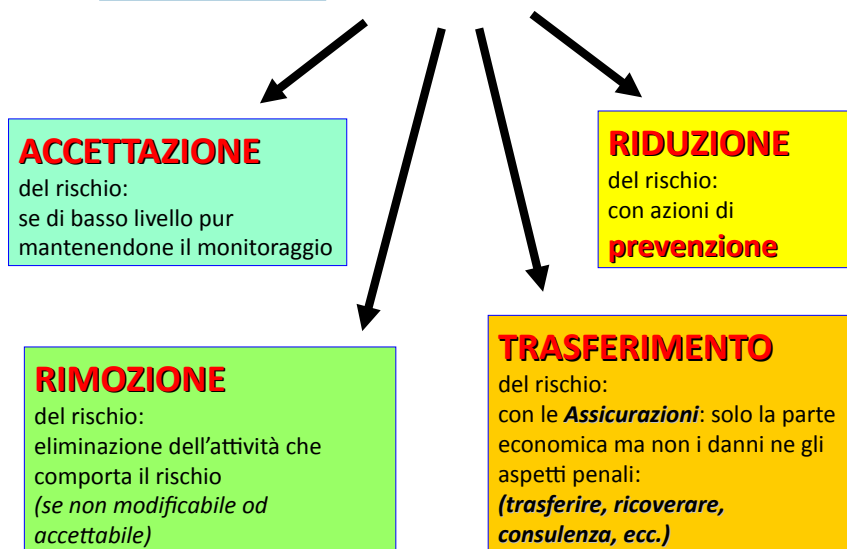
Il deflagrare mediatico di un errore in genere fa porre istintivamente due semplici domande emblematiche di due approcci culturali e pragmatici sostanzialmente diversi al problema degli errori: il primo può essere paragonato ad una strada in discesa larga, breve e comoda che porta facilmente a risultati immediatamente appaganti ma quasi sempre parziali mentre l'altro approccio è un percorso in salita, stretto, tortuoso, irto di difficoltà e che dà in genere risultati realistici ma non raramente scomodi. La differenza sostanziale tra queste due strade non è tanto la loro facilità di percorso ma la profonda difformità in merito alla qualità dei risultati. In Italia è di fatto diffusamente presente nei fatti una interpretazione un po' schizofrenica, furbesca e di comodo di questi due approcci; a parole è ovviamente recepito (viste le incontestabili esperienze internazionali, le evidenze della logica, della letteratura scientifica e della normativa) l'approccio sistemico ma nei fatti troppo spesso ci si limita un po' per

incompetenza, un po' per ignavia ed un po' per tornaconto, alla facile e comoda ricerca del solo esecutore materiale dell'errore. Il perché ciò accade, ha molte e spesso non edificanti spiegazioni ed in particolare:

- la profonda e diffusa carenza di una vera cultura dell'errore in ambito sanitario e quindi anche la correlata mancanza di specifiche competenze tecniche in chi istituzionalmente le dovrebbe possedere e mettere correttamente in atto (leggasi in non pochi casi ed in estesi ambiti geografici i vertici aziendali, a volte addirittura i risk manager ma anche i responsabili di strutture sanitarie);
- la presunzione di conoscere esaustivamente corrette tecniche e metodologia senza considerare che oltre l'intuizione ed il buon senso ci sono cose un po' più complesse che bisogna conoscere e studiare;
- la quasi irresistibile propensione alle scelte facili ed alle comode risposte immediate (anche se forse consapevoli che sono parziali, poco efficaci ed a volte anche ingiuste ma comunque liberatorie ed accattivanti);

- la "difficoltà" non solo tecnica ad evidenziare responsabilità organizzative e gestionali di livello elevato in ambito professionale, amministrativo, gestionale e finanziario istituzionale; stiamo parlando di responsabili di strutture ed organizzazioni sanitarie quali primari e capo sala cui istituzionalmente compete buona parte della gestione locale del rischio clinico ma anche del top management aziendale e regionale per gli aspetti programmatici. Il fatto che questi non conoscano adeguatamente il problema, che non lo ritengano prioritario, che non sappiano correttamente utilizzare gli strumenti metodologici per affrontarlo non è da considerare una giustificazione ma un aggravante in quanto oggi sono competenze attese per il ruolo che ricoprono. La carenza di risorse è invece spesso un comodo ma molto fragile alibi in quanto moltissime iniziative per la sicurezza sono di tipo organizzativo gestionale e possono essere messe in atto isorisorse. La qualità delle prestazioni e la sicurezza dei pazienti e

COSA FARE CON I RISCHI DI ERRORE



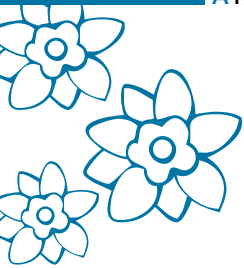
degli operatori sanitari non sono quindi un optional culturale ma un inalienabile dovere professionale oltre che un diritto per gli operatori sanitari lavorare in un ambiente sicuro. In caso di errore l'assenza o l'inconsistenza di iniziative per la sicurezza dei pazienti è di fatto, come già detto, una condizione aggravante. Nei non pochi casi in cui a livello professionale (medici ed infermieri) pur essendoci le competenze è però presente l'incapacità o la scarsa consistenza operativa delle amministrazioni è, per molti ed ovvi motivi, imperativo oggettivare quanto fatto con le sole proprie forze, quanto altro si sarebbe potuto fare e le mancate o insufficienti risposte alle richieste di supporto. In realtà le due domande precedenti sono entrambe pertinenti, parimenti importanti e complementari; prese singolarmente affrontano il problema in modo parziale e non corretto perché mettono in evidenza solo alcuni aspetti della complessa catena di eventi che conducono all'errore. Intervenire solo su chi commette materialmente l'errore è ovviamen-

Riflessioni, a volte forse un po' crude, su un tema che ci riguarda tutti, che conosciamo in genere poco anche se crediamo di sapere quasi tutto, che oggi nessuno può più eludere e che se non correttamente affrontato può rovinare la vita a noi ed ai nostri pazienti

te un approccio errato, ingiusto, parziale ed inefficace come specularmente è un errore altrettanto grave intervenire solo sul sistema e non tener conto adeguatamente anche del comportamento tecnico professionale dell'esecutore materiale dell'errore. C'è però anche una terza e sostanziale ma quasi sempre misconosciuta domanda che tutti (cittadini, pazienti, operatori sanitari amministratori, istituzioni, politici e media) dovrebbero sempre porsi e soprattutto porre: «sono state prese tutte le misure possibili per prevenire quell'errore?». È infatti cosa ben diversa se l'errore accade nonostante siano state messe in atto tutte le possibili iniziative per prevenirlo (ovviamente in relazione al contesto) oppure se non è stato fatto nulla o si sarebbe potuto fare di più e meglio.

La risposta a questa scomoda domanda può avere delle indubbie e non trascurabili valenze etiche e deontologiche, importanti significati professionali e pesanti contenuti medico legali. Viene il sospetto che sia proprio per la possibilità di risposte difficili e imbarazzanti che a volte questo quesito non viene neppure posto. La distribuzione delle responsabilità (e della relativa eventuale colpa) tra esecutore materiale dell'errore ed i gestori della struttura sanitaria in cui si verifica è in teoria estremamente variabile ed oscilla tra la rara esclusiva responsabilità del singolo alla altrettanto rara ed esclusiva responsabilità del sistema (ove per sistema si intende l'organizzazione, chi la gestisce e ne ha la responsabilità ma anche i livelli





La qualità delle prestazioni e la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari non sono optional culturali ma un chiaro dovere istituzionale ed un inalienabile diritto oltre che essere parte integrante ed insostituibile dell'atto sanitario

di responsabilità aziendali, istituzionali e financo politici cui spetta non solo a parole l'indirizzo, la programmazione e la vigilanza sulla sicurezza delle strutture sanitarie). Anche nel mondo reale la distribuzione della responsabilità è quindi molto varia perché fortemente legata alle caratteristiche del contesto ma anche ad altre e diverse dinamiche; per tale motivo deve sempre essere accuratamente e correttamente ricercata e documentata per ogni singolo caso. Contrariamente a quanto si possa superficialmente ritenere la metodologia e gli strumenti per farlo oggi ci sono e se non vengono sempre correttamente utilizzati è necessario chiedersi senza remore tutti i perché. Questa è purtroppo l'esperienza sempre troppo frequente di tutti i giorni, il modo di pensare di molte persone, il comune approccio della maggior parte dei media e, addirittura a volte, di alcune amministrazioni sanitarie e di qualche professionista sanitario. La nettissima propensione a seguire la strada più semplice è per i media una chiara evidenza di incompetenza professionale (la ricerca delle a volte scomode e non palesi cause è infatti la linfa vitale di un giornalismo degno di questo nome). Ciò vale purtroppo a volte anche per le

istituzioni e le amministrazioni pubbliche con l'aggravante quanto meno etica che le omesse o le errate decisioni impattano indirettamente sugli esiti delle cure (le conseguenze cliniche dell'errore sono tecnicamente un esito clinico negativo) e sul dispendio di risorse sempre ed inevitabilmente associato e che altrettanto inevitabilmente destabilizza ulteriormente il sistema con molto probabili indirette ripercussioni anche in questo caso sugli esiti. Per la giustizia non seguire sino in fondo la strada più difficoltosa sarebbe come minimo un'amara sconfitta e quindi un evidente errore la cui diretta conseguenza è la automatica e paradossale somministrazione di un'ingiustizia. Se tutto ciò accade episodicamente rientra tutto sommato in uno sgradevole ambito fisiologico ma se, per qualsiasi e mai giustificato motivo, è nei fatti il modus operandi del sistema vuol dire esso non è più allineato con il mondo reale e, soprattutto, con i suoi principi metodologici, etici e deontologici che ne dovrebbero essere il primo riferimento. La qualità e la sicurezza sono oggi, come detto, un diritto inalienabile dei pazienti ma anche, è bene tenerlo sempre presente, degli operatori sanitari ed è altrettanto

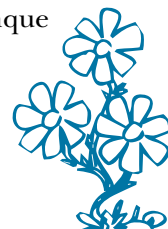
imprescindibile dovere delle amministrazioni e degli operatori sanitari fare tutto il possibile per renderle più elevate possibili; se non lo si può fare debbono essere pubblicamente ed oggettivamente esplicitate le motivazioni, se per qualche causa non lo si vuole fare si debbono trarre ben altre e coerenti conclusioni. Sempre più spesso chi vive all'interno dell'organizzazione sanitaria ed è parte in causa dei processi clinico assistenziali avverte la sensazione (a volte fortissima) che la reazione all'errore di alcune amministrazioni sia, più o meno consapevolmente, finalizzata prima di tutto a scaricare le proprie responsabilità organizzative e gestionali (cioè al non aver programmato, messo in atto e verificato idonee iniziative di prevenzione dell'errore di propria ed esclusiva competenza) e distogliere l'attenzione dei media e della giustizia focalizzandola, forse non proprio a caso, solo sul settore tecnico professionale cioè sull'esecutore materiale dell'errore. Viene cioè "dimenticato" che la politica, la strategia, la gestione e la valutazione della sicurezza di una struttura sanitaria sono di esclusiva pertinenza manageriale e che alle UO ed agli operatori sanitari compete la messa in pratica. Può così accadere che la realtà parziale viene presa (inconsapevolmente?) per verità completa, l'apparenza (qualche corso di formazione sul rischio clinico e qualche progettino sulla sicurezza di cui forse neppure si sono valutati correttamente i risultati) per sostanza con il rischio che la

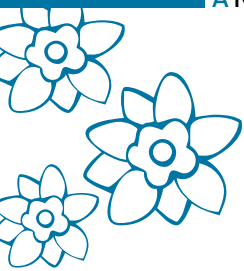
La sicurezza è oggi un diritto inalienabile dei pazienti ma anche, è bene tenerlo sempre presente, degli operatori sanitari ed è altrettanto invalicabile dovere delle amministrazioni, dei medici e degli infermieri fare tutto il possibile per renderla più elevata possibile

giustizia conseguentemente diventa qualche cosa che di giusto a volte ha poco più del nome ma che genera altre ingiustizie, altri comportamenti rischiosi e difensivi e non risolve realmente il problema. L'attenzione sempre più pervasiva e sottovalutata all'apparenza che caratterizza la società odierna, la sua distorta, diffusa, comoda ed a volte deliberata e fraudolenta interpretazione come sostanza (di cui la televisione è spesso lo stereotipo) con l'apparenza che pian piano ed inconsapevolmente viene interpretata essenza stessa delle cose, assurgendo impropriamente quindi a sostanza, è giunta ormai insidiosamente sino alla sanità. Accade così che a volte gli stessi concetti di qualità e sicurezza (di per sé assolutamente inscindibili) in alcuni casi siano solo "apparenti", autoreferenziali e difficilmente distinguibili dai più dalla qualità e dalla sicurezza reali e veri cioè oggettivamente misurabili e misurati e come tali oggettivamente valutati. I media hanno la grande responsabilità, ed a volte la colpa evidente, di non far molto per distinguere e far distinguere alla gente la sostanziale differenza tra sostanza ed apparenza; una differenza che purtroppo non è semantica ma molto reale perché incide sulle opinioni e queste sui comportamenti di quella moltitudine di persone che hanno i media, cioè di

fatto la tv, come unica o principale fonte di informazione (purtroppo anche sanitaria). E la qualità dell'informazione, sappiamo tutti, è uno dei determinanti principali dei comportamenti corretti o errati della popolazione e dei pazienti anche in ambito sanitario. Altrettanto concrete, anche se non immediatamente evidenti, saranno quindi anche le conseguenze delle apparenze sull'intero sistema in termini di nuovi errori, di giustizia più o meno oggettiva, di sicurezza, di efficacia delle cure e di corretta interpretazione degli accadimenti da parte della gente (cioè tutti noi) e forse addirittura della magistratura. Il discorso potrebbe sembrare tipicamente accademico cioè essenzialmente astratto, speculativo e svincolato dal mondo reale; in realtà in parte forse lo è ma le ripercussioni sulle azioni, sui fatti, sui sentimenti e sul vissuto delle persone direttamente coinvolte (pazienti, medici e infermieri) sono purtroppo drammaticamente concrete così come inequivocabilmente reali sono le opinioni ed i comportamenti della popolazione a seguito di un'informazione non completa e non corretta; è questa una delle radici etiologiche dell'attuale e crescente contenzioso sanitario, della medicina difensiva e del malessere sempre più diffuso che attanaglia non pochi professio-

nisti sanitari. È intuitivo che per eliminare sul serio le erbacce oltre che togliere le antiestetiche foglie è indispensabile rimuovere veramente e bene anche le invisibili ma sempre presenti radici; non basta dire di averlo fatto ma oggi, viste anche le conseguenze drammaticamente concrete su tutti, è necessario poter dimostrare oggettivamente di averlo fatto ed anche bene. Un nefasto difetto culturale purtroppo largamente diffuso nel nostro paese è che spesso si aspetta che siano gli altri a togliere le erbacce dal nostro campo arrogandoci anche il diritto di criticare come vengono tolte; se le radici poi non vengono tutte strappate non è poi così importante purché non si vedano. Togliere le erbacce è faticoso ma per la maggior parte del campo non costa nulla ma serve solo un po' di fatica e, soprattutto, basta solo volerlo fare veramente; se si sceglie diversamente la colpa dello scarso raccolto non sarà degli altri che non ci hanno aiutato ma solo nostra che non lo abbiamo fatto; se inoltre dovessimo essere anche convinti di aver ragione allora la malattia sarebbe potenzialmente letale, la prognosi riservata e le terapie di dubbia efficacia e non prive comunque di incresciosi effetti collaterali. La ricerca delle cause profonde (e quindi delle relative responsabilità di

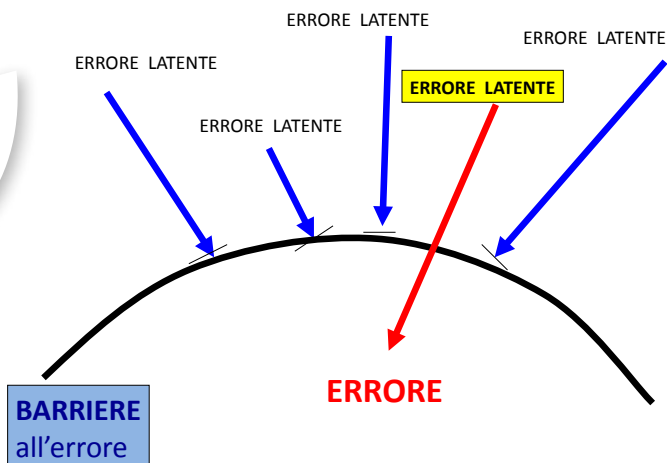




varia entità e natura) a livello organizzativo, gestionale, strategico e di supervisione è a volte particolarmente difficile sia per motivi oggettivi legati alla complessità dell'organizzazione sia per le ovvie e sino ad un certo punto comprensibili resistenze che nel suo interno si possono creare. Per superare questi problemi è necessario che le attività di analisi siano svolte con assoluta imparzialità e trasparenza, con una metodologia rigorosa ed al di fuori da condizionamenti anche indiretti dei soggetti coinvolti. Per questo motivo nelle commissioni di inchiesta a seguito di un errore non dovrebbero far parte i primari, i caposala, il direttore sanitario ed il risk manager perché sono parti in causa in quanto il loro ruolo e funzione prevede anche la programmazione, la messa in atto e la verifica delle attività inerenti la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure e dell'organizzazione in cui si è verificato l'errore. Un evento avverso nelle loro strutture li vede quindi quantomeno teoricamente e indirettamente interessati; stiamo parlando di conflitto di interessi e di competenza. Sarebbe opportuno in questi casi utilizzare dei valutatori esterni istituzionali di oggettiva e dimostrabile esperienza e adeguata preparazione metodologica possibilmente nei casi più delicati provenienti da altre aziende

o regioni. Tutti ovviamente auspicano, per motivi anche diversi, che gli errori siano eliminati; i pazienti vorrebbero giustamente ospedali sicuri e medici ed infermieri sarebbero ben felici di lavorarci. La realtà è però ben diversa ed ha la peculiare caratteristica di scontentare tutti. La storia però fortunatamente ci insegna che, nonostante le apparenze ed i desideri di molti, nessuna realtà è immutabile anche se in alcune fasi servono degli eventi e/o delle condizioni esterne o del contesto che fungano da (quasi mai indolore) catalizzatore e determinino il cambiamento; purtroppo ciò spesso avviene quasi sempre in ritardo quando molti danni evitabili sono stati già fatti nell'inutile e pericolosa attesa. La prevenzione dell'errore impone infatti imprescindibilmente che vengano eliminati alcuni comportamenti rischiosi e sostituiti da altri più sicuri, cioè che vengano posti in essere dei cambiamenti. In assenza di cambiamenti non esiste quindi prevenzione efficace dell'errore; pensare, come spesso tipicamente accade nel nostro singolare paese, che a cambiare debbano essere prima e soprattutto gli altri continuando noi a fare, per qualche fantasiosa ed opportunistica giustificazione, come sempre è stato fatto è terribilmente stupido, non funziona ed è pericoloso per tutti. Un errore comune-

mente commesso da molti e solo entro certi limiti comprensibile è che non basta auspicare o chiedere a gran voce i cambiamenti che migliorino la nostra sicurezza. Se questi non arrivano da chi ha il dovere di metterli in atto è bene sapere che moltissime iniziative per la sicurezza possono essere attuate anche dalla base (basti pensare alla documentazione sanitaria o alla messa in atto di protocolli e procedure); le uniche risorse che servono sono volerlo veramente ed essere realmente disponibili a cambiare. La mancanza di tempo e di risorse frequentemente addotti sono quasi sempre fatue e labili scusanti per l'assenza di iniziative di prevenzione e reggono ben poco di fronte alla valenza etica ed alle devastanti conseguenze medico legali di un errore che non si è cercato neppure di prevenire. Aggredire l'errore solo dal basso anche se utile e fattibile è ovviamente un approccio limitato e parziale ma comunque a volte necessario a poter dimostrare alla nostra coscienza ed ai giudici che anche in assenza di un governo del rischio clinico di livello sistemico aziendale o di reparto qualche cosa nel nostro piccolo si è cercato di fare. La condivisione ed il coinvolgimento degli operatori sanitari è inoltre un passaggio assolutamente necessario per qualsiasi approccio razionale alla gestione del rischio

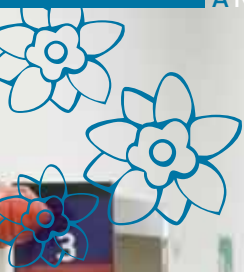


clinico; sono infatti gli operatori sanitari che in genere commettono materialmente gli errori e che debbono quindi per prevenirli cambiare alcuni comportamenti ed è impensabile non coinvolgerli più che adeguatamente. Come più volte detto l'approccio efficace al problema degli errori non può che essere sistemico come strategia, modello, progettualità, attuazione e monitoraggio della sua efficacia. Qualora ciò non fosse realmente possibile è necessario che gli operatori sanitari documentino oggettivamente l'assenza, la debolezza o l'incoerenza di azioni adeguate di pertinenza del management aziendale cioè, in termini crudi ma oggettivamente reali, che chi ha la responsabilità della struttura sanitaria e quindi anche della sicurezza non ha messo in atto le attività di sua specifica competenza. In caso di contenzioso e di accuse di qualsiasi genere al fine di ridurre la probabilità di fungere da solo capro espiatorio è infatti fondamentale dimostrare che l'errore è avvenuto nonostante si sia cercato di fare, da soli o sistematicamente, qualche cosa per prevenirlo e che altri non hanno realizzato le attività insite nella loro funzione dirigenziale. Specularmente il non fare nulla, alla luce delle evidenze

oggi disponibili sulla possibilità di prevenire gli errori, potrebbe essere facilmente considerata una condizione aggravante. Da tener presente che un approccio di questo genere non è da considerare né punitivo né vessatorio ma oggi oggettivamente realistico in termini di assunzione delle normali responsabilità legate al ruolo ed alla posizione ricoperta da tutti gli attori della situazione. Un altro importante concetto è opportuno che tutti gli operatori sanitari conoscano per trasmetterlo, nel proprio e loro interesse, anche ai propri pazienti: il rischio che accada un errore non può mai essere zero; ciò significa che anche con tutte le accortezze, la buona volontà e nelle migliori strutture sanitarie un errore può sempre accadere. È solo una questione di probabilità che può oscillare, in base al tipo di errore, al contesto, alle misure di prevenzione e ad altri fattori da bassissima a molto alta; quel che potrebbe fare la differenza è poter dimostrare di aver fatto almeno qualche cosa per ridurre questa probabilità. L'errore è cioè sempre un evento atteso che prima o poi accadrà (è solo una questione di tempo che solo in parte si può prevedere); tutti i nostri interventi servono essenzialmente a ridurre

questa probabilità ed a dilazionarne il tempo. Elementare l'analogia con patologie che tutti conosciamo più che bene e che ci sforziamo in ogni modo di prevenire. A fronte del concetto a tutti poco gradito dell'inevitabilità dell'errore vi dovrebbe razionalmente essere da parte di tutti i diretti interessati (cittadini, pazienti, amministrazioni ed operatori sanitari) la imprescindibile e fortissima pretesa che a tutti i livelli di responsabilità (politica, istituzionale, amministrativa, professionale) vengano messe in atto tutte le iniziative realisticamente possibili in quel dato contesto per la riduzione del rischio. Questo purtroppo per molte e quasi mai giustificate motivazioni non sempre accade. Il concetto di accountability (rendere conto delle proprie azioni professionali agli stakeholder) in Italia è ancora lungi dall'essere introdotto. Oggi le competenze professionali di un sanitario non sono più limitate alla sfera clinico assistenziale ma comprendono ineludibilmente anche alcuni aspetti erroneamente considerati accessori e "manageriali": la qualità e la sicurezza delle proprie attività e la loro corretta valutazione. ♥





Perché un Ambulatorio Infermieristico cardiologico territoriale

DI DONATELLA RADINI E KIRA STELLATO

L'Ambulatorio Infermieristico di Continuità Assistenziale del Centro Cardiovascolare nasce nel giugno del 2008 perché Gruppo Infermieristico e Direttore di Struttura desiderano accogliere e rispondere adeguata-

mente alle necessità espresse dai pazienti che afferiscono ai nostri ambulatori. La maggior parte dei pazienti dimessi dall'Ospedale sono anziani fragili, con multiple comorbidità, limitazioni funzionali e disabilità. Vi è una maggiore esi-

genza di un approccio globale che integri tra loro i molteplici PDTA impostati. Il nostro ambulatorio si ispira al modello organizzativo di cura basato sulla rete integrata multidisciplinare e multiprofessionale Ospedale - Territorio per il cardio-



patico cronico e si occupa della presa in carico territoriale dei pazienti che alla dimissione e/o nel corso del follow - up della loro patologia cardiovascolare cronica necessitano di monitoraggio clinico - strumentale o di intervento educativo, da parte di personale Infermieristico adeguatamente formato, che esercita la sua attività in accordo con algoritmi concordati e con vario grado di autonomia. Il team dell'Ambulatorio Infermieristico è in grado di valutare il grado di autonomia gestionale dei pazienti, la loro aderenza ai programmi terapeutici, il supporto della famiglia e della rete socio - sanitaria, proponendo e coordinando un piano di intervento assistenziale. Gli Infermieri assicurano continuità assistenziale, coordinamento fra le diverse strutture e figure professionali evitando ridondanze e frammentazione dell'assistenza, favorendo in tal modo la maggiore efficacia, appropriatezza ed efficienza dell'intervento assistenziale. L'intervento assistenziale viene così organizzato:

- 1) Analisi dei problemi reali e/o potenziali dei pazienti e delle loro famiglie, valutando condizioni fisiche, psicosociali ed emotive del paziente.
- 2) Sviluppo di un piano assistenziale individuale, in collaborazione con gli altri membri del team Medico - Infermieristico definendo le necessità dei pazienti e delle loro famiglie, gli obiettivi del programma e gli interventi necessari per soddisfarli.
- 3) Monitoraggio clinico dei pazienti: anamnesi e valutazione Infer-

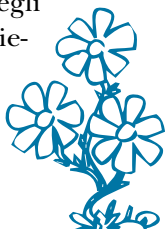
mieristica, esame obiettivo, verifica dei parametri vitali, medicazioni, monitoraggio telemetrico, esecuzione esami strumentali e bioumorali.

- 4) Educazione sanitaria singola o di gruppo (pazienti e familiari).
- 5) Monitoraggio telefonico domiciliare del paziente critico e/o fragile.
- 6) Monitoraggio dei pazienti in telemedicina.
- 7) Collaborazione con la counselor per migliorare l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessione, rappresentazione e affiliazione con i pazienti e i colleghi.

Nel 2012 l'ambulatorio Infermieristico ha ampliato le sue attività attivando il Triage Infermieristico. L'obiettivo dell'attivazione di un triage Infermieristico in una struttura cardiologica territoriale è stato quello di supportare la reperibilità cardiologica nella gestione dell'urgenza cardiologica territoriale (accesso diretto - urgente), segnalazione dal Medico di Medicina Generale, 118. Sono state realizzate flow - chart con algoritmi comportamentali condivisi tra team Medico ed Infermieristico, è stato avviato il triage Infermieristico territoriale con monitoraggio dei parametri vitali del paziente, esecuzione esami strumentali (ECG, bioimpedenziometria, test dei 6 minuti, ecc) ed ematochimici (POC BNP/CK, Troponina, Mioglobina) ove appropriato. Tutto ciò ha permesso di identificare le priorità cliniche ed attuare una pronta anamnesi e valutazione Infermieristica; impostare il PDTA secondo un codice di priorità razionalizzando i tempi di attesa;

ridurre lo stato d'ansia; informare i pazienti ed i loro familiari. Per definire il piano di cura, documentare le nostre attività ed analizzare i risultati dell'intervento assistenziale abbiamo adottato un cartella Infermieristica informatizzata, finalizzata a supportare il management e l'esercizio dell'assistenza Infermieristica attraverso il "problem solving method" e la formulazione di una diagnosi Infermieristica. La Cartella Infermieristica integrata, che consente la realizzazione del progetto assistenziale individuale, è articolata secondo le fasi del processo assistenziale con apposite sezioni dedicate all'identificazione dei bisogni complessivi, agli obiettivi assistenziali, alle azioni Infermieristiche e agli indicatori di risultato che permettono di valutare l'efficacia dell'assistenza erogata. L'informatizzazione della cartella clinica ci ha permesso di beneficiare dei vantaggi tipici della gestione informatica e del controllo automatizzato dei dati, e quindi la possibilità di:

- conservare con sicurezza una notevole mole di dati;
- elaborare tali dati, in modo rapido senza ricorrere ad operazioni manuali ripetitive, in modo da ottenere gli indicatori di processo e risultato necessari per la pianificazione dell'attività e degli interventi assistenziali;
- visualizzare e stampare le informazioni che ogni giorno sono utilizzate nei processi decisionali degli Infermieri e i referti Infermieristici per i pazienti ed i medici curanti;
- comunicare e far circo-



Un “Minimal Data Set” di informazioni da fornire alle dimissioni dopo un ricovero per Scompenso Cardiaco

Un aiuto per il Medico di Medicina Generale

DI MASSIMO MILLI, GIUSEPPE DI TANO, NADIA ASPROMONTE A NOME DELL'AREA SCOMPENSO CARDIACO

Uno strumento semplice e pratico per definire il livello di rischio
del paziente dimesso dopo un episodio di Scompenso Cardiaco

Una delle criticità più pressanti nella gestione del paziente con Scompenso Cardiaco è rappresentata dall'elevata percentuale di pazienti che tendono ad instabilizzarsi e a subire un nuovo ricovero dopo la dimissione ospedaliera. Nel nostro Registro nazionale IN-HF online le riospedalizzazioni erano circa il 30% a 12 mesi, mentre nel Registro Europeo EuroHeart Survey II arrivavano fino al 50%. Le motivazioni di questo fenomeno sono varie: l'età media elevata dei pazienti con presenza di numerose comorbidità, problematiche sociali e cognitive con scarsa compliance terapeutica, la contrazione eccessiva dei tempi di degenza con stabilizzazione clinica a volte non ottimale. Due altri aspetti importanti sono rappresentati dalla mancanza di una pianificazione del follow-up alla dimissione in un numero ancora rilevante di pazienti (soprattutto in quelli dimessi dalle Medicine) e dalla difficoltà di interazione e scambio di informazioni con il Medico di Medicina Generale (MMG). Nonostante una non im-

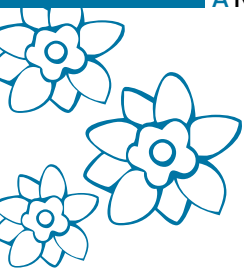
mediata diffusione delle indicazioni gestionali contenute nella Consensus ANMCO sul “Percorso assistenziale del Paziente scompensato”, alcuni aspetti sono senza dubbio migliorati ed attualmente ben più del 55% dei pazienti dimessi sono in media seguiti nei nostri Ambulatori Scompenso.

La necessità di fornire una documentazione adeguata al Medico di Medicina Generale

Comunque, al di là delle difficoltà di categorizzare le cause di riospedalizzazione, uno degli strumenti inseriti in tutti i Programmi sanitari internazionali istituiti con l'intento di contenere il numero di riospedalizzazioni, è quello di fornire una adeguata documentazione clinica informativa a supporto del Medico del territorio che prenderà poi in cura il paziente alla dimissione. In realtà è notorio come spesso sia piuttosto carente la modalità di trasmissione di alcune informazioni basilari da parte del reparto di dimissione, necessarie al MMG per comprendere il profilo di rischio

del paziente, in modo che quest'ultimo possa concentrare una specifica attenzione al paziente ritenuto più a rischio. Capita infatti, e non infrequentemente, che nei primi 10 - 15 gg, il paziente vada incontro ad una nuova instabilizzazione prima ancora che il MMG ne sia informato o l'abbia visitato dopo le dimissioni. Per quanto riguarda la tipologia delle Lettere/Relazioni di dimissione, la realtà nazionale non è uniforme: ci sono infatti Centri in cui il Cardiologo ha a disposizione una cartella clinica informatica che permette la composizione semiautomatica della relazione di dimissione e Centri in cui questa facility non è disponibile. In ogni caso, anche in presenza di una relazione accurata, non esiste una standardizzazione dei parametri ritenuti indispensabili per la stratificazione prognostica alla dimissione e comunque il MMG deve di solito estrapolare autonomamente, tra la messe di dati riportati, quelli utili per seguire nel tempo l'evoluzione della malattia nel proprio





paziente. Un'altra criticità è rappresentata dal fatto che, pur in presenza di una completezza ottimale delle informazioni fornite nella Lettera di Dimissione, non è detto che il MMG sia in grado di interpretare il profilo di rischio che il parametro strumentale o biumorale indica.

Un Minimal Data Set per il Medico di Medicina Generale

Per questo motivo, al fine di sensibilizzare i Cardiologi riguardo a tale problematica, proponiamo l'adozione di una apposita scheda dedicata per la dimissione del paziente con scompenso cardiaco, contenente un "Minimal Data Set" di informazioni cliniche, bioumorali e strumentali rivolta al MMG fornita al momento della dimissione, contenente anche alcuni criteri interpretativi dei parametri segnalati (Figura 1). Nel pianificare la scheda abbiamo ricercato un inevitabile compromesso tra la completezza dei dati da fornire e la necessità di semplificare da un lato la fase di compilazione per il Cardiologo e la sua fruibilità per il MMG dall'altro. La scheda riporta alcuni dati di carattere strettamente clinico (Classe NYHA, peso corporeo all'ingresso e peso secco alla dimissione, caratterizzazione del tipo di scompenso primo episodio, de novo o cronico - riacutizzato), dati di tipo emodinamico (Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca), dati di tipo biumorale (valore del Filtrato Glomerulare, Natriemia, BNP/NT-proBNP) e dati di tipo strumentale (Frazione di Eiezione, parametri ecocardiografici di funzione diastolica, parametri ECGrafici). Un esempio per tutti

della filosofia di utilizzo di questo semplice strumento è rappresentato dall'interpretazione del dato del BNP. Se infatti il suo significato clinico è ormai abbastanza conosciuto anche dal MMG, spesso quest'ultimo non è però in grado di attribuire al singolo valore uno specifico profilo di rischio. A complicare il tutto anche il fatto che a volte viene dosato il BNP ed altre volte l'NT-proBNP che ha un range di dosaggio estremamente più ampio, generando spesso ingiustificati allarmi, perché lo stesso valore delle diverse molecole esprime situazioni cliniche molto diverse. Avere a disposizione il valore del BNP al momento del ricovero ospedaliero e quello alla dimissione e un relativo schema interpretativo di massima del profilo di rischio espresso da entrambi i dati rappresenta una informazione utile per comprendere se il paziente è migliorato durante il ricovero, che livello di stabilità ha raggiunto alla dimissione e quale è il suo rischio di reingresso ospedaliero per scompenso. Anche per quanto riguarda i parametri strumentali, la scelta di segnalare nella scheda la presenza o meno di fibrillazione atriale, di un BBSn sottolinea il peso prognostico che questo tipo di informazione sottintende. Infine, una scheda così configurata, presente nella documentazione clinica del paziente, potrebbe rappresentare una fotografia rapida ed efficace della situazione clinica del paziente in occasione dell'ultima dimissione ospedaliera, utile da consultare anche in occasione del controllo cardiologico ambulatoriale di follow - up o in caso di un nuovo

accesso al DEA per riacutizzazione di malattia. Le potenziali positive ricadute di questo strumento potrebbero essere:

- 1) facilitare l'identificazione da parte del MMG del paziente a cui porre particolare e specifica/maggiore attenzione clinica;
- 2) suggerire al MMG alcuni parametri da monitorare nel follow - up, utili soprattutto in caso di sospetta instabilizzazione;
- 3) fornire al medico ospedaliero, in caso di re - ingresso del paziente per scompenso, un rapido riassunto dei parametri al momento della precedente dimissione.

Siamo consapevoli che la proposta di una scheda cartacea possa avere dei prevedibili limiti intrinseci, ma in questa fase, vista la variegata articolazione della realtà nazionale per quanto concerne l'adozione e la tipologia di cartelle cliniche informatiche o meno, può comunque rappresentare il primo step di un programma gestionale più articolato. In occasione del Congresso ANMCO troverete la scheda all'interno della borsa congressuale. Inoltre sarà possibile scaricare la scheda dal Sito dell'Area Scompenso Cardiaco, personalizzandola con i dati relativi alla tipologia, indirizzo, ecc., relativi alla propria Struttura. In tal caso verrà richiesto di lasciare nell'apposito spazio, commenti e consigli ritenuti utili a migliorarla, oltre ai dati del medico e del Centro utilizzatore della scheda, al fine di poter effettuare alcune considerazioni statistiche, ed implementare lo scambio di informazioni con i Centri Scompenso aderenti all'Area. ♥



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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

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

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

DATI ANAGRAFICI

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

DATI PROFESSIONALI

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

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

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

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

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

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

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

..... Firma



FELLOW ANMCO 2013

| NOME | COGNOME | OSPEDALE | REPARTO | CITTÀ | Prov. |
|------------|-------------|--|---|------------------------|-------|
| Andrea | Ballotta | IRCCS Policlinico San Donato | Terapia Intensiva Post - Operatoria | San Donato Milanese | MI |
| Mohamed | Bamoshmoosh | Casa Di Cura Villanova | Centro Oncologico Fiorentino | Sesto Fiorentino | FI |
| Riccardo | Cappato | IRCCS Policlinico San Donato | Centro Elettrofisiologia Aritmologia | San Donato Milanese | MI |
| Andrea | Ciolfi | Ospedale Sandro Pertini | U.O.C. Cardiologia | Roma | RM |
| Paola | Colombo | Ospedale Niguarda | Cardiologia 1 Emodinamica | Milano | MI |
| Antonio | D'Onofrio | AORN Ospedale Dei Colli - Po Vincenzo Monaldi | U.O.C. Cardiologia | Napoli | NA |
| Maddalena | Lettino | Istituto Clinico Humanitas | U.O. Cardiologia Clinica | Rozzano | MI |
| Gabriello | Marchetti | Ospedale Bellaria | U.O. Cardiologia | Bologna | BO |
| Giuseppe | Musumeci | Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII | U.S.C. Cardiologia | Bergamo | BG |
| Federico | Nardi | Ospedale Castelli | S.O.C. Cardiologia | Verbania | VB |
| Fabrizio | Oliva | Ospedale Niguarda | Cardiologia 2 | Milano | MI |
| Alessandra | Repetto | Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo | Divisione Cardiologia | Pavia | PV |
| Andrea | Rognoni | A.O.U. Maggiore Della Carità | Cardiologia II | Novara | NO |
| Pietro | Rossi | Ospedale Fatebenefratelli | U.O.C. Cardiologia | Roma | RM |
| Roberta | Rossini | Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII | U.S.C. Cardiologia | Bergamo | BG |
| Roberta | Rosso | A.O.U. Maggiore Della Carità | Cardiologia II | Novara | NO |
| Alessandro | Sciahbasi | Ospedale Sandro Pertini | U.O.S.D. Emodinamica Interventistica | Roma | RM |

ABRUZZO



Leonardo Paloscia

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

FRIULI VENEZIA GIULIA



Alessandro Proclemer

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

BASILICATA



Luigi Truncellito

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

LAZIO



Massimo Ugucioni

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

CALABRIA



Mario Chiatto

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

LIGURIA



Gianfranco Mazzotta

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

CAMPANIA



Franco Mascia

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

LOMBARDIA



Luigi Oltrona Visconti

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

EMILIA ROMAGNA



Stefano Urbinati

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

MARCHE



Domenico Gabrielli

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

MOLISE



Gianludovico Magri

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

www.anmco.it/regioni/elenco/molise

SARDEGNA



Rosa Anna Maria Pes

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

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

P.A. BOLZANO



Roberto Cemin

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

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

SICILIA



Ernesto Mossuti

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

www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia

P.A. TRENTO



Domenico Catanzariti

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

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

TOSCANA



Giancarlo Casolo

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

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



Marco Bobbio

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

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte

UMBRIA



Claudio Cavallini

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

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

PUGLIA



Pasquale Caldarola

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

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

VENETO



Loris Roncon

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

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

Congresso di Cardionefrologia a Cosenza

DI TERESA PAPALIA E MARIO CHIATTO

Il 16 marzo si è tenuto a Cosenza il Congresso congiunto di Cardionefrologia promosso dalla Società Calabrese di Nefrologia e dalla Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri. Sebbene le interazioni della funzione cardiaca siano note da tempo, solo negli ultimi anni si è giunti a considerare la reciprocità tra le patologie cardiache e renali come una sorta di circolo vizioso in cui ciascun apparato influenza negativamente l'altro (sindrome cardio - renale). Infatti, i pazienti con malattie renali hanno una più elevata incidenza di malattie cardiovascolari e una compromissione sia della funzione cardiaca che della funzione renale si trova molto frequentemente in pazienti che presentano numerosi fattori di rischio per malattie cardiovascolari quali diabete mellito, dislipidemia, obesità e anemia, che a loro volta amplificano ulteriormente il danno cardiaco. Da qui la necessità di un "dialogo" tra specialisti di entrambi i versanti, cardiologico e nefrologico, per fare il punto sullo stato dell'arte della sindrome cardio - renale in riferimento ai suoi aspetti clinici, alle opportunità diagnostiche di laboratorio e strumentali, alle opzioni terapeutiche farmacologiche e non, e alle possibilità di prevenzione. Per i Presidenti del Congresso, la Dott.ssa Teresa

Papalia (Società di Nefrologia) e il Dott. Mario Chiatto (ANMCO) l'appuntamento scientifico è stato importante per verificare lo stato dell'arte sulla appropriatezza degli interventi e sui possibili correttivi che vengono usati per ridurre il rischio cardiovascolare del paziente nefropatico. Nel corso dell'evento tra Cardiologi e Nefrologi c'è stato un intenso dibattito sulla storia



naturale dello scompenso cardiaco e sull'influenza delle comorbidità, alcune delle quali quasi "inevitabili" a causa degli stretti rapporti fisiopatologici tra apparato cardiovascolare ed altri distretti, fra i quali, in primo luogo, quello renale, al punto da configurarsi una sorta di circolo vizioso in cui ciascun apparato influenza negativamente l'altro (sindrome cardio - renale). Nel fare il punto sullo stato dell'arte i Relatori e Moderatori hanno anche stimolato l'uditorio sulla problematica dello scompenso cardiaco

refrattario alla terapia diuretica e sulle opzioni terapeutiche farmacologiche e non, come l'ultrafiltrazione e la dialisi peritoneale. Dalla discussione congiunta è emersa la necessità di definire un percorso diagnostico e terapeutico il più possibile rispondente alle esigenze del singolo paziente. Infine entrambi gli organizzatori hanno sottolineato

come l'iniziativa è andata oltre il pur importante contributo scientifico emerso dal confronto, rivelandosi un'occasione di incontro interdisciplinare, per superare la "frammentazione del sapere", talora facilitata dalle settorialità create dalle Società Scientifiche, senza però confondere i rispettivi ambiti specialistici.

La partecipazione in qualità di relatori di Cardiologi e Nefrologi di riconosciuta competenza è stata una testimonianza dell'interesse che l'iniziativa ha suscitato. Lo sforzo organizzativo fatto dai Presidenti delle due Società per favorire lo scambio d'idee e la condivisione di programmi finalizzati alla prevenzione delle malattie cardiovascolari è stato molto apprezzato dal numeroso pubblico costituito da diversi Cardiologi e Nefrologi. ♥

Versamento Pericardico nel Paziente Oncologico: proposta di un percorso diagnostico - terapeutico nel Friuli Venezia Giulia

DI MARZIA DE BIASIO IN RAPPRESENTANZA DEL GRUPPO DI LAVORO CARDIOLOGI - ONCOLOGI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA

Il versamento pericardico nel paziente oncologico è un argomento di grande interesse per i Cardiologi e gli Oncologi, la cui collaborazione integrata può migliorare la qualità della vita e la sopravvivenza dei malati

Introduzione

Attualmente il cancro è la causa più frequente (43 - 58%) di versamento pericardico (VP) severo e di tamponamento cardiaco (TC). La definizione eziologica è importante perché il VP neoplastico, trattato con sola pericardiocentesi (PC), ha un alto rischio di recidiva (33 - 65%) e peggior prognosi (poche settimane - pochi mesi), anche se la chemioterapia pericardica (CTP) si è dimostrata efficace nel ridurre le recidive e nel migliorare la sopravvivenza mediante controllo locale della neoplasia. Il VP è neoplastico in presenza di cellule maligne al citologico del liquido pericardico e/o di tessuto neoplastico maligno all'istologico della biopsia pericardica. La sensibilità del citologico è variabile (67 - 92%); tuttavia, la determinazione di marker tumorali (CEA, CYFRA 21-1, Claudina 4) può migliorarne sensibilità e specificità.

Le neoplasie più frequentemente associate a VP neoplastico sono carcinoma (ca.) della mammella, ca. del polmone, mesotelioma maligno, ca. dell'esofago, ca. del colon, melanoma maligno e linfoma. Nel 30 - 50% dei pazienti oncologici con VP, tuttavia, l'eziologia è non neoplastica: idiopatica/virale, post attinica, immunomediata, linfofasi.

Manifestazioni

È dirimente riconoscere il TC, una sindrome da bassa portata caratterizzata dalla compressione del VP sulle camere cardiache e dai seguenti segni clinici: ipotensione (PAS < 100 mmHg), tachicardia (FC > 100 bpm), aumento della pressione venosa centrale (PVC > 10 mmHg) e polso paradossale (diminuzione in inspirazione della PAS di almeno 10 mmHg). L'ecocardiogramma mostra la compressione delle camere cardiache destre, le variazioni respiratorie

dell'onda E del doppler transmitralico pulsato, la dilatazione e l'ipocollapsabilità della vena cava inferiore. L'"incipiente TC" si riferisce ai pazienti con parametri vitali stabili, pur in presenza di VP con caratteristiche ecocardiografiche del TC. Il VP non tamponante è classificato in base all'entità in lieve (< 10 mm), moderato (10 - 20 mm) o severo (> 20 mm).

Gestione diagnostico terapeutica

Al fine di rendere uniforme l'iter del malato oncologico con VP nel Friuli Venezia Giulia, un gruppo di Cardiologi ed Oncologi si è confrontato proponendo un modello comune, suscettibile di successive modifiche migliorative in base all'esperienza maturata nei prossimi anni. Sono stati considerati quattro scenari, distinguendo il TC dal VP non tamponante, nel



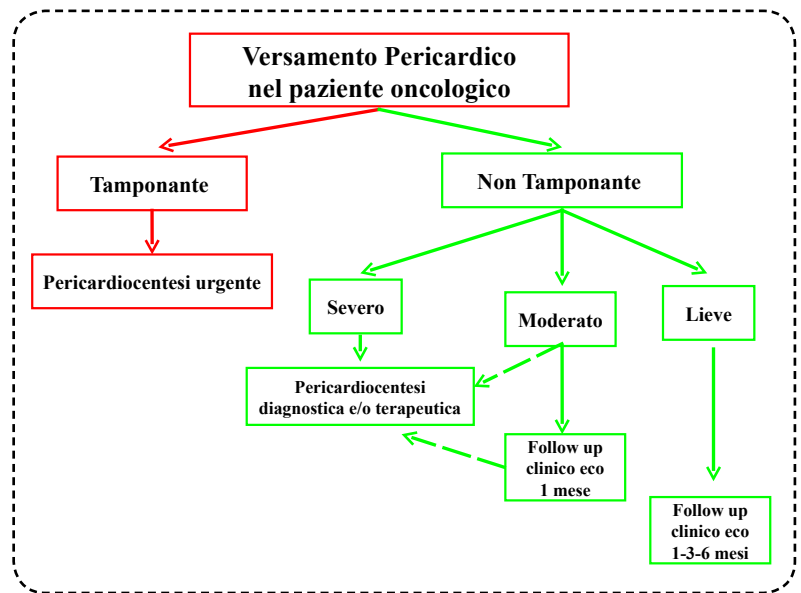
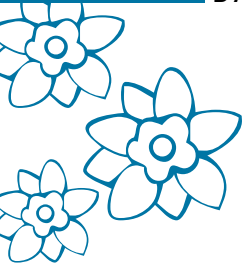


Figura 1

quale la stabilità cardiocircolatoria consente la programmazione condivisa tra Cardiologo ed Oncologo di esami diagnostici ed eventuale pericardiocentesi (PC) in base a sintomi, entità e progressione del VP, sospetta eziologia, disponibilità di terapie anticancro in grado di modificare la prognosi (ex chemioterapia pericardica).

Tamponamento Cardiaco

Si tratta di una condizione minacciosa per la vita, che richiede il drenaggio urgente, chirurgico o tramite la PC ecoguidata, efficace e sicura (rischio di complicanze < 1%). Il sistema di drenaggio può essere lasciato in sede per 24 - 48 ore per l'evacuazione completa del liquido. È importante inviare i campioni per l'esame chimico - fisico, citologico, colturale e micobatterologico. Se il VP è neoplastico e recidiva al controllo ad un mese, si può ripetere la PC, purché lo spessore del VP sia ≥ 15 mm e la sede sia anteriore e/o inferiore; al termine della procedura, si può somministrare la CTP, che consiste in un bolo di Cisplastino 30 mg/mq in 50 ml di soluzione fisiologica in 30 minuti; a 24 - 48 ore dalla somministrazione della CTP, si esegue un eco di controllo e si procede alla rimozione del drenaggio.

Versamento Pericardico Lieve

Se è cronico, asintomatico e il sospetto d'infiltrazione neoplastica è poco probabile (sede primitiva della neoplasia, assenza di linfadenomegalie mediastiniche e/o ispessimento pericardico alla TAC torace), si può programmare un follow - up clinico ecocardiografico ad un mese, trattando eventualmente cause non neoplastiche (ex ipotiroidismo, ipoalbuminemia, pericardite acuta post virale o post attinica). Se l'eziologia sospetta è neoplastica e sussiste la possibilità di modificare la chemioterapia con un significativo impatto prognostico, si può eseguire una PET TAC torace e/o l'ecocontrasto con sonovue per chiarire la natura di eventuali masse pericardiche; il successivo controllo è programmato ad un mese per verificare la progressione e la risposta ad eventuali modifiche della terapia anticancro. In caso di VP lieve, stabile, non neoplastico, è possibile dilazionare i successivi controlli a 3 - 6 - 12 mesi.

Versamento Pericardico Moderato

Se è stabile da almeno un mese, il paziente è asintomatico, il sospetto d'infiltrazione neoplastica è poco

probabile (sede primitiva della neoplasia, assenza di linfadenomegalie mediastiniche e/o ispessimento pericardico alla TAC torace), il paziente può essere seguito con follow - up clinico ecocardiografico ad un mese, trattando eventualmente cause non neoplastiche. Se il sospetto neoplastico è importante e c'è la possibilità di modificare la chemioterapia con un significativo impatto prognostico, si può considerare la PET TAC torace e l'ecocontrasto con sonovue; la PC può essere considerata a scopo diagnostico nei VP con spessore ≥ 15 mm, sede anteriore e/o inferiore. Se il VP è neoplastico e recidiva al controllo ad un mese, si può ripetere la PC ecoguidata, purché lo spessore del VP sia ≥ 15 mm e il VP sia anteriore e/o inferiore; al termine della procedura, si può somministrare la CTP, che consiste in un bolo di Cisplastino 30 mg/mq in 50 ml di soluzione fisiologica in 30 minuti; a 24 - 48 ore dalla somministrazione della CTP si esegue un eco di controllo e si procede alla rimozione del drenaggio.

Versamento Pericardico Severo

Se il VP è stabile da almeno un mese, il paziente è asintomatico, il

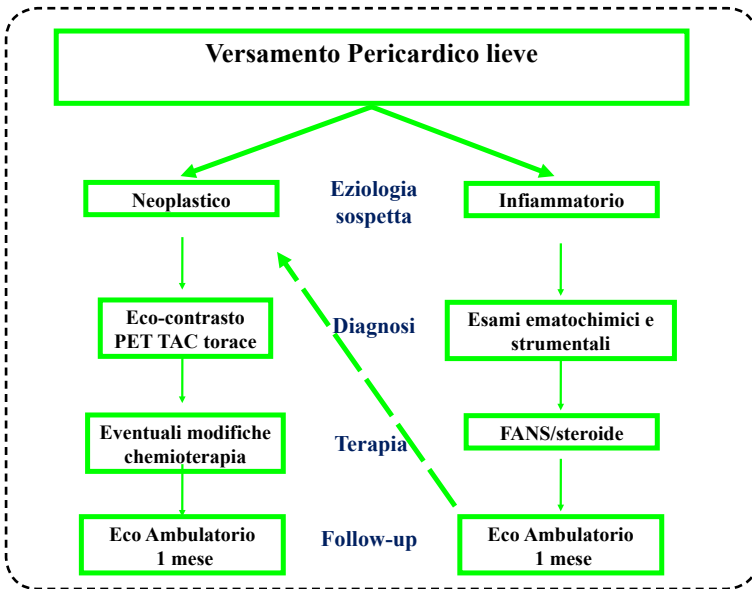


Figura 2

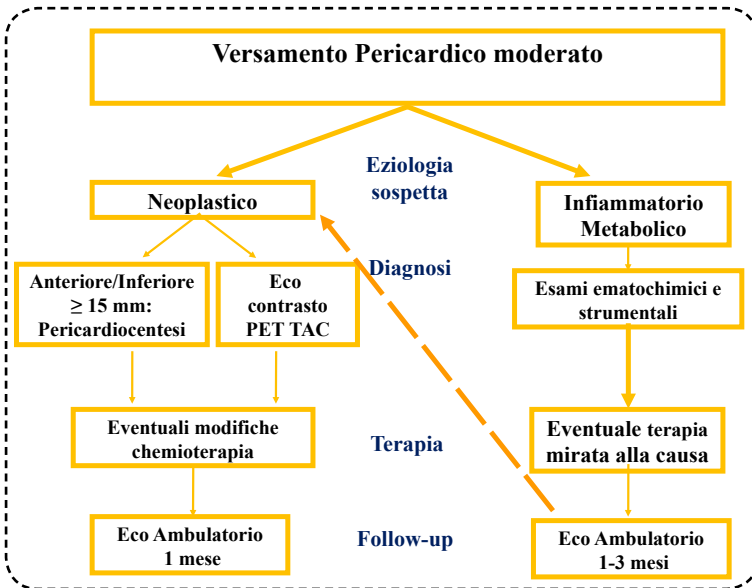


Figura 3

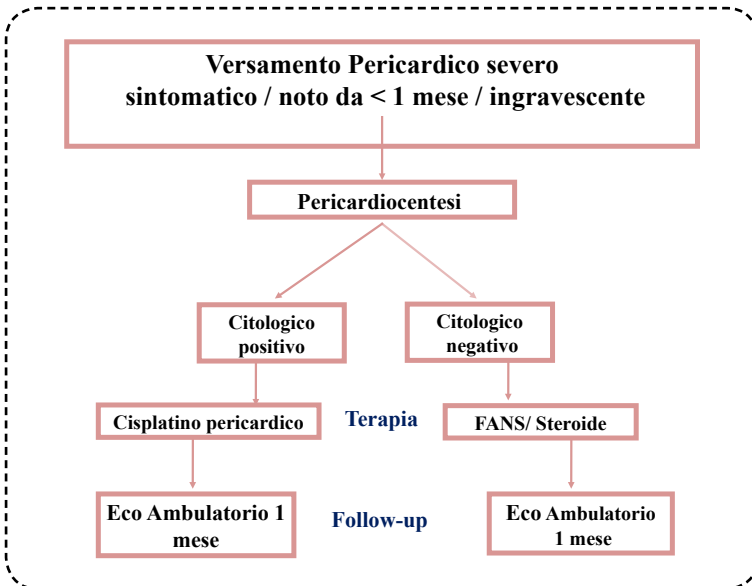


Figura 4

sospetto d'infiltrazione neoplastica è poco probabile (sede primitiva della neoplasia, assenza di linfadenomegalie mediastiniche e/o ispessimento pericardico alla TAC torace), il paziente può essere seguito con follow-up clinico ecocardiografico ad un mese, trattando eventualmente cause non neoplastiche. In caso di VP di recente insorgenza e/o ingravescente e/o sintomatico (es. astenia, tosse, discomfort toracico), la PC programmata ecoguidata è indicata a scopo diagnostico e/o terapeutico; il sistema di drenaggio può essere tenuto in sede per 24 - 48 ore per l'evacuazione completa del liquido. Se il VP è neoplastico e recidiva al controllo ad un mese, si può ripetere la PC ecoguidata, purché lo spessore del VP sia ≥ 15 mm, la sede sia anteriore e/o inferiore; al termine della procedura, si può somministrare la CTP, che consiste in un bolo di Cisplatino 30 mg/mq in 50 ml di soluzione fisiologica in 30 minuti; a 24 - 48 ore dalla somministrazione della CTP si esegue un eco di controllo e si procede alla rimozione del drenaggio.

Conclusioni

La PC diagnostico-terapeutica è indicata nel TC, nel VP moderato (spessore ≥ 15 mm, sede anteriore e/o inferiore) e nel VP severo; nel VP neoplastico, il suo valore terapeutico è potenziato dalla somministrazione di un chemioterapico come il cisplatino, per il controllo delle recidive e, auspicabilmente, il controllo locale della neoplasia. ♥



ANMCO e SIC per i Giovani Cardiologi della Regione Ospedale di Cisanello, Pisa 22 febbraio 2013



DI PAOLO FONTANIVE E GIANCARLO CASOLO

La Cardiologia Toscana che guarda al futuro

4^ Edizione del Workshop Regionale delle Cardiologie Toscane ANMCO - SIC 2013

I nostri Giovani medici: una garanzia per il futuro della Cardiologia italiana

Il 22 febbraio 2013 si è svolto, presso l'Ospedale di Cisanello in Pisa, il IV Workshop regionale delle Cardiologie toscane: "La Cardiologia che guarda al futuro 2013". L'incontro, che era stato promosso nel 2010 nella sua prima

edizione dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana e dal Presidente di allora, Dott. Francesco Maria Bovenzi, è ormai divenuto un appuntamento annuale di confronto culturale per i Cardiologi della Regione. Lo scopo del con-

vegno è quello di evidenziare la vivacità della ricerca scientifica e dell'aggiornamento professionale dei Giovani Cardiologi della Toscana che lavorano nei reparti ospedalieri ed universitari e di consolidare i rapporti di collaborazione ed ami-



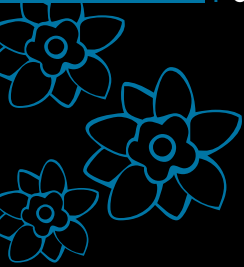
Lo scopo del convegno è quello di evidenziare la vivacità della ricerca scientifica e dell'aggiornamento professionale dei Giovani Cardiologi della Toscana

anzia fra colleghi. L'attuale evento è proseguito nel solco delle precedenti esperienze ed è stato organizzato congiuntamente dall'ANMCO Regionale Toscano, presieduto dal Dott. Giancarlo Casolo e dalla SIC toscano - umbra, presieduta dal Prof. Alberto Balbarini recentemente subentrato al Prof. Sergio Mondillo. Coordinatore locale del Workshop è stato il Dott. Paolo Fontanive, del Dipartimento Cardio - Toraco - Vascolare dell'Ospedale di Cisanello di Pisa, e membro del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana. È stato chiesto ai Centri Cardiologici della Regione di indicare un giovane specialista che potesse presentare una relazione inerente o ad aspetti innovativi del proprio lavoro, o a risultati di ricerca. Sono così state organizzate diverse sessioni: interventistica cardiovascolare, ecocardiografia ed imaging, cardiomiopatie e scompenso, sindromi coronariche acute, per un totale di ben 37 relazioni moderate da 10 Cardiologi esperti. Di fronte ad una platea di oltre 100 presenti si sono succedute dal primo mattino al tardo pomeriggio, con un rigoroso rispetto dei tempi stabiliti, le presentazioni e le successive discussioni che sono risultate complete

e stimolanti. Come da tradizione, anche quest'anno, ANMCO e SIC hanno deciso di premiare e dare un riconoscimento alle relazioni ritenute migliori. La commissione giudicatrice, composta dal Prof. Alberto Balbarini, dal Dott. Giancarlo Casolo e dal Prof. Mario Mariani, ha sottolineato l'elevato livello dei contenuti esposti nelle varie relazioni per innovazione e metodologia di ricerca. Sono risultati vincitori del premio da 500 euro la Dott.ssa Marzia Giaccardi di Firenze con la relazione: "Procedura di ablazione near zero Rx" ed il Dott. Alessio Lilli del Versilia con la relazione: "Aspetti fisiologici e fisiopatologici della meccanica ventricolare sinistra in 3D". Targhe di riconoscimento sono state inoltre attribuite alla Dott.ssa Giacinta Guarini di Pisa per il lavoro: "La disfunzione mitocondriale come meccanismo non vascolare d'ischemia miocardica", al Dott. Alberto de Caterina di Massa per lo studio: "Valutazione della stenosi coronariche intermedie in sala di emodinamica" ed alla Dott.ssa Alessandra Fornaro di Firenze per la relazione "La cardiomiopatia da antiplastici". Quali riflessioni si possono fare ad evento concluso? Questo convegno realizzato esclu-

sivamente per i Giovani ha confermato il successo di un'iniziativa che ha l'obiettivo primario di stimolare l'interesse all'accrescimento culturale con la partecipazione fattiva all'attività scientifica ed al confronto con i Colleghi. La capacità e l'entusiasmo con cui i Giovani hanno partecipato all'incontro meritano da parte dei Cardiologi più anziani l'ascolto e la considerazione delle loro aspettative. ANMCO e SIC dovranno cercare di inserire nelle associazioni le nuove generazioni di medici non solo come membri meramente partecipi ma soprattutto in un ruolo propositivo e di protagonisti. Si potrà così contribuire alla crescita formativa professionale del Cardiologo oltre che al rafforzamento ed alla vitalità dell'associazionismo, perché i Giovani sono la linfa vitale di ogni attività grazie alla loro forza, all'entusiasmo ed alla capacità di ragionare ed apprendere. Un sentito ringraziamento è infine rivolto alla Signora Franca Lorefice, della Segreteria Regionale ANMCO Toscana, per l'importante contributo offerto nella preparazione dell'incontro. ♥





La storia della nota 13 continua...

... Ma la terza versione in meno di due anni non soddisfa ancora

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, PASQUALE CALDAROLA, FURIO COLIVICCHI, MASSIMO UGUCCIONI

Poco più di un anno fa esposevamo su questa rivista le nostre perplessità circa la versione 2011 della nota 13, che regola la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti da parte del SSN. Com'è noto, sulla G.U.R.I. 27/11/2012 è stata in seguito pubblicata un'ulteriore modifica alla nota, nel cui preambolo veniva riconosciuta la necessità di adeguarla alle Linee

Guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) e della Società Europea dell'Aterosclerosi (EAS). Sembrava, quindi, che l'AIFA avesse finalmente l'intenzione di sincronizzare le sue indicazioni normative con le raccomandazioni delle Società Scientifiche. Dopo l'iniziale soddisfazione, tuttavia, la lettura del documento lasciava diverse perplessità. La nota, infatti, diver-

geva in realtà in modo significativo dalle Linee Guida, presentando alcune lampanti contraddizioni che abbiamo voluto evidenziare in un recente editoriale (F. Colivicchi, M. Abrignani, M. Uguccione, P. Caldarola, a nome dell'ANMCO. "La nuova nota 13 AIFA: aspetti critici e contraddizioni". *G. Ital Cardiol* 2013; 14:248-252). Nella fattispecie, i due principali punti su cui abbia-

Tabella I - Comparazione delle categorie di rischio nella nota 13 e nelle linee guida

| | Livello di rischio per le linee guida ESC/EAS 2011 | Livello di rischio per le linee guida ESC/EAS 2012 | Livello di rischio per la nota 13 (2012) | Livello di rischio per la nota 13 (2013) |
|---|--|--|--|--|
| Punteggio SCORE < 1% | BASSO | BASSO | BASSO | BASSO |
| Punteggio SCORE >=1 e < 3% | MODERATO | MODERATO | MEDIO | MEDIO |
| Punteggio SCORE >=3 e < 5% | MODERATO | MODERATO | MEDIO | MODERATO |
| Punteggio SCORE >=5 e < 10% | ALTO | ALTO | MODERATO | ALTO |
| Dislipidemie familiari | ALTO | ALTO | MODERATO | ALTO |
| Ipertensione severa | ALTO | ALTO | MODERATO | ALTO |
| Punteggio SCORE >=10 e < 15% | MOLTO ALTO | MOLTO ALTO | ALTO | MOLTO ALTO |
| Malattia coronarica, ictus ischemico, arteriopatia periferica | MOLTO ALTO | MOLTO ALTO | ALTO | MOLTO ALTO |
| Arteriopatia carotidea all'ecodoppler | MOLTO ALTO | MOLTO ALTO | ? | ? |
| Diabete mellito tipo 2 senza segni di danno d'organo o altri fattori di rischio | MOLTO ALTO | ALTO | ALTO | ALTO |
| Diabete mellito tipo 1-2 con segni di danno d'organo o altri fattori di rischio | MOLTO ALTO | MOLTO ALTO | ALTO | MOLTO ALTO |
| Insufficienza renale (eGFR < 60) | MOLTO ALTO | ALTO | ALTO | ALTO |
| Insufficienza renale (eGFR < 30) | MOLTO ALTO | MOLTO ALTO | ALTO | MOLTO ALTO |
| Punteggio SCORE >=15% | MOLTO ALTO | MOLTO ALTO | MOLTO ALTO | MOLTO ALTO |

mo riportato le nostre osservazioni sono stati:

1) La decisione di proporre l'uso, quale strumento esclusivo per la valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto in ambito di prevenzione primaria, della carta del rischio del progetto europeo SCORE, che metteva ancora una volta da parte, di fatto, la carta italiana del progetto CUORE, predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

2) Il generale, sistematico, declassamento del rischio cardiovascolare, inspiegabile sulla base di criteri scientifici. Mentre, infatti, le Linee Guida ESC/EAS considerano quattro distinte categorie di rischio cardiovascolare (basso, moderato, alto e molto alto), la nota 13 nella versione 2012 prevedeva invece, in

una tabella, l'esistenza di cinque categorie di rischio, introducendo, senza fornire spiegazioni, una nuova categoria, il rischio cardiovascolare "medio" (punteggio SCORE tra 1 e 5%), che non trova riscontro in alcun documento scientifico. Sostanzialmente la nota stabiliva così che i pazienti a rischio moderato delle Linee Guida ESC/EAS hanno come obiettivo terapeutico un C-LDL <130 mg/dl senza diritto alla rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti, mentre, al contrario, le Linee Guida prevedono un obiettivo di C-LDL <115 mg/dl e la possibilità di procedere a un trattamento con statine. I pazienti che secondo le Linee Guida ESC/EAS avrebbero un rischio alto, inoltre, venivano ricondotti ad un rischio moderato, mentre i pazienti con

rischio molto alto erano considerati ad alto rischio. Restavano collocati nella categoria di rischio molto alto solamente i pazienti con punteggio SCORE >15% (si pensi però che, data l'esistenza di un rapporto di circa tre volte tra i rischi CUORE e SCORE, questo corrisponderebbe, secondo il primo, a un rischio di circa il 45% a 10 anni, quindi elevatissimo e fortunatamente presente in casi molto rari). Le dislipidemie familiari erano anch'esse considerate condizioni a rischio moderato, con un obiettivo terapeutico per il C-LDL <115 mg/dl, contraddicendo l'affermazione della stessa nota secondo cui esse sono condizioni gravate da un alto rischio cardiovascolare, per le quali l'obiettivo terapeutico è il raggiungimento



Tabella II - Condizioni per la rimborsabilità dei farmaci in prevenzione primaria secondo l'ultima versione della nota 13

| Classificazione dei pazienti | | Target terapeutico in colesterolo LDL (C-LDL) | Farmaci prescrivibili a carico del SSN in funzione del raggiungimento del target terapeutico | |
|------------------------------|------------------|---|---|--|
| Categorie di rischio | Punteggi o SCORE | | Trattamento di I° livello | Trattamento di II° livello |
| BASSO | 0-1% | | Modifica dello stile di vita | |
| MEDIO | 2-3% | < 130 mg/dl | Modifica dello stile di vita per almeno 6 mesi | Simvastatina, Pravastatina, Fluvastatina, Lovastatina, Atorvastatina |
| MODERATO | 4-5% | < 115 mg/dl | Simvastatina, Pravastatina, Fluvastatina, Lovastatina, Atorvastatina | |
| ALTO | >5% - <10% | < 100 mg/dl | Simvastatina, Pravastatina, Fluvastatina, Lovastatina, Atorvastatina Preferenzialmente Atorvastatina se necessaria una riduzione del C-LDL > 50% | Rosuvastatina; ezetimibe + statine (in associazione fissa o preconstituata) |
| MOLTO ALTO | >10% | < 70 mg/dl (o riduzione di almeno il 50% del C-LDL) | Atorvastatina, Pravastatina, Fluvastatina, Lovastatina, Simvastatina Rosuvastatina nei pazienti in cui ci sia stata evidenza di effetti collaterali severi nei primi 6 mesi di terapia con altre statine | Ezetimibe + statine (in associazione fissa o preconstituata) |

Nota: Nei pazienti intolleranti alle statine, per il conseguimento del target terapeutico, è rimborsato il trattamento con ezetimibe in monoterapia.

di valori di C-LDL <100 mg/dl, in linea con le raccomandazioni delle Linee Guida ESC/EAS. Nella tabella sulla stratificazione del rischio, infine, l'insufficienza renale cronica (IRC) era considerata condizione ad alto rischio, con un obiettivo terapeutico per il C-LDL <100 mg/dl, contraddicendo la stessa intestazione secondo cui l'IRC di grado moderato e severo (GFR compreso tra 15 e 60 ml/min/1.73 m²) è una condizione gravata da un rischio cardiovascolare molto alto, per cui il target terapeutico è il raggiungimento di valori di C-LDL <70 mg/dl. In sintesi l'estensore AIFA, in questo modo, riduceva significativamente la platea dei soggetti aventi diritto alla rimborsabilità dei trattamenti in ambito di prevenzione primaria e, sottostimando il

rischio in prevenzione secondaria, proponeva obiettivi di intervento farmacologico meno impegnativi in termini di riduzione del C-LDL, portando a privilegiare l'uso di farmaci ipolipemizzanti meno efficaci. Nel nostro editoriale affermavamo quindi che, nel complesso, la versione 2012 della nota 13 appariva in molti passaggi contraddittoria e con elementi di possibile confusione per il medico pratico, auspicando un'ulteriore revisione del documento che tenesse conto, quanto meno, di due aspetti cruciali per la sua efficacia applicativa e validità scientifica: un adeguamento effettivo delle categorie di rischio a quelle identificate dalle Linee Guida europee e la reintroduzione della carta italiana del progetto CUORE come strumento per la valutazione del

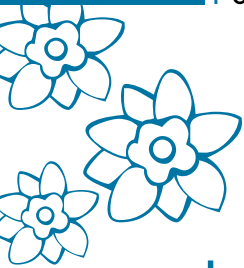
rischio cardiovascolare globale nel soggetto asintomatico. Nella presentazione dell'articolo, la redazione del Giornale Italiano di Cardiologia ipotizzava, argutamente, che la nota 13 fosse nata sotto il segno di Paperino (la cui mitica auto ha una targa evocatrice della cifra menagrama). Forse quest'annotazione è stata profetica, in quanto, poco dopo, è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale (9 aprile 2013) un'ennesima versione della nota. Va dato atto agli estensori di aver corretto le contraddizioni più evidenti della precedente versione (Tabella I). È stato precisato che il calcolo del rischio cardiovascolare secondo le carte (Tabella II) va effettuato solo per i pazienti senza evidenza di malattia. Sono ora considerati a rischio alto i pazienti con singoli fattori di

rischio marcatamente elevati (es. dislipidemie familiari o ipertensione grave) e quelli con punteggio SCORE 5 - 10% (che nella versione 2012 erano considerati a rischio moderato). Sono invece considerati a rischio molto alto i soggetti con uno SCORE >10%, i pazienti con malattia coronarica, ictus ischemico, arteriopatie periferiche, pregresso infarto o bypass aorto - coronarico, i diabetici con almeno un fattore di rischio cardiovascolare e/o segni di danno d'organo e quelli con IRC grave (GFR 15-29 ml/min/1.73m²) (che nella precedente versione erano a rischio solamente alto). Questo adegua finalmente, in molti più casi, gli obiettivi di C-LDL della nota a quelli delle Linee Guida ESC/EAS. Permane però l'artificiale distinzione dei pazienti con punteggio SCORE 2 - 3% nella fantomatica categoria del rischio medio, con target LDL <130 mg/dl, decisione presa «anche per tenere conto dell'aggiustamento per valori di colesterolo HDL» (francamente non si comprende cosa significhi quest'ultimo concetto, né l'estensore lo esplica nella nota). Una certa confusione si evidenzia anche nella parte sulla classificazione in base al livello di rischio, dove prima si afferma (correttamente) che i pazienti con punteggio SCORE tra 1 e 4% sono a rischio moderato, per poi

riportare, contraddicendo quanto prima detto, che quelli con punteggio 4 - 5% sono considerati a rischio medio! Da sottolineare anche la persistenza di una totale assenza di riferimenti all'arteriopatia carotidea accertata mediante ecodoppler, chiaramente indicata invece dalle Linee Guida ESC/EAS 2011 e 2012 come parametro di rischio molto alto. È però, soprattutto, la scelta di continuare a non considerare la carta italiana ad apparire sorprendente (già dal 2011, numerose critiche erano state mosse all'AIFA su questo punto da parte di Società Scientifiche ed enti sanitari regionali). Non possiamo non ricordare che il progetto CUORE è stato finanziato con fondi pubblici, pari all'1% del Fondo Sanitario Nazionale, nonché gestito da un'istituzione nazionale di assoluto rilievo, l'ISS, con il coinvolgimento di numerose organizzazioni scientifiche, inclusa l'ANMCO. Nel suo contesto è stato poi avviato l'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare, che ha consentito la formazione di oltre 4.000 medici di medicina generale all'uso delle carte del rischio e la conseguente raccolta di importanti informazioni sul profilo di rischio cardiovascolare di circa 142.000 assistiti italiani. Da un punto di vista tecnico, la carta CUORE presenta una capacità predittiva sostanzialmente analoga a quella

del progetto SCORE, avendo però il vantaggio di predire la morbilità cardio - cerebrovascolare complessiva, mentre quest'ultima consente solo la stima del rischio di eventi cardiovascolari fatali. Infine, come ribadito dalla stessa ESC, è sempre preferibile utilizzare una carta del rischio nazionale, ove presente e validata, piuttosto che una più generica, comprendente popolazioni diverse e potenzialmente eterogenee. Nel suo complesso il progetto CUORE rappresenta un'esperienza di straordinario rilievo e un patrimonio della comunità scientifica italiana. Non ci sembra comprensibile, come cittadini, ancor prima che come medici, persistere ancora nella decisione di accantonare uno strumento tanto importante e prodotto con preziose risorse pubbliche nel contesto critico della tutela dell'appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche. Non ci resterà quindi che fare nuovamente sentire con forza la nostra voce di professionisti e servitori civili dello Stato, nella speranza che la prossima, inevitabile versione della nota renda finalmente giustizia al lavoro dell'ANMCO e dell'ISS e adegui del tutto le normative alle evidenze scientifiche più recenti. ♥





La sospensione della terapia anticoagulante e/o antiaggregante per l'impianto di pacemaker o defibrillatore

Il dilemma degli Elettrofisiologi

DI MICHELA BEVILACQUA

Una recente metanalisi relativa alle complicanze emorragiche in pazienti in terapia anticoagulante o antiaggregante orale, sottoposti ad impianto/sostituzione di device per la cura delle aritmie cardiache, ha mostrato un rischio di complicanze emorragiche 5,3 volte superiore nei pazienti in cui era stata eseguita l'embricazione con eparina rispetto ai pazienti che hanno proseguito la sola terapia anticoagulante orale

Un numero sempre maggiore di pazienti presentano indicazione a terapia anticoagulante e/o antiaggregante per svariati gradi di rischio trombo-embolico e presentano concomitante indicazione ad impianto o a sostituzione di dispositivi impiantabili per la cura delle aritmie cardiache, siano essi pacemaker o defibrillatori. Le attuali Linee Guida suggeriscono la sospensione dell'anticoagulante orale e la sua sostituzione con eparina a basso peso molecolare s.c., da utilizzare come terapia anticoagulante "ponte" perioperatoria: peraltro le medesime Linee Guida non differenziano i singoli pazienti per l'entità del rischio trombo-embolico o emorragico. L'esperienza clinica ci mostra come questi pazienti, assumendo una terapia anticoagulante eccessiva o non dosata in modo omogeneo, possano presentare nel post operatorio un rilevante rischio emorragico con possibili conseguenze quali anemizzazione, sviluppo di ematomi di entità più o meno rilevante

che talora rendono necessario un drenaggio chirurgico nei giorni successivi all'intervento, rischio di dislocazione/sposizionamento degli elettrocateretri impiantati o rischio infettivo, correlati allo sviluppo di ematomi e esposizione dei pazienti ad un aumentato rischio trombo-embolico nel periodo post operatorio allorché nella comparsa di una complicanza emorragica si ha la necessità di ridurre drasticamente o sospendere i farmaci anticoagulanti. Al momento non esistono, invece, raccomandazioni relative alla gestione dei malati in doppia antiaggregazione che necessitano l'impianto di dispositivi antiaritmici. Una recente ed importante metanalisi pubblicata da Bernard M.L. et al. (Circ Arrhythm Electrophysiol 2012;5:468-474) relativa alle complicanze emorragiche in pazienti sottoposti ad impianto di device con uso di anticoagulanti orali o antiaggreganti piastrinici, ha preso in esame 13 studi con un totale di 5.978 pazienti dimostrando la comparsa una complicanza

emorragica in 274 pazienti (pari al 4,6%). Il rischio stimato nelle varie popolazioni di soggetti risultava 1,5 volte superiore rispetto al gruppo senza terapia nei pazienti che assumevano ASA, 1,7 volte nei pazienti in cui era stata sospesa la terapia anticoagulante orale nel periodo peri-operatorio, 1,6 volte nei pazienti in terapia anticoagulante orale non sospesa, 5 volte nei pazienti in duplice antiaggregazione e 8,3 volte nei pazienti in cui era stata eseguita l'embricazione con eparina. Alla luce di tali dati in alcuni Centri come, ad esempio, nell'Ospedale di Arzignano (VI) (responsabile dell'U.O. di Elettrofisiologia Dott. Cosimo Perrone) e nell'Ospedale di Legnago (VR) (Direttore Dott. Gabriele Zanotto) è stato adottato un protocollo interno per la gestione della terapia anticoagulante/antiaggregante applicato all'impianto o sostituzione di device impiantabili che si basa sui seguenti punti. Per ciò che concerne i pazienti trattati con anticoagulanti orali:

- 1) Nei pazienti con basso profilo di rischio trombo - embolico (fibrillazione atriale in terapia anticoagulante orale e rischio trombo - embolico CHADS2 < 2 e CHA2DS2-Vasc < 2) è opportuno sospendere l'anticoagulante orale alcuni giorni prima dell'intervento, effettuare l'intervento con INR non a range terapeutico e riprendere l'anticoagulante orale dopo 2 - 3 giorni, il tutto senza la terapia "ponte" con l'anticoagulante percutaneo.
- 2) Nei pazienti con elevato rischio

trombo - embolico (protesi meccanica cardiaca, trombosi venosa con embolizzazione polmonare recente, pregresso ictus ischemico, fibrillazione atriale ad elevato rischio trombo - embolico, quantificabile con CHADS2 > 3 e CHA2DS2-Vasc > 3) è opportuno mantenere l'anticoagulazione orale con riduzione dei valori di INR (2-2,5) senza integrazione con l'anticoagulante percutaneo.

3) L'utilizzo di eparina a basso peso molecolare come terapia "ponte" intraoperatoria, è la strategia terapeutica maggiormente gravata da complicanze emorragiche "maggiori".

4) Le complicanze trombo - emboliche degli interventi di impianto/sostituzione dei dispositivi cardiaci per la terapia delle aritmie, sono relativamente basse pur attuando svariate strategie terapeutiche.

5) Nei malati con rischio emorragico maggiore (rischio emorragico HASBLED > 3) si deve valutare con molta attenzione anche questo potenziale problema operatorio e mediarlo attentamente con il rischio trombo - embolico.

Per ciò che concerne i pazienti trattati con antiaggreganti orali:

- 1) Se possibile, è importante pianificare la procedura d'impianto del dispositivo antiaritmico prima di quella di rivascolarizzazione.
- 2) In pazienti con necessità di doppia antiaggregazione per recente rivascolarizzazione con DES, la terapia antiaggregante deve essere mantenuta, eventualmente interrompendo solo per l'immediato

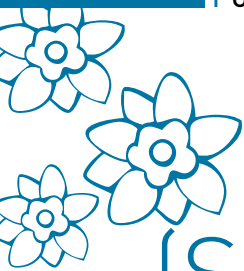
peri - operatorio (dal giorno precedente a quello successivo l'impianto) la tienopiridina, mantenendo l'ASA.

3) È necessaria un'emostasi accurata, utilizzando l'elettrobisturi, è importante evitare la sede sotto - muscolare pettorale ed effettuare la venopuntura succlavia sotto guida fluoroangiografica.

4) In pazienti con rischio elevato (correlato all'intervallo temporale ed al vaso trattato) con doppia terapia in impianto < 1 anno di DES si può contemplare il "ponte" con una glicoproteina IIb/IIIa.

5) Personalmente aggiungerei, in caso di doppia antiaggregazione, l'utilizzo di drenaggio poiché, come emerge nello studio di Dreger e i suoi collaboratori (PACE 2010; 33:394-399), l'utilizzo di tale presidio ha mantenuto relativamente basso il rischio emorragico, senza aumentare significativamente il rischio infettivo durante il follow-up. L'introduzione, a breve, dei nuovi anticoagulanti orali (ad esempio dabigatran, rivaroxaban e apixaban) porterà sicuramente una nuova soluzione a questo problema, poiché le nuove molecole, dotate di breve emivita e con un profilo di assorbimento e metabolizzazione abbastanza uniforme, consentirà la semplice sospensione del farmaco anticoagulante prima dell'intervento e la precoce ri - assunzione del farmaco senza la necessità di molecole "ponte". ♥





Lo Studio STREAM (Strategic Reperfusion Early after Myocardial Infarction)

DI GIANFRANCO CUCCHI

Lo Studio STREAM (Strategic Reperfusion Early after Myocardial Infarction) recentemente presentato al Congresso dell'American College of Cardiology dal Cardiologo Frans JJ Van De Werf dell'Università di Lovanio e subito pubblicato sul New England Journal of Medicine ha avuto una vasta eco nella Cardiologia internazionale. Si è dimostrato che, nello STEMI, la trombolisi con tenecteplase, praticata entro tre ore dall'esordio dei sintomi, quando il ritardo alla rivascolarizzazione meccanica è superiore ai 60 minuti, è efficace quanto la ptca primaria. I pazienti trattati con trombolisi venivano poi sottoposti a ptca entro 6 - 24 ore. Gli end point erano a 30 giorni il decesso, lo shock, l'insufficienza cardiaca ed il reinfarto. 116 pz su 939 del gruppo trombolisi pari al 12,4 % e 135 pz su 943 nel braccio ptca primaria pari al 14,3%. Risultato statisticamente non significativo $p=0,21$ ma con trend favorevole alla trombolisi. Finalmente la luce o meglio il sole risplende sulla reperfusion farmacologica confermando la giustezza delle Linee Guida internazionali ESC e AHA. I ricordi di patologia generale dove si affermava che dopo tre ore di ischemia la fibra muscolare cardiaca era condannata alla necrosi sono rinfrescati e rivalutati. I risultati dei primi

studi GISSI in particolare 1 e 2 che hanno portato alla ribalta della medicina internazionale la Cardiologia Italiana sono riconfermati. Ma accanto alla notizia sicuramente positiva, soprattutto per i malati e non solo per i Cardiologi, in particolare quelli clinici, vi sono da evidenziare alcune criticità dello studio. Innanzitutto la numerosità del campione: 1.892 non sono i 11.712 dello studio GISSI 1 né tantomeno i 12.490 dello studio GISSI 2 per cui la potenza dello studio è limitata. L'analisi dei sottogruppi è inficiata da questo limite: era sicuramente interessante verificare gli end point nei trattati entro la prima ora rispetto a quelli ripersi nella seconda e nella terza ora, oppure negli infarti anteriori rispetto a quelli inferiori. Ancora sarebbe stata interessante l'analisi per classi di età in modo particolare per gli anziani o per genere. Inoltre pare elevata la percentuale del 36% di pazienti nel braccio trombolisi non ricanalizzati e sottoposti a ptca rescue. Probabilmente in questo numero sono compresi gli anziani ultra - settantacinquenni nei quali, per ridurre il rischio di emorragia cerebrale, si è optato per l'infusione di metà dose di trombolitico che difficilmente è in grado di provocare una dissoluzione completa del trombo. Questa scelta appare opinabile perché altri studi, ad

esempio Triana, hanno dimostrato la necessità di praticare il trombolitico a dosaggio pieno. Per ridurre il rischio di emorragia cerebrale è consigliabile non praticare il bolo di eparina pre - trattamento trombolitico nei soggetti con età superiore a 75 anni. Oggi in campo neurologico è codificato l'impiego della trombolisi nell'ictus ischemico nelle prime tre ore anche nell'anziano. Da vecchio gissologo, scusate il neologismo ma credo renda bene il significato di Cardiologo clinico che essendo orgoglioso di avere eseguito gli Studi GISSI non si consegna alla tecnologia predominante senza usare il cervello, infine mi permetto di esprimere un rammarico e una speranza. Il rammarico: non poteva essere la Cardiologia italiana, pioniera nel campo della trombolisi nello STEMI a eseguire un nuovo GISSI per rispondere alle domande dello STREAM? In verità e sommessamente devo dire che alcuni anni fa ho fatto questa proposta all'ANMCO ricevendo come risposta un silenzio tombale. La speranza è implicita: non è che è giunto il tempo di rispolverare l'orgoglio dei GISSI nella trombolisi con uno studio con maggiore potenza statistica per rispondere ai quesiti irrisolti dello STREAM? O siamo condannati al dominio della tecnica? ♥

La Rete Assistenziale per le Malattie Cardiovascolari nella Provincia di Trieste

DI ANDREA DI LENARDA E LUIGI TARANTINI

Il modello Trieste può fornire spunti di interesse e confronto per l'implementazione di modelli di assistenza incentrata sul paziente e sul suo percorso di cura all'interno di una rete integrata Ospedale - Territorio

Il bisogno di salute e di cure territoriali

Tra le tante unicità di Trieste, due ci riguardano direttamente:

- La Provincia di Trieste (240.000 abitanti, 28% > 65 anni - 65000 ab. -, indice di vecchiaia > 250% - media nazionale < 150%), per le sue caratteristiche demografiche è un laboratorio per la sperimentazione di politiche assistenziali appropriate e sostenibili ed è rispetto a questo scenario che i Piani Sanitari Nazionali e Regionali puntano allo spostamento progressivo del baricentro del nostro sistema socio - sanitario dall'Ospedale verso il Territorio.

- Inoltre, la realtà triestina, sviluppata in una Cardiologia Ospedaliera di alta specializzazione e in una Cardiologia Territoriale ad elevato volume di attività, fondate oltre 40 anni fa dal Prof. F. Camerini e dal Prof. S. Scardi e assolutamente dominanti nel panorama dell'offerta sanitaria cardiovascolare (CV) della città, pur appartenendo a due Aziende Sanitarie diverse, costituisce un modello ideale per la realizzazione di una rete integrata tra Ospedale

e Territorio. La Cardiologia territoriale ("SC Centro Cardiovascolare") coordina la rete per il paziente CV cronico che si sviluppa e dà supporto a tutto il territorio della Provincia, ai Distretti Sanitari, alle Strutture Intermedie (Residenze Sanitarie Assistenziali), fino al domicilio del paziente. La costruzione e il mantenimento della Rete territoriale è un processo difficile, irto di difficoltà, pieno di contrattempi e di imperfezioni, ma la presa in carico del paziente cronico lungo tutto il suo percorso di malattia è essenziale anche per l'Ospedale, per la fondamentale importanza che riveste la gestione del paziente complesso nella fase che precede il ricovero ospedaliero e soprattutto in quella ancora più critica della ripresa in carico post - dimissione in cui rapidamente si possono perdere tutti i benefici del trattamento acuto. La riduzione degli accessi CV al Pronto Soccorso e la riduzione progressiva dei ricoveri per scompenso cardiaco (SC) ne sono una chiara dimostrazione (Figura 1).

La struttura della Rete Territoriale per le Malattie Cardiovascolari

Una rete assistenziale CV, per funzionare in modo efficiente, dovrebbe basarsi e poter disporre di:

- 1) Un coordinamento almeno funzionale, se non idealmente strutturale, della maggioranza delle risorse disponibili nel territorio per l'attività CV. Nella nostra realtà la SC Centro Cardiovascolare è responsabile di tutte le attività CV territoriali pubbliche della Provincia (umane, tecnologiche, organizzative, formative, PDTA, ecc). L'attività privata, concentrata in due strutture convenzionate, è largamente minoritaria.
- 2) Una struttura centrale (governo della rete, confronto ed aggiornamento del team, laboratori strumentali avanzati, collegamento PACS) con diramazioni capillari nell'intero territorio dove eseguire attività clinica ed ecocardiografica (distretti, strutture intermedie, domicilio), una reperibilità cardiologica diretta e attiva H12 per l'



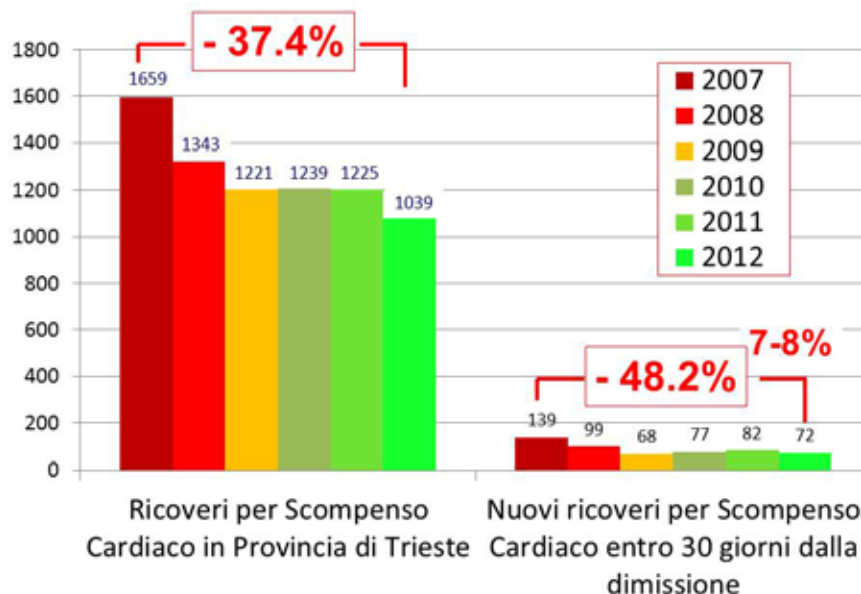


Figura 1 - Andamento dei ricoveri e re - ricoveri per Scoppio Cardiaco (DRG 127) in Provincia di Trieste dal 2007 al 2012

Una rete assistenziale territoriale, organizzativa e strutturale, che garantisca una offerta qualitativamente e quantitativamente adeguata, una presa in carico globale, anche senza lista d'attesa, del cardiopatico cronico e PDTA appropriati in entrata/uscita dall'Ospedale appare l'unica via sostenibile per dare risposte ad una società che inesorabilmente invecchia

“urgenza territoriale”, una offerta di Cardiologia non invasiva completa e quantitativamente adeguata con garanzia di equità di accesso nei tempi e modi appropriati.

- L'attività cardiologica territoriale sviluppata a Trieste soddisfa tutte le esigenze ambulatoriali dei pazienti con patologie cardiache e vascolari, inclusi test di induzione ed ergo spirometria. Un ruolo primario viene svolto dall'attività infermieristica, non solo clinica e strumentale, ma anche educativa sulla responsabilizzazione del malato all'aderenza, di screening della fragilità e di counselling psico - assistenziale, in accordo con le modalità della medicina narrativa.

- Esclusa l'attività della struttura ospedaliera e della riabilitazione CV sul paziente post - acuto, l'offerta ambulatoriale globale territoriale per 100.000 ab/anno si è stabilizzata in circa 6 - 7.000 visite/controlli, 3 - 4.000 ecocardiogrammi, un migliaio di test di induzione di ischemia (ECG - ECO) e di monitoraggi. In presenza di risorse finite, la presa in carico di 500 - 1.000 nuovi pazienti/100.000 abitanti/anno deve essere naturalmente compensata

da altrettanti che vengono riaffidati al proprio curante, in un sistema dinamico strettamente monitorato a garanzia dei principi di sostenibilità, universalità ed equità fondanti il nostro sistema sanitario.

- Le prenotazioni CUP coprono < 50% dell'attività clinica globale e < 10% dell'attività di ecocardiografia. Le richieste di prestazioni cardiologiche, basate su criteri condivisi con la Medicina Generale, vengono sistematicamente monitorate sia in termini di appropriatezza (stabilizzata tra il 50 e 60%) che in termini di tempi di attesa (nella maggioranza dei casi in linea con la priorità richiesta).

3) Una infrastruttura tecnico - informatica che permetta la comunicazione e l'accesso ai dati clinici in tempo reale da tutti i nodi della rete.

- Per gli utenti delle strutture cardiologiche pubbliche di Trieste esiste una unica cartella clinica informatizzata ed un visualizzatore di tutti i referti prodotti dalle strutture sanitarie pubbliche, clinici, strumentali e di laboratorio, accessibili e consultabili da tutte le sedi. La raccolta sistematica di questi dati



Figura 2 - Sono passati molti anni dalla prima uscita di Marco Cavallo in centro a Trieste, il 25 febbraio 1973, capofila di un corteo di più di 700 matti, che sfilò per celebrare una giornata storica, la conquista della libertà

I Piani Sanitari Nazionali e Regionali puntano allo spostamento progressivo del baricentro del nostro sistema socio - sanitario dall'Ospedale verso il Territorio

permette l'analisi e la monitoraggio dei principali indicatori di processo e risultato, dalla stratificazione del rischio clinico, all'appropriatezza prescrittiva, al raggiungimento dei target terapeutici ed al successivo outcome dei pazienti a rischio elevato o molto elevato afferenti alle strutture cardiologiche pubbliche della Provincia di Trieste. - Ugualmente gli ECG eseguiti in tutte le strutture sanitarie dall'Ospedale fino al domicilio degli assistiti, passando per le strutture residenziali ed ambulatoriali, possono essere visualizzati da tutti i terminali delle due Aziende, territoriale ed ospedaliera. Le Ambulanze del 118 inviano gli ECG e condividono il caso direttamente con l'Unità Coronarica, nei casi emergenti con abbattimento dei tempi precoronarici, o con la Cardiologia territoriale per i

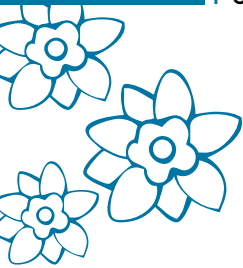
casi che non necessitano di ricovero immediato.

- La disponibilità anche a livello territoriale della rete interaziendale di archivio immagini PACS è fondamentale per la consultazione e condivisione delle immagini prodotte dai laboratori cardiologici (Emodinamica, Ecocardiografia) e radiologici (TC, RMN) delle due Aziende Sanitarie che assistono gli stessi pazienti in diverse fasi del loro percorso di cura.

L'Ambulatorio del cardiopatico cronico

L'Ambulatorio del Cardiopatico Cronico rappresenta il superamento degli ambulatori dedicati alle singole patologie in un paziente generalmente anziano caratterizzato dalla coesistenza di multiple patologie CV e non CV. Alcuni Ambu-





latori dedicati (Ambulatorio dello SC Avanzato e Cure Palliative, delle Malattie del Miocardio, Aritmologia avanzata, Cardioncologico, delle Cardiopatie Congenite dell'Adulto, ecc) mantengono comunque una loro autonomia, per la specificità dei PDTA e delle competenze richieste al personale coinvolto. Il paziente con malattia CV viene preso in carico presso gli Ambulatori del Cardiopatico Cronico secondo tempi e modalità ritenute appropriate. Il coordinamento complessivo dell'attività favorisce la continuità assistenziale (nel nostro caso facilitata da agende di prenotazione nominali) e di limitare ridondanza e frammentarietà dei percorsi. Siccome non esiste niente di più potenzialmente instabile della cronicità il medico curante, per richiedere una prestazione cardiologica, ha a disposizione, oltre al classico "CUP", il percorso dell' "urgenza territoriale", cioè un cellulare dedicato per concordare (cioè nel senso "attivo" della condivisione delle indicazioni, non della semplice richiesta di prestazioni) una presa in carico personalizzata o una visita domiciliare, oltre che una prestazione urgente, senza lista d'attesa. Attraverso queste modalità anche il paziente già in carico potrà anticipare/modificare il proprio PDTA, se appropriato. Fondamentale il contributo dell'Ambulatorio Infermieristico che ha attivato un programma di Triage clinico - strumentale, senza

lista d'attesa, per i pazienti urgenti e/o instabili. Il bisogno di "urgenza territoriale" CV è attualmente stimabile in 500 visite/100.000 abitanti/anno, ma naturalmente potrebbe aumentare parallelamente ad una eventuale riduzione degli accessi al Pronto Soccorso per problematiche cliniche non emergenti.

I percorsi diagnostico - terapeutici assistenziali (PDTA)

Il percorso personalizzato sia in entrata che in uscita con la Cardiologia, Cardiocirurgia e Chirurgia vascolare è consolidato da anni. Da un lato la personalizzazione dei tempi e modalità di accesso alla struttura ospedaliera, al di fuori dell'emergenza è garanzia di appropriatezza ed efficienza dei percorsi, dall'altro alla dimissione i pazienti vengono sistematicamente segnalati dalle strutture ospedaliere o dalla Riabilitazione del Cardiopatico e presi in carico nel territorio nei tempi e modi richiesti. All'interno dell'Ambulatorio dello SC Avanzato e Cure Palliative è attivo ed in crescita un PDTA territoriale per il paziente in dimissione dai reparti di Medicina e Geriatria per la presa in carico entro 30 giorni attraverso la segnalazione diretta (cellulare dedicato) ad un internista territoriale. Internista e Cardiologo lavorano insieme ed in stretta connessione con le strutture distrettuali, le strutture intermedie e l'ADI, coinvolte nel PDTA di questi pazienti, spesso an-

ziani, complessi e fragili. Infine, tra i PDTA territoriali specifici attivati in questi anni, da segnalare in particolare il percorso di screening della cardiopatia ischemica nei pazienti a rischio CV molto elevato (diabetico con danno d'organo, dislipidemico familiare, vasculopatico, nefropatico severo), e ad altri più specifici come lo screening della cardiotoxicità in pazienti oncologici o con dipendenze legali o illegali, o il monitoraggio poligrafico delle apnee notturne. Ogni anno attraverso questi percorsi territoriali o ospedalieri almeno 500 pazienti/100.000 abitanti/anno vengono segnalati per presa in carico. Per quanto particolare sia la realtà triestina, l'esperienza presentata può fornire spunti di interesse e confronto per alcune realtà sanitarie nazionali che, pur nella diversità e maggiore complessità organizzativa, potrebbero trovare lo spunto per trasformare parte dei "prestazionifici" cardiologici in modelli di assistenza incentrata sul paziente e sul suo percorso di cura all'interno dell'Ambulatorio del Cardiopatico Cronico o di Patologia all'interno di una rete integrata Ospedale - Territorio. ♥

Il progetto “Trialogue plus”

DI FRANCESCO MAZZUOLI E DOMENICO GABRIELLI

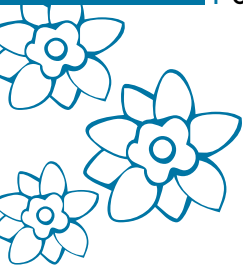
Prendendo spunto dal successo che avevano avuto sia la Consensus “Screening e terapia della cardiopatia ischemica nel paziente diabetico” (fatta con ANMCO, SID, AMD, ARCA, SIC e SISA) completata qualche anno fa ed il progetto Trialogue “La gestione dell’iperglicemia in area medica” (fatto da AMD FADOI e SID) nel 2012, è stata presa la decisione di proseguire per la strada dei documenti condivisi da più società specialistiche. È stato deciso di affrontare un altro problema di grande interesse: la gestione del rischio cardiovascolare del paziente iperglicemico/diabetico alla dimissione da una struttura ospedaliera, che è stato denominato Trialogue Plus (con AMD, ANMCO, FADOI e SID). Da parte della nostra società siamo stati scelti in due: Domenico Gabrielli e Francesco Mazzuoli. La nostra partecipazione al progetto è stata molto piacevole sia per la grande collaborazione che ha contraddistinto il lavoro del gruppo di otto persone (due per società), sia per l’interesse del problema. Infatti il riscontro di iperglicemia/diabete nei pazienti dei nostri reparti è sempre maggiore, ed è stato dimo-



strato da molti studi che si tratta dei pazienti che più spesso hanno un percorso più complicato ed una più alta percentuale di eventi avversi. Ci piace tra gli altri citare, relativamente ai pazienti con SCA, lo studio osservazionale Glicine-Spider condotto dall’ANMCO Lombardia in collaborazione con AMD ed Istituto Mario Negri. Pochissimo invece esiste in letteratura relativamente alla fase post - acuta. Ho trovato uno studio dell’Istituto Mario Negri che ha prodotto una valutazione del

percorso epidemiologico, clinico - assistenziale del diabete mellito in regione Lombardia attraverso l’uso integrato dei database amministrativi relativo al periodo 2000 - 2007 che fornisce dati sull’entità del problema diabete nella popolazione generale. Come sappiamo bene noi che ci occupiamo in prevalenza di scompenso cardiaco, se vogliamo che i nostri Ospedali siano veramente “per acuti” è fondamentale un ottimo controllo sul territorio dei pazienti con patologie “croniche”. Il numero sempre crescente di malati di questo tipo rende critica anche la situazione dei nostri ambulatori dedicati che, se devono valutare periodicamente tutti i pazienti, dopo un certo periodo saturano tutti i posti disponibili. Con la attuale carenza di risorse è impensabile aumentare il numero del personale medico ed infermieristico che fa questo tipo di lavoro; si tratta di utilizzare al massimo le risorse disponibili. Spesso infatti ci accorgiamo di visitare un discreto numero di persone che sono in buon equilibrio e che potrebbero molto probabilmente essere seguiti al di fuori dell’ambulatorio dedicato, riservando quindi





dei posti ai pazienti che si instabilizzano ed hanno bisogno urgente di una valutazione. In questo modo si allargherebbe la popolazione seguita dal centro di riferimento e, con la visita in fase di instabilizzazione, si potrebbero anche ridurre i ricoveri, dato che spesso può essere sufficiente una modificazione della terapia, come ben dimostrato dalle scarse esperienze in questo settore. L'altro punto stimolante di questa esperienza è stato quello della collaborazione con altri colleghi che lavorano con noi in Ospedale. Sembra strano ma parlando ci si accorge di come alcune cose che per noi sono assolutamente scontate, per loro non lo sono e viceversa per noi, relativamente al loro campo di interesse. Se si riuscissero ad organizzare ambulatori condivisi per le patologie che lo richiedono (purtroppo molte) avremmo una crescita culturale degli operatori (medici ed infermieri) ed un vantaggio soprattutto per i pazienti non solamente per una migliore qualità dell'assistenza ma anche per la possibilità di prendere un solo appuntamento e quindi venire una sola volta in Ospedale (cosa talora problematica per persone anziane o con problemi di mobili-

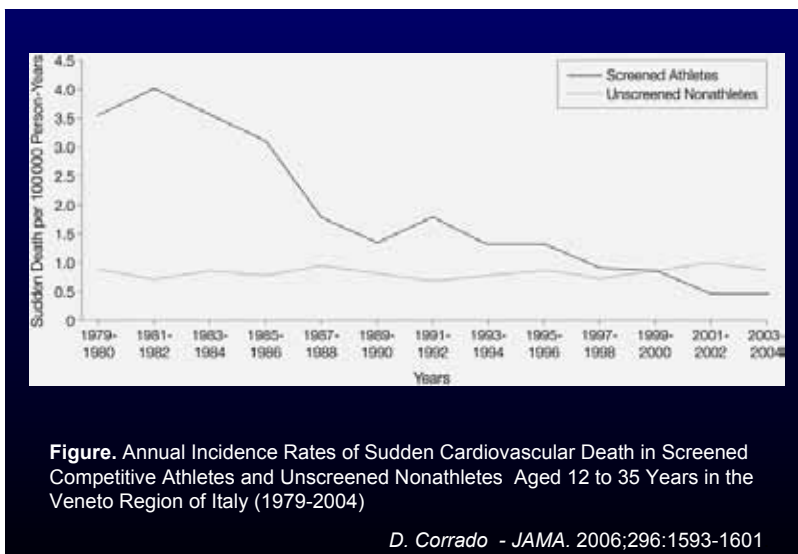
tà). Il progetto consiste quindi nella applicazione delle norme di prevenzione cardiovascolare sia primaria che secondaria e terziaria. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi: senza pregressi eventi cardiovascolari (CV), con eventi CV pregressi, con SCA o altro evento CV recente, sostanzialmente nel ricovero in atto. È stato poi suddiviso il percorso assistenziale diabetologico/metabolico da quello cardiologico che sono stati schematizzati in numerose Raccomandazioni che non sono state classificate in base all'evidenza scientifica ed alla loro forza trattandosi di un documento di implementazione pratica delle Linee Guida e Consensus. Non entreremo qui nei particolari del documento che potrete trovare a breve sul sito della nostra Associazione. Come tutte le cose fatte dalla lettura da parte di una platea più vasta saranno trovate delle imperfezioni oppure su alcuni punti ci potrebbero essere delle osservazioni e delle critiche. Pregheremmo coloro che fossero in questa condizione di comunicarci le loro obiezioni in modo da poterle chiarire, qualora si trattasse di malintesi. Naturalmente il campo della Cardiologia è in continua

evoluzione e per quanto riguarda farmaci e trattamenti abbiamo fatto il punto ad oggi, limitandoci alle indicazioni ufficiali da scheda tecnica; probabilmente nei prossimi mesi potranno entrare in uso nuovi farmaci oppure esserci modificazioni del campo di impiego: questo accade per tutti i documenti Consensus e Linee Guida e se ne deve tener conto. Una obiezione che è stata fatta fin dall'inizio è quella della assenza delle rappresentanze dei Medici di Medicina Generale (MMG). La ragione principale è stata che il coinvolgimento di tutte le varie sigle avrebbe creato un ritardo importante dell'inizio del progetto, tale addirittura da compromettere il finanziamento da parte della ditta che lo ha sponsorizzato (la Sanofi), tra l'altro in maniera molto discreta, senza mai entrare nel merito del documento. È comunque stato auspicato un grande coinvolgimento dei MMG nelle successive diffusioni del progetto in sedi periferiche per favorirne la diffusione e soprattutto la sua applicazione pratica. ♥

Cardiologo e Medico dello Sport: “Questo matrimonio s’ha da fare”!

Può la corretta analisi dell’ECG, oltre alla visita e all’anamnesi, identificare precocemente i pazienti a rischio di morte cardiaca improvvisa?

DI PAOLA PASQUALINI E GIANCARLO CASOLO

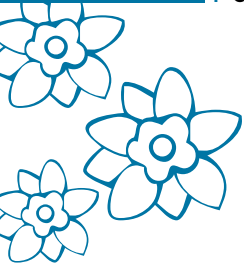


La morte cardiaca improvvisa (SD) nei giovani atleti è un evento drammatico, visibile con elevato impatto mediatico. È indubbio che ogni anno muoiono tragicamente atleti durante l’esercizio. Sebbene l’attività fisica sia un beneficio per molti, lo stress fisico aumenta in maniera significativa (circa 2.5 volte) il rischio di morte improvvisa in quei pazienti che hanno, e non lo sanno, una malattia cardiovascolare. Perlopiù la SD è la prima manifestazione della malattia. In una epoca in cui la biotecnologia ha fatto passi da gigante (pensiamo ad esempio all’RMN, all’AngioTAC coronarica, o all’IVUS o all’OCT) la domanda che ci poniamo è: quanto è efficace l’ECG nell’identificare

anomalie potenzialmente fatali nell’atleta? Può l’ECG solo ridurre il numero di morte cardiaca improvvisa nell’atleta? Queste domande sono tuttora oggetto di dibattito nel mondo scientifico, in particolare le Società Scientifiche americane, come l’AHA e l’ACC, ritengono non utile l’ECG nello screening di pre - partecipazione allo sport. Quali le loro motivazioni? Secondo il mondo scientifico americano l’ECG non risponde a due fondamentali dei 10 criteri di Wilson e Jungner della WHO necessari per uno screening, ovvero: 1) la patologia valutata deve essere un importante problema di salute, il che vuol dire che non importa quanto sia serio o drammatico, ma quanto

sia comune (in Italia l’incidenza di SD è di 2,1 :100.000, mentre in USA l’incidenza è dello 0.5:100.000); 2) nello screening deve essere usato un test che sia in grado di riconoscere precocemente la malattia con un accettabile sensibilità e specificità. Secondo l’AHA e l’ACC l’ECG non ha queste caratteristiche. Ma è proprio così? Tra i vari lavori in merito vorrei citare quello di Aaron L. Baggish (Ann. Intens. Med. 2010) dal titolo: Cardiovascular Screening in College Athletes with and without Electrocardiography. Questo lavoro mette a confronto le due metodiche (ECG+Visita e anamnesi verso anamnesi e visita) su 510 atleti dell’Università di Harvard (Massachusset) concludendo che la metodica con Visita + ECG + anamnesi ha una sensibilità del 90.9%, una specificità del 82.7% e un valore predittivo negativo pari al 99.8 %. Questo studio, fatto dagli americani, conferma dunque quello che è ormai definito il successo del modello italiano, validato da anni e da molti studi. Ormai è noto a tutti questo diagramma tratto da: “Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athlete after implementation of a preparticipation screening program” (Corrado et al.) pubblicato su JAMA 2006 in cui i dati evidenziavano





come in era pre - ECG la percentuale di SD era del 3.6 x 100.000 (in pratica 8 - 9 morti improvvise l'anno), mentre dopo l'introduzione dell'ECG e l'esclusione dallo sport dei soggetti a rischio, si arrivasse ad una percentuale dello 0.43% su 100.000, cioè ad una morte l'anno. Questo è stato recepito da altre Società Scientifiche come l'ESC e OIC che dal 2006 hanno inserito l'ECG nello screening di pre - partecipazione allo sport. Il problema negli USA è' che non vi sono infrastrutture per realizzare, come in Italia, uno screening così esteso, la popolazione è sicuramente più numerosa, ma il vero problema è che tali visite vengono effettuate da medici generici, che non hanno esperienza in quello che possiamo definire il "cuore d'atleta". Tale problema purtroppo, e duole dirlo da parte di un Cardiologo, è presente anche in Italia ove talora capita che Medici e Cardiologi considerino alterazioni ECG o aritmie come "tipiche" dello sportivo o della fase di crescita... Certo non possiamo sottovalutare le difficoltà interpretative tra un ECG pre - puberale e uno patologicamente alterato, tuttavia l'ECG è il gold standard per riconoscere patologie importanti e causa prevalente di SD come la Sindrome di Brugada, la displasia aritmogena del Vdx, le canalopatie, il WPW, le cardiomiopatie ecc. Certo l'ECG non può identificare anomalie delle coronarie, né una malattia coronarica (peraltro rara in una popolazione al di sotto dei 35 anni di età). Interessante a tal proposito è il seguente lavoro pubblicato sull'EHJ nel 2010 di Cor-



Il cardiologo "normale" e la medicina dello sport

- I - Ignora la sua esistenza (STADIO IDEALE)
- II - Non capisce nulla (STADIO NORMALE)
- III - Crede di capire tutto (STADIO EUFORICO)
- IV - Si rende conto che non è vero e che in realtà non capisce nulla (STADIO DEPRESSIVO)
- V - Si rende conto di non capire nulla ma cerca una spiegazione per tutto (STADIO DI AUTOSODDISFAZIONE)
- VI - Veramente capisce tutto (attualmente non sembra esserci alcun cardiologo in questa categoria)

P. SLAMA (Tradotta e parzialmente modificata).



rado, Biffi et al.: «Recommendations for interpretation of 12 - lead electrocardiogram in the athlete», nel quale vengono analizzate e schematizzate le alterazioni "normali" in uno sportivo e quelle patologiche. In conclusione appare indiscussa l'utilità dell'ECG nello screening di pre - partecipazione allo sport per individuare pazienti a rischio nei quali è necessario richiedere approfondimenti diagnostici di II e III livello. Naturalmente il Medico dello Sport si deve appoggiare al Cardiologo e il rapporto professionale tra i due è di fondamentale importanza per svolgere un buon lavoro di equipe, ma è necessario che quest'ultimo, spesso abituato a gestire situazioni e pazienti diversi, si tolga qualche pregiudizio e apra la propria visione ad un mondo solo apparentemente diverso. Lo screening con l'ECG letto da Cardiologi esperti nella Cardiologia

dello sport è associato a una bassa quota di falsi positivi (2%). Quindi il Cardiologo non deve essere più la figura che referta distrattamente una grossa mole di ECG, ma un punto di appoggio per analizzare e approfondire il caso più dubbio o sospetto insieme al Medico dello Sport. Nasce dunque la necessità di una condivisione di percorsi basati su conoscenze e competenze reciproche, al fine di migliorare sempre di più le capacità diagnostiche e identificare il più precocemente possibile giovani a rischio di morte improvvisa. Non dobbiamo dimenticare come la Medicina dello Sport sia rimasto l'unico screening di massa ove sia possibile applicare un ruolo di prevenzione (non esiste più il servizio di leva obbligatorio, né la medicina scolastica). Ecco perché dunque «questo matrimonio s'ha da fare!». ♥



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

Meeting Nazionale ANMCO 50

Venezia Mestre
13-14 aprile 2013



Da 50 anni
pensiamo
al cuore
1963 - 2013

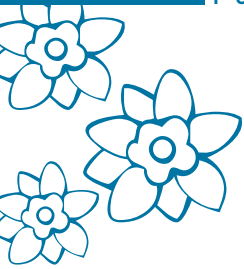
Cinquantésimo anniversario dalla nascita dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

I 50 anni dell'ANMCO

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Per cambiare il futuro
impariamo dal nostro passato





«Noi siamo come nani sulle spalle di giganti, così che possiamo vedere più di loro, non in virtù di una vista più nitida, ma perché portati in alto dalle loro dimensioni»

(Bernardo di Chartres)

Ll cinquantenario della fondazione dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri è stato celebrato a Venezia Mestre con l'evento "Da 50 anni pensiamo al cuore". Dopo i lavori della prima giornata, a carattere scientifico, la cui sintesi, a opera di Michela Bevilacqua, potete trovare in questo stesso numero, nella giornata di domenica 14 aprile ha avuto luogo l'evento celebrativo vero e proprio, moderato da Francesco Bovenzi e Marino Scherillo. La scelta del capoluogo veneto non è stata casuale, in quanto è proprio a Venezia che il 25 aprile 1963 un gruppo di padri fondatori, 9 pionieri, istituì la nostra Associazione. Diverse sono state le motivazioni per cui la Cardiologia ospedaliera è emersa in quei tempi eroici: in particolare l'evoluzione tecnologica (anche invasiva con l'Emodinamica e l'Elettrofisiologia) e l'evidenza della possibilità di prevenire la morte

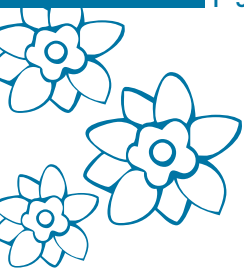
nelle prime ore dopo l'infarto (con i defibrillatori nelle UTIC), nonostante la resistenza universitaria che cercava di mantenere il controllo politico ed economico sul sistema ospedaliero. Proprio all'ultimo testimone di quel lontano evento, Vincenzo Cuzzato, è spettato l'onore di iniziare i lavori. Ha proseguito uno dei padri della Cardiologia italiana, Fausto Rovelli, che ha espresso la sua grande gioia di ripercorrere tutti questi anni. Il primo Presidente intervenuto è stato Eligio Piccolo, che ha citato i contrasti con la SIC sulla formazione. Poi ha preso la parola una altra figura storica, Fulvio Camerini, che ha ripercorso la triade assistenza, ricerca e formazione, che è la caratteristica dell'ANMCO. Sono poi intervenuti i Presidenti Carlo Vecchio, che ha ricordato la difficile difesa dell'autonomia dei Cardiologi contro la frammentazione, problematica presente anche allora, e Nicola Mininni, che ha

rammentato in particolare Vittorio Puddu, dimessosi dopo ben 7 anni di presidenza (*«perché avevo sorpassato il limite che separa la presenilità dalla senescenza»*), Pier Luigi Prati, dimessosi *«per non essere tollerante con gli intolleranti»*, e infine Giorgio Feruglio, che in una cena sociale così si esprime: *«La nostra è un'Associazione un pò particolare... Non si sa bene come definirla, se scientifica o sindacale o più semplicemente un gruppo di amici per i quali la gioia di rivedersi e di stare insieme non conta meno dell'interesse per l'ordine del giorno e per il programma scientifico...»*. Per quanto riguarda invece la sua presidenza, Mininni ha ricordato la nascita della Federazione Italiana di Cardiologia e dell'Italian Heart Journal come importanti momenti di aggregazione, nonché la II Conferenza sulla Prevenzione Cardiovascolare, citando il Cardinale Martini quando vi affermò che *«non si può considerare il paziente alla stregua di una merce»*. Marino Scherrillo ha ricordato poi Pier Filippo Fazzini, sotto cui nasce Cardiologia 2000; uno dei Vicepresidenti dell'epoca, poi Presidente, Gian Luigi Nicolosi, ha parlato del protocollo di intesa tra Heart Care Foundation (Fondazione) e Ministero della Salute e della nascita del GISSI - HF; ma vi sono anche aneddoti divertenti, come la gara di ballo all'evento sociale e la gaffe dell'apertura del Congresso... della Società Italiana di Cardiologia. Alessandro Boccanelli, sotto la cui Presidenza sono stati celebrati i 40 anni dell'ANMCO con un filmato ancora commovente, nel suo

Anmcord ha ricordato la creazione del Centro Servizi ANMCO, dell'ufficio Stampa, le reti dell'infarto, i Registri delle SCA e lo Studio IN - ACS, il progetto Cuore con l'ISS, il linkage col Progetto Mattoni e l'avvio degli Studi Blitz. Ha fatto però soprattutto presente i 750.000 morti in meno in 50 anni, che si sono avuti anche grazie ad ANMCO. Dopo di lui ha parlato Giuseppe Di Pasquale che, nel suo "almanacco della memoria", ha ricordato momenti difficili e risultati proficui, con la certificazione di qualità per ANMCO e Fondazione, la Consensus Conference sui modelli gestionali nello scompenso cardiaco, l'acquisto della sede della Fondazione, l'ANMCO Giovani, il rapporto col mondo della Medicina Generale che portò alla rivista Tempo Medico Cuore e al Cardio-generalist. Ma più ancora dei ricordi ci ha trasmesso le sue emozioni, espresse con le foto di un gruppo di amici. Ha preso poi la parola Francesco Chiarella, che ha citato le difficoltà già allora presenti nella sponsorizzazione del Congresso, ma anche il Blitz 3 e gli Stati Generali, problematici per il tema dell'unificazione delle Aree con i Gruppi SIC. Ha ricordato, con affetto, Franco Valagussa e il suo ruolo all'interno della Fondazione. Ma sono anche gli anni di Attilio Maseri, che viene chiamato a sostituirlo, dell'inaugurazione della nuova sede della Fondazione nel maggio 2008, del convegno sulla ricerca clinica innovativa e del rilancio del fundraising con la Campagna "per il Tuo cuore", tutte

cose per cui dobbiamo ringraziare, di cuore, Attilio Maseri, del quale parla anche l'ultimo dei Presidenti a intervenire, Salvatore Pirelli: *«Conoscevamo Maseri come studioso, meno come uomo, siamo stati molto colpiti dalla sua disponibilità, dalla sua capacità di ascolto, che ce lo hanno fatto sentire uno di noi»*; sono anni di successi, con il Blitz 4, la festa al Quirinale, dove il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano ha citato i nostri risultati che hanno fatto onore all'Italia e sono state consegnate le targhe d'oro agli artefici degli Studi GISSI, Fausto Rovelli e Gianni Tognoni, l'udienza con Papa Benedetto XVI, che ci ha insegnato a guardare alla persona in quanto unica. Sono anche gli anni del rinascimento del rapporto medico - paziente, del concetto di biodiversità, del diritto a terapie personalizzate, del libro "L'arte perduta di guarire" di Bernard Lown. Ha fatto seguito l'intervento di Sabino Scardi che, dopo aver declinato il suo personale conflitto d'interesse (*«amo l'ANMCO»*), nelle sue "conversazioni impossibili" ha dato voce ai Presidenti scomparsi *«Perché in vario modo, hanno dato l'impronta maggiore allo sviluppo della Cardiologia ospedaliera italiana come branca autonoma aperta anche agli sviluppi internazionali. È nostro dovere ricordarli a tutti i Soci e in particolare ai giovani, perché abbiamo nei loro confronti un debito di riconoscenza»*: Vittorio Puddu (principale ricercatore italiano del Seven Countries Study), Pier Luigi Prati, Giacomo Binda organizzatore del





I presidenti dell'ANMCO



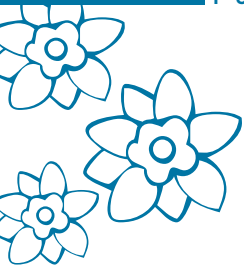
| | |
|--------------------------------|-------------|
| VITTORIO PUDDU | 1963 - 1970 |
| GIORGIO FERUGLIO | 1970 - 1972 |
| PIER LUIGI PRATI | 1973 - 1973 |
| MICHELE LOMBARDI | 1973 - 1974 |
| GIACOMO BINDA | 1974 - 1976 |
| ANTONIO MASONI | 1976 - 1978 |
| ELIGIO PICCOLO | 1978 - 1980 |
| ANTONIO LOTTO | 1980 - 1984 |
| GIORGIO FERUGLIO | 1984 - 1988 |
| PASQUALE SOLINAS | 1988 - 1990 |
| CARLO VECCHIO | 1990 - 1992 |
| PIER FILIPPO FAZZINI | 1992 - 1994 |
| LUIGI TAVAZZI | 1994 - 1996 |
| MASSIMO SANTINI | 1996 - 1998 |
| NICOLA MININNI | 1998 - 2000 |
| GIAN LUIGI NICOLOSI | 2000 - 2002 |
| ALESSANDRO BOCCANELLI | 2002 - 2004 |
| GIUSEPPE DI PASQUALE | 2004 - 2006 |
| FRANCESCO CHIARELLA | 2006 - 2008 |
| SALVATORE PIRELLI | 2008 - 2010 |
| MARINO SCHERILLO | 2010 - 2012 |
| FRANCESCO MARIA BOVENZI | 2012 - 2014 |

primo Congresso scientifico a Venezia («Vedi Sabino, gli uomini si dividono in due categorie, quelli che con una mano pigliano e con l'altra danno e quelli che con tutte e due pigliano. L'ANMCO si deve servire dei primi e non dei secondi»), Antonio Masoni che, in un Congresso SIC - ANMCO, a una critica del Presidente SIC Cesare Bartorelli rispose «Non vorrei apparire come Antonio che pronuncia il sermone sul cadavere di Cesare», segnando così l'inizio di un nuovo rapporto fra le due Società, Antonio Lotto, sotto la cui presidenza parte il primo GISSI, lo studio che cambiò il modo di fare ricerca e aprì nuove prospettive internazionali ai Cardiologi ospedalieri italiani, Pasquale Solinas, artefice del Centro per la Ricerca (poi Centro Studi, proposto e costituito da Luigi Tavazzi), Pier Luigi Fazzini, che assicurò all'ANMCO prima la sede di via S. Monaca e poi quella prestigiosa di via La Marmora 36 e infine Giorgio Feruglio - «Per me il Presidentissimo e l'anima dell'Associazione: in altre parole ha scritto la storia dell'ANMCO» - sotto cui si costituiscono le Sezioni Regionali e nasce nel 1971 il Giornale Italiano di Cardiologia (direttore Fausto Rovelli). Siamo debitori a Scardi anche per la citazione della nascita di questa nostra Rivista, il 25 maggio del 1964. Nel suo intervento preordinato, "Evoluzione della cardiologia in Italia: le radici storiche dell'ANMCO", Luigi Tavazzi, ripercorrendo le tappe

dello sviluppo impetuoso della nostra disciplina, ha affermato che «economia, tecnologia, bisogni clinici e domanda di qualità di vita disgregheranno e ricomporranno diversamente le strutture dei sistemi sanitari... le capacità di proposizione e di partecipazione, "le radici", costituiranno la piattaforma per un ruolo di guida o quanto meno di orientamento che i cardiologi potranno svolgere». Massimo Santini, sotto la cui presidenza nel 1997 nasce la Federazione Italiana di Cardiologia e nel 1998 viene costituita la Fondazione, nell'intervento "Rete delle UTIC: scelta di civiltà e salute" ha invece ricordato la nascita del concetto di terapia intensiva cardiologica, proposto da Julian D. G. nel 1961, che ha accompagnato l'ANMCO nel suo sviluppo. L'UTIC è la struttura cardiologica chiave per la gestione ottimale dei pazienti cardiopatici acuti, una struttura soggetta ad avanzamenti culturali, organizzativi e tecnologici incalzanti. Le Unità di Terapia Intensiva da esclusivamente Coronariche si sono trasformate in Cardiologiche, con un case - mix dei pazienti caratterizzato da età avanzata, polipatologia cardiovascolare e forte incidenza di comorbilità, per cui i Cardiologi che vi operano devono migliorare il loro training per far fronte alle nuove richieste di salute. L'ultimo intervento, "Viaggio nella ricerca ANMCO: tradizione e progresso", è stato condiviso da Attilio Maseri,

Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", e Aldo Pietro Maggioni, Direttore del Centro Studi. Maseri ha citato le difficoltà dell'odierna ricerca medica: «patients, physicians, insurers, and policymakers are all questioning the slow pace of advance, escalating cost, dubious clinical value, inappropriate commercial exploitation of biomedical research». Ha avuto modo così di illustrare il suo concetto di ricerca innovativa ("from bedside to bench"), che consiste nel focalizzare l'attenzione su casi estremi e opposti che deviano dai paradigmi stabiliti per una particolare malattia, i cosiddetti outliers. Maggioni ha invece ricordato che l'Impact Factor del Centro Studi è passato da 31,5 nel 2000 a 453,9 nel 2012 e che sono in corso alcuni studi totalmente propri, come il CAPIRE, il VAR, il CYCLE e l'IN - HF Online. Questo è il passato e il presente dell'ANMCO; la storia di anni anche difficili, ma sempre forieri di confronto, di amicizia, di spirito di appartenenza, una storia che è anche la nostra. Per far crescere ulteriormente l'ANMCO del futuro sono ancora necessari l'esperienza e il contributo di tutti i Soci, vecchi e giovani, in uno spirito unitario e con il senso di attaccamento alla nostra Associazione. ♥





La prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale non valvolare: ruolo dei nuovi anticoagulanti orali

DI MICHELA BEVILACQUA

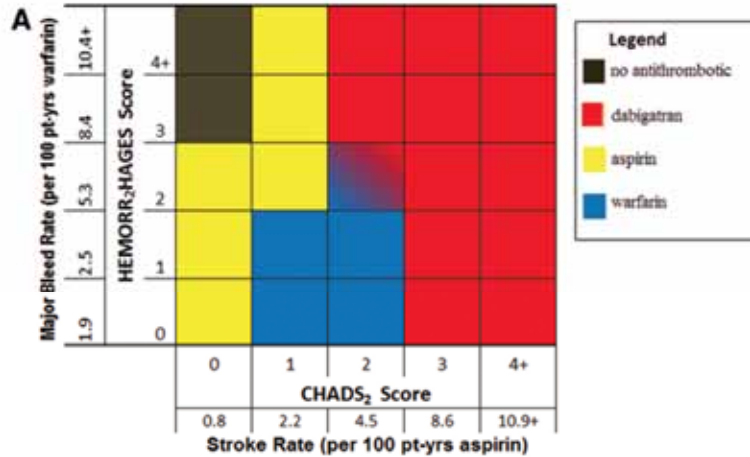
Sabato 13 aprile, in occasione del 50° anniversario della nascita dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, si è tenuto a Mestre il Meeting nazionale dei Soci AMNCO durante il quale si è discusso un tema di estrema attualità ed interesse: il ruolo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella fibrillazione atriale non valvolare. In linea con questi 50 anni in cui l'Associazione si è sempre interessata di recepire, discutere e diffondere le più recenti Linee Guida, il tema preso in esame, come sottolineato anche dal Presidente Francesco Maria Bovenzi, è risultato quanto più idoneo sia per la vastità del problema tromboembolico (legata all'importante incidenza di questa aritmia e la stretta associazione con questo tipo di complicanza, peraltro con una morbilità maggiore rispetto ad altre cause) sia per l'introduzione a breve di diversi farmaci di cui è importante, per ogni Cardiologo, comparare le caratteristiche farmacodinamiche. È già stato pubblicato sul G. Ital

Cardiol 2013 (n: 14; pp:295-322) il Documento AMNCO sulla prevenzione del tromboembolismo della FA e il ruolo dei NAO, per cui lo scopo di questo articolo è solo quello di sottolineare schematicamente, i punti più salienti della giornata. Come già noto, il rischio tromboembolico nella fibrillazione atriale dipende non solo da fattori fisici (stasi ematica), anatomici (dimensioni atrio), parametri ecocardiografici (velocità in auricola), durata dell'aritmia, ma anche da fattori clinici (età del paziente, pregressa ischemia cerebrale, insufficienza cardiaca, presenza di diabete, ipertensione e altre malattie cardiovascolari) identificati in diversi score di rischio tra cui i più noti e utilizzati sono il CHADS2 e CHA2DS2 - Vasc. In base alle più recenti analisi retrospettive il rischio tromboembolico individuale è risultato già significativo in presenza di uno solo dei fattori di rischio clinici e come tale, secondo le ultime Linee Guida europee, a meno di un rischio emorragico molto elevato e

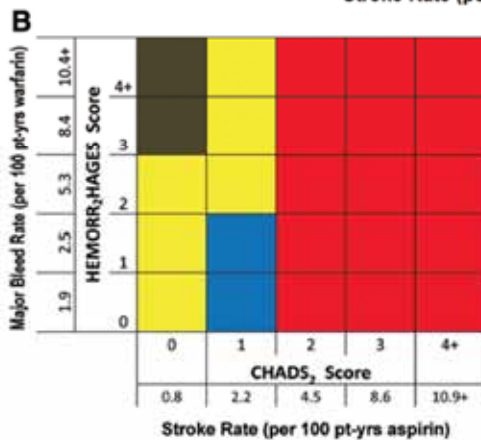
non modificabile, è necessaria una terapia profilattica anticoagulante, preferibile alla terapia antiaggregante (singola o doppia) sia per una maggiore prevenzione degli eventi ischemici cerebrali, sia per un rischio minore o paragonabile di eventi emorragici maggiori dell'anticoagulante vs l'antiaggregante. A fronte di tali evidenze vi è il riscontro oggettivo di un sottoutilizzo dell'anticoagulante (warfarin) per diverse motivazioni (in primis la non aderenza alle Linee Guida e il timore da parte del Medico di complicanze) e il dato rilevato che anche nei pazienti che assumono costantemente tale terapia il tempo in range terapeutico (TTR) risulta molto limitato. I NAO orali sono attesi con trepidazione non solo dai pazienti, ma soprattutto dai Medici che auspicano l'utilizzo di un farmaco dagli effetti quanto più stabili e meno dannosi. I nuovi farmaci, inibitori diretti del Fattore X attivato (rivaroxaban e apixaban) e della trombina (dabigatran), hanno in comune la breve emivita (dalle 5

costo-efficacia dabigatran (soglia 50.000 \$/QALY)

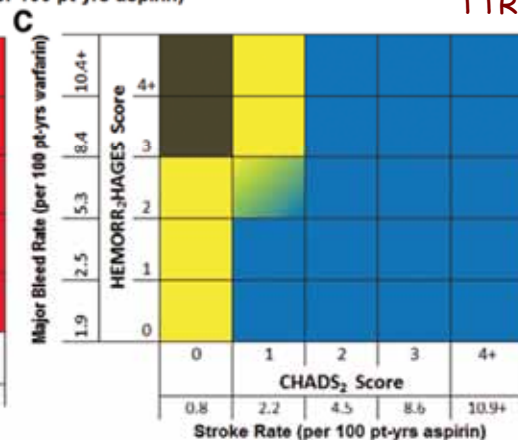
generale



TTR < 57.1%



TTR > 72.6%



Shah SV, Circulation 2011;123:2562

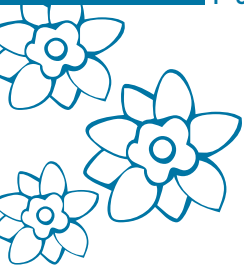


alle 15 ore a seconda del principio attivo) e il vantaggio dell'interruzione in caso di necessità (comparsa di sanguinamento o previsione di interventi), TTR più stabili per la scarsa influenza da parte del metabolismo enzimatico, per quanto non scervi da interazioni farmacologiche, e soprattutto, da un minor rischio di sanguinamenti maggiori rispetto al warfarin. Il dabigatran si diffe-

renza per il maggior metabolismo renale che ne limita l'utilizzo in caso di grave insufficienza renale. I dati emersi dagli studi RE - LY, ROCKET e ARISTOTLE mostrano dati così positivi da incoraggiare l'utilizzo di tali farmaci anche in pazienti naive. I possibili limiti quali l'impossibilità di monitorizzare l'effetto anticoagulante e l'assenza di eventuali antidoti appaiono relativi e in termini

di farmacoeconomia, come ben evidenziato dal Dott. Marco Tubaro, gli studi di costo - beneficio mostrano un risultato a favore dei NAO a seconda del tipo di paziente e dal grado di TTR ottenuto in terapia con warfarin (vedi diapositiva). Come sempre, prima di tutto è bene valutare il paziente, poi la terapia più adeguata a quel paziente. ♥





IL 50° (1963 - 2013) anniversario dell'ANMCO Buon Compleanno alla nostra casa!

DI SABINO SCARDI

Oggi 50 anni sono un batter di ciglia, ma 50 anni sono anche una vita.

Cinquant'anni di cammino con l'eccellenza della Cardiologia; la meravigliosa storia della nascita e dello sviluppo della Cardiologia ospedaliera italiana e dell'ANMCO attraverso spunti di riflessione. Il mio Amarcord e l'aiuto della memoria di alcuni colleghi che vissero quei tempi, mi hanno molto aiutato a tratteggiare il profilo dei Pionieri ed è stato per me un grande onore ricordarli. Un anniversario rappresenta un'occasione straordinaria

per celebrare un momento importante nella storia della nostra Associazione professionale che in Italia ha svolto e svolge un'azione simile a quella dell'American College negli Stati Uniti. L'ANMCO, la nostra casa, è stata il frutto di una iniziativa coraggiosa di 42 Pionieri che nel giugno del 1963 la costituirono ufficialmente a Venezia grazie alla disponibilità di Vincenzo Bellini. Per conoscere i dettagli dell'iniziativa mi rivolgo al Presidentissimo Giorgio Antonio Feruglio, che guidò l'Associazione negli anni dal 1970 al 1972 e poi dal 1984 al 1988,

e la sostenne sempre scrivendone la storia. L'idea nacque dalla sua visita all'American College of Cardiology a Bethesda. Ne parlò con i Cardiologi ospedalieri localmente più vicini: Bellini di Venezia e Cuzzato di Treviso che a Venezia si incontrarono il 26 aprile 1963 con Tumiotto (Ravenna), Bassi (Monfalcone), Masini e Lombardi di Lucca, Levi (Brescia) e insieme formularono i motivi e le premesse per costituire una Associazione di Cardiologi che operavano nei servizi ospedalieri. Bozza di Statuto, veloce Censimento, Consiglio Direttivo provvisorio, convocazione di una Assemblea a Bologna alle ore 11.00 del giugno 1963. Su un totale di 42 aderenti ne erano presenti 23. Una votazione unanime elesse il primo Consiglio Direttivo (Tabella 1). Posero come obiettivi primari il riconoscimento della Cardiologia come specialità autonoma, la creazione di strutture cardiologiche in tutti gli Ospedali e lo sviluppo della Cardiologia sul piano culturale, didattico e della

PRIMO CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ANMCO

Presidente: V. Puddu (Roma)

Vice Presidente: G.A. Feruglio (Udine)

Segretario - Tesoriere: E. Bellini (Venezia)

Consiglieri: E. Tumiotto (RA), M. Lombardi (LU), G. Petrucci (PZ), G. Roella (VA)

Revisori dei conti: F. Giacomelli (VE)

Probiviri: V. Cuzzato (TV), V. Masini (LU), G. Invernizzi (BG)

Tabella 1

LE PRIME INIZIATIVE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Le iniziative successive

1. Primo numero del Bollettino: "Cardiologia negli Ospedali" (25 maggio 1964)
2. Gennaio 1965: DM per riconoscimento della Cardiologia come specialità autonoma negli Ospedali (G.Uff n.20, pag 365)
3. Inserimento della Cardiologia nei servizi ospedalieri (DPR 128;27.3.69)
4. Esplosione della Cardiologia negli Ospedali
5. Costituzione delle Sezioni Regionali ANMCO
6. Giornata di studio sui problemi della Cardiologia negli Ospedali
7. Corsi superiori di Cardiologia al De Gasperis di Milano e al S. Camillo di Roma
8. Brescia: Primo Simposio Nazionale sulla terapia intensiva cardiologica
9. 1970: 1°Congresso Nazionale ANMCO a Venezia alla Fondazione CINI

Tabella 2

ricerca. Le successive iniziative sono riportate nella Tabella 2. Fra le più importanti: l'organizzazione del Primo Congresso dell'ANMCO (Figura 1), un congresso "innovativo" fatto solo di comunicazioni senza le lunghissime e noiose relazioni dei "baroni". Nel discorso inaugurale Feruglio disse fra l'altro: «... Non vuol essere un nuovo congresso e neppure un congresso di contestazione, vuol essere il nostro congresso, quello dei Cardiologi ospedalieri, con il quale vogliamo inserirci con un movimento più ampio anche nel nostro Paese, che mira ad allargare le prospettive della ricerca associando gli Ospedali al movimento scientifico fino ad ora configurato solo nelle Università, perché i Cardiologi ospedalieri sono i più attratti dal fascino della ricerca e i più fecondi sul piano della produzione scientifica». Invece alla cena sociale definì così l'ANMCO: «... La nostra è un'Associazione un po' particolare,

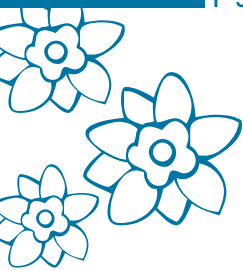
non si sa bene come definirla, se scientifica o sindacale o più semplicemente un gruppo di amici per i quali la gioia di rivedersi e di stare insieme non conta meno dell'interesse per l'ordine del giorno e per il programma scientifico». Il Presidente eletto, Prof. Vittorio Puddu, è stato ritenuto da tutti il fondatore a Roma della moderna Cardiologia ospedaliera agendo anche sul piano politico perché fra l'altro era Presidente della Società Internazionale di Cardiologia. Con il primo Centro Cardioreumatologico di Roma dette lo stimolo alla diffusione nazionale e al riconoscimento operativo della Cardiologia ospedaliera italiana autonoma, rafforzati in seguito dall'istituzione della prima Divisione di Cardiologia in Italia al S. Camillo di Roma nel 1955. Istituì per primo in Italia un laboratorio di emodinamica, l'Unità Coronarica, il Centro di riabilitazione e l'Unità di epidemio-



Figura 1

logia e prevenzione cardiovascolare, realizzando il primo Dipartimento Cardiologico non riconosciuto dal Ministero. Deve essere considerato perciò l'antesignano della Cardiologia ospedaliera nel nostro Paese. Non solo, ma è stato anche uno dei leader della Cardiologia internazionale. Principale ricercatore (in collaborazione con Alessandro Menotti) del segmento italiano del Seven Country Study con Keis e White. Fondatore insieme a Lenegre, Chavez, Wood, Levine e White della Società Internazionale di Cardiologia di cui fu Segretario Generale e dal 1972 Presidente. Conosceva a quei tempi ben quattro lingue! Favorì l'istituzione della Commissione Ministeriale per la Cardiologia e la Cardiochirurgia (anche questa alle prese con la Chirurgia Generale dell'Università) e la fusione SIC - ANMCO,





organizzando nell'aprile 1978 il Primo Congresso congiunto che si tenne a Bari nel maggio. Lasciò la presidenza nel 1970, ma fu nominato Presidente Onorario. È morto di Parkinson nel 1991.

Gli altri Pionieri dell'ANMCO

Molti di loro non sono più fra noi... ma con impossibili conversazioni - come le ha definite Bovenzi con una espressione azzeccata - ricordiamo almeno i Presidenti (Figura 2). È nostro dovere ricordarli a tutti i Soci, e in particolare a quelli più giovani, perché abbiamo nei loro confronti un debito di gratitudine. Nelle fasi iniziali, grazie all'entusiasmo di questi Pionieri, la nostra Associazione ebbe uno straordinario ritmo di crescita, adeguandosi all'evoluzione dei progressi scientifici ed organizzativi internazionali. Il nucleo storico con spirito pionieristico, fervore culturale ed associativo, il 23 maggio 1964 pubblicò il primo numero del Bollettino che divenne nel tempo il Notiziario e in seguito la rivista "Cardiologia negli Ospedali". Nel 1971 nacque il "Giornale Italiano di Cardiologia" (GIC) che, nei suoi 40 anni di storia, ha rappresentato la Rivista scientifica della Cardiologia Italiana, testimone della crescita culturale dei Cardiologi nazionali. Di conseguenza si formò nel tempo un gruppo di ricercatori che nel 1984 dette la possibilità all'ANMCO, in collaborazione con l'Istituto Mario Negri di Milano, di realizzare il GISSI - 1 i cui risultati permisero alla comunità cardiologica italiana di stabilire la nuova "cura" dell'infarto del mio-

Figura 2



cardio, non solo a livello nazionale ma anche internazionale, dopo la pubblicazione dei risultati su Lancet nel 1986. I vari presidenti, che si sono succeduti, e particolarmente nei primi anni, con lo statuto, l'organizzazione e le linee strategiche, hanno favorito la crescita delle strutture cardiologiche italiane assicurando una Rete ospedaliera capillare. Non limitarono però l'attività ai soli aspetti sindacali, ma promossero anche la formazione, lo studio e la ricerca, affrontando infine complessi problemi organizzativi come la promozione, l'istituzione e lo sviluppo della Cardiologia negli Ospedali italiani.

Ricordiamoli in una rapida carrellata

Al Prof. Vittorio Puddu seguì Pier Luigi Prati, un presidente gentleman che rinunciò alla carriera universitaria perché voleva fare il Cardiologo (al Lancisi di Ancona e poi al S. Camillo di Roma) e non il Patologo medico. La sua presidenza durò solo un anno per le divergenze tra SIC e ANMCO. Nel marzo 1974 fu eletto Giacomo Binda, un presidente "incalzante" che considerava l'ANMCO «una sfida che bisognava vincere». Per lui, l'ANMCO era

un'Associazione di servizio a disposizione dei Soci, che doveva promuovere lo sviluppo e la "difesa" delle strutture cardiologiche ospedaliere, ma anche la crescita culturale e formativa dei Cardiologi italiani (organizzazione del Primo Congresso ANMCO, Corsi di aggiornamento al Niguarda di Milano ecc.). All'epoca i tempi erano duri: da un lato i "baroni" accademici, l'ostruzionismo e le angherie dei Primari Medici, dall'altro la scarsa partecipazione dei politici alla programmazione sanitaria, avevano creato una situazione insostenibile... Ai suoi tempi i Soci ANMCO erano già 2.000 (Tabella 3) con una distribuzione omogenea in tutto il territorio nazionale. La sua attività organizzativa fu incessante (Tabella 4). A Buenos Aires, in occasione del Congresso Mondiale di Cardiologia mi disse in privato: «*gli uomini si dividono in due categorie, quelli che con una mano pigliano e con l'altra danno e quelli che con tutte e due pigliano, l'ANMCO si deve servire dei primi e non dei secondi. Eligio Piccolo è uno dei primi, fatele Presidente al mio posto perché presto non ci sarò.*» Morì il 2 dicembre 1976. Fu eletto Presidente Antonio Masoni, romagnolo purosangue che dopo

LA FORZA ANMCO NEL 1976

Quale la nostra forza nel 1976 alla fine del tuo mandato

- 2.000 soci
- 19 Sezioni Regionali
- 120 divisioni
- 265 Servizi di Cardiologia
- 220 Unità Coronariche
- 19 Primari
- 70 Aiuti dirigenti
- 110 Aiuti
- 300 Assistenti
- Con una distribuzione omogenea in tutto il territorio nazionale

Tabella 3

LE INIZIATIVE SOTTO LA PRESIDENZA BINDA

Cosa hai fatto sul piano organizzativo

Intesa fra Ministeri della Sanità e Pubblica Istruzione per la riforma sanitaria e il Piano Sanitario Nazionale triennale:

- A. Inserimenti degli Ospedali nella formazione post-laurea dei medici (scuole di specialità)
- B. Inserimento e formazione di infermieri specializzati
- C. Interventi in campo preventivo e riabilitativo per le malattie CVS
- D. Adeguamento degli impianti e delle apparecchiature
- E. Iniquo provvedimento sulle "materie affini" per i concorsi
- F. Ricerca negli Ospedali: vedi larga adesione al progetto GISSI-1 (streptochinasi nell'IMA), 600 comunicazioni al XV Congresso ANMCO
- G. Attività della commissione ministeriale per la cardiologia e cardiocirurgia con il nostro contributo di esperienze e di proposte

Tabella 4

aver conseguito tre docenze, si recò a Città del Messico per imparare la Cardiologia diventando poi Primario a Ferrara. Ricordo una sua celebre, piccante risposta ad un'affermazione di Cesare Bartorelli (Presidente SIC) in un Congresso SIC - ANMCO «non vorrei apparire come Antonio che pronuncia il sermone sul cadavere di Cesare», segnando così l'inizio di un nuovo rapporto fra i Presidenti delle due Società. Sotto la sua presidenza organizzammo insieme il primo studio policentrico dell'ANMCO sul trattamento randomizzato dell'ipertensione arteriosa con timolo e alfametildopa. Fu anche Direttore

del GIC. Per celebrare il decennale del Giornale preparò una pubblicazione ad hoc: 10 anni di Cardiologia in Italia. Al 1978 risale l'elezione di Antonio Lotto per una difficile presidenza caratterizzata dalla Scissione ANMCO - SIC. In occasione del rinnovo delle cariche direttive accadde un fatto molto grave riportato anche dalla stampa nazionale (Figura 3): la maggior parte degli ospedalieri aveva indicato il Prof. Fausto Rovelli come candidato alla Presidenza e invece fu il Prof. Angelino (ospedaliero di estrazione universitaria) ad essere eletto presidente con l'appoggio dei soli universitari. Immediata la

reazione del Consiglio Direttivo ANMCO: fu deciso di sospendere il Congresso Congiunto, di chiedere le dimissioni dei Soci ANMCO dalle cariche nella SIC e fu stabilita l'incompatibilità tra appartenenza all'ANMCO e alla SIC. Una affollata e accaldata Assemblea straordinaria, a Roma il 9 gennaio 1982, deliberò l'incompatibilità di appartenenza dei Soci ANMCO ad altre Associazioni, che gli iscritti ad altre associazioni decadevano dalla qualifica di Soci ANMCO e dovevano notificare alla segreteria nazionale le avvenute dimissioni; infine venne decisa la sospensione del Congresso Congiunto ANMCO - SIC del 1982 e seguenti. Solo molti anni dopo si realizzò il riavvicinamento per tutelare il ruolo della Cardiologia italiana anche nei confronti della Società Europea di Cardiologia. Dopo lunga gestazione, fu costituita nel 1998 la Federazione Italiana di Cardiologia che raggruppa ora circa 14.000 Cardiologi italiani. Ma sotto la presidenza Lotto partì il GISSI - 1 i cui risultati furono pubblicati nel 1986 su Lancet "Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction" (Figura 4). E mi piace qui ricordare ai più giovani l'opera straordinaria di Fausto Rovelli e di Silvio Garattini, insieme ad altri, per l'impegno profuso nella concezione, organizzazione e conduzione dello studio che aprì nuove prospettive internazionali alla ricerca dei Cardiologi ospedalieri italiani. Dopo di lui fu il turno di Pasquale Solinas che con il suo programma

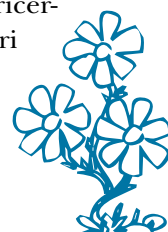




Figura 3

“L’ANMCO in periferia” favorì, con manifestazioni culturali ed iniziative politiche nelle varie regioni italiane, il contatto con la popolazione laica. Sotto la sua presidenza fu avviato un Comitato per l’educazione sanitaria della popolazione con la pubblicazione su SALVE della rubrica “Parole dal Cuore”. Introdusse anche nuove tecnologie di comunicazione, il servizio bibliografico, l’Annuario Soci, la contabilità informatizzata, riunioni organizzative per il GISSI-2, l’incontro a Roma con la delegazione dell’American College of Cardiology diretta da Richard Conti e infine il Centro per la ricerca (poi Centro Studi proposto e realizzato da Luigi Tavazzi). Nel 1994 fu eletto presidente Pier Filippo Fazzini che dette un grande contributo al ritmo dei veloci cambiamenti dell’ANMCO. Fiorentino purosangue, giocando in casa a Firenze, assicurò all’ANMCO prima la sede di via S. Monaca 2 (Palazzo Massei in Figura 5) e in seguito quella prestigiosa di Via La Marmorata che tutti conoscono. Battagliero, organizzatore eccellente, dittatore benevolo ma con mano ferma, energico, con capelli folti, bianchi e lanosi e voce imperiosa favorì lo svolgimento a Firenze di tanti

congressi e per molti anni è stato “il presidente reale dietro le quinte”. Ma... altri Presidenti viventi e attivi hanno contribuito in maniera importante alla crescita della nostra Associazione: Michele Lombardi, Eligio Piccolo, Carlo Vecchio, Massimo Santini, Nicola Mininni, (Fondatori di Heart Care Foundation), Gian Luigi Nicolosi (Fondatore del Journal of Cardiovascular Medicine), Alessandro Boccanelli, Giuseppe Di Pasquale, Francesco Chiarella, Salvatore Pirelli, Marino Scherillo... e ci aspettiamo molto da Francesco Maria Bovenzi. Tuttavia non posso non fare un cenno particolare a Luigi Tavazzi, creatore delle Aree ed ideatore e fondatore del Centro Studi. L’ANMCO è stata una forza importante per il miglioramento della qualità delle cure per i cardiopatici perché ha fornito ai suoi membri gli strumenti per rispondere alle sfide delle malattie cardiovascolari, favorendo la crescita culturale e formativa dei Cardiologi ospedalieri con congressi, simposi, corsi intra ed extramoenia e, con il Centro Studi, la ricerca.

Migliorare il futuro guardando al passato

Per l’ANMCO possiamo parlare di un ciclo vitale che comprende la



Figura 4

gestazione, la nascita, l’adolescenza e infine l’età adulta. Per migliorare il futuro guardando al passato, è necessario potenziare l’Associazione in continuità con un fantastico passato, favorendo innovazione e sviluppo e superando la superspecializzazione con la costituzione dei Dipartimenti, al di là del Sistema Sanitario per intensità di cura, rinforzando però i rapporti Ospedale - Territorio per assicurare una vera continuità assistenziale. La nostra specialità ha contribuito enormemente ad aumentare la qualità della cura negli ultimi 50 anni, ma la marea inesorabilmente crescente di pazienti affetti da malattie cardiache e vascolari richiede ulteriori progressi. Gli ultimi 50 anni hanno permesso di comprendere molti fenomeni cardiovascolari e hanno offerto strumenti reali per prevenire e combattere le malattie di cuore. Abbiamo iniziato a capire i meccanismi biochimici, meccanici ed elettrici, le vie attraverso cui il cuore è danneggiato e muore, cosa succede quando si rompe la placca in un’arteria e le fibre cardiache s’indeboliscono, una camera atriale fibrilla e come, dopo un attacco cardiaco, le fibre del miocardio muoiono in massa. Quando saremo capaci



di fermare la catena di questi eventi avremo sconfitto le malattie cardiovascolari. Nel futuro i Cardiologi devono non solo curare i pazienti, ma anche organizzare e coordinare la “cura” per migliorare l’assistenza. Perciò la formazione deve includere la gestione, i costi, il rapporto costo/beneficio. Il miglioramento della qualità della cura, centrata sul paziente, richiede nuove competenze che devono essere sviluppate, integrando i sistemi di assistenza sanitaria.

Pensando al futuro della Sanità

La medicina cardiovascolare fra tecnologie più avanzate, tecniche più costose, condizioni più sensibili ai mutamenti di vita e le più profonde scoperte scientifiche subirà cambiamenti radicali nella tecnica e nella comprensione dei fenomeni cardiaci. Anche l’assistenza sanitaria subirà cambiamenti radicali nella struttura. Tutte queste nuove scoperte e tecniche saranno capaci di prolungare la vita della gente? In ogni caso è del tutto possibile che, nei prossimi 50 anni, l’introduzione di nuove terapie permetterà probabilmente alla gente di vivere più a lungo e soprattutto meglio. Però la qualità della cura per i nostri pazienti deve continuare ad essere il principio guida.

Ma i Fondatori dell’ANMCO cosa si aspettano da noi?

Pensando al futuro, l’immaginazione è infinita ma i progressi sono spesso incerti e lenti a causa di molti

Figura 5

vincoli. Ad esempio per verificare e valutare i nuovi progressi è necessario molto tempo. La tecnologia e la scienza potrebbero effettivamente sconfiggere le malattie cardiovascolari. Ma il futuro è ignoto perché ha troppe incognite. Dobbiamo rimuovere i pregiudizi che ostacolano la via alla buona Cardiologia e alla buona ricerca, offrendo però ai nostri pazienti l’assistenza sanitaria economicamente più responsabile possibile.

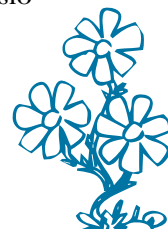
I costi della cura

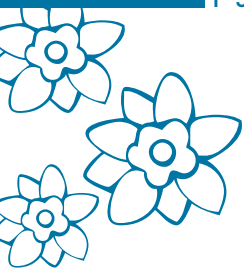
Dagli anni ’70 i costi per l’assistenza cardiologica sono cominciati a salire in coincidenza con i notevoli progressi della Cardiologia mondiale che hanno migliorato nettamente la qualità dell’assistenza, favorendo il declino della mortalità cardiovascolare; tuttavia la malattia cardiaca non è stata debellata. Anzi, il declino della mortalità in fase acuta ha favorito l’invecchiamento della popolazione, incrementando la prevalenza delle malattie cardiache croniche (in particolare l’insufficienza cardiaca) con importanti conseguenze economiche. Una sfida importante e difficile sarà il finanziamento per la diagnosi e la cura di queste malattie. Quali le opzioni? L’aumento del PIL nazionale con maggiori risorse per la Sanità, la riduzione dei costi della cura acuta e cronica con gli interventi preventivi o, con le conquiste scientifiche, metodi innovativi per un’assistenza più efficiente e più efficace. Le nuove modalità di imaging e i device sono molto costosi perciò devono essere utilizzati in modo appropriato e saggio e l’ANMCO deve sviluppare Linee Guida per il loro uso.

Chi è il nuovo Cardiologo?

Il Cardiologo “nuovo” è particolarmente interessato all’imaging, scarsamente rilevanti: anamnesi, stetoscopio, esame obiettivo, elettro-

cardiogramma, che invece sono elementi chiave nella gestione dei cardiopatici. In Cardiologia si assiste ad un sovrautilizzo delle immagini che ha incrementato i costi delle cure. Non si può indirizzare l’attenzione solo alle immagini e ai numeri sullo schermo del computer, prestandone poca per la valutazione dei problemi del paziente e senza impiegare tempo per capire il contesto del disturbo (NEJM 2008,359,2784). Il Cardiologo esperto integra le informazioni del paziente, derivanti dalla storia clinica e dall’esame obiettivo e di laboratorio, per richiedere uno studio di immagine, essenziale per l’assistenza di alta qualità. Un Cardiologo di prim’ordine s’impegna a fornire assistenza individuale, conoscendo la storia dei pazienti e delle loro famiglie, il tipo di lavoro, lo stile di vita ecc, tutti elementi da aggiungere alla valutazione. Ciò consentirà di fornire un’assistenza eccellente a costi minori. I nostri pazienti non si aspettano solo Medici di imaging o interventisti. Attendono da noi soprattutto consigli sulla loro situazione cardiologica, chiedendoci una terapia personalizzata, sicura, efficace e appropriata. Noi Cardiologi dell’ANMCO dobbiamo soddisfare queste aspettative (“Significant advances in new clinical applications (CT, CMR) such as hybrid cardiac imaging and perfusion CT” EHJ 2013,34,310; “Medicare patients often receive unjustified repeat tests” Medscape Medical News Nov 19,2012; “30% of echo tests inappropriate” (J Am Coll Img 2013, 6,297). Noi siamo Medici privilegiati perciò dobbiamo essere trasparenti nell’etica professionale per dormire meglio la notte. Pensando al futuro è necessario: migliorare la relazione Medico/Paziente e affinare il rapporto





IL FUTURO: LA RIVOLUZIONE GENOMICA

- Farmaci angiogenetici (endostatina)
- Farmaci miogenetici
- Terapie antiglicosilazione
- Vaccini per incrementare le HDL (avant) e antinicotina
- Terapie genomiche per riparare i danni postischemici e prevenire l'apoptosi
- Nuovi antibiotici
- I nutraceutici
- Nanotecnologia molecolare
- Nuove tecniche chirurgiche
- L'immaging
- Cuori di ricambio elettromeccanici
- Neo-organi

Ma il prolungamento della vita oltre il limite naturale é etico?

Tabella 5

con le industrie farmaceutiche ed elettromedicali. L'industria oggi é la fonte principale di finanziamento per l'aggiornamento, la ricerca e i congressi. L'ANMCO deve individuare e contenere eventuali conflitti d'interesse. Sicuramente dobbiamo partecipare agli studi clinici sponsorizzati, ma senza rappresentanti dell'industria nel Comitato Esecutivo e pubblicando i risultati anche se negativi. ROCHE (Basilea 26.2.2013) ha comunicato che permetterà l'accesso ai dati degli studi clinici anche a terzi. Infine é necessario che, nella formulazione delle Linee Guida, l'80% degli Autori non interagisca con l'industria (JAMA 2002; 287,612).

Commiato

Negli anni passati i Pionieri hanno sostenuto sforzi enormi per gestire i pazienti con eventi cardiovascolari con mezzi molto limitati (basti ricordare le prime UTIC o le sale di emodinamica). I progressi nella diagnosi e nella terapia medica e chirurgica, lo sviluppo di nuove tecnologie hanno impressionato i laici e la comunità cardiologica. I Fondatori dell'ANMCO hanno cercato di formare professionisti

qualificati in grado di prescrivere la cura cardiologica ottimale. Il XX secolo ha visto un'esplosione delle conoscenze cardiologiche stimolata dai progressi della scienza e della tecnologia con il fine di prolungare la vita dei cardiopatici o almeno di migliorarne la qualità, ma le malattie cardiovascolari restano tuttora la principale causa di morte. In ogni caso siamo fiduciosi che la medicina cardiovascolare non sarà quella vissuta dai Pionieri ma subirà cambiamenti importanti. Ad esempio la rivoluzione genomica (Tabella 5). Ma il prolungamento della vita oltre il limite naturale é etico? Giovannissimo assistente ho avuto il privilegio di stare vicino ai leader di questa Associazione e indirettamente ho vissuto gli sforzi e i contributi di ciascuno dei Presidenti che hanno promosso e favorito gli straordinari progressi nell'organizzazione della cura cardiologica nel nostro Paese. Essi hanno dato, in vario modo, l'impronta maggiore allo sviluppo dell'Associazione. Siamo cresciuti enormemente in questi 50 anni in un'organizzazione che rappresenta oggi circa 5.700 Cardiologi ospedalieri. Per diffondere le conoscenze

si richiedono nuove modalità educative e nuove strutture, e infine più spazi d'incontro per migliorare la formazione dei membri. Per concludere questa rassegna di Conversazioni Impossibili, a tutti i Pionieri vada il nostro riconoscimento per aver fondato, e/o favorito e sviluppato la Cardiologia ospedaliera italiana come branca autonoma, molto specializzata e aperta agli sviluppi internazionali. Una storia affascinante e meravigliosa della Cardiologia nel nostro Paese. L'ANMCO è la casa dei Medici che si specializzano nella cura del cuore ed ha incontrato e superato molte sfide nella sua storia. L'aumentata dimensione dei bisogni e delle responsabilità favorirà gli attesi ed entusiasmanti progressi nelle tecnologie di prevenzione e di trattamento per migliorare il futuro dei nostri pazienti. Tutti i Soci, vecchi e giovani, con spirito di servizio, devono sentirsi protagonisti della sua ulteriore crescita. È stato per me un grande onore ricordare i fondatori della nostra Associazione. Buon Compleanno alla nostra Casa. ♥



Diga di Assuan, Egitto

Il sale della vita

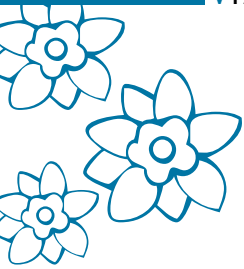
DI ANGELO MINGRONE

Nessuno di noi fatica a credere che l'acqua costituisce un bene di primissima necessità e che è indissolubilmente legata alla storia dell'uomo e allo sviluppo delle più importanti civiltà. Sulle sponde di fiumi come il Tigri e l'Eufrate, del Nilo, del Giordano, e dello stesso Tevere sono fiorite civiltà antiche che hanno dato una forte spinta al progresso dell'uomo, e verso le quali noi tutti siamo debitori, ed esse rappresentano l'orgoglio dei propri discendenti, più o meno diretti. Ricordo con quanta insistenza il mio insegnante di storia sottolineasse l'importanza del fertilissimo limo che, in occasione

delle piene, il fiume Nilo rilasciava sulle sponde del suo millenario corso, e di come esso consentisse, insieme a condizioni climatiche ideali, raccolti ricchissimi più volte all'anno. Sulle sponde del Tigri e dell'Eufrate si sono sviluppate le civiltà degli Assiri e dei Babilonesi, e ventuno secoli prima di Cristo il re Hammurabi compilò, insieme ai suoi giuristi, il famoso Codice che porta il suo nome, che rappresenta una testimonianza unica dell'antichità, di valore inestimabile per il formidabile contributo dato alla comprensione di questa civiltà al culmine del suo splendore. Sulle rive del fiume Tevere è poi sorta Roma e quindi l'Impero Romano, e

ai suoi esordi sull'isola Tiberina in mezzo al Tevere si trovava il Tempio di Esculapio, dio della Medicina, la cui costruzione in onore della divinità ebbe un ruolo fondamentale, secondo la leggenda, nella conclusione di una terribile epidemia di peste. Il possesso dei corsi d'acqua, come è facile immaginare, è stato causa dall'antichità ai tempi moderni di conflitti a volte anche sanguinosi, ed è probabile che in un futuro più o meno prossimo, a causa della esplosione demografica, del riscaldamento globale del pianeta e della politica prevaricatrice di qualche nazione su qualche altra, l'acqua sarà causa di tensioni e





La Salaria e le altre strade consolari romane

scontri tra diverse popolazioni. Esistono dei rapporti delle Nazioni Unite, e studi ad hoc commissionati dalla superpotenza americana che individuano in un futuro non troppo lontano il rischio di guerre tra stati i cui territori sono bagnati dal Nilo, dai fiumi Tigri ed Eufrate, o dai fiumi Mekong, Indo e Brahmaputra, per quanto riguarda lo scenario asiatico. Il motivo di fondo di questi conflitti è sempre lo stesso: lo scontro tra il diritto delle popolazioni di sfruttare a fini economici i corsi di acqua che attraversano i propri territori, costruendovi per esempio delle dighe per produrre energia elettrica, o degli acquedotti per irrigare terreni altrimenti aridi, e quello delle popolazioni a valle che reclamano le stesse opzioni ed opportunità. Se dunque tutti concordano

sul fatto che il possesso e lo sfruttamento delle risorse idriche è stato in passato e può, oggi come ieri, essere reclamato anche con la forza, molti di noi fanno invece fatica a credere che il sale sia stato, come l'acqua, causa di scontri e guerre altrettanto sanguinosi. Ed invece l'approvvigionamento del sale per la preparazione di cibi altrimenti immangiabili, o per la somministrazione di esso ai greggi, ha causato spesso tragedie di pari grado. Le mie reminiscenze scolastiche mi portano a ricordare la via Salaria, che da Roma portava (e porta ancora) ad Ascoli Piceno dove si trovavano le saline che rifornivano di sale i romani già al tempo dello scontro con i Sabini. Dalla porta Salaria, attraversato il fiume Aniene si proseguiva per la località Septem Balnea (l'odierna Settebagni) e

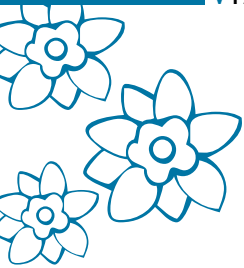
proseguendo per Rieti, risalendo il fiume Velino, si giungeva fino alla località Cotilia, sede di importanti acque solforose e ferrose, dove i Romani costruirono un famoso centro termale. Seguendo in direzione nord est il corso del fiume Velino, la Salaria, sfruttando le geniali soluzioni ingegneristiche dei collaboratori di Tito e Vespasiano che non di rado vi soggiornarono, si faceva strada attraverso i pendii e le ripide gole del Monte Terminillo per arrivare finalmente alla valle del Tronto e alla tanto agognata Asculum. Come non ricordare gli immortali versi del diciassettesimo canto del Paradiso della Divina Commedia di Dante: «Tu proverai sì come sa di sale lo pane altrui, e come è duro calle lo scendere e 'l salire per l'altrui scale». Il trisavolo Cacciaguida

predice a Dante l'esilio dalla sua amata Firenze e la necessità di dover andar ramingo in cerca di ospitalità presso le corti degli staterelli dell'Italia del 1300. In questo richiamo in parte metaforico al pane salato e a quanto in realtà costasse a Dante la generosità dei suoi mecenati, non pochi storici intravedono una proiezione delle lotte intestine tra fiorentini e pisani, i quali erano abituati a vessare Firenze attraverso ripetuti e gravosi incrementi del costo del sale, scatenandone non di rado la ribellione armata, e lotte intestine. Ma sicuramente una delle "guerre del sale" più aspre fu quella che oppose il Regno Pontificio a Perugia e che ebbe luogo nel 1540. Il Regno Pontificio viveva un periodo di sfarzo sfrenato e il desiderio di grandezza dei papi che occupavano il soglio di Pietro non conosceva limiti sfiorando sovente la megalomania. Erano in corso i lavori per la costruzione della grandiosa Basilica di San Pietro, occorrevano fondi senza limiti per far fronte alle enormi spese che questo grande progetto architettonico richiedeva, e la vendita delle indulgenze plenarie solo in parte riusciva a sopperire alla richiesta di liquidità. Per di più lo scisma di Lutero e l'allontanamento dei cristiani d'oltralpe dai dettami e dalla teologia di Roma, avevano determinato un grosso deficit di afflusso di denaro nelle casse vaticane, e di conseguenza (non avendo a disposizione un qualunque Monti contemporaneo e non potendo imporre alcuna IMU) le autorità papali

decisero di rifarsi su una città come Perugia, formalmente appartenente al Regno Pontificio, ma di fatto dotata di larga autonomia e in condizioni economiche abbastanza prospere grazie alla saggia guida della Signoria dei Baglioni. E così agli inizi del 1540 il papa Paolo III impose ai perugini, pena la scomunica, di non più approvvigionarsi del sale delle Saline di Siena, ma di acquistarlo unicamente dalle Saline pontificie a prezzo raddoppiato. Il rifiuto dei Priori di Perugia fu ritenuto da Roma come una vera e propria dichiarazione di guerra e il conflitto divenne inevitabile. Come apparve fin dal primo momento assai realistica la previsione della capitolazione di Perugia, certamente non in grado con i suoi fanti male armati e in numero largamente inferiore di far fronte ai 9.000 fanti dell'esercito pontificio bene armati e capitanati dal feroce e temibile capitano Pierluigi Farnese, reo, tra l'altro, di crimini anche nei confronti dello stesso vescovo di Fano. Perugia capitolò, le magnificenti case e palazzi, le ammirevoli torri e le superbe porte etrusche vennero devastate per sempre, e a loro posto fu costruita una grande fortezza papalina come sfrontato suggello del potere di Roma. La sconfitta di Perugia, la distruzione dei suoi capolavori architettonici e la povertà che si impadronì della comunità umbra precipitarono la città in uno stato di decadenza che si protrasse fino al Risorgimento e all'Unità d'Italia. In tutto questo periodo buio ai perugini non rimase altra rivale che questa di

panificare senza sale, inventando quello che ancora oggi è conosciuto in tutto il centro Italia con il termine di "pane sciapo". Evito, per non tediare il lettore, di parlare dei numerosi altri conflitti che insanguinarono l'Italia e l'Europa nel corso del medio Evo e dell'età moderna, per dire unicamente che la tassa sul sale è stata quella a cui più spesso hanno fatto ricorso i monarchi e i potenti di turno, perché ritenuta una delle più sicure e più lucrose. I nostri antenati, quindi, pur non conoscendo tutte le proprietà fisiologiche del sale, e del sale da cucina in particolare, ne comprendevano l'importanza al punto di essere disposti a tutto pur di venirne in possesso. Il sale da cucina o cloruro di sodio (costituito per il 60% da Sodio e per il 40% da Cloro) è un elemento di importanza vitale per il nostro organismo, che in definitiva non è altro che una soluzione salina nella quale sono immersi proteine lipidi e glucidi e altre molecole di minori dimensioni. Sodio e potassio governano l'equilibrio elettrochimico delle nostre cellule, lo svolgersi del normale metabolismo cellulare, e il flusso programmato di ioni dall'interno all'esterno della cellula è alla base di molte reazioni vitali del nostro organismo. Se non ci fosse scambio di ioni tra cellula ed interstizio, non sarebbe possibile per esempio registrare un elettrocardiogramma o i potenziali elettrici di una elettromiografia, non ci sarebbe vita. Il problema è che, per lo meno nelle società





Rocca Paolina, Perugia

occidentali, esso viene consumato in eccesso rendendosi responsabile di patologie, come l'ipertensione, che potrebbero essere evitate se si avesse cura di ridurne l'apporto. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda per esempio una assunzione di sale non superiore ai 5 grammi al giorno tenendo conto dei diversi fattori che potrebbero modularne le necessità, per esempio il caldo, la sudorazione, le perdite legate all'attività fisica ecc. Il consumo reale è invece sicuramente superiore e in Europa è pari a circa 11 grammi, cioè più del doppio. Una raccomandazione, quella dell'OMS, che si scontra con le nostre abitudini alimentari caratterizzate dal consumo di cibi conservati con quantità di sale superiore al necessario, con l'abitudine di aggiungerlo in eccesso ai cibi che consumiamo e con lo scarso utilizzo di condimenti come per esempio il limone o l'aceto che sono parimenti gustosi, ma senz'altro meno pericolosi di un quotidiano, costante eccessivo introito di cloruro di sodio. Il sale in eccesso però fa male: introdotto con la dieta si associa ad un aumento della incidenza di ipertensione arteriosa e delle conseguenti patologie cardiovascolari. Gli studi scientifici parlano chiaro: se si riducesse l'assunzione

di sale a meno di 3 grammi al giorno si avrebbe un drastico calo dei casi di ipertensione arteriosa, di infarto miocardico e di ictus cerebrali. Lo studio INTERSALT ha documentato in modo chiaro che la pressione arteriosa risulta tanto più elevata, quanto maggiore è la quantità di sale che giornalmente viene assunta. E nel corso del Congresso Nazionale ANMCO del 2011 è emerso in modo chiaro che un cucchiaino da tè di sale in meno ogni giorno potrebbe evitare 67.000 casi di infarto e 40.000 casi di ictus all'anno, con evidenti ripercussioni positive sulla nostra salute e sulla economia della nostra nazione, così in difficoltà in questo periodo. Non tutte le nazioni sottovalutano il problema del Sale: in Finlandia, per esempio una drastica riduzione del suo consumo ha determinato una riduzione del 75% dei casi di ictus e della mortalità coronarica e un aumento dell'aspettativa di vita di ben 5 - 6 anni (dati di Paolo Verdecchia, tra i più bravi Cardiologi italiani). Come si può facilmente intuire si tratta di un problema apparentemente semplice, ma che in realtà non può prescindere da una adeguata informazione capillare che può essere fatta solo con il contributo della classe dirigente. Assai più modestamente nella mia

attività quotidiana raccomando sempre, come anche i miei colleghi, di ridurre il consumo in eccesso del sale ai miei pazienti. La riduzione potrebbe avvenire per gradi in maniera tale da renderla più accettabile, e da consentire in definitiva di apprezzare meglio le qualità organolettiche dei cibi che consumiamo. Ma è un fatto che questo tipo di raccomandazioni vengono quasi sempre disattese, per la difficoltà non piccola di dovere cambiare abitudini e stile di vita. I pochi che riescono a ridurre il consumo di sale, però, non tornano indietro su questa scelta, dichiarando di sentirsi meglio e di controllare meglio la propria ipertensione. Tornando infine al pane sciapo, cioè alla panificazione senza sale del centro Italia, essa potrebbe essere una delle tante soluzioni a portata di mano, utile e da secoli utilmente sperimentata dalle popolazioni di Umbria e Toscana. ♥





Cacao Meraviglioso

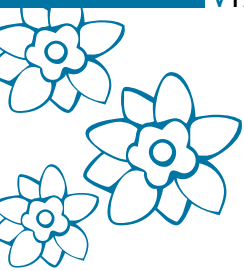
DI ELIGIO PICCOLO

Quando s'era ragazzi i genitori e poi anche il medico raccomandavano di andarci piano con la cioccolata perché, dicevano, provocava "riscaldamento". Termine che voleva essere un misto di ipercalorico e di irritante. Si diceva penalizzasse soprattutto coloro che tendevano a soffrire di varici emorroidarie. Più avanti ci siamo accorti che questo dolcissimo così gradevole a tutti conteneva in effetti un'alta percentuale di grasso, il burro di cacao, che doveva essere conteggiata e sommata nelle calorie della dieta, pena il sovrappeso. Problema che ai tempi

di Casanova e a quelli di Leopardi, entrambi ghiotti della cioccolata in tazza come usava allora, non si ponevano. L'avventuriero veneziano ne vantava addirittura le proprietà afrodisiache, e se lo diceva lui ci si poteva fidare; mentre il poeta recanatese che non riusciva a conquistare la bella Fanny Targioni - Tozzetti, la "dotta allettatrice", si lasciava andare nel suo irriducibile pessimismo. Che nel cantore dell'Aspasia era probabilmente genetico, mentre nei consumatori di cioccolato, secondo uno studio californiano della dottoressa Natalie Rose, il cambiamento di umore verso il

pessimismo sarebbe dovuto ai suoi principi attivi. Di queste proprietà negative del cioccolato non s'erano per nulla accorti gli aborigeni dell'America centro - meridionale, dal Messico all'Amazzonia, i quali lo usavano con gradevolezza da millenni in varie fogge e mescolanze. Se ne accorse per primo Cristoforo Colombo, ma il vero scopritore di questa leccornia fu Hernan Cortés, che l'aveva gustata alla corte di Montezuma e poi raccomandata a quella del re di Spagna. In Europa si diffuse a partire dal XVI secolo e ne furono particolarmente golose





le regine e le favorite di Francia, ma anche Voltaire che si dice ne bevessero una dozzina di tazze al giorno per combattere le debolezze dell'età. E poi giù giù fino a Mozart, Goldoni, Stendhal e perfino al morigerato Manzoni. Da 200 anni a questa parte molti artigiani si sono inventati metodi diversi per trasformare i semi della pianta, che il botanico Linneo aveva chiamato *Theobroma cacao* o cibo degli Dei, in tavolette o bastoncini solidi anziché nella bevanda già usata dalle popolazioni precolombiane. Italiani, inglesi, olandesi e svizzeri si sono sbizzarriti nella produzione dei vari tipi di cioccolata e cioccolatini, più o meno carichi di cacao, come nella varietà fondente, o mescolati al latte o a ingredienti vegetali come nel gianduia e nel surfìn. Oggi però l'attenzione dei medici si sta spostando dai problemi dietetici e iperglicemici a quelli delle proprietà intrinseche e medicamentose del cacao, che starebbero alla base degli effetti prodigiosi vantati dagli indigeni dell'America e che si teme siano andate in buona parte perdute con le moderne manipolazioni industriali. Sì perché il cacao avrebbe la capacità di ridurre la pressione alta, l'infarto, il cancro, l'ictus e il diabete. Scusate se è poco. Infatti, negli indios Kuna di Sam Blas in Panama, secondo uno studio del 2007, l'abitudine di bersi cinque tazze di cacao al giorno ha determinato proprio questi vantaggi rispetto alla stessa popolazione che vive nell'interno del paese e non ne fa uso. La ricerca scientifica

tuttavia non si è accontentata delle tradizioni Maya o amazzoniche e dei risultati epidemiologici sui Kuna, ma è andata a sfruculiare più a fondo sulle componenti biochimiche del cacao e sui loro effetti nel nostro apparato cardiaco e circolatorio. Si è così scoperto che i principali mediatori chimici contenuti nelle bacche di questo vegetale, quelli che avrebbero le proprietà benefiche sulle nostre arterie dilatandole e proteggendole in un certo senso dall'arteriosclerosi, sono i flavonoli e i loro derivati. Essi appartengono ai cosiddetti antiossidanti, sostanze che agiscono sulla sintesi dell'ossido nitrico. Alt, non protestate! Mi rendo conto che sono concetti ostici sia a me che a tutti i colleghi che non hanno dimestichezza con i complicati percorsi del metabolismo. Diciamo, ma non me ne vogliano gli esegeti di questa materia, che come il minio protegge il ferro dall'ossidazione, da cui la ruggine, così i flavonoli del cacao proteggerebbero le arterie dai loro guai, ossia dall'arteriosclerosi e le sue conseguenze nelle pericolose ostruzioni. Dopo le molte segnalazioni, in verità più da credenza popolare che scientifiche, finalmente ne è arrivata una di tutto rispetto scientifico dal Nutritional Epidemiology National Institute di Stoccolma (ottobre 2011), secondo la quale le donne che consumano più di 8 grammi di cioccolato alla settimana si ammalano meno di ictus, e in misura pressoché proporzionale alla quantità di quel dolce. Degli uomini non

si parla, ma forse per loro vale di più la protezione delle arterie del cuore e di altri distretti. Sull'onda di tutti questi dati positivi, scientifici o meno, il dottor Franz Messerli della Columbia University ha avuto l'idea di mettere in correlazione su un diagramma cartesiano il consumo di cioccolato in kg per anno e per persona (asse delle ascisse) e il numero di premi Nobel ogni 10 milioni di popolazione dei vari Paesi (asse delle ordinate). Il risultato è così suggestivo che la rivista medica più prestigiosa degli USA (NEJM) lo ha pubblicato. Vi si osserva infatti che conquistano più Nobel le nazioni che consumano più cioccolato, come la Svizzera e altri paesi del Nord - Europa, e meno quelle che ne mangiano poco, come la Cina e il Brasile. L'Italia, abituata ad esportare i cervelli anziché coltivarli, è in una posizione scadente. La Svezia al contrario è in super - pole position, il ché, a noi italiani abituati alle raccomandazioni, fa pensare a qualche spintarella. Alla luce di tante informazioni, non tutte purtroppo così chiare, sarebbe giusto andare più a fondo e magari essere informati se le sofisticate elaborazioni dell'industria cioccolatiera, oltre a non ridurre il grasso, certamente non dietetico, riducano piuttosto i flavonoli, come dimostrerebbero certi procedimenti di estrazione, privandoci dei vantaggi vascolari che secondo molte ricerche sembrerebbero avere. E poter concludere anche noi con Renzo Arbore "Cacao Meraviglia". ♥



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)



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

