



cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Non dimentichiamo
il colore del grano

Il Questionario
sul Rischio Clinico

Il Progetto ANMCO Academy

Quanto vale la mia
pubblicazione?

La trasformazione del
Cardiologo Clinico in
Cardiologo Intensivista

Tormenti di un
non più giovane Chairman

Un'idea per lo sviluppo
dell'Area Nursing: il WEB

Non ci resta che correre

Area Scopenso Cardiaco:
molte proposte ed idee da
concretizzare...

La cultura dell'emergenza

La Cardiologia al femminile

"Stent and Surgery" ovvero
come standardizzare la
terapia antiaggregante

Imaging e terapia di
resincronizzazione cardiaca:
a che punto siamo?

Morte Improvvisa
nel Giovane e nell'Atleta

La Cardiologia ospedaliera in
Sicilia tra Rete per l'IMA
e Spending Review

Fare di più non significa
fare meglio

Quella strana curva a U



LUGLIO/AGOSTO • SETTEMBRE/OTTOBRE 2013 N° 194 - 195

AMICI DELL'ANMCO: BOEHRINGER INGELHEIM



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

45° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO

Firenze Fortezza da Basso | **29-31 maggio 2014**



L'ARTE
DI FARE
CULTURA

ANMCO
2014



In copertina
Coração Independente Vermelho
[Red Independent Heart], 2005,
Joana Vasconcelos

N. 194/195 lugl./ago. - sett./ott. 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
Non dimentichiamo
il colore del grano p. 3
di Francesco Maria Bovenzi

DAL DIRETTIVO
IL SITO WEB p. 8

Il Questionario conoscitivo ANMCO
sul Rischio Clinico
di Maurizio Giuseppe Abrignani

IL CENTRO FORMAZIONE
Il Progetto ANMCO Academy p. 11
di Maurizio Giuseppe Abrignani, Emilia Biscottini, Stefania Angela Di Fusco, Daniele Grosseto, Giulia Russo

Target e sostenibilità p. 14
nei pazienti con dislipidemia ad alto
rischio cardiovascolare
di Emilia Biscottini

Meditazioni sulla gestione p. 16
dello STEMI tra Hub e Spoke
di Daniele Grosseto

Come affrontare lo scompenso p. 18
cardiaco riacutizzato
di Giulia Russo

Roadmap della prevenzione p. 19
dell'ictus nella fibrillazione atriale
di Angela Stefania Di Fusco

DAL COMITATO SCIENTIFICO
Quanto vale la mia pubblicazione? p. 20
di Stefano De Servi



INDICE

DALLE AREE

AREA EMERGENZA - URGENZA
La trasformazione del Cardiologo p. 26
Clinico in Cardiologo Intensivista
di Serafina Valente, Leonardo De Luca, Pierfranco Terrosu

**AREA MALATTIE
DEL CIRCOLO POLMONARE**
I tormenti di p. 30
un (non più giovane) Chairman
di Michele Azzarito

AREA NURSING
Un'idea per lo sviluppo p. 36
dell'Area Nursing: il Sito WEB
di Antonio Boscolo, Massimo Iacoviello, Sabrina Barro

**AREA PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE**
Non ci resta che correre p. 38
di Pier Luigi Temporelli

CARDIORUN
10 KM. DA CORRERE PER IL TUO CUORE
Vieni a correre "per il Tuo cuore!"
Parma, domenica 8 settembre 2013 - Piazza Garibaldi - ore 9.30
in occasione della Cariparma Running

PROGRAMMA
Sabato 7 settembre:
Parma, Piazza Garibaldi
ore 10.00 - 19.00: Informati Cardiologico (aperto al pubblico)
ore 16.00 - 19.00: Ritiro Sacchi Gola
Parma, Parco Ducale
ore 17.30: Cariparma Kids (aperto ai bambini dai 6 ai 12 anni)
Domenica 8 settembre:
Ore 7.00: apertura Informati Cardiologico
Ore 7.00: apertura Stand accoglienza
Cardiologi
Ore 9.30: CARDIORUN (10 km)
Ore 9.30: Cariparma Mezza Maratona
Ore 9.30: Corsi per la Vita (gara non
competitiva di 5 km) e Corsi per la Vita
Special (gara non competitiva di 10 km)

**3° Campionato Italiano
dei Cardiologi di Corsa su Strada**
La Cariparma Running è valevole come
Campionato Italiano Cardiologi di Corsa su Strada.
- La classifica individuale è basata sulle classifiche
della sola CardioRun (10 km competitiva).
- La classifica per squadre di ospedale/fittobito è
basata sulla somma dei km percorsi dai membri
della squadra considerando tutte le corse della
Cariparma Running, sia competitive che non.

Il progetto Cardiorun è promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore dell'ANMCO,
dall'Area Prevenzione dell'ANMCO e da GICP-IACPR.
Collaborano l'Azienda Ospedaliera Università di Parma e l'Azienda USL di Parma.
Supporto editoriale di **Cardiolink RUNNINGSPORT**
Per informazioni e iscrizioni: www.cusparma.it
Notizie e informazioni anche nei siti www.anmco.it/perituo cuore - www.iacpr.it - www.cardiolink.it
Be a role model: iscriviti!

POWERPADE AstraZeneca

AREA SCOMPENSO CARDIACO

News dalla Riunione
dell' Area Scompenso Cardiaco:
molte proposte ed idee da
concretizzare...

*di Giulia Russo, Nadia Aspromonte,
Giuseppe Di Tano*

p. 39

DALLE REGIONI

BASILICATA

La cultura dell'emergenza

*di Lucia Bolettieri
e Francesco Paolo Calciano*

p. 43



CALABRIA

La Medicina di genere:
la Cardiologia al femminile
di Cosima Cloro

p. 46

EMILIA ROMAGNA

"Stent and Surgery" ovvero
come standardizzare la terapia
antiaggregante prima della chirurgia
non cardiaca in Emilia - Romagna
di Alberto Menozzi e Stefano Urbinati

p. 47

FRIULI VENEZIA GIULIA

Imaging e terapia di
resincronizzazione cardiaca:
a che punto siamo?
di Ermanno Dametto

p. 50

PUGLIA

Evento "Cardiologie Aperte"
di Gabriele De Masi De Luca

p. 54



SICILIA

La Cardiologia ospedaliera
in Sicilia tra la speranza
della Rete per l'IMA
e la realtà della Spending Review
*di Ernesto Mossuti, Ignazio Smecca,
Giovanna Geraci*

p. 56

FORUM

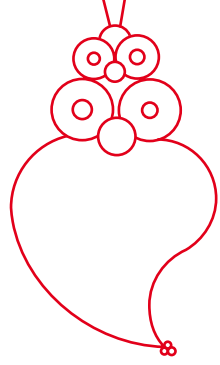
Fare di più non significa
fare meglio
*di Marco Bobbio
e Maurizio Giuseppe Abrignani*

p. 59

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Quella strana curva a U
di Eligio Piccolo

p. 63



Non dimentichiamo il colore del grano

DI FRANCESCO MARIA BOVENZI

“Ma piangerai!” disse il piccolo principe
 “E’ certo” disse la volpe
 “Ma allora che ci guadagni?”
 “Ci guadagno” disse la volpe,
 “il colore del grano”.

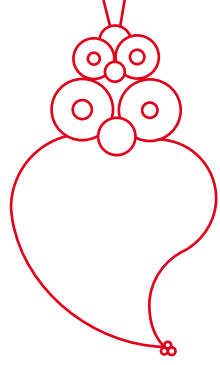
Tratto da “Le Petit Prince” di Antoine de Saint Exupéry

Un anno è già trascorso in cui mi onoro di aver guidato la più grande Associazione italiana di Cardiologia nel periodo forse più difficile e critico in 50 anni di storia. Ho provato un’esperienza personalmente molto sofferta, da cui è maturata un’opera positiva, direi uno stimolo per tutti e un invito di necessaria riflessione e buoni propositi. Nonostante le ineludibili difficoltà incontrate, queste non hanno impedito o ostacolato in alcun modo il lavoro associativo, condotto con l’abituale entusiasmo, creatività e con incondizionato spirito di servizio.

Con questo stato d’animo, volgo oggi lo sguardo indietro, sereno, per confrontarmi con quanto ho sognato di veder crescere, consapevole che in periodi non certo facili l’Associazione ha continuato a credere ed esprimere un gran bisogno di sacrificio nella difesa del bene comune, ma soprattutto ha auspicato una grande voglia di cambiamento, che spero di aver impresso con coraggio e umiltà nel lavoro, nei fatti e in un nuovo stile dialettico. Mi sono impegnato con equilibrio nel cercare di trasmettere certezze e nuove regole comportamentali, dando più importanza all’infor-

mazione e alla condivisione in Consiglio Direttivo e Nazionale. Ho sempre creduto nella forza dello Statuto e dei regolamenti, che hanno permesso di affrontare un’Assemblea elettorale straordinaria capace di esprimere il Presidente designato ANMCO per il biennio 2012-2014. Guidato da questi essenziali e prioritari principi è stato facile, quasi naturale, impersonare il ruolo di guida che mi è stato affidato nell’accrescere la partecipazione alle nostre missioni. Ho cercato di interpretare al meglio l’atteso spirito di cambiamento, ma anche di unitarietà dialettica investendo

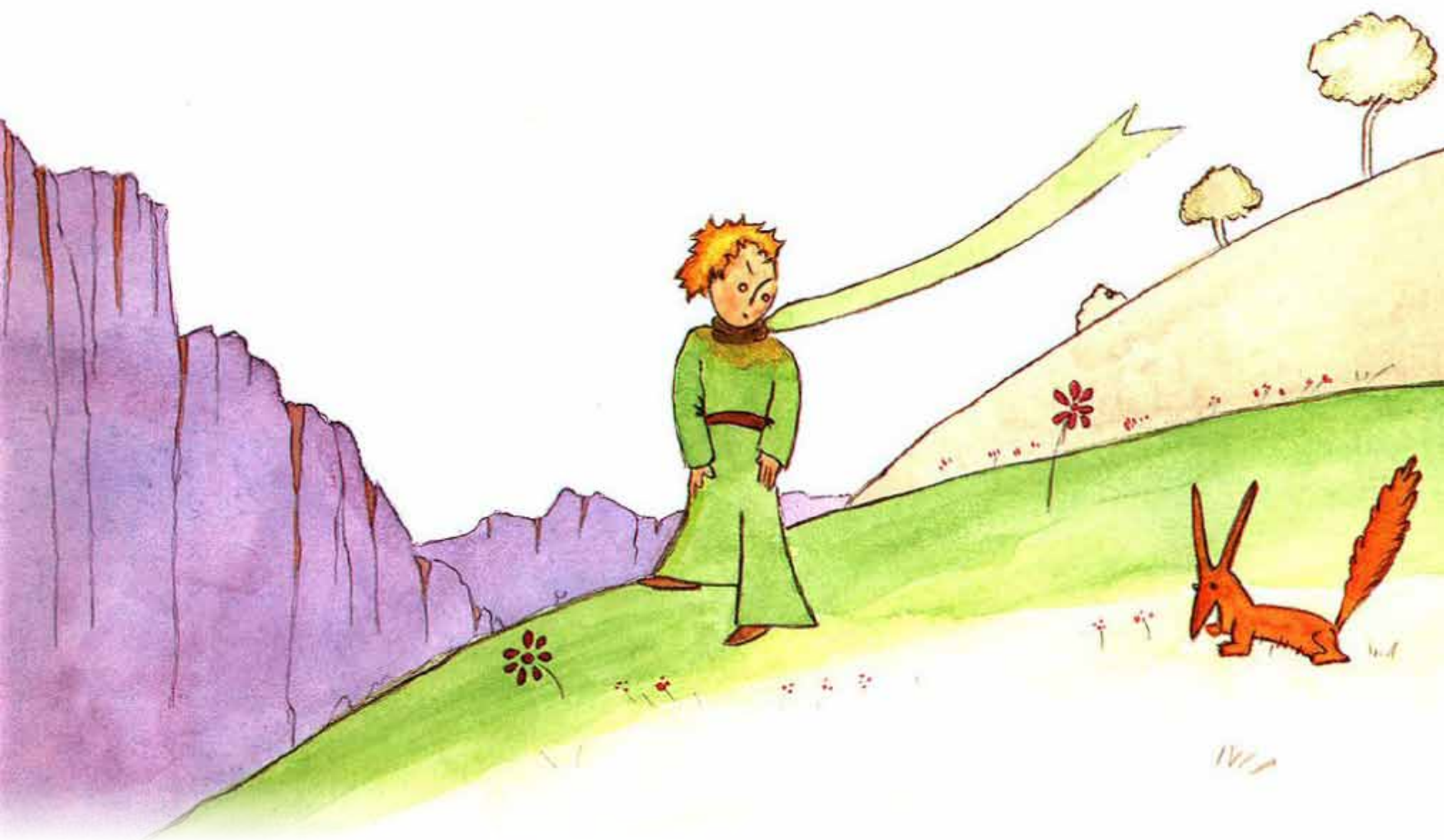




in relazioni umanamente forti, ma sempre molto discrete. Un'ANMCO diffidente del domani delle compiacenti promesse, è sempre rimasta ancorata alla volontà degli associati, ancor più è stata il presente dell'incondizionato servizio, senza il quale non ho mai pensato di immaginare nel mio piccolo alcun promettente futuro. Proprio su questi principi non è stato difficile contrastare il banale populismo associativo delle ambizioni personali e quella sommissa filosofia associativa del *do ut des*. Con queste premesse, l'ANMCO determinata da basi di rigore, di coerenza e di rinnovamento non è mai apparsa debole, confermandosi un grande patrimonio culturale al servizio degli Associati, non da ereditare, non in vendita, ma da conquistare con l'impegno, la condivisione, l'umiltà, il sacrificio personale. Non bisogna, inoltre, sottovalutare il fatto che con grande attenzione è stata affrontata e stabilizzata l'imperante crisi economica interna che abbiamo ereditato. Ci siamo riusciti e i conti economici del

Centro Servizi ANMCO presentati in perdita nell'ultima nostra Assemblea muovono oggi in positiva controtendenza. Con uno scatto di orgoglio abbiamo sin dal primo momento lavorato per organizzare un Congresso più snello e contrattualmente forte, ma al tempo stesso scientificamente non meno attraente con un programma definito a fine 2012, un impegno che assumiamo anche per quest'anno. E così, il lavoro intenso del Consiglio Direttivo è stato premiato e nonostante la congiuntura delle difficili sponsorizzazioni il Congresso è stato per noi un successo. Ma non basta, perché responsabilmente abbiamo avviato, da un lato un taglio deciso a molti dei costi interni di gestione, dall'altro prodotto investimenti culturali nella formazione con una ricca programmazione in linea con una virtuosa continuità gestionale per il domani. "L'ANMCO che vorremmo", presentata un anno fa sulle pagine di *Cardiologia negli Ospedali*, è anche quella della rinnovata ricerca più propriamente associativa (CYCLE, EYESHOT, STEM-AMI, STAR,

BLITZ IN-HF), ma anche quella che continua con forza a credere nelle sue grandi potenzialità. Nonostante questi buoni propositi e successi, resta ancora critico il superamento di alcune logiche interne irrigidite nella consuetudine, nel *laissez faire* di un'amalgama di vecchie dinamiche che tendono a rigettare il rinnovamento, magari riproponendo propositi incompiuti, che contribuiscono a limitare l'espressione, la meritocrazia e la voce dei Soci, a cominciare dai giovani. In un momento di difficoltà cresce il bisogno delle scelte pragmatiche, ma ancor prima serve rinforzare i legami, mettere da parte le divergenze, stimolarsi l'un l'altro con rispetto per lavorare insieme, consolidando il senso di appartenenza e partecipazione. In quest'anno trascorso non credo di aver vissuto su particolari glorie o sul facile personalismo presidenziale, discretamente ho creduto nei sacrifici e nella costante dedizione per gli altri. Forse non avrei mai immaginato che sarebbe stato per me così difficile, pur consapevole che vivere l'ANMCO alla ricerca di fare e



diffondere cultura e conoscenze non sarebbe stato certo un cammino facile, ma è stato indispensabile credere e provare a rinunciare in qualcosa di sé per dare forza alla partecipazione dei tanti.

Questa svolta determinata non rinnega il passato, ma lo rivive nelle sue speranze, perché nulla sarà impossibile da realizzare se continueremo ad investire nei punti prioritari della nostra mission che muovono tra formazione e ricerca.

Un altro critico aspetto è la difesa della Cardiologia dalle nuove logiche organizzative ospedaliere. Un passaggio difficile della nostra storia che non può essere ricondotto a difese corporative o peggio a slogan o concilianti parole di speranza, come si vorrebbe far credere, deve essere una pratica quotidiana di impegno e nuova cultura scientifica e organizzativa, non un'alternativa personale, ma un costante esercizio frutto del senso comune di appartenenza, di considerazione

e valorizzazione delle radici culturali. Questo viaggio in continuo divenire, fatto di scelte e rinunce coraggiose, contiene anche illusioni e speranze come tante meravigliose realtà, alcune ancora inesprese, ma soprattutto è sorretto da concretezze oggettivabili.

Queste linee di pensiero, per certi versi umanizzanti e di rinnovamento organizzativo, non hanno avuto particolari vincoli, se non aver creduto nell'importanza di lavorare insieme nel Consiglio Direttivo e Nazionale con cui ho voluto condividere ogni dialettica per veder crescere un'ANMCO improntata alla franchezza, alla comunicazione a tutto campo e al confronto trasparente nella ricerca di sintesi realmente condivise.

Quando perdura un diffuso stato di incertezza, dibattuti tra aspetti regolatori e umani, inevitabilmente crescono l'ansia e l'emozione, ma quello è anche il momento del coraggio che la storia dell'ANMCO

ci consegna per ritrovare la tranquillità associativa. Credo che se non saremo capaci di continuare a sfogliare le pagine di questo nostro appassionante libro, di leggere fra le pagine chiare e le pagine scure, se non saremo in grado di aprirci al racconto, al confronto e al rinnovamento, presto imboccheremo una deriva per niente virtuosa. Purtroppo, siamo troppo abituati a pensare che la rinuncia ad un qualcosa di posseduto o un ruolo importante sia una mossa di debolezza, ma molti momenti della storia, anche associativa, mostrano l'esatto contrario per non perdere le chiavi del futuro.

Sono altrettanto convinto che nell'auspicato ricambio non esistano mandati e programmi associativi caratterizzanti una persona, ma un continuo fluire di attività cui credere e da portare avanti tutti insieme senza dimenticare il colore del grano. ♥

PRESIDENTE



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

PRESIDENTE - DESIGNATO



MICHELE GULIZIA
 Direttore U.O.C. di Cardiologia
 Ospedale Garibaldi-Nesima
 Azienda Rilievo Nazionale e
 Alta Specializzazione "Garibaldi"
 Via Palermo, 636 - 95122 Catania
 Tel. 095/7598502 - Fax 095/7598505
michele.gulizia@alice.it

PAST - PRESIDENT



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

VICE-PRESIDENTE



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

VICE-PRESIDENTE



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

SEGRETARIO GENERALE



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

TESORIERE



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

CONSIGLIERI

MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI



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

Fax 0923/809317
maur.abri@alice.it

FURIO COLIVICCHI



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

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

CARMINE RICCIO



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

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

GIANFRANCO ALUNNI



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

P.le G. Menghini - 06132 Perugia
 Tel. 075/5782238 - Fax 075/5782214
gianfranco.alunni1@tin.it

PAOLO COLONNA



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

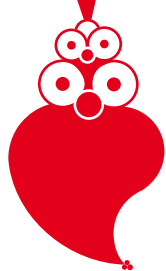
Tel. 080/5593026 - Fax 080/5575729
colonna@tiscali.it

ROBERTO VALLE



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

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



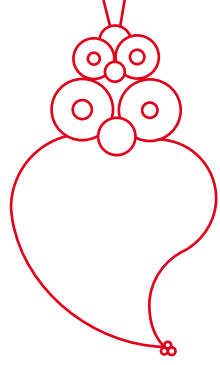
Il Questionario conoscitivo ANMCO sul Rischio Clinico

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

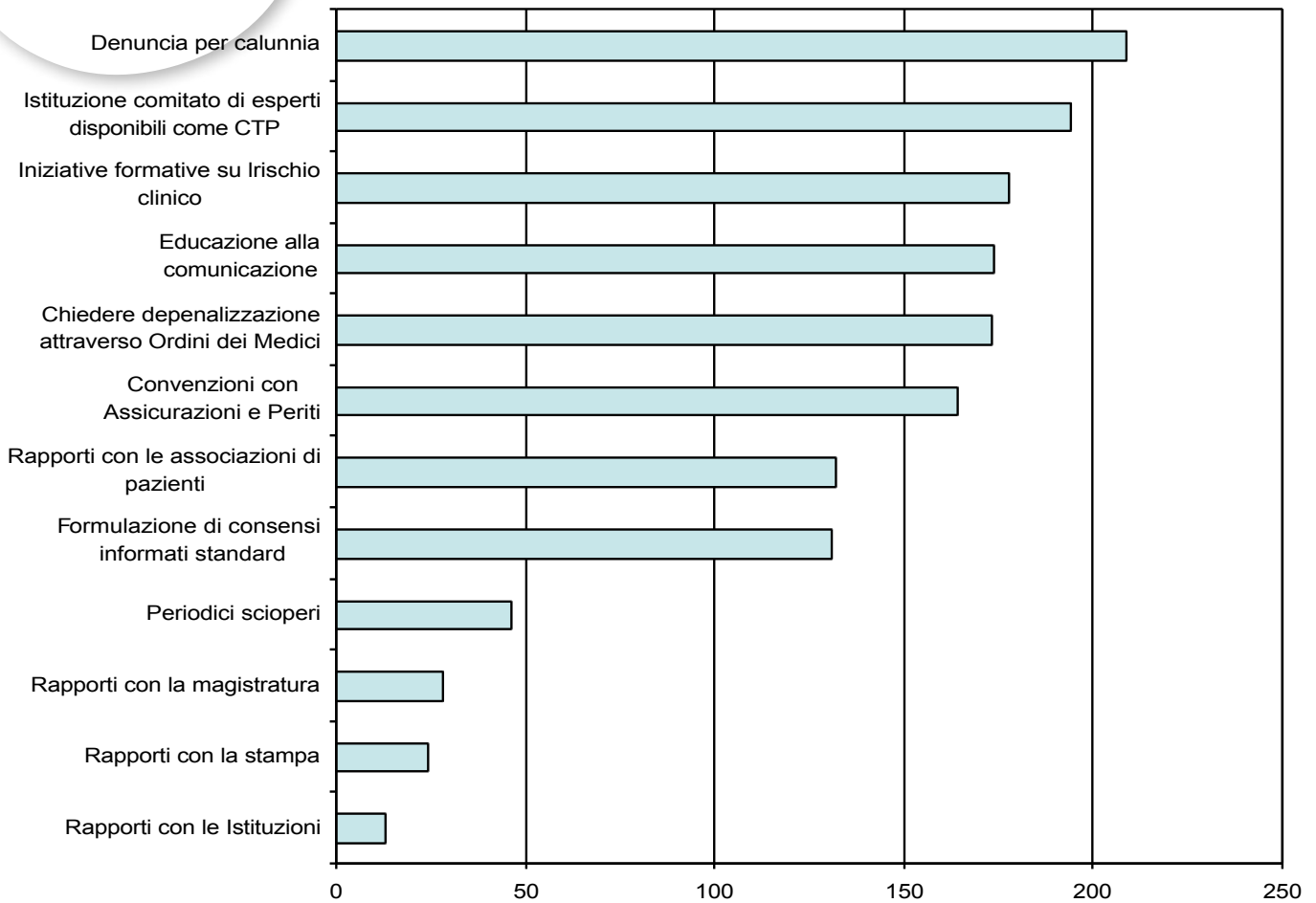
Con 12.500 denunce per malpractice registrate lo scorso anno, l'Italia è, purtroppo, divenuta la nazione europea col maggior numero di contenziosi medico-legali per milione di abitanti. Tante le cause alle radici del rapido sviluppo di questo fenomeno, non ultima la legge Bersani, 4 agosto 2006, n. 248 (decreto sulle liberalizzazioni) che ha legalizzato i "patti di quota lite", con cui i legali si fanno riconoscere una percentuale in caso di vittoria processuale. Siamo quindi di fronte a una situazione grave e minacciosa, un'emergenza vera e propria che mette in discussione l'agibilità stessa dell'esercizio professionale, ma che comporta nel contempo sprechi di risorse in termini di medicina difensiva e rischi per gli stessi pazienti, specie quelli più complessi sul piano clinico, di cui nessuno vorrebbe più farsi carico per il timore di conseguenze penali ed economiche. Molte speranze erano nate dopo il decreto Balduzzi, n. 189/12, che contempla la non punibilità della colpa lieve nel caso di un corretto ricorso alle Linee Guida, ma dai magistrati è giunta una netta bocciatura del provvedimento come norma inutile in tema

di responsabilità professionale penale. La nostra Associazione ha, da tempo, dimostrato la sua sensibilità al tema, con diversi articoli pubblicati su questa Rivista e con l'organizzazione di Minimaster dedicati negli ultimi Congressi Nazionali. Allo scopo di ricavare dati indicativi sull'attuale rilevanza del problema per i Cardiologi ospedalieri e di ricevere idee e suggerimenti su come muoversi in un campo così delicato, il nostro Sito WEB ha ospitato di recente, per circa un mese, un questionario conoscitivo su rischio clinico e responsabilità professionale. Hanno risposto 334 Cardiologi (255 uomini e 79 donne), con una età media di 53,2 anni, di poco inferiore a quella dei Soci. Le regioni più rappresentate sono state Lombardia, Toscana, Sicilia, Campania e Puglia. Quasi la metà delle risposte provengono da reparti dotati di UTIC ed Emodinamica. Premesso che, ovviamente, i dati non possono rivestire un carattere assoluto (vi sarebbe, infatti, un bias di selezione, in quanto potrebbero aver risposto quelli più interessati al tema), quanto emerso non può non confermare la diffusione e la pericolosità del problema. Circa 1/3 è stato chiamato a rendere testimo-

nianza come persona informata dei fatti, poco meno della metà (148) hanno ricevuto almeno un avviso di garanzia, e 25 due o più. 48 Colleghi hanno subito un processo di primo grado, 3 ben due. In 11 casi si è arrivati fino alla Corte di Appello, e in due in Cassazione. Indicatore attendibile di quanto il fenomeno stia pesantemente condizionando l'operato quotidiano del Cardiologo ospedaliero è il sempre più crescente ricorso alla medicina difensiva: secondo 147 risposte, in oltre il 50% dei casi sono prescritti a tal fine esami strumentali diagnostici non invasivi, e invasivi per 51. Per 68, in oltre il 50% dei casi non sono eseguiti atti invasivi per evitare il rischio di complicanze. Per 98, si prescrivono farmaci ai soli fini difensivi in oltre il 50% dei casi, mentre per 90 non si prescrivono, per evitarne gli effetti collaterali, in oltre il 50% dei casi. Per ben 210 risposte si richiedono consulenze ai soli fini difensivi in oltre il 50% dei casi. Abbiamo inoltre voluto valutare la situazione assicurativa, che, in un difficile contesto di matrice giuridica e di mercato, si sta avvitando una spirale di costi crescenti e di incertezze (come è noto, l'obbligo assicurativo previsto dall'art. 3 della



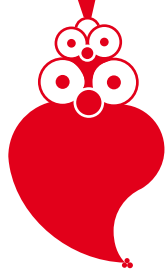
I suggerimenti dei Soci



legge Balduzzi slitterà di un altro anno, secondo un emendamento del Governo al decreto “del Fare”). Questa polizza obbligatoria potrebbe però, in realtà, incentivare ulteriormente il contenzioso legale e favorire una deresponsabilizzazione delle aziende, tentate dalla possibilità di scaricare sul professionista le loro eventuali disfunzioni. Esistono, infatti, casi in cui la Corte dei Conti si è rivalsa sull’Ospedale, che a sua volta si è rivalso sul Medico. Attualmente, secondo le risposte, solo in 275 casi le aziende sono assicurate contro i rischi professionali e, ancor peggio, solo in 124 anche contro la

colpa grave. 263 Cardiologi si sono assicurati anche personalmente, con premi annui che vanno da 200 a 5000 euro. Tra i suggerimenti pervenuti molti riguardano, in effetti, il convenzionamento di ANMCO con una Società assicurativa. Il contributo probabilmente più rilevante del questionario sta in questo e negli altri suggerimenti avanzati in relazione al ruolo della nostra Associazione. È forse espressione del senso di frustrazione e rabbia di alcuni Colleghi il fatto che la proposta più votata sia stata quella di una rivalsa nei confronti della controparte. Purtroppo, nel nostro

attuale ordinamento giuridico, il Medico ha questa possibilità solo dopo un verdetto favorevole in terzo grado di giudizio, e solo se il paziente lo ha denunciato nominalmente (nella realtà, nella maggior parte dei casi si avanzano, furbescamente, solo esposti contro ignoti). Negli Usa, invece, se il paziente perde la causa deve pagare il professionista in modo consistente, mentre in Germania o in Austria chi denuncia deve lasciare un deposito che sarà restituito in caso di vittoria processuale, o incamerato dal denunciato in caso contrario. È stato anche suggerito di istituire il “Tribunale del Medico”



contro le accuse infondate di malasania e che gli Ordini professionali possano agire per contrastare società private che invitano l'utenza, con pubblicità su radio e giornali, a sporgere denunce contro i sanitari sollevandoli dalle spese legali. Il secondo suggerimento più votato riguarda l'istituzione di un comitato di esperti ANMCO disponibili come consulenti tecnici di parte, cui l'associato possa rivolgersi con fiducia, ma che potrebbero essere anche messi a disposizione dell'assicurazione e dei tribunali. È cruciale, infatti, il tema dei periti dei magistrati (spesso cultori titolati della materia ma senza conoscenze pratiche) e di quelli di parte (liberi di affermare anche l'assurdo senza tema di conseguenze). Col grado di complessità della medicina moderna, le valutazioni medico-legali richiederebbero in verità una commissione di esperti. Sarebbe comunque necessario creare un Albo di consulenti e periti in Cardiologia, che dovrebbero essere tutti certificati come esperti, onesti e competenti e avere un proprio codice etico. Potrebbe essere utile che le perizie siano rese visibili a tutti i colleghi per valutarne il razionale scientifico, magari pubblicandole on-line, mentre gli Ordini dei Medici dovrebbero censurare i consulenti che descrivono in maniera artatamente errata il caso clinico. Un terzo suggerimento riguarda la realizzazione di eventi formativi sul rischio clinico (ambito su cui ANMCO, in particolare l'Area Management e Qualità, è già attiva), sugli aspetti tecnici relativi

all'iter giuridico dei processi, nonché sulla comunicazione tra medici di diverse discipline (allo scopo di raggiungere, senza corporativismi, una reale coalizione) e con pazienti e familiari, con cui è essenziale cercare di avere un ottimo rapporto. Forte, per lavorare con più tranquillità. È anche la richiesta di una depenalizzazione: «Basta trattare i medici come criminali!». In effetti l'Italia è uno dei soli 3 paesi al mondo (insieme a Polonia e Messico) a configurare un decesso ospedaliero come omicidio colposo. A tal proposito, di recente il Consiglio Nazionale FNOMCEO ha invitato il Presidente Bianco a sostenere iniziative legislative organiche allo scopo di ridefinire i diversi profili penali e civili di responsabilità professionale verso indirizzi giurisprudenziali più garantisti ed omogenei, al passo con le principali tendenze europee. Non servono, infatti, interventi correttivi settoriali del corpo delle Leggi, ma occorre responsabilmente riformare e riequilibrare per via legislativa l'intero sistema, magari rendendo meno facile e scontato che il paziente possa sempre e comunque fare denuncia. In Francia, Germania, Spagna e Inghilterra il fenomeno è stato affrontato con successo attraverso la costituzione di tavoli di lavoro. In senso lato, è indispensabile avviare un proficuo dialogo tra varie componenti (società scientifiche, politici, magistrati, avvocati, pazienti) affinché non ci si concentri sulla mera ricerca del colpevole, bensì di concrete soluzioni ai problemi sui

fronti procedurali e strutturali. Gli aspetti organizzativi non possono ad esempio essere trascurati, evitando gli eccessivi carichi di lavoro o i turni notturni dopo i 60 anni. Altri temi importanti sono il ripristino del rapporto medico-paziente, anche con iniziative comunicative e la creazione di sportelli aziendali di conciliazione. Occorre pertanto riflettere seriamente sulle possibili iniziative e risposte che la scienza medica, giuridica e politica devono doverosamente offrire, in sinergia e senza dannosi antagonismi. Altri campi in cui l'ANMCO potrebbe impegnarsi sono la realizzazione di consensi informati standard, anche per attività non invasive, di un servizio web di primo soccorso giuridico (anche per relazioni all'amministrazione, o all'Ufficio Relazioni Pubbliche) e di un web-forum giuridico con la collaborazione di esperti. Utili anche iniziative congiunte con altre Associazioni, come il "fare di più non significa fare meglio" presentato in questo numero di "Cardiologia negli Ospedali", sull'appropriatezza delle procedure in accordo con le varie Linee Guida. Questi utili suggerimenti saranno senza dubbio presi in considerazione dell'attuale e dai successivi Consigli Direttivi, in modo che anche l'ANMCO possa aiutare gli associati in quello che appare il problema più importante della nostra professione e che condiziona giornalmente il nostro operato riducendone la qualità in modo drammatico. ♥



ANMCO ACADEMY

Il Progetto ANMCO Academy

UN MODELLO FORMATIVO INNOVATIVO E COINVOLGENTE,
UN NUOVO MODO DI FARE CULTURA CARDIOLOGICA

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI, EMILIA BISCOTTINI, STEFANIA ANGELA DI FUSCO, DANIELE GROSSETO, GIULIA RUSSO

Nei meeting medico-scientifici viene messo di solito a disposizione un enorme bagaglio di conoscenze, fatto di informazioni, esperienze, motivazioni, decisioni e valutazioni di importanza rilevante per i partecipanti. Sebbene di tipologia e formato diversi, quasi tutte le sessioni obbediscono a un unico modello di trasmissione ed acquisizione delle conoscenze, la lezione frontale che, oltre a costituire un metodo passivo di fruizione dei contenuti, induce spesso il pubblico adulto a prestare un'attenzione limitata e temporalmente circoscritta. È invece fondamentale che chi partecipa ad un incontro ne tragga il massimo vantaggio possibile, sia in termini di condivisione/comunicazione con le altre persone coinvolte, sia in termini di motivazione e di partecipazione a quanto nella riunione si discute, esamina, decide, ecc. Utilizzare un metodo validato e strutturato che consenta la massima interazione è quindi decisivo, perché il parere, il contributo, la condivisione e l'adesione di tutti creano il valore reale della riunione. Coerente con una delle missioni proprie dell'ANMCO, quella di diffondere e condividere cultura scientifica, ed interpretando il biso-

«Non possiamo insegnare direttamente nulla ad un'altra persona, possiamo solo facilitarne l'apprendimento»

Carl Rogers

**(EDUCATORE, SCRITTORE,
PSICOLOGO DEL XX SECOLO)**

gno di rinnovamento nelle proposte formative, il Consiglio Direttivo, in qualità di Comitato Scientifico, ha ideato e realizzato, con queste premesse, un singolare progetto formativo: ANMCO Academy, che si è avvalso della collaborazione di Cartesio Solutions, studio professionale di consulenza sulla comunicazione. L'evento scientifico si è svolto il 6 e 7 maggio a Firenze, con l'incantevole campanile di Giotto e la meravigliosa cupola del Brunelleschi a fare da cornice. Punto di forza del progetto è stato l'utilizzo di moderne tecniche di andragogia, termine derivato dal greco, dove $\text{Ανδρ}ο\sigma$ vuol dire uomo e $\alpha\gamma\omega$ condurre, che si contrappone a quello di pedagogia. Il modello didattico andragogico,

basato sulla consapevolezza delle diversità di bisogni e interessi di apprendimento degli adulti rispetto ai bambini, privilegia l'interazione e il coinvolgimento attivo dei partecipanti, quasi come fossero "personaggi... in cerca d'autore". In effetti l'incontro, aperto da una introduzione del Presidente ANMCO, Francesco Maria Bovenzi, che ha presentato il programma dei lavori e ne ha definito gli scopi, sottolineando l'opportunità di confronto ed interazione su cruciali tematiche cardiologiche cliniche, non ha avuto come obiettivo una esaustiva esposizione di argomenti scientifici ma piuttosto la condivisione di esperienze su strategie organizzative, diagnostiche e terapeutiche. Oggetto dei lavori sono state tematiche cardiologiche di ampio respiro, organizzate in 4 diversi workshop sulle dislipidemie (coordinato da Maurizio Abrignani e Carmine Riccio, affiancati dal consulente per l'Educazione Continua in Medicina Benedetto Acone), l'infarto miocardico (coordinato da Angelo Sante Bongo, Roberto Ceravolo e Serena Rakar, con la collaborazione dell'esperta in comunicazione per la Sanità Alessandra Di Marzio), lo scompenso cardiaco (sotto la guida di Gianfranco Alun-



ni, Fabrizio Oliva e Roberto Valle, affiancati dall'esperto in comunicazione per la Sanità (Alessandro Urbani) e la fibrillazione atriale (coordinato da Furio Colivicchi e Paolo Colonna, con la collaborazione dell'esperto in andragogia Giulio Regazzo). Ai lavori sono stati invitati tutti i Presidenti Regionali ANMCO e una rappresentanza regionale che privilegiava la partecipazione dei giovani. L'evento ha seguito i criteri delle riunioni efficaci, in cui oltre a mettere in comune informazioni e/o competenze si cerca di trovare soluzioni comuni e condivise ritenute applicabili dai partecipanti utilizzando tecniche, molto semplici, che consentano di coinvolgere tutti, evitando che ci sia qualcuno che prevalga e qualcun altro che subisca.

Attraverso l'introduzione di una specifica metodologia di comunicazione, la "Live Discussion", ANMCO Academy si è quindi prefissata di raggiungere il coinvolgimento attivo di tutti partecipanti. La platea è stata suddivisa in tavoli, necessariamente rotondi, di 6-8 persone, collocati in 4 aule differenti, in cui ogni workshop è stato reiterato per quattro volte, in modo tale che ciascun gruppo possa essersi confrontato con ogni argomento, affrontato sotto la guida di "coordinatori" o meglio facilitatori che non solo hanno messo a disposizione un valido bagaglio di conoscenze ma sono stati promotori di riflessioni e vivaci discussioni, proponendo domande e argomenti di dibattito per ogni tematica oggetto di discussione. Il lavoro di gruppo si

è svolto autonomamente a ciascun tavolo, dove ognuno ha partecipato, esprimendosi su vari temi prestabiliti, seguendo le regole di alcune metodiche interattive. Esempi di alcune tecniche utilizzate per favorire la viva partecipazione di tutti i presenti sono la "Conversation cafe" e l'"1, 2, 4". Il primo è un metodo che ha come scopo fondamentale il principio dell'ascolto per la "creazione di un dialogo" tra i singoli, basato su una condizione del tutto informale. L'importante è seguire le regole che assegnano a tutti, con un sistema regolato di turnazione, un tempo limitato (1 minuto) per esprimere il proprio parere senza interrompere e senza parlare sugli altri. Nell'"1, 2, 4" prima si riflette da soli, poi si scambiano le opinioni col vicino,



infine a gruppi più numerosi. La risposta complessiva del tavolo viene scritta su una lavagna a fogli mobili e presentata poi a tutta l'aula, dove si svolge quindi una breve discussione plenaria, passando al modello RACI che formalizza in una tabella di responsabilità chi fa cosa, come e quando. In questo modo ciascuno ha avuto la possibilità di esprimere la propria opinione e apportare il contributo derivato dall'esperienza personale, sottolineando eventuali criticità (correlate ad esempio all'assenza di Linee Guida in alcuni scenari particolari) e proponendo anche possibili soluzioni. Con l'intento di coinvolgere in particolar modo i più "giovani" è stata affidata loro la presentazione e l'esposizione degli elaborati finali condivisi sugli

argomenti oggetto delle discussioni realizzate nel corso di ciascun workshop. Il risultato finale è stato un evento che, all'interno di una vasta offerta formativa sia a livello regionale che nazionale, si è distinto per originalità metodologica e concettuale. Da apprezzare soprattutto la valorizzazione delle idee e delle esperienze di ciascuno in un clima collaborativo. Il progetto non è terminato con la chiusura dei due giorni di lavori, ma si è concluso idealmente con la consegna degli ANMCO Academy Awards nel corso della Cerimonia Inaugurale del 44° Congresso Nazionale ANMCO. A testimoniare ancora una volta l'attenzione della Associazione nei confronti dei giovani, non a parole ma nei fatti, sono stati consegnati 4 premi, sotto forma di

targhe, a Emilia Biscottini, Stefania Angela Di Fusco, Daniele Grosseto e Giulia Russo, giovani Cardiologi che si sono messi in luce in questo evento, come "riconoscimento del contributo scientifico e dell'impegno dimostrato" per la realizzazione del progetto formativo ANMCO Academy 2013. I giovani vincitori sono stati inoltre coinvolti nella realizzazione del "Congress News Daily", dimostrandovi nuovamente impegno e capacità, e hanno realizzato i focus relativi alle singole sessioni che vi presentiamo. Considerato il successo dell'evento, l'auspicio è che il Consiglio Direttivo, puntando sempre più sul coinvolgimento di giovani Soci, faccia diventare l'ANMCO Academy un appuntamento annuale. ♥



Target e sostenibilità nei pazienti con dislipidemia ad alto rischio cardiovascolare

Lo studio Blitz 4 Qualità, volto a fotografare la situazione italiana sull'aderenza alle Linee Guida della sindrome coronarica acuta, ha denunciato quello che forse tutti noi già sapevamo in termini di gestione della delicata fase post - acuta: l'insufficiente ricorso da parte dei Cardiologi al counseling premissione e a un percorso di riabilitazione cardiologica favorisce la scarsa aderenza terapeutica, aumentando la probabilità di nuovi eventi coronarici. Parlando di terapia ipolipemizzante questo discorso è di centrale importanza, se pensiamo che l'uso di tali farmaci viene interrotto da circa un terzo dei pazienti entro un anno dall'inizio della terapia. Le ultime Linee Guida della Società Europea di Cardiologia e della Società Europea per l'Aterosclerosi sulle dislipidemie hanno ribadito che in pazienti a rischio cardiovascolare molto elevato (malattia cardiovascolare documentata, diabete mellito con danno d'organo, insufficienza renale cronica moderata-grave

e punteggio SCORE >10% a 10 anni) il target da raggiungere è un LDL <70 mg/dl o una riduzione di almeno il 50% rispetto al valore iniziale quando ciò non può essere raggiunto; per i pazienti a rischio elevato (presenza di un singolo fattore di rischio come dislipidemia familiare o ipertensione arteriosa severa o punteggio SCORE tra 5 e 10% a 10 anni) il target LDL è <100 mg/dl; obiettivi che sappiamo essere troppo spesso non raggiunti. Recentemente inoltre, l'American Journal of Cardiology ha pubblicato una revisione sul ruolo del colesterolo non - HDL (valore target <130 mg/dl nei diabetici e <100 mg/dl se diabetici con malattia cardiovascolare o renale) come fattore predittivo di malattia coronarica e quindi come target secondario nei pazienti con trigliceridi > 200 mg/dl o ridotti livelli di HDL - C. In prevenzione secondaria valori di HDL <40 mg/dl, TG >150 mg/dl e apoB >90 mg/dl individuano i pazienti a più alto rischio che richiedono una terapia ipolipemizzante

più intensa. Sempre dalle Linee Guida emerge il ruolo modesto dell'attività fisica e del calo ponderale sulla riduzione del colesterolo LDL (circa 8 mg/dl per ogni 10 Kg di peso persi), mentre è rilevante l'effetto favorevole dell'esercizio su livelli di HDL, trigliceridi e insulino-sensibilità, purché sia un'attività regolare e di almeno 30 minuti al giorno. Il ruolo terapeutico delle statine rimane quindi centrale; la scelta del tipo di molecola va fatta in base all'entità della riduzione di colesterolo LDL necessaria nel singolo paziente e alla tollerabilità della molecola stessa, ricorrendo alla terapia di associazione o ad una terapia alternativa solo nel caso in cui la massima dose tollerata di statina non sia efficace. Codificato anche dalla recente versione della Nota 13, l'ezetimibe, inibitore dell'assorbimento di colesterolo, può essere utilizzato in monoterapia in pazienti intolleranti alle statine o come terapia di associazione nel trattamento di secondo livello nel caso in cui il target LDL e non



– HDL - c non sia stato raggiunto; i risultati del recente Studio SHARP, inoltre, hanno mostrato una riduzione di eventi cardiovascolari nei pazienti con moderata insufficienza renale trattati con questo farmaco. Altre combinazioni possono essere prese in considerazione in relazione al profilo lipidico del paziente, compresa quelle con acidi grassi omega-3, niacina o fibrati (evitando il gemfibrozil per aumentato rischio di miopatia). Una novità è rappresentata dalla recente presentazione sul mercato dei cosiddetti “nutraceutici” ovvero sostanze di origine naturale con proprietà terapeutiche (berberina, lievito di riso rosso o fitosteroli), che possono essere usati in aggiunta o in alternativa alle

statine se persiste intolleranza nonostante il tentativo di sostituzione con una diversa molecola (statine diverse possono non dare effetti collaterali analoghi nello stesso individuo). In verità mancano ad oggi dati a lungo termine e su ampi studi randomizzati sui nutraceutici. Ma se i farmaci non bastano o troppo facilmente vengono sospesi, possiamo individuare una strategia per ottimizzare la gestione del paziente cardiopatico dopo un evento acuto? Un intero workshop è stato dedicato a questo argomento durante il Congresso ANMCO Academy 2013; dalla discussione interattiva tra i partecipanti sono emersi i punti salienti per impostare la terapia in fase post-acuta e il follow-up dopo

la dimissione: iniziare la terapia nella fase intraospedaliera per “istruire” il paziente durante l’ospedalizzazione, semplificare la terapia concomitante, indirizzare il paziente, dove possibile, presso un centro di riabilitazione cardiologica come punto di riferimento per affrontare un percorso anti-fumo, dietologico e/o psicologico. Compito del Cardiologo ospedaliero è anche sensibilizzare altri Specialisti (ad esempio Diabetologi), indirizzando il paziente già al momento della dimissione verso l’Ambulatorio specialistico di interesse. I Medici di Medicina Generale inoltre risultano elemento fondamentale del percorso post-dimissione; è necessario infatti monitorare l’aderenza e scongiurare la sospensione della statina prescritta o la sostituzione con una di minor efficacia, a meno di gravi effetti collaterali, clinicamente significativi. Ricordiamo a tal proposito che è da considerarsi rilevante un’eventuale elevazione delle transaminasi solo nel caso in cui i valori siano almeno tre volte superiori alla norma e del CPK, nel caso di mialgie, di almeno cinque volte. Nei più importanti studi clinici condotti su statine, compresa atorvastatina alla dose di 80 mg/dl dopo evento coronarico acuto, l’incidenza di reazioni avverse è risultata minima (miopatia grave o epatotossicità pari allo 0,6 % e 1,3 %, rispettivamente) a fronte di un effetto favorevole a breve e lungo termine; è dunque auspicabile la massima attenzione al fine di non sovrastimare falsi “effetti avversi”. ♥

By Emilia Biscottini



Meditazioni sulla gestione dello STEMI tra Hub e Spoke

Nel 2003 le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia sulla gestione dello STEMI riconoscevano ufficialmente la superiorità dell'angioplastica primaria rispetto alla fibrinolisi. A distanza di 10 anni, molti importanti trial e registri hanno confermato questa superiorità ma hanno anche evidenziato luci ed ombre di una realtà che è molto più complessa di quello che appare. Se si valutano gli indicatori di performance interni ai Laboratori di Emodinamica o ai Dipartimenti Cardiologici, abbiamo una visione del fenomeno assolutamente rosea. Il trattamento interventistico dello STEMI ha ulteriormente ridotto la mortalità intraospedaliera con una incidenza di complicanze contenuta. Se però guardiamo all'intero percorso del paziente con STEMI, la realtà è più complessa e sono molti gli aspetti da migliorare. Tempi dalla comparsa del dolore al primo contatto medico, trasferimento diretto dal territorio all'emodinamica, ECG eseguito sul territorio, tempi di trasferimento dal centro spoke alla Sala di Emodinamica: da soli questi semplici indicatori mettono in luce un aspetto del fenomeno controverso e con molti punti da ridefinire e migliorare. Quello che per la prima volta le Linee Guida ESC del 2003 sottolineavano, e che

l'edizione del 2012 ha fortemente ribadito, è il ruolo fondamentale nella cura dell'infarto della "terapia organizzativa" che si deve ovviamente associare all'approccio clinico, interventistico e farmacologico. Una cura che deve essere fatta prioritariamente di organizzazione di strutture adeguate, di formazione di professionalità specifiche, di percorsi condivisi e codificati tra i diversi attori di una scena complessa; in una parola: una "rete" che avvolge il paziente colpito da infarto e lo trasporta dal mare aperto del territorio al porto sicuro dell'emodinamica, in tempi e modi predefiniti. Concetto tanto semplice e logico quello della rete, quanto complesso e difficile da strutturare e mantenere efficiente. Ed è proprio l'esperienza di questi anni che non solo ci ha mostrato le difficoltà di far nascere una rete per la gestione dello STEMI realmente strutturata e organizzata per arrivare "in tempo" al Laboratorio di Emodinamica, ma ci ha anche fatto vedere che se alla rete non viene fatta una manutenzione periodica e non si mantiene alto il livello di attenzione sugli indicatori di performance, i vantaggi che questo modello organizzativo porta si perdono rapidamente. Ma ci sono dati che devono far riflettere ancora di più. Esiste un ritardo iniziale nella chiamata al 118 da parte del paziente colpito

da infarto che, nonostante tutte le campagne di informazione, rimane troppo elevato e che non solo condiziona pesantemente la mortalità ma soprattutto mortifica tutte le potenzialità che una rivascolarizzazione fatta nei tempi dovuti può dare. E poi, quanti dei pazienti colpiti da arresto cardiaco extraospedaliero potevano essere assistiti in tempo se all'insorgenza del dolore toracico avessero allertato il 118? I dati, che tutti conosciamo, della mortalità sia pre-ospedaliera che di follow up dei pazienti colpiti da arresto cardiaco sono allarmanti. La lotta all'arresto cardiaco deve diventare ancora di più un obiettivo prioritario della comunità cardiologica. Si deve intervenire sul territorio per sensibilizzare, informare, educare i cittadini al riconoscimento, al trattamento on site e all'allertamento precoce dei soccorsi avanzati. E poi si deve strutturare un percorso, analogo a quanto fatto per lo STEMI, che consenta al paziente colpito da arresto cardiaco di essere gestito da un team multidisciplinare, nell'ambito di percorsi condivisi con le altre figure (emergenza territoriale, prontosoccorristi, rianimatori) in una ottica non solo di neuroprotezione ma anche, se la clinica lo richiede, di cardio - protezione. E questa non può che iniziare con lo studio coronarografico, a cui tutti i pazienti colpiti da arresto cardiaco

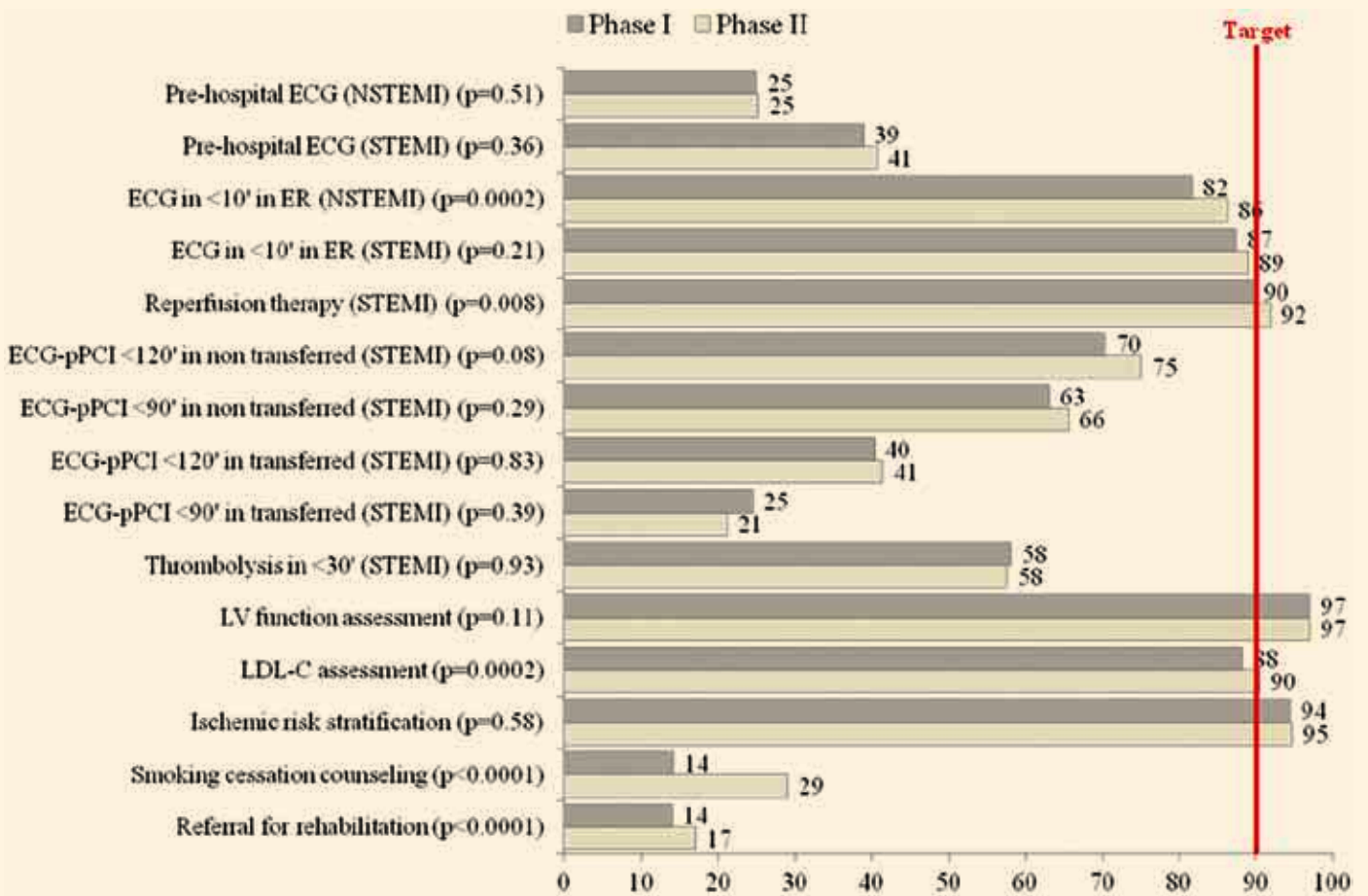


dovrebbero essere sottoposti. È evidente che molto è stato fatto sotto il profilo clinico, farmacologico e interventistico, ma tre questioni a

nostro parere rimangono centrali e da ridefinire: i “tempi”, la “terapia organizzativa” e la “terapia educativa”. Tre questioni aperte, tre

grandi sfide per la Cardiologia, non del futuro, ma di un attualissimo presente. ♥

By Daniele Grosseto



Olivari Z. et al. BLITZ-4 Acute Cardiovascular Care

Come affrontare lo scompenso cardiaco riacutizzato

Il workshop proposto, per chi è addetto ai lavori, è stato molto interessante e ricco di proposte e spunti di riflessione. All'interno del workshop si sono create tre sessioni di lavoro, che hanno rispettivamente affrontato tre domande specifiche qui di seguito riportate:

1. Quali sono, dal vostro punto di vista, le tipologie di pazienti a rischio maggiore di recidiva, quali cause possono portare al deterioramento clinico e quali criteri prendere in considerazione per l'indicazione al ricovero ospedaliero?
2. Quali criteri adottare per individualizzare ed ottimizzare il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato in base al profilo clinico di presentazione?
3. Nella vostra esperienza, quali criteri clinici, strumentali e di laboratorio permettono la dimissione sicura del paziente, quali indicatori inserire nella lettera per la continuità assistenziale e come programmare il follow-up più adatto in base alle caratteristiche del paziente?

Nei successivi quindici minuti ogni gruppo ha avuto modo di rispondere e quindi confrontarsi con gli altri; è emersa la necessità di una rete territoriale più solida (presente purtroppo in pochissime realtà italiane), con un ruolo attivo anche del Medico di Medicina Generale sia per la gestione del paziente con un quadro clinico "stabile" sia per la gestione a più

mani del paziente end-stage. A tal riguardo il paziente con scompenso "terminale" non ha un modello di cura al pari del malato oncologico terminale, non essendo ancora ben codificato in campo cardiologico un approccio palliativo al fine vita (tema su cui noi Cardiologi rispetto ai colleghi Oncologi siamo sicuramente meno preparati). Una necessità emersa è stata un maggiore utilizzo della tecnologia Hi-tech e del monitoraggio a distanza/Home care, che potrebbero essere strumenti per provare a ridurre i ricoveri precoci dopo la dimissione. Chiari e fortemente sottolineati sono stati gli indicatori di prognosi e re-ricovero (sono ancora molte le riospedalizzazioni nei trenta giorni successivi). Anche nei percorsi intraospedalieri talora la gestione del malato sembra assomigliare ad una

vera e propria corsa ad ostacoli (mancanza di posti letti, dimissioni talora troppo precoci, difficoltà di rapporti tra i vari Specialisti e in particolare tra il Cardiologo e l'Internista) a discapito di un duraturo "risultato finale". Alla fine ognuno deve concretizzare, dentro le proprie realtà più o meno complesse, un percorso diagnostico e terapeutico assistenziale (PDTA) condiviso tra tutti gli attori che recitano nel film che vede protagonista il nostro paziente con scompenso cardiaco cronico riacutizzato. E' qui, cioè nella personalizzazione dei percorsi, che si svolge la nostra pratica medica quotidiana. ♥

*By Giulia Russo
(con la collaborazione di
Gianfranco Alunni,
Fabrizio Oliva e Roberto Valle)*

Tre gruppi di lavoro



Gruppo 1

Quali sono, dal vostro punto di vista, le tipologie di pazienti a rischio maggiore di recidiva, quali cause possono portare al deterioramento clinico e quali criteri prendere in considerazione per l'indicazione al ricovero ospedaliero?

Gruppo 2

Quali criteri adottare per individualizzare ed ottimizzare il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato in base al profilo clinico di presentazione?

Gruppo 3

Nella vostra esperienza, quali criteri clinici, strumentali e di laboratorio permettono la dimissione sicura del paziente, quali indicatori inserire nella lettera per la continuità assistenziale e come programmare il follow-up più adatto in base alle caratteristiche del paziente?



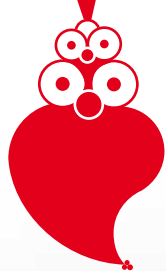
Roadmap della prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale

Nel workshop dedicato alla prevenzione dell'ictus nella fibrillazione atriale, coordinato dal Dott. Colivicchi e dal Dott. Colonna, con la collaborazione del Dott. Regazzo (esperto in andragogia, «l'arte e la scienza per aiutare gli adulti ad apprendere»), è stata delineata una roadmap sulla prevenzione del tromboembolismo, alla ricerca del beneficio clinico netto. I coordinatori non solo hanno messo a disposizione il loro bagaglio culturale, ma sono stati veri e propri “facilitatori” della discussione, proponendo ai partecipanti interessanti spunti di riflessione e stimolando un vivace dibattito. Questa sessione di lavoro è stata, inoltre, occasione per la presentazione del documento di consenso “Documento ANMCO su prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale e ruolo dei nuovi anticoagulanti orali” (Colonna P, Abrignani M.G., Colivicchi F. et al., G. Ital Cardiol 2013;14(4):295-322), prezioso punto di riferimento per il clinico che si avvia ad utilizzare i nuovi anticoagulanti nella pratica quotidiana. Il primo argomento affrontato è stato la stratificazione del rischio tromboembolico ed emorragico, con riferimento ai differenti score di rischio messi a disposizione dalla letteratura scientifica. In particolar modo è stato sottolineato che nelle più recenti Linee Guida

internazionali viene raccomandato un utilizzo “formale” degli score (come il CHA₂DS₂-Vasc per il tromboembolismo e l'HAS-BLED per le emorragie) nella pratica clinica quotidiana, al fine di avere un inquadramento complessivo del paziente e fare una scelta terapeutica ponderata. Sono state poi sintetizzate le principali differenze tra gli antagonisti della vitamina K (VKA), in uso da più di 50 anni per la prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale e in diversi altri contesti clinici, e i nuovi anticoagulanti orali. Sono state analizzate anche le differenze tra le nuove molecole, spaziando dal meccanismo d'azione al metabolismo alle principali interazioni farmacologiche. Oggetto di vivace dibattito sono state le indicazioni all'utilizzo dei nuovi anticoagulanti nella pratica clinica: ci si è confrontati su quando e perché, sulla base delle evidenze scientifiche a disposizione, preferirli alla terapia standard con VKA. Sono stati affrontati ipotetici scenari clinici critici in corso di trattamento anticoagulante, quali la sindrome coronarica acuta, sottolineando le incertezze ancora esistenti sull'utilizzo di più farmaci antitrombotici (anticoagulanti e antiaggreganti) in associazione tra loro, e l'insufficienza renale, enfatizzando, in questo particolare contesto, la necessità di frequenti

controlli clinici e laboratoristici. Nel dibattito non sono state tralasciate questioni ancora aperte, come ad esempio quale sia il parametro di laboratorio ottimale per il monitoraggio della terapia anticoagulante da utilizzare al posto dell'INR, valore di riferimento per stabilire l'efficacia della terapia in corso di trattamento con VKA. Altra questione cruciale discussa è la gestione dei sanguinamenti maggiori in corso di terapia con i nuovi anticoagulanti: è stato sottolineato come ancora non vi siano antidoti specifici da poter utilizzare nella pratica clinica; da qui la necessità di ricorrere, in caso di emorragie che mettano a repentaglio la vita del paziente, a plasma fresco congelato e a concentrati del complesso protrombinico attivato. A conclusione della discussione collettiva sono stati realizzati documenti di sintesi condivisi sui vari argomenti affrontati e, con l'intento di un coinvolgimento attivo dei più “giovani” partecipanti all'evento, è stata affidata loro la presentazione e l'esposizione degli elaborati finali. Il risultato finale è stato una sessione di lavoro che ha permesso la condivisione di conoscenze, esperienze e decisioni sulla gestione della profilassi tromboembolica nella fibrillazione atriale.

By Angela Stefania Di Fusco



Quanto vale la mia pubblicazione?

DI STEFANO DE SERVI

Navigando in rete mi sono imbattuto nel Curriculum di un Professore universitario (non Cardiologo) che così descriveva la sua attività scientifica: «oltre 600 pubblicazioni di cui la metà in

riviste con Impact Factor. Impact Factor totale = 552; 1.784 citazioni in letteratura, con un average citation per year = 66. H - index = 21». Se per gli addetti ai lavori può essere tutto chiaro, vediamo di addentrarci un po'

di più per capire cosa vogliono dire questi numeri.

Impact Factor

L'Impact Factor (IF) di una rivista corrisponde alla media delle citazioni ricevute per ogni lavoro pubblicato

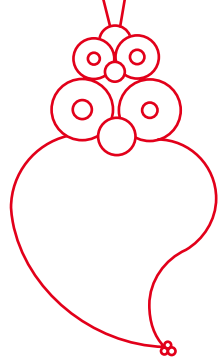


Tabella 1

Rank	Journal	Impact Factor
1	CIRCULATION	15.202
2	EUR HEART J	14.097
3	J AM COLL CARDIOL	14.086
4	CIRC RES	11.861
5	NAT REV CARDIOL	10.4
6	CIRC-CARDIOVASC GENE	6.728
7	CIRC-HEART FAIL	6.684
8	JACC-CARDIOVASC INTE	6.552
9	CIRC-CARDIOVASC INTE	6.543
10	JACC-CARDIOVASC IMAG	6.164
11	CIRC-ARRHYTHMIA ELEC	5.947
12	CARDIOVASC RES	5.94
13	BASIC RES CARDIOL	5.904
14	CIRC-CARDIOVASC IMAG	5.795
15	CIRC-CARDIOVASC QUAL	5.658
16	INT J CARDIOL	5.509
17	EUR J HEART FAIL	5.247
18	J MOL CELL CARDIOL	5.148
19	J HEART LUNG TRANSPL	5.112
20	EUR HEART J SUPPL	5.065
21	HEART RHYTHM	5.045
22	HEART	5.014
23	AM HEART J	4.497
24	HEART FAIL REV	4.453
25	J CARDIOVASC MAGN R	4.435
26	J AM SOC ECHOCARDIOG	4.277
27	CARDIOVASC DIABETOL	4.209
28	PROG CARDIOVASC DIS	4
29	NUTR METAB CARDIOVAS	3.978
30	CLIN RES CARDIOL	3.667
31	AM J PHYSIOL-HEART C	3.629
32	CIRC J	3.578
33	J THORAC CARDIOV SUR	3.526
34	J CARDIOVASC ELECTR	3.475
35	ANN THORAC SURG	3.454
36	J CARD FAIL	3.32
37	AM J CARDIOL	3.209
38	REV ESP CARDIOL	3.204
39	EUROINTERVENTION	3.173
40	CAN J CARDIOL	3.122

nei due anni precedenti. Si calcola come rapporto tra un numeratore (rappresentato dal numero di volte che i lavori pubblicati nei due anni precedenti sono citati nell'anno del rilievo) rispetto ad un denominatore (il totale dei lavori pubblicati su quella rivista nei due anni precedenti l'anno del rilievo). Ad esempio, il *New England Journal of Medicine* aveva nel 2004 un IF di 38.6, derivato dal

rapporto tra il numero di citazioni nel 2004 dei lavori pubblicati su quella rivista nel 2002 - 2003 (numeratore = 28.696) rispetto al numero totale di lavori pubblicati in quei due anni nel *New England Journal of Medicine* (denominatore = 744)⁽¹⁾. Recentemente sono stati resi noti i valori di IF delle riviste cardiologiche calcolato nel 2012 (quindi sul numero di citazioni dei lavori pubblicati nel 2010 - 2011). La Tabella 1 riporta i valori per le prime quaranta riviste. Questa misura del rilievo di una rivista medica è stato molto criticato. Innanzitutto l'IF si basa su una media aritmetica del numero di citazioni per lavoro pubblicato, una misura considerata inappropriata dal punto di vista statistico. Ad esempio, il 90% dell'IF di *Nature* nel 2004 era fornito da un solo quarto dei lavori pubblicati su quella rivista e così la rilevanza di una pubblicazione su quella rivista può risultare diversa (e nella maggior parte dei casi inferiore) rispetto a quanto espresso numericamente dall'IF. Vi sono poi casi paradossali, forniti da "studi outliers" che fanno schizzare l'IF di una rivista, come successo recentemente ad *Acta Crystallographica Section A*, il cui IF era 2.05 nel 2008, ma impennatosi dopo la pubblicazione di una review di grande successo (con oltre 6.600 citazioni)⁽²⁾ sino a 49.96 nel 2009, più alto di quello di *Nature* (31.43) e di *Science* (28.10) per quell'anno. È evidente perciò che l'IF è utile per valutare l'influenza ed il valore di una rivista, ma non per giudicare i singoli lavori scientifici in essa pubblicati. Va detto tuttavia che vi sono politiche editoriali che tendono

ad aumentare in maniera artificiosa l'IF. Ad esempio, la pubblicazione di "Review" su temi di grande attualità porta ad un aumento delle citazioni; alcune riviste poi non accettano "case reports" che generalmente non sono molto citati nei due anni successivi. Inoltre alcuni "items" come le "Letters to Editor" possono raccogliere citazioni, ma non entrerebbero tra i lavori pubblicati in quanto privi di abstract: in altre parole potrebbero aumentare il numeratore nel calcolo dell'IF senza entrare nel denominatore. Anche la concentrazione di articoli particolarmente interessanti nel primo numero dell'anno consente di avere più tempo per la citazione di quegli articoli nei due anni successivi.

Una analisi sulle riviste cardiologiche "top - ten" del 2010, ha dimostrato come in due di esse l'impact factor fosse "inflazionato" in modo spropositato grazie ad un eccesso di autocitazioni. È questo un sotterfugio che alcuni Editor utilizzano per aumentare l'impact factor delle loro riviste

La citazione coatta

Vi sono tecniche meno eleganti per aumentare l'IF di una rivista

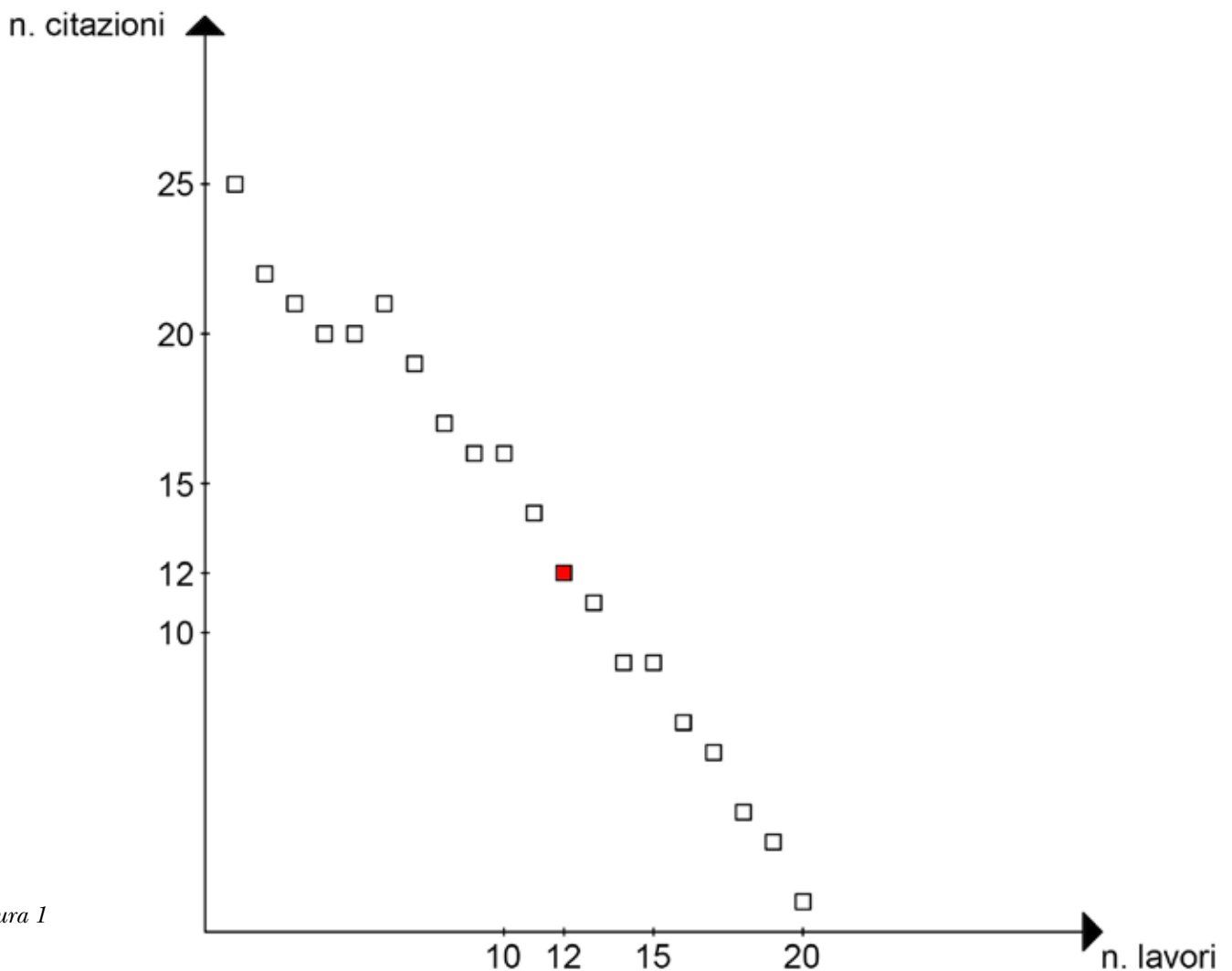
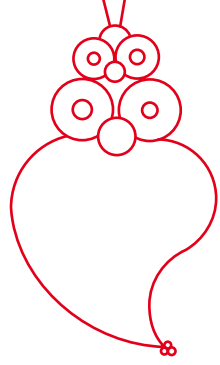


Figura 1

scientifico. Un esempio consiste nel chiedere ad un autore, il cui articolo non è stato ancora accettato, di citare alcuni lavori in precedenza pubblicati su quella rivista. È un fenomeno tutt'altro che infrequente. Recentemente Opthof ha pubblicato una interessante analisi sull'IF ottenuto nel 2010 da alcune riviste cardiologiche⁽³⁾, calcolando la

cosiddetta "percentuale di inflazione", un indice di incremento artificiale del proprio IF. Tale indice corrisponde all'IF calcolato sottraendo all'IF ufficiale quello calcolato senza le autocitazioni e dividendo il risultato per l'IF che si sarebbe ottenuto senza le autocitazioni. La percentuale di inflazione media risultava pari al 17% per le 50 riviste cardiologiche con

più elevato IF. Tuttavia vi erano casi eclatanti: tra le prime dieci riviste con più alto IF ufficiale nel 2010, l'*International Journal of Cardiology* aveva una "percentuale di inflazione" del 57% e *Basic Research in Cardiology* del 33%. L'autore stigmatizza anche comportamenti più sottili di aumento artificiale del proprio IF anche da parte di riviste più prestigiose: il



Journal of American College of Cardiology (JACC) pubblica all'inizio di ogni anno gli "Highlights of the year in JACC", un singolo articolo ma con un numero elevatissimo di citazioni dalla stessa rivista. Ad esempio, tale tipo di articolo apparso nel primo numero del 2011 aveva 272 autocitazioni: solo per quell'articolo l'IF ufficiale di JACC è aumentato di 0.309 punti, un incremento tutt'altro che trascurabile se si pensa che nel ranking IF 2010 *Circulation*, la rivista top di Cardiologia, sopravanzava JACC di solo 0.139 punti. La politica editoriale di JACC non è recentemente mutata, l'articolo con gli "Highlights 2013" è stato pubblicato con 261 autocitazioni.

H-index

L'H - index è stato introdotto dal 2005 su suggerimento di un fisico californiano, Jorge E. Hirsh (e per questo è spesso denominato anche Hirsh - index), per poter valutare la produzione scientifica dei suoi colleghi in maniera più corretta del metodo quantitativo (cioè tenendo conto solo del numero delle pubblicazioni effettuate o dell'IF totale di un autore) o del numero di citazioni dei lavori (che può essere trainato da un solo lavoro, in genere un trial policentrico molto importante e perciò citatissimo nelle bibliografie di altre pubblicazioni). Si calcola in modo piuttosto semplice: il valore "h" infatti corrisponde al numero "h" di pubblicazioni di un ricercatore che sono state citate in altri lavori almeno "h" volte. In questo modo il valore "h" ingloba sia il numero delle pubblicazioni che il numero di citazioni per

pubblicazione, riflettendo sia la quantità che la qualità del lavoro scientifico. La Figura 1 mostra come avere un H - index = 12 significhi che, pur essendo l'ipotetico ricercatore autore di 20 pubblicazioni, solo 12 sono citate almeno 12 volte. Hirsh suggeriva che avere un "H - index" di almeno 12 significasse per un fisico ambire ad una posizione di Professore Associato, avere un valore di almeno 18 avrebbe potuto soddisfare le ambizioni di chi avesse voluto diventare "Full Professor", mentre i pochi con un H - index di almeno 45 avrebbero potuto diventare membri della prestigiosa US National Academy of Sciences. Non esiste un analogo calcolo per le discipline di "Clinical Medicine" anche se queste ultime hanno globalmente meno citazioni delle scienze fisiche. L'H-index può essere misurato manualmente oppure utilizzando calcolatori automatici. Ogni ricercatore può seguire le citazioni dei propri lavori utilizzando Google Scholar scaricando il programma Publish or Perish e calcolando il proprio H - index di conseguenza. Google Scholar fornisce peraltro anche il numero delle citazioni globali e quelle più recenti (dal 2008) e ha recentemente introdotto anche "l'i - 10 index", cioè il numero di pubblicazioni di ogni autore citate almeno 10 volte. Scopus fornisce un calcolo automatico dell'H - index, ma non individua spesso i lavori pubblicati prima del 1996. Un altro database che fornisce queste informazioni è Web of Knowledge, cui si accede tuttavia pagando una sottoscrizione. Concludendo, il nostro

Professore è molto orgoglioso delle sue seicento pubblicazioni e di un IF totale di 552. Noi sappiamo che il suo H - index è 21, perchè di tutte le sue pubblicazioni, 21 sono state citate in altri lavori almeno 21 volte. È sulla base dell'H - index che possiamo valutare il rilievo della sua produzione scientifica e paragonarla con quella di altri ricercatori, appartenenti alla stessa disciplina medica. ♥

Bibliografia

- 1) Garfield E.: *The history and meaning of the journal impact factor*, JAMA 2006;295:90-93
- 2) Sheldrick G.M.: *A short history of SHELX*, Acta Cryst 2008; A64:112-122
- 3) Opthof T.: *Inflation of impact factors by journal self-citation in cardiovascular science*, Neth Heart J 2013;21:163-165



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

Pio Caso (Napoli)

Federico Nardi (Verbania)

Martina Perazzolo Marra (Padova)

Bruno Pinamonti (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging

Comitato di Coordinamento

Roberto Caporale (Cosenza)

Gianluca Gonzi (Parma)

Giuseppe Musumeci (Bergamo)

Pierfranco Terrosu (Sassari)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza



AREA E-CARDIO

Chairperson

Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)

Co - Chairperson

Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)

Comitato di Coordinamento

Giovanni Barbati (Martina Franca - TA)

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

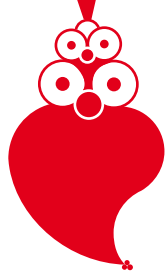
Marco Marini (Ancona)

Massimo Milli (Firenze)

Claudia Raineri (Pavia)

Giulia Russo (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso



La trasformazione del Cardiologo Clinico in Cardiologo Intensivista

Il percorso formativo del Cardiologo Intensivista personalizzato in funzione del tipo di UTIC in cui è inserito

DI SERAFINA VALENTE, LEONARDO DE LUCA, PIERFRANCO TERROSU

Le Terapie Intensive Coronariche, nate negli anni '60 per dare una risposta terapeutica adeguata al trattamento dell'infarto miocardico acuto, hanno subito, in oltre 50 anni, una profonda trasformazione che è strettamente correlata all'evoluzione del trattamento delle Sindromi Coronariche Acute, alle variazioni epidemiologiche (incremento delle comorbidità e invecchiamento della popolazione) e alla rapida evoluzione tecnologica (Figura 1). Questi cambiamenti hanno modificato profondamente tipologia di pazienti e lavoro degli operatori e le terapie intensive coronariche con una silenziosa e naturale metamorfosi sono diventate Terapie Intensive Cardiologiche (UTIC). In Italia le UTIC hanno una diffusione capillare su tutto il territorio nazionale ma, come dimostrano i dati dei censimenti ANMCO e FIC e i dati del Blitz 3, sono assai eterogenee sia dal punto di vista strutturale

che organizzativo (Figure 2 - 3). Parallelamente all'evoluzione delle UTIC anche il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha subito importanti trasformazioni e, a fronte di una

Qualunque sarà il contesto organizzativo in cui le UTIC saranno inserite ai Cardiologi dedicati saranno richieste competenze avanzate in terapia intensiva e la padronanza di tecniche che non sono tipiche dell'“expertise” cardiologico in senso stretto

sempre maggior richiesta di qualità e appropriatezza, impone oggi una drastica riduzione delle risorse e

propone la cosiddetta “organizzazione ospedaliera per intensità di cure” come modello vincente. Qualunque sarà il contesto organizzativo in cui le UTIC saranno inserite, è certo che ai Cardiologi dedicati saranno richieste competenze avanzate in terapia intensiva e la padronanza di tecniche che non sono tipiche dell'“expertise” cardiologico in senso stretto. Il rischio concreto della mancanza di queste competenze sarà quello di essere tagliati fuori dalla cura diretta dei cardiopatici critici e di rimanere solo consulenti. Le Società Scientifiche americane ed europee hanno già presentato vari documenti dettagliati sulla formazione di queste nuove figure professionali, mentre in Italia non è ancora previsto uno specifico percorso formativo.

Percorso Formativo

Il problema della formazione in questo campo deve essere affrontato in modo almeno duale:

- da un lato con la creazione di percorsi in grado di formare e

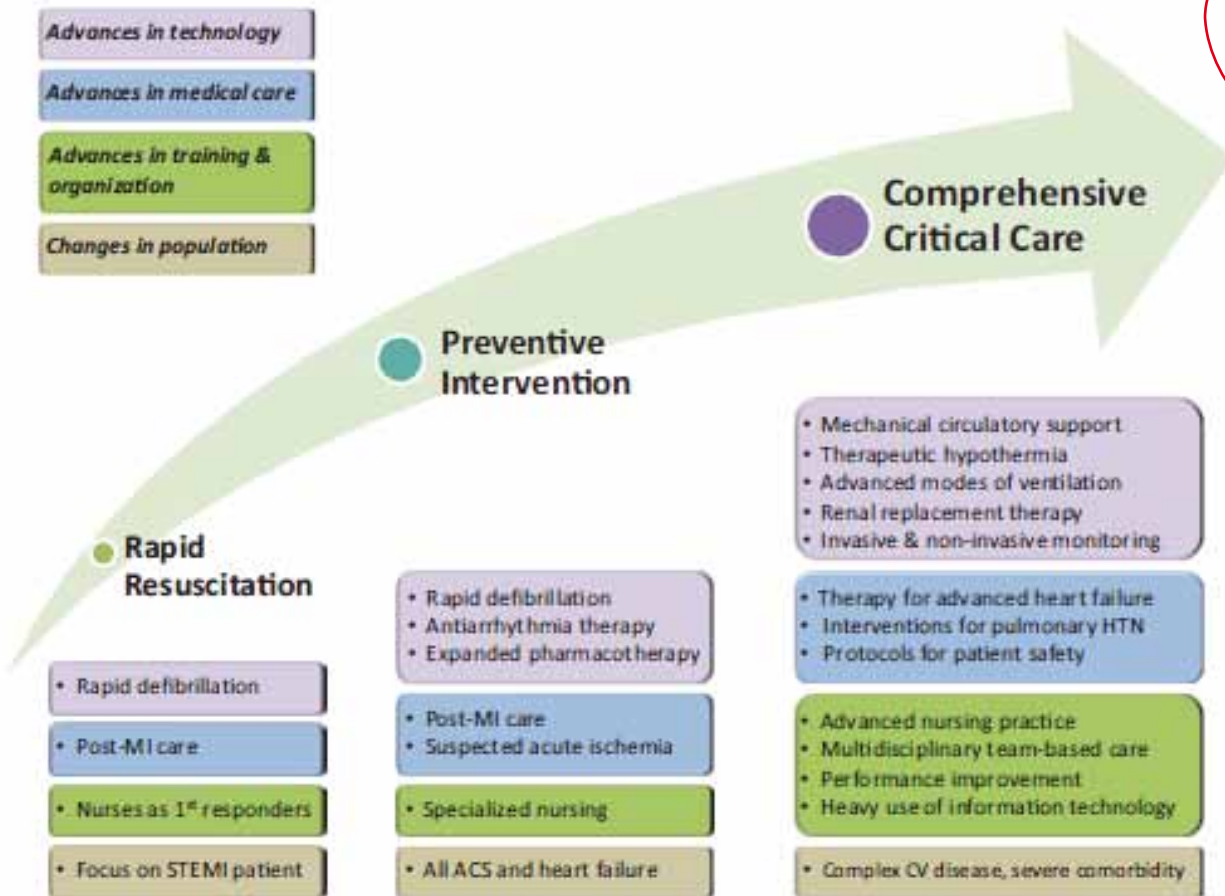
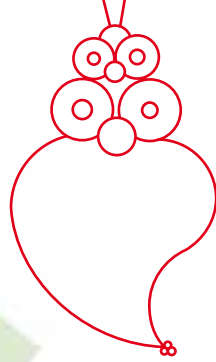


Figura 1 - Evolution of Critical Care Cardiology: Transformation of the Cardiovascular Intensive Care Unit and the Emerging Need for New Medical Staffing and Training Models: A Scientific Statement From the American Heart Association. Morrow D et al, Circulation. 2012;126:1408-1428

addestrare opportunamente i Cardiologi ancora in formazione intervenendo sui piani formativi curriculari del Corso di Laurea e della Scuola di Specializzazione;

- dall'altro con la messa a punto di attività formative organiche in grado di consentire a Cardiologi ormai formati, eventualmente già attivi da anni nel campo della Cardiologia Clinica, di acquisire quegli elementi che li rendano in grado di affrontare in autonomia la serie di problematiche che la gestione del paziente cardiopatico "intensivo" propone abitualmente.

Le modalità con cui questi due obiettivi possono essere raggiunti devono prevedere, una volta individuati gli elementi essenziali

per la formazione del moderno Cardiologo Intensivista, percorsi formativi articolati, in cui si garantiscano appieno, considerando che ci si trova nel campo dell'apprendimento dell'adulto, tre elementi:

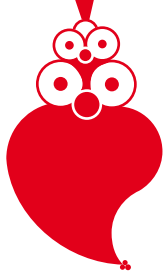
- un appropriato trasferimento di conoscenze;
- un appropriato trasferimento di competenze;
- un opportuno addestramento sul campo da ottenere anche mediante simulazione avanzata.

Proposte per la formazione del Cardiologo Intensivista

La Società Europea di Cardiologia propone un curriculum dettagliato per Intensivisti europei che in Italia è di fatto impossibile realizzare nella

forma prevista. Ritagliando una proposta formativa per la nostra realtà dovremmo intervenire su due fronti.

- 1) Per gli Specializzandi si dovrebbe mettere a punto, per gli ultimi due anni della Scuola, un percorso formativo dedicato alla terapia intensiva con programmi condivisi con le Scuole europee che in questo periodo stanno lavorando alla formazione dell'Intensivista appartenente a specialità diverse.
- 2) Per gli Specialisti che già lavorano in una Struttura ospedaliera e sono interessati alla terapia intensiva cardiologica si dovrebbero mettere a punto percorsi formativi a contenuti comuni ma differenziati nell'erogazione a seconda della realtà organizzativa in cui la loro



UTIC è inserita. Per semplificazione di linguaggio possiamo definire tre livelli di UTIC che si differenziano per complessità della casistica trattata, per numero e tipo di device utilizzati, per la dotazione organica e la “competence” del personale. L’efficace realizzazione dei percorsi formativi richiede la stretta cooperazione tra Cardiologi ospedalieri ed universitari, programmi condivisi con le Società Scientifiche e il riconoscimento «giuridico» dei corsi da parte delle autorità competenti. Infatti per la concreta realizzazione di un progetto formativo su scala nazionale non è sufficiente l’impegno organizzativo e culturale delle Società Scientifiche ma è necessario l’intervento delle istituzioni regionali che dovranno fornire il loro contributo economico - organizzativo per la formazione dei Cardiologi Intensivisti.

Strumenti formativi

1. Master universitari
2. Corsi di perfezionamento
3. Corsi strutturati che rilascino Crediti ECM
4. Corsi di formazione delle Società Scientifiche

Contenuti per la formazione

Gli elementi di competenza essenziali del Cardiologo Intensivista dovranno essere, oltre a quelli tradizionalmente del Cardiologo Clinico, anche quelle più specifiche dell’Intensivista in grado di gestire problematiche di tipo ventilatorio acquisendo confidenza con i device di ventilazione invasiva e non invasiva, con i sistemi di terapia sostitutiva renale, con la gestione dei pazienti con sepsi o multiorgan failure.

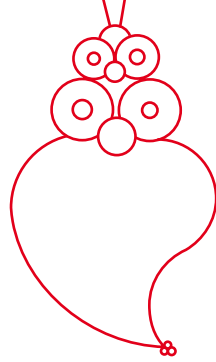
Competenze del Cardiologo Intensivista

1. Gestione delle vie aeree e assistenza ventilatoria non invasiva (NIV) e invasiva
2. Conoscenze di base sull’indicazione

- e gestione della terapia sostitutiva renale continua (CRRT)
3. Ipotermia Terapeutica e gestione del paziente rianimato da ACR
4. Monitoraggio emodinamico invasivo con competenze nel posizionamento, gestione e interpretazione dei dati con catetere di Swan-Ganz
5. Conoscenza dei sistemi di monitoraggio emodinamico mini invasivi
6. Posizionamento e gestione del contropulsatore aortico (IABP) e conoscenza dei principali VAD oggi in uso in Italia
7. Uso e gestione di inotropi e vasocostrittori
8. Terapia antibiotica e gestione delle infezioni e della sepsi
9. Sedazione, trattamento del delirio e del dolore
10. Principi nutrizionali del paziente critico (nutrizione enterale e parenterale)

714 ospedali dotati di cardiologia 414 UTIC	Pubblico (n. 616)	Privato (n. 98)
UTIC	61%	29%
UTIC+EMO	34%	22%
UTIC+EMO+CCH	10%	17%

Figura 2 - Censimento FIC 2010: Tipologia delle UTIC Italiane



BLITZ 3 - Casella G, et al. *J Cardiovasc Med* 2010;11:450

Table 3 Resources utilization for the global population, for patients with ST-elevation ACS, non-ST-elevation ACS, acute heart failure, or other acute non-ACS, non-acute heart failure cardiac diseases

	Global study population (N= 6986)	ST-elevation ACS (N= 1492)	Non-ST-elevation ACS (N= 2144)	Acute heart failure (N= 966)	Other acute cardiac diseases (N= 2384)
Transthoracic echocardiography (%)	78	84	82	79	72
Coronary angiography (%)	35	65	50	10	13
Any PCI (%)	24	59	32	1	5
Ventilator (%)	4	4	2	14	2
Pulmonary catheter (%)	0.5	0.6	0.2	1	0.6
IABP (%)	1	5	0.9	0.5	0.5
Ultrafiltration (%)	1	0.4	0.7	3	0.7
Electrical cardioversion (%)	3	2	0.6	1	6
Temporary pacing (%)	4	2	0.6	0.9	8
CT scan (%)	5	2	3	7	7

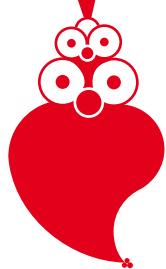
ACS, acute coronary syndrome; CT, computed tomography; IABP, intra-aortic balloon pump; PCI, percutaneous coronary intervention.

11. Trattamento delle alterazioni metaboliche e disionie
 12. Utilizzo dell'ecocardiogramma nel paziente critico (non solo per diagnosi ma anche come strumento per il monitoraggio emodinamico)
 13. Posizionamento eco - guidato degli accessi venosi e arteriosi
 14. Pericardiocentesi, toracentesi
 Oltre alle conoscenze teoriche e alle competenze procedurali all'Intensivista sono richieste caratteristiche umane e capacità di comunicazione specifiche:
 a) saper comunicare con i pazienti e i parenti anche nelle situazioni più critiche;

b) sapersi rapportare con i colleghi e altri specialisti;
 c) saper lavorare in team.
 Questa sintetica descrizione delle modalità e competenze da prevedere per la formazione di un Cardiologo Intensivista pensiamo che possa rappresentare una matrice adatta a raccogliere ulteriori suggerimenti, riflessioni e considerazioni utili per mettere a punto una piattaforma condivisa su cui lavorare. L'obiettivo di individuare le modalità migliori per garantire la formazione, con preciso approccio costruttivistico, in grado di offrire percorsi differenziati in relazione alle competenze che

ciascuno dei Cardiologi già attivo in UTIC possiede, rappresenta oggi un preciso impegno, non solo necessario, ma indispensabile, perché il Cardiologo Intensivista possa operare da protagonista all'interno di un sistema organizzativo in rapida evoluzione e in cui la sua capacità di gestire con competenza anche il paziente fortemente instabile può rappresentare l'elemento determinante per il mantenimento e l'affermazione del suo ruolo.
«Non è la specie più forte che sopravvive né la più intelligente, ma quella più ricettiva ai cambiamenti».
 Charles Darwin (1809 - 1882) ♥

L'efficace realizzazione dei percorsi formativi richiede la stretta cooperazione tra Cardiologi ospedalieri ed universitari, programmi condivisi con le Società Scientifiche e il riconoscimento «giuridico» dei corsi da parte delle autorità competenti



I tormenti di un (non più giovane) Chairman

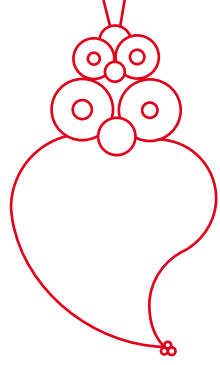
Considerazioni e ricordi a ruota libera sulla riunione degli Iscritti
all'Area nel Congresso ANMCO 2013

DI MICHELE AZZARITO

Spero di non fare uso improprio dello spazio che mi ospita, se, al posto di un discorso completo, della esposizione di una tesi, di un progetto, mi abbandono a considerazioni e ricordi a ruota libera; come dire se parlo, o meglio scrivo, senza pretesa di avere capo e coda. Posso però promettere che saranno divagazioni brevissime. Intanto partiamo dai fatti: si è concluso il Congresso Nazionale ANMCO del 2013 da poco e nell'ambito del suddetto Congresso si è tenuta la tradizionale riunione con gli Iscritti dell'Area. Quest'anno mi trovavo, come Chairman, in una posizione privilegiata e al tempo stesso scomoda. Privilegiata perché avevo l'onore di presiederla, e non solo, la presiedevo assieme al Dott. Zonzin che è un padre fondatore dell'Area; scomoda perché come Chairman sentivo la responsabilità dell'andamento delle cose che succedevano e poi perché ero assalito da pensieri parassiti mentre era in corso la riunione. Tra l'altro mi era impossibile non pensare alla prima volta in cui ho partecipato come componente del Comitato

di Coordinamento. Aula pressoché deserta, presenti praticamente solo i membri del Comitato più un Collega che non conoscevo. L'allora Chairman, l'amico Rubboli, prende la parola e con serietà, quasi, non me ne voglia, sussiego, apre la riunione "degli Iscritti". L'ho molto ammirato per come è riuscito a tenere in piedi la riunione per ben oltre un'ora! Ho anche pensato che se fossi stato al suo posto non sarei mai riuscito a dare un'aria di normalità ed una consecutio ad una situazione che francamente aveva del surreale. Bravo! Negli anni successivi cambia qualcosa che fa scomparire il panico delle "sedie vuote" che io pensavo fino ad allora trattarsi di una paura confinata solo agli attori di teatro. Cosa cambia: la riunione degli Iscritti all'Area diventa un mini Congresso nel Congresso, un Simposio con i temi cari per chi ha passione per queste malattie, esposti da nomi importanti con peso scientifico, visibilità e notorietà nazionale; gran pienone, da prima della Scala. Che successo! Ancora i ricordi: sia Andrea Rubboli nel secondo anno del suo mandato che Loris Roncon nei due anni in

cui ha coordinato l'Area avevano un aspetto raggianti, conducevano la riunione con il piglio di chi ha centrato l'obiettivo, con la sicurezza del capitano che ha condotto la nave per rotta certa e che si appresta, quasi una formalità, a dare inizio alle manovre di attracco per governare la conclusione del viaggio. Ci sentivamo tutti molto orgogliosi e i commenti fra noi erano invariabilmente: «E' andata benissimo!». «Ma hai visto quanto era piena l'aula?». «C'era perfino gente in piedi...». «E poi nessuno si è alzato e se ne è andato!». «Sì, non c'è dubbio, l'Area sta crescendo!». Questa sensazione di successo non veniva appannata dal fatto che al momento della vera riunione, che si teneva in coda al Simposio, cioè quando si sarebbe dovuta esercitare una democrazia diretta con l'interlocuzione degli Iscritti, la sala si desertificava per magia. E arriviamo al momento in cui è in corso la "mia" riunione degli Iscritti. Nuovo cambio, non più mini Congresso o Simposio, ma vera riunione degli Iscritti; di nuovo il panico delle sedie vuote, di nuovo, ma più accentuata (e per forza, sono



il Chairman!), la paura di essere soli nell'aula. All'inizio qualcuno entra, saremo in tutto una ventina e mi trovo a desiderare ardentemente che l'aula si restringa, le sedie scompaiano per magia e si simuli un pienone non per iperafflusso ma per riduzione di recettività, tant'è purchessia. E poi ogni tanto la porta si apre, si affaccia un volto su cui si riflette la mia speranza. Ma, che succede? Il volto si trasforma in una smorfia di delusione e il Collega va via: ha sbagliato aula. In una sola occasione entra invece una giovane Collega e, mentre seguiva la presentazione in corso, una parte di me cerca di

uno spettatore alzarsi e sgomitare nella fila per andar via; tra l'altro non sa il peggio: lo spettatore è l'amante di sua moglie e approfitta del lungo monologo per raggiungere la fedifraga nei camerini. Ma io a differenza del guitto sapevo o almeno sospettavo: quei due si erano alzati e probabilmente raggiungevano la riunione di un'altra Area. Maledetti! Intanto la riunione prosegue e, al termine della presentazione della Dott.ssa Enea, a domanda precisa «Sì, va bè ma tu come ti regoli nel tuo ambulatorio?» inaspettata inizia una partecipazione diretta: saremo meno di venti ma tutti decisi a

vivevo l'Area e la riunione degli iscritti quando non avevo compiti Istituzionali? Debbo premettere che la mia passione per queste malattie data oramai circa venti anni, ed è molto più vecchia dell'Area stessa che nasce nei primi anni del 2000. Comunque dalla sua nascita io mi ci sono iscritto ma ho esaurito così il mio uzzolo di partecipazione. Conoscevo poco i Colleghi che si alternavano nel Comitato (ad eccezione di qualcuno che magari era "famoso" e parlava a molti Congressi) e ero e sono assolutamente certo che nessuno conosceva me. Perché non ho mai partecipato veramente? Non so, non riesco tutt'ora a capire. Ma forse una singola cosa l'ho capita: intanto non ci conosciamo, non sappiamo chi siamo e che progetti portiamo avanti, quanto questi programmi si sovrappongano e quanto sarebbe importante confrontarli ed estenderli. Sicuramente c'è molto altro che adesso mi sfugge, ma certo, nella seconda parte del mio mandato impiegherò molta energia e tempo per cercare di conoscere i nostri Istituti e di farci conoscere per quel che siamo: Colleghi come gli altri non particolarmente bravi né raccomandati (... perché tanto si sa come vanno in Italia le cose...), ma che lavorano come tutti in realtà spesso simili e con difficoltà uguali; che hanno bisogno di esporre le proprie idee e di sentire quelle degli altri. La prima parte del lavoro sugli Istituti sarà proprio un lavoro di conoscenza, poi vedremo... ♥

La vita associativa è fatta anche e soprattutto dei momenti comuni e delle riunioni plenarie: 5 anni di ricordi della riunione degli Istituti all'Area delle Malattie del Circolo Polmonare

dirigerla mentalmente verso la zona più vuota, quell'insopportabile filare di sedie che sembrano occhi aperti sul mio/nostro fallimento; macché, si siede nel mucchio, non ha senso dello spettacolo! E poi, orrore, ben due persone si sono alzate e andate via! Mi sentivo tanto come il protagonista di quel vecchio film, "To be or not to be" (molto godibile, per inciso lo consiglio, allegro e leggero a dispetto del titolo) in cui il protagonista, un guitto, mentre recita il monologo dell'Amleto, vede con raccapriccio

dire la propria, a chiedere consigli e a protestare per le difficoltà in cui ci si trova invariabilmente soli, non supportati dai Colleghi che non condividono la passione per questa patologia, meno che mai dalle istituzioni e dagli Ospedali e, ancora e purtroppo, lontani anche dall'idea di poter far riferimento all'Area. Bene, mi sento rinfrancato, c'è partecipazione anche se siamo pochi, probabilmente è solo per caso, ma per ora è così. Allora altra riflessione in forma di ricordi. Come



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

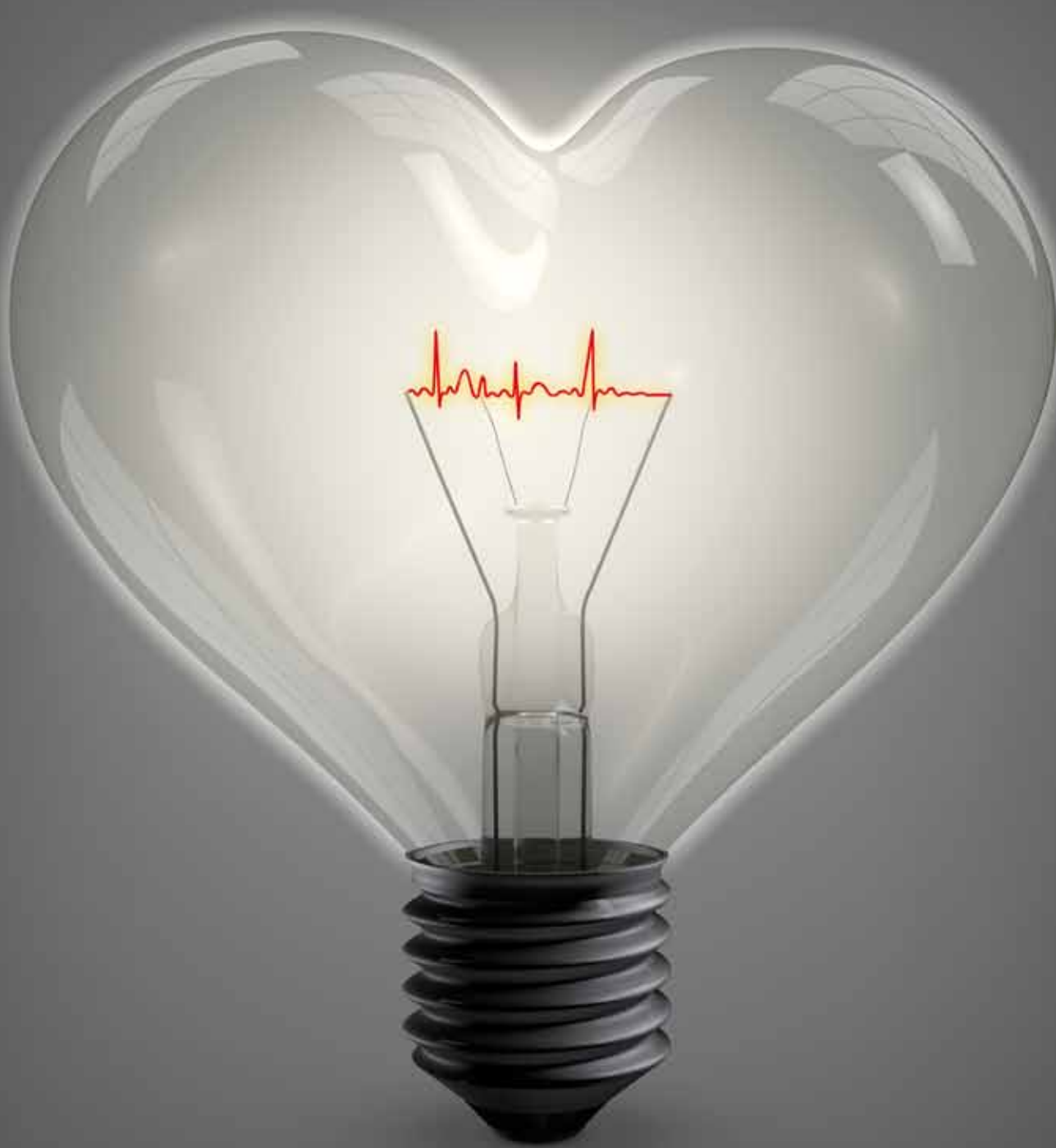
Data

..... Firma

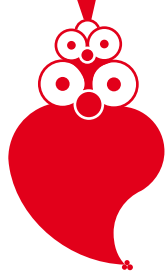


Shot Survey

Idee vitali



Le vostre risposte ci stanno a cuore
Vi aspettiamo su www.anmco.it



Un Sito WEB per la crescita dell'Area Nursing in seno all'ANMCO

Un'idea per lo sviluppo dell'Area Nursing: il Sito WEB

DI ANTONIO BOSCOLO, MASSIMO IACOVIELLO, SABRINA BARRO

Nelle Società Scientifiche nazionali ed internazionali, negli ultimi anni, ha acquisito una particolare rilevanza una ottimale organizzazione del Sito WEB, sempre più spesso ricco di contenuti utili a fornire informazioni su iniziative di ricerca e formazione, occasioni di aggiornamento professionale, scambio di esperienze. Consapevoli di tale rilevanza, per il biennio 2013 - 2014, l'Area Nursing ANMCO ha individuato nella cura e sviluppo delle pagine WEB dedicate un momento indispensabile per consentire il raggiungimento dei principali punti programmatici. L'obiettivo è quello di fornire tramite il Sito WEB strumenti utili: a dare maggiore visibilità alle Campagne Educazionali Nazionali; ad offrire materiale e riferimenti per un aggiornamento continuo; a creare spunti di discussione e confronto sulle esperienze professionali; a fornire informazioni sugli Studi intrapresi dall'Area. È, infine, auspicio dell'Area Nursing che, nel

futuro, il Sito WEB sia un riferimento di quella forma di associazionismo infermieristico, già presente nella ESC e specchio di una "casa comune" in cui Cardiologi ed Infermieri che lavorano in Cardiologia seguano percorsi compatibili con una coerente gestione multiprofessionale dei pazienti.

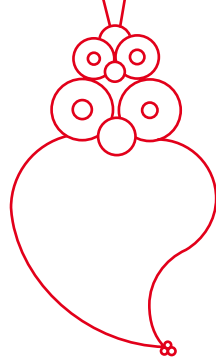
Le pagine WEB dedicate avranno differenti tematiche.

- Un capitolo dedicato alla presentazione dell'Area Nursing.
- Un capitolo orientato alla formazione/aggiornamento.
- Una parte dedicata alla Ricerca.
- Una parte riservata alle Regioni.
- Area Forum.

Area dedicata alla presentazione dell'Area Nursing

È la parte del Sito in cui l'Area Nursing si presenta con l'elenco dei Componenti, corredato da foto e breve Curriculum, ed il programma del biennio. È l'area in cui si spera vengano fornite nel prossimo futuro

le informazioni riguardo allo Statuto ed al Regolamento di una forma di associazionismo infermieristico ANMCO. Al di là di come si strutturerà l'adesione formale degli Infermieri all'ANMCO, il Sito, al quale si accederà tramite un link presente nel Sito ufficiale ANMCO, dovrà rappresentare qualcosa di più di un mero elenco di nomi e informazioni. Esso dovrà costituire la testimonianza della realtà presente nelle nostre U.O. nelle quali è ben evidente l'apporto originale dell'Infermiere al raggiungimento/mantenimento della salute dei nostri pazienti. In questa parte del Sito, infine, sarà presente l'*elenco dei servizi* con tutte le opportunità/utilità a beneficio degli interessati all'Area Nursing ANMCO. Saranno, inoltre, indicate le modalità per conseguire la *fellowship nurse della ESC*. Nei nostri obiettivi vi è quello di dare slancio al movimento infermieristico cardiologico italiano, promuovendo la possibilità che un gruppo di



Le pagine del Sito WEB dedicato rappresentano uno strumento di particolare rilevanza al fine di raggiungere gli obiettivi fissati nelle linee programmatiche dell'Area Nursing per il prossimo biennio

Infermieri con buona conoscenza dell'inglese che svolgano attività formativa e/o di ricerca si inserisca in progetti europei.

Area della formazione/aggiornamento

È quella parte delle pagine che è dedicata all'aggiornamento e che si articola ulteriormente nelle seguenti Sezioni.

- Informazioni su corsi di formazione, master cardiologici di 1° livello (Sonographer, tecnico di elettrofisiologia), eventi ECM di particolare rilevanza.
- Informazioni relative al tavolo tecnico per definire le competenze infermieristiche e dalla modalità di acquisizione della certificazione delle competenze, cui l'Area Nursing sta già lavorando.
- Informazione sui protocolli infermieristici condivisi che saranno oggetto della Consensus Conference Infermieristica, che avrà l'obiettivo di definire protocolli infermieristici condivisi nel paziente cronico al fine di ridurre la disomogeneità presente sia a livello territoriale che ospedaliero e di favorire uno stretto collegamento territorio - ospedale - territorio.
- Recensioni di articoli di particolare rilevanza scientifica da proporre ai Soci

e non.

- Linee Guida rilevanti tradotte in italiano e scaricabili.
- Link utili capaci di collegare l'utente con i principali siti infermieristici internazionali, nonché con le principali riviste infermieristiche cardiologiche.
- Informazioni circa lo svolgimento di corsi ECM di rilevanza nazionale e regionale di interesse cardiologico.

Area dedicata alla Ricerca

Saranno riportati in quest'area i progetti di ricerca promossi e gestiti dall'Associazione, o a cui l'Associazione partecipa. Vi sarà anche un'ampia parte su come proporre all'Associazione dei progetti di ricerca e quali criteri adottare per realizzare una ricerca. In questa area del Sito, infine, sarà possibile scaricare e/o compilare questionari utili a condurre indagini conoscitive da parte dell'Area Nursing su alcune tematiche di particolare rilievo.

Area dedicata alle Regioni

Nei punti programmatici del prossimo biennio abbiamo ritenuto utile sottolineare la necessità di dare spazio alle Regioni per favorire lo sviluppo anche locale delle Aree Nursing. Questa parte del Sito riporterà per le varie Regioni

i Referenti, nonché le iniziative formative e di ricerca locale che ci verranno segnalate

Area Forum

Abbiamo pensato, infine, ad una parte del Sito che sia occasione di confronto, dialogo, dibattito, scambio di esperienze dei professionisti Infermieri. Un amministratore gestirà la discussione su alcune tematiche scelte, mantenendola nell'alveo del buon gusto, della correttezza, dell'utilità rispetto ai fini istituzionali del Sito.

Sappiamo che la progettualità che abbiamo presentato non è di facile realizzazione. Abbiamo pensato, tuttavia, che il lavoro collegiale di gruppi permanenti all'interno dei membri dell'Area Nursing (... e non solo), ognuno dedicato alla cura delle differenti parti del Sito, possa consentire di raggiungere questo obiettivo. A tal fine intendiamo proporre per ciascuno dei principali settori un Responsabile medico ed infermieristico capaci di promuovere la realizzazione e l'aggiornamento continui del WEB sotto la supervisione del Comitato di Coordinamento dell'Area. ♥

Prevediamo di utilizzare le pagine del Sito dedicate al fine di ottenere una maggiore visibilità alle Campagne Educazionali Nazionali, di offrire materiale e riferimenti bibliografici per un aggiornamento continuo e di illustrare il disegno ed i risultati dei progetti di ricerca intrapresi



Non ci resta che correre

DI PIER LUIGI TEMPORELLI

In un'epoca di incerto destino economico, di incerte alleanze geopolitiche, di incerta collocazione alfabetica da parte delle agenzie di rating, di incerta percezione del futuro da parte dei giovani e sedicenti tali, una ferma certezza ci rimane: correre fa bene. Lo diceva già Ippocrate nel IV secolo a.C., lo ha confermato negli anni '80 James Fuller Fixx (più noto come Jimmy) nel suo best seller "The Complete Book of Running", lo hanno sancito nelle loro Linee Guida del nuovo millennio tutte le più autorevoli Società Scientifiche internazionali. La forma più antica del movimento rimane lo strumento più moderno (anche perché in linea con i dettami della "spending review") per promuovere, diffondere e implementare la salute cardiovascolare a tutte le latitudini, per tutti i ceti sociali e in tutte le fasce d'età. Sia in prevenzione primaria che secondaria siamo alla costante ricerca di innovazioni farmacologiche o, purtroppo sempre più spesso, succubi di improvvisati chiromanti della salute che propinano improbabili elisir di lunga vita propedeutici solo al loro portafoglio. E quindi ci vien facile scotomizzare che stili di vita inarrivabili e insostenibili quali non fumare (perché mai visto il basso costo del tabacco?), alimentarsi correttamente (assurdo, siamo il paese noto per la dieta mediterranea) e fare regolare attività fisica (improponibile, non abbiamo il clima ideale e le infrastrutture delle Fær Øer), atteggiamenti in sostanza a portata solo di Adamo ed Eva e del loro serpente, sono di fatto in grado di

prevenire o ridurre in tutto il mondo occidentale le patologie cardiovascolari e non solo (diabete, osteoporosi, neoplasie del colon e della mammella, depressione... solo per citarne alcune). L'OMS ha più volte stimolato, motivato, quasi "implorato" tutti i paesi industrializzati di implementare iniziative volte a "far muovere" la popolazione. Ma, come recita un vecchio proverbio cinese, «fa più rumore un albero che cade di una foresta che cresce» ed è già stata da più parti definita impari la battaglia tra i promotori di salute e gli interessi delle multinazionali, per le quali ad esempio la "globesità" suona come salvadanaio da gonfiare; basti pensare che ogni giorno per ogni dollaro speso in media per pubblicità televisiva salutistica in ambito alimentare ne vengono spesi 400 per promuovere junky food. Ma noi Cardiologi non ci arrendiamo. Proprio perché ci stanno togliendo certezze nei valori sociali, nell'economia globale e nostrana, nelle regole da assumere e trasmettere ai nostri figli e persino nella sismicità del nostro suolo,

ci consoliamo con quella certezza che tra l'altro, più unica che rara, ancora non è soggetta a fiscal drag: correre, che fa bene. Per esempio domenica 8 settembre 2013 si è tenuta a Parma la terza edizione CardioRun: 10 km da correre per il Tuo cuore. Peccato non esserci stati! ♥

per il tuo cuore
Fondazione per il Tuo cuore - ANMCO

GICR-IACPR
Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology

CARDIORUN
10 KM. DA CORRERE PER IL TUO CUORE

Vieni a correre "per il Tuo cuore"!
Parma, domenica 8 settembre 2013 - Piazza Garibaldi - ore 9.30
in occasione della Cariparma Running

PROGRAMMA

Sabato 7 settembre:
Parma, Piazza Garibaldi
ore 10.00 - 19.00: Infopoint Cardiologico (aperto al pubblico)
ore 16.00 - 19.00: Ritiro Sacche Gara
Parma, Parco Ducale
ore 17.30: Cariparma Kids (aperto ai bimbi dai 6 ai 12 anni)

Domenica 8 settembre:
Ore 7.00: apertura Infopoint Cardiologico
Ore 7.00: apertura Stand accoglienza Cardiologi
Ore 9.30: CARDIORUN (10 km)
Ore 9.30: Cariparma Mezza Maratona
Ore 9.30: 30 km della Duchessa
Ore 9.30: Corri per la Vita (gara non competitiva di 5 km) e Corri per la Vita Special (gara non competitiva di 10 km)

3° Campionato Italiano dei Cardiologi di Corsa su Strada

La Cariparma Running è valevole come Campionato Italiano Cardiologi di Corsa su Strada

- La classifica individuale è basata sulle classifiche della sola CardioRun (10 km competitiva)
- La classifica per squadre di ospedale/istituto basata sulla somma dei km percorsi dai membri della squadra considerando tutte le corse della Cariparma Running, sia competitive che non

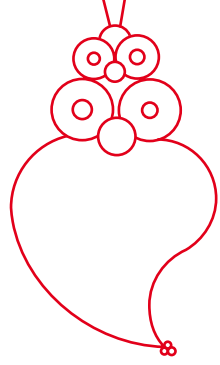
Il progetto CardioRun è promosso dalla Fondazione per il Tuo cuore dell'ANMCO, dall'Area Prevenzione dell'ANMCO e da GICR-IACPR
Collaborano l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma e l'Azienda USL di Parma

Supporto editoriale di **CardioLink** **RUNNER'S WORLD**

Per informazioni e iscrizioni: www.cusparma.it
Notizie e informazioni anche nei siti www.anmco.it/periltuocuore - www.iacpr.it - www.cardio

Be a role model: iscriviti!

POWERADE **AstraZeneca**



News dalla riunione dell'Area Scompenso Cardiaco: molte proposte ed idee da concretizzare...

DI GIULIA RUSSO, NADIA ASPROMONTE, GIUSEPPE DI TANO A NOME DELL'AREA SCOMPENSO CARDIACO

L'annuale riunione dell'Area Scompenso Cardiaco, inserita come tradizione nell'ambito dell'appena concluso Congresso Nazionale ANMCO, come preannunciato è stata dedicata in gran parte all'esposizione e discussione delle proposte inviate dagli aderenti all'Area, ai quali era stato richiesto di inserire via WEB le loro considerazioni, idee e proposte su alcune tematiche/criticità predefinite. Sono giunte 15 interessanti proposte che hanno toccato sia gli aspetti formativi e scientifici che gli aspetti gestionali (rapporti con i Medici di Medicina Generale, rapporti con i Centri di terzo livello). Per ragioni di tempo una volta assembleate per argomento, ne abbiamo scelte solo quattro, ed invitato i proponenti ad esporle e discuterle in aula, verificandone "dal vivo" la possibilità concreta di attuarle nei prossimi mesi.

Le proposte

La prima proposta è stata presentata dalla Dott.ssa Maria Teresa Cacciola

(Cardiologia di Reggio Calabria) ed ha riguardato un aspetto gestionale molto sentito e "pratico" quale il rapporto con i Medici di Medicina Generale ed il Territorio nella gestione dello scompenso cardiaco cronico, soprattutto nell'ottica di una migliore razionalizzazione e distribuzione delle risorse. A questa "richiesta" ed esigenza si è già dato da parte nostra un primo segnale, con la realizzazione e diffusione di uno strumento quale una Scheda informativa, contenente un "Minimal data set" da allegare alla Lettera di dimissione, rivolta al Medico di Medicina Generale. La Scheda, contestualmente già diffusa agli Iscritti al Congresso, è già disponibile e scaricabile dal Sito dell'Area e farà parte di un più esteso progetto formativo in fase di avanzata pianificazione che prevede oltre alla fase "formativa" vera e propria, un programma di implementazione e validazione della Scheda stessa sul territorio, coinvolgendo sia i Cardiologi ospedalieri che i Medici

del Territorio. La seconda proposta, presentata dalla Dott.ssa Daniela Pini (Humanitas, Rozzano) era incentrata sull'esigenza di una "certificazione" dell'attività, spesso oramai ultra specialistica in alcune realtà, dell'attività del Cardiologo dedicato allo Scompenso Cardiaco avanzato, traendo spunto dal "Certification in Advanced Heart Failure & Transplant Cardiology" rilasciato dall'American Board Internal Medicine negli USA. La proposta ha destato molto interesse tanto che la discussione è stata piuttosto animata anche alla luce della diversa realtà organizzativa nazionale, a dimostrazione però che l'esigenza di arrivare ad un processo di attestazione di appropriatezza della gestione dello Scompenso è molto sentita da tutti coloro che si occupano quotidianamente di Scompenso Cardiaco in generale. Su questa tematica si è iniziato già a lavorare con l'intento, in autunno, di proporre una bozza di documento al Consiglio Direttivo inerente un procedimento di identificazione di



una serie di “standard operativi” a cui potrebbe conseguire, per i Centri aderenti all’Area Scompensato, una forma di “certificazione” di “buona ed appropriata qualità - (*“Good clinical practice”*)- nella assistenza / gestione dello Scompensato Cardiaco. La terza proposta è stata presentata dalla Prof.ssa Giusy Majani (Fondazione Maugeri di Montescano) che ha evidenziato l’esigenza di porre attenzione su alcuni aspetti psicologici - gestionali del rapporto tra Cardiologo e paziente affetto da Scompensato Cardiaco, esaminando sia la prospettiva - paziente ma soprattutto quella inerente al ben noto “burn out”, cui siamo più o meno esposti tutti noi nella quotidianità clinica. È vero, infatti, che “la relazione con il paziente è un potente strumento di lavoro nella gestione delle malattie croniche, ma è anche opportuno che la fatica emozionale del Cardiologo riceva l’attenzione che merita e che conviene darle”. Su questa proposta il Comitato di Coordinamento dell’Area pensa di muoversi con celerità, e si è deciso di approntare con la collaborazione della Prof.ssa Majani e del suo gruppo, uno specifico e mirato questionario che sarà oggetto di una proposta operativa entro la fine dell’anno. L’ultima proposta è giunta dalla Dott.ssa Chiara Lestuzzi (CRO di Aviano) sulla tematica cardio - oncologica, campo che ci vede coinvolti in maniera sempre maggiore e che l’Area Scompensato Cardiaco ha già affrontato anche negli anni scorsi. La proposta su cui si inizierà a lavorare è quella di quantificare il

carico di lavoro che tale tipologia di pazienti comporta sugli Ambulatori Scompensato nazionali, ed in particolare sulle richieste di esami ecocardiografici/strumentali per l’identificazione precoce della cardio - tossicità. Nonostante le quattro proposte scelte siano state esposte in maniera quasi “telegrafica”, visti i tempi molto stretti a disposizione per lasciare un adeguato spazio alla verifica delle loro possibilità di attuazione, si è riusciti a discuterne con tutti gli intervenuti, tanto da non accorgersi che il tempo era... scaduto! La sensazione diffusa tra tutti noi del Comitato di Coordinamento è stata di evidente soddisfazione. L’intento di interagire con la “base” si è rivelata una buona scelta sia alla luce della qualità e concretezza delle proposte (non solo quelle presentate...) che per l’interesse con cui sono state affrontate e discusse e per gli ulteriori suggerimenti avanzati dai partecipanti alla Riunione. La fase operativa è già partita con l’attivo coinvolgimento di tutti gli “autori” delle proposte...

Le altre proposte

Le altre interessanti proposte hanno riguardato: ancora la tematica cardio - oncologica (“Valutazione della tossicità da antracicline analizzando il ruolo dei biomarcatori e dell’ecocardiografia”); una “Proposta di studio prospettico multicentrico sui danni a lungo

Durante la riunione dell’Area Scompensato Cardiaco sono state presentate quattro delle molte proposte che sono arrivate dagli Iscritti

Le proposte sono state oggetto di una discussione attiva e vivace suscitando grande interesse
Il Comitato di Coordinamento dell’Area è già passato alla fase operativa coinvolgendo i loro “autori”

termine della radioterapia mediastinica associata o meno alla terapia con antracicline” di C. Lestuzzi; la “Validazione predittiva di uno score ecocardiografico” (P. Fontanive); un tentativo di “Codificazione di specifici *core outcome sets* nei principali campi di esplorazione della ricerca clinica vertente sullo Scompensato Cardiaco al fine di rendere possibile l’aggregazione dei dati e l’analisi quantitativa dei risultati mediante meta - analisi” (R. De Vecchis); una proposta incentrata sull’“Impiego dei dispositivi meccanici di Assistenza Ventricolare Sinistra (VAD) per il trattamento dell’insufficienza cardiaca terminale in alternativa al trapianto cardiaco” (M. Bonacchi); ancora sulle problematiche gestionali - prioritarie con il Territorio (O. Febo, P. Midi e F. Mazzuoli); l’European Heart Failure awareness day e relative proposte (P. Midi). Infine l’Area Scompensato Cardiaco ha respirato una ventata d’aria intercontinentale per la gradita possibilità di incontrare il Dott. Eduardo Perna, Cardiologo argentino di Buenos Aires, noto esperto di biomarcatori e ospite - relatore del Congresso, prossimo Presidente della Società di Scompensato Cardiaco Argentina, molto disponibile a proporre e concretizzare progetti scientifici collaborativi, per i quali daremo notizia sullo stato di avanzamento. ♥

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 (Siccia - AG)
 Roberto Di Paola (Catania)
 Giovanna Geraci (Palermo)
 Gianni Mobilia (Messina)
 Ignazio Maria Smecca (Palermo)

www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia

P.A. TRENTO



Domenico Catanzariti

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

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

TOSCANA



Giancarlo Casolo

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

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



Marco Bobbio

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

www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte

UMBRIA



Claudio Cavallini

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

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

PUGLIA



Pasquale Caldarola

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

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

VENETO



Loris Roncon

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

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto



Figura 1 - Prevenzione arresto cardiaco

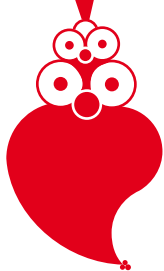
La cultura dell'emergenza

DI LUCIA BOLETTIERI E FRANCESCO PAOLO CALCIANO

Eventi drammatici, quali la morte improvvisa o l'ostruzione totale da corpo estraneo delle vie aeree superiori, necessitano di interventi tempestivi, immediati, adeguati. Non vi è a volte il tempo per l'arrivo del 118, di personale sanitario. Fermo restando che basilare è il tempestivo allertamento del 118, occorre poi mettere in atto le misure salva - vita, il riconoscimento dei segni d'arresto cardiaco o dell'ostruzione delle vie aeree superiori e adoperarsi

per cercare di risolvere queste gravi emergenze che, lasciate a se stesse, nell'ambito di pochi minuti possono determinare la fine di una vita umana. In tali situazioni il tempo è vita, non è possibile limitarsi all'allertamento del sistema emergenza - urgenza tramite il 118. Ecco quindi l'esigenza di formare i laici, personale non sanitario, a riconoscere queste patologie e mettere in atto in modo adeguato le manovre salva - vita. Nell'arresto

cardiaco ogni minuto in cui il cuore non pompa, non invia il sangue nel circolo arterioso ai vari organi e tessuti, determina un danno grave: ogni minuto si perde il 10% della massa cerebrale. Bisogna agire subito, agire bene. Vi sono vari livelli per un intervento adeguato, quelli dei corsi riconosciuti per l'attestato di BLSD (Basic Life Support Defibrillation) con i periodici retraining per quel che attiene l'arresto cardiaco: riconoscerlo, mettere in atto



le manovre di rianimazione cardiopolmonare con l'utilizzo eventuale del DAE, il defibrillatore semiautomatico esterno. Grassano, piccolo centro in provincia di Matera è un centro virtuoso in quest'ambito, considerando che dal 2005 è attivo "Cuore Amico Grassano", progetto di defibrillazione territoriale per la prevenzione dell'arresto cardiaco, progetto in rete con Basilicata Soccorso. Il progetto è attivo 24 h al giorno dall'1 gennaio al 31 dicembre. Vi sono due telefoni cellulari che ruotano tra i first responder, preparati da Basilicata Soccorso con Corsi certificati IRC; ogni first responder è dotato di maschera con valvola di non ritorno per la respirazione. Vi sono due defibrillatori, situati in nicchie esterne in due posti strategici e centrali del paese. Anche questo tassello va potenziato. Occorre considerare che la maggior parte delle emergenze si verifica tra le mura domestiche e che interessa i cardiopatici ischemici per quel che attiene l'arresto cardiaco, patologia tra l'altro frequente, 1 caso ogni 9', circa 60.000 eventi/anno in Italia. Come associazione "Amici del Cuore" ci siamo chiesti come poter migliorare la risposta generale a questo evento. Abbiamo deciso di favorire la cultura dell'emergenza a partire dai ragazzi.

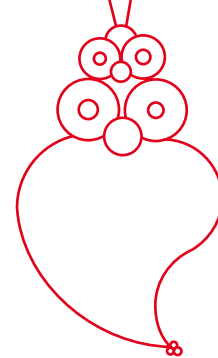
La morte improvvisa o l'ostruzione totale da corpo estraneo delle vie aeree superiori, necessitano d'interventi tempestivi, immediati, adeguati



Figura 2 - La Signora Lucia Bolettieri, Presidente dell'Associazione Amici del Cuore Grassano, e il Dott. Calciano in un Istituto Superiore di Roma

Abbiamo iniziato un percorso con i ragazzi delle terze classi della Scuola Secondaria di I grado, parlando loro d'arresto cardiaco, dell'importanza della chiamata al 118, illustrando con l'ausilio del manichino la sequenza della catena della sopravvivenza, motivandoli anche con la pratica individuale. I ragazzi hanno risposto alla grande. Molti sarebbero, se l'età lo consentisse, degli ottimi first responder. I ragazzi a livello

scolastico hanno anche partecipato al concorso "Per salvare una vita non servono supereroi" producendo due spot radiofonici della durata di 30" e uno spot video della durata di 1' sul tema dell'arresto cardiaco. Lavoro eccellente. Abbiamo chiesto altri corsi certificati IRC da parte del 118, Basilicata Soccorso, per potenziare il progetto "Cuore Amico Grassano". Riteniamo tutto ciò importante ma non sufficiente. Abbiamo deciso di



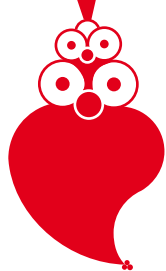
Proponiamo di insegnare la manovra di Heimlich nei corsi di preparazione al parto, in modo da preparare le mamme in caso di ostruzione delle vie aeree

organizzare manifestazioni e corsi non certificati (stiamo cercando di avere formatori all'interno dell'associazione, ma questo è un percorso attualmente ostico). Ci sono ambiti per poter intervenire, come informare in modo corretto e capillare sui temi dell'emergenza - urgenza; praticamente abbiamo iniziato corsi non certificati con un massimo di dieci persone, dove illustriamo l'arresto cardiaco o l'ostruzione delle vie aeree con una parte teorica e una parte pratica individuale, con l'ausilio anche di filmati. I Corsi sono riservati a familiari di cardiopatici, iscritti all'Associazione Amici del Cuore Grassano e al Club del sorriso, parlare di tumore senza timori. Cerchiamo di favorire la presenza di Insegnanti iniziando dalla Scuola Materna, di giovani genitori. In ogni incontro, della durata di circa 90' si affronta un solo argomento, l'arresto cardiaco o l'ostruzione delle vie aeree, con una parte teorica e una pratica, invitando individualmente ognuno a misurarsi con queste evenienze. Insegniamo a riconoscere la difficoltà dell'ostruzione dovuta a un corpo estraneo, ostruzione che può essere parziale o totale; si illustrano le

misure concrete, cosa fare, cosa non fare (se ad esempio un adulto o un bambino tossisce, invitarlo semplicemente a continuare a tossire, augurandosi che in tal modo spontaneamente possa mettere fuori il corpo estraneo). Insegniamo a mettere in atto le manovre, come la manovra di Heimlich, quando è indispensabile illustrando le modalità della stessa per l'adulto, per il lattante e per il bambino superiore all'anno di vita. Facciamo vedere filmati efficaci su questa manovra facendo provare queste manovre individualmente. Non si può attendere in queste evenienze. Se si vuole che diminuiscano i racconti di cronaca su questi aspetti, occorre favorire una cultura e una pratica diffusa. Ogni mamma dovrebbe essere preparata. Proponiamo di insegnare questa manovra nei corsi di preparazione al parto, in modo da preparare le mamme. Ricontriamo interesse per queste nostre sollecitazioni. Problema principe è l'esiguità del personale. Siamo pochi a farci carico di questo progetto, ovviamente gratuito e privo di qualsiasi contributo. È

Se si vuole che diminuiscano i racconti di cronaca sulla morte improvvisa o sull'ostruzione delle vie aeree, occorre favorire una cultura e una pratica diffusa dell'emergenza - urgenza

essenziale la collaborazione della società civile con il Sistema Sanitario Nazionale, dei cittadini con il 118. La politica della delega non funziona in generale, qui sarebbe deleteria. È indispensabile favorire una sinergia positiva tra cittadini, associazioni, istituzioni. Riteniamo essenziale continuare su questa direzione, magari potenziandola anche ai centri limitrofi. Negli anni scorsi abbiamo contribuito a portare avanti a livello scolastico questi temi facendo preparare, con corsi certificati da parte del 118, circa 100 ragazzi a partire dai 16 anni. Abbiamo affrontato questo tema sulle spiagge in un villaggio delle nostre coste ioniche per informare gli ospiti e contestualmente favorire la preparazione di operatori turistici della struttura. La nostra idea, favorire un percorso della sicurezza, dell'emergenza - urgenza sulla via delle vacanze, nelle strutture che operano in questo settore, nei centri che richiamano un numero notevole di vacanzieri. C'è tanto da lavorare. Dobbiamo unire le idee, le competenze, le intelligenze, in un discorso che non si racchiuda in ambiti ristretti, campanilistici ma che possa spaziare in un progetto ampio che veda al centro la vita umana. Occorre continuare su questa strada, favorire e sviluppare maggiori sintonie con tutti coloro che sono interessati a questi temi. Favorire la cultura diffusa dell'emergenza - urgenza con la possibilità di formare, informare e preparare sempre più cittadini di varie età. Occorre crederci. ♥



La Medicina di genere: la Cardiologia al femminile

DI COSIMA CLORO

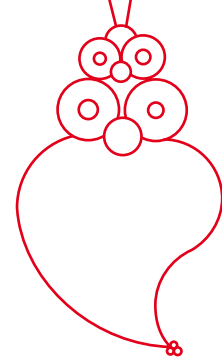


Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma si ammalano di più, usano di più i servizi sanitari e hanno un maggior numero di anni di vita in cattiva salute. Nell'ultimo decennio, moltissime ricerche a livello nazionale, europeo e mondiale hanno dimostrato come tra uomo e donna esistano differenze nell'insorgenza, nell'andamento e nella prognosi di molte malattie. Purtroppo, sin dai tempi degli antichi filosofi greci le donne, ma anche i bambini e le bambine, sono state considerate dalla medicina dei piccoli uomini come se l'unica differenza consistesse nelle dimensioni e nel peso. Tutti i risultati della ricerca medica e l'efficacia di numerose molecole farmacologiche sono state testate mediante trial disegnati sull'uomo e sono stati traslati sulla donna pensando erroneamente di ottenere gli stessi benefici. Negli ultimi sessanta anni, il ruolo sociale della donna, insieme allo stile di vita, ha subito profondi cambiamenti.

Accanto ai diversi aspetti positivi in termini sociali, professionali e di aspettativa di vita ci sono stati esiti meno favorevoli dal punto di vista della salute. La cardiopatia ischemica è la principale causa di morte per le donne di tutti i paesi, con un tasso di mortalità superiore a quello maschile; le donne hanno maggiori probabilità degli uomini di avere un secondo infarto entro un anno dal primo. Ogni anno in Italia si registrano 30.000 decessi per infarto tra le donne, mentre 11.000 sono le morti per tumore al seno. L'infarto è una malattia comune nei due sessi, quello che è differente sono le cause e le manifestazioni cliniche. Se una donna viene colpita da un attacco cardiaco ha meno probabilità, rispetto a un uomo, che i medici del pronto soccorso lo riconoscano subito, e non perdano minuti preziosi per salvarle la vita. In medicina quindi, occorre un approccio di genere perché le differenze tra i sessi sono determinanti ai fini della ricerca medica e farmacologica. Se ne è discusso a Cosenza nel trascorso mese di giugno in un incontro organizzato dall'U.O. di Cardiologia del Presidio Ospedaliero "Annunziata" insieme al Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria che ha visto la

partecipazione attenta e puntuale di numerosi relatori e moderatori, parte attiva e costruttiva della nostra associazione. Durante l'incontro si è ribadito il concetto che nella maggior parte dei trial clinici le donne sono sempre scarsamente rappresentate, che esistono delle differenze legate al sesso in termini di risposta alle malattie cardiovascolari e di risposta alle terapie farmacologiche che vengono impiegate e che tutti gli operatori in campo sanitario devono saper riconoscere. È opportuno e necessario, quindi, un approccio di genere che significa prendere in considerazione uomini e donne al di là degli stereotipi e promuovere all'interno della ricerca medica e farmacologica l'attenzione alle differenze biologiche, psicologiche e culturali che ci sono tra i due sessi. ♥





“Stent and Surgery” ovvero come standardizzare la terapia antiaggregante prima della chirurgia non cardiaca in Emilia-Romagna

DI ALBERTO MENOZZI E STEFANO URBINATI



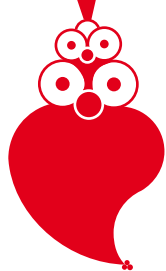
Sabato 19 ottobre 2013 si svolgerà a Bologna, presso l’Hotel Carlton, la Consensus Regionale promossa dall’ANMCO Emilia-Romagna dal titolo “La gestione della terapia antiaggregante nel paziente portatore di stent coronarico candidato a chirurgia non cardiaca” (Figura 1). L’evento ha l’obiettivo di discutere in modo multidisciplinare le tematiche relative alla gestione della terapia antiaggregante nel paziente portatore di stent coronarico che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico non cardiaco. La finalità dell’incontro è quella di ottimizzare ed uniformare le scelte terapeutiche integrando conoscenze ed esperienze di Cardiologi, Chirurghi ed Anestesisti promuovendo l’adesione al Documento di Consenso ANMCO - GISE “Stent coronarico e chirurgia” nella Regione Emilia-Romagna. La tematica in oggetto è di grande rilevanza dato che il numero di

pazienti portatori di stent che hanno necessità di affrontare un intervento chirurgico, spesso non differibile, è in costante aumento e di conseguenza

È necessario ottimizzare ed uniformare la gestione della terapia antiaggregante nel paziente portatore di stent e candidato ad intervento chirurgico integrando i comportamenti di Cardiologi, Chirurghi ed Anestesisti.

la gestione perioperatoria della terapia antiaggregante è un problema ormai quotidiano nella pratica clinica. È stato infatti stimato che

Figura 1



Definizione del rischio trombotico

Il rischio trombotico è stato definito in base a quattro fattori: tipo di stent posizionato (metallico versus medicato), tempo intercorso dall'impianto dello stent (al momento dell'intervento chirurgico), caratteristiche angiografiche delle lesioni trattate e caratteristiche cliniche:

Rischio basso	Rischio intermedio	Rischio alto
>6 mesi dopo BMS	>1 mese <6 mesi dopo BMS	<1 mese dopo BMS
>12 mesi dopo DES	>6 mesi <12 mesi dopo DES	<6 mesi dopo DES
	>12 mesi dopo DES a rischio elevato [#]	<12 mesi dopo DES a rischio elevato [#]

[#] stent lunghi, multipli, in overlapping, piccoli vasi, biforcazioni, tronco comune, last remaining vessel

Criteri clinici quali sindrome coronarica acuta in occasione della PCI, pregressa trombosi di stent, frazione di eiezione <35%, insufficienza renale cronica, diabete mellito aumentano il rischio di trombosi intrastent.

I pazienti sottoposti a bypass aortocoronarico ed i pazienti con sindrome coronarica acuta non sottoposti a PCI vengono considerati ad alto rischio entro il primo mese, rischio intermedio tra 1 e 6 mesi, basso rischio oltre i 6 mesi.

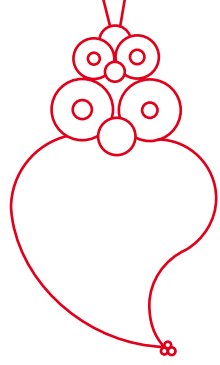
I pazienti sottoposti a PCI con il solo palloncino sono ritenuti ad alto rischio entro 2 settimane, a rischio intermedio tra 2 e 4 settimane, a basso rischio oltre le 4 settimane.

Figura 2

una quota variabile tra il 4% e l'8% dei pazienti sottoposti ad impianto di stent coronarico vada incontro ad un intervento chirurgico entro il primo anno. La duplice terapia antiaggregante con aspirina ed un inibitore del recettore piastrinico P2Y12 (clopidogrel, prasugrel, ticagrelor) è indicata per almeno un mese dopo il posizionamento di uno stent non medicato e per 6 - 12 mesi dopo il posizionamento

di uno stent medicato. Completato il periodo di duplice terapia antiaggregante è necessario proseguire la somministrazione di aspirina per sempre. Come è a tutti noto, l'obiettivo della terapia antiaggregante è in primo luogo la prevenzione della trombosi di stent, evento spesso drammatico, in quanto il quadro clinico è quello dell'infarto miocardico acuto o della morte improvvisa. La precoce

ed inappropriata sospensione della duplice terapia antiaggregante costituisce uno dei fattori di rischio principali per lo sviluppo di trombosi di stent e, anche se tale rischio si riduce col tempo che intercorre tra il posizionamento dello stent e la sospensione della doppia terapia antiaggregante, non esiste un limite temporale oltre il quale si annulla. La necessità di eseguire un intervento chirurgico è una delle motivazioni



più frequenti di precoce interruzione della terapia antiaggregante. La gestione perioperatoria della terapia antiaggregante, nel paziente portatore di stent candidato ad intervento chirurgico, è quindi un problema complesso. Infatti, se da un lato la sospensione anticipata della terapia antiaggregante orale si associa ad un rischio significativo di trombosi di stent, in particolare nei primi mesi dopo l'impianto, dall'altra parte la terapia antiaggregante aumenta, talvolta anche notevolmente, il rischio emorragico in corso di procedure chirurgiche o endoscopiche. Attualmente, la gestione perioperatoria della terapia antiaggregante è spesso gestita caso per caso in maniera non sempre condivisa tra Cardiologi, Chirurghi e Anestesisti. In assenza di dati "evidence - based", le attuali Linee Guida internazionali non forniscono protocolli operativi chiari e condivisi in relazione al rischio trombotico ed emorragico del paziente ed alle diverse tipologie di interventi chirurgici e rimandano, per lo più, ad una valutazione collegiale. Al

Il Documento di Consenso GISE-ANMCO che ha coinvolto Cardiologi, Chirurghi ed Anestesisti va promosso e condiviso nelle diverse realtà locali perché diventi uno strumento operativo nella pratica quotidiana.

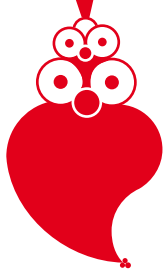
fine di superare le limitazioni sopra menzionate e di ottimizzare la gestione della terapia antiaggregante indirizzando in modo razionale ed al meglio delle conoscenze attuali le scelte terapeutiche, nel 2012 è stato redatto il Documento di Consenso GISE - ANMCO relativo alla gestione perioperatoria della terapia antiaggregante nel paziente portatore di stent coronarico e candidato ad intervento chirurgico. Il Documento è frutto di una collaborazione intersocietaria tra la Società Italiana di Cardiologia Invasiva (GISE) e l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) con il coinvolgimento delle diverse Società Chirurgiche nazionali e di quella degli Anestesisti. Alla stesura del Documento hanno collaborato Cardiologi Clinici, Interventisti, Chirurghi generali e Specialisti, Endoscopisti ed Anestesisti. I Cardiologi hanno provveduto a stratificare il rischio trombotico del paziente, mentre i Chirurghi hanno definito il rischio emorragico associato ai singoli interventi. Per ogni branca della Chirurgia sono state elaborate tabelle multifattoriali che hanno identificato tre classi di rischio trombotico (alto, intermedio e basso) e tre classi di rischio emorragico (alto, intermedio e basso) in base alla tipologia dell'intervento ed infine, sulla base del rischio ischemico ed emorragico, è stato concordato il comportamento da tenere nelle diverse situazioni (Figura 2). La valutazione dell'aderenza al position paper è attualmente oggetto di un Registro multicentrico nazionale che è stato attivato da poche settimane. La

La gestione della terapia antiaggregante nel paziente portatore di stent coronarico che necessita di intervento chirurgico è un problema complesso, ormai quotidiano nella pratica clinica, nel quale è fondamentale la collaborazione ed il confronto fra il Cardiologo, il Chirurgo e l'Anestesista

Consensus del 19 ottobre ha quindi la finalità di promuovere la conoscenza e favorire l'adesione al position paper da parte delle realtà ospedaliere della regione e fa parte di un programma più ampio, portato avanti dal Consiglio Direttivo ANMCO Emilia Romagna, sull'uso corretto e condiviso della terapia antitrombotica prima della Chirurgia non cardiaca che nel 2014 affronterà le problematiche connesse con la gestione perioperatoria dei nuovi anticoagulanti orali. ♥

Bibliografia

1. Rossini R, Bramucci E, Castiglioni B, et al. Stent coronarico e chirurgia: la gestione perioperatoria della terapia antiaggregante nel paziente portatore di stent coronarico candidato ad intervento chirurgico. G Ital Cardiol 2012;13:528-51.



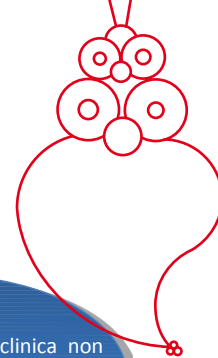
Imaging e terapia di resincronizzazione cardiaca: a che punto siamo?

DI ERMANN DAMETTO

La terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT) è una terapia consolidata nel trattamento di pazienti con scompenso cardiaco, ma non sempre la risposta terapeutica è quella desiderata. Il 4 maggio 2013 si è tenuto a Pordenone il Convegno ANMCO regionale del Friuli Venezia Giulia intitolato "Imaging cardiaco nella selezione e follow-up dei pazienti candidati a terapia elettrica: ruolo dell'ecocardiografia e della risonanza magnetica nucleare cardiaca" allo scopo di valutare, in modo critico, se e in che modo allo stato attuale le tecniche di imaging possano essere utilizzate per migliorare la selezione dei candidati all'impianto e la risposta alla CRT. Il Dott. Luca Perazza (Gorizia) ha fatto il punto sulle indicazioni alla CRT e sui risultati clinici. La terapia resincronizzante è risultata efficace nel ridurre morbilità, mortalità, ospedalizzazione e nell'aumentare la qualità di vita di importanti popolazioni trattate, come risulta da numerosi trial. La più recente indicazione principe (classe I) alla CRT è stata definita dalle Linee Guida ACCF/AHA/HRS 2012 che includono pazienti con FE \leq 35%, a ritmo

sinusale, con BBS e durata QRS \geq 150 msec, classe NYHA 2-4 ambulatoriale. Il Dott. Luca De Mattia (Pordenone) ha quindi esposto l'importanza dell'eziologia e dei criteri ECG nell'inquadramento iniziale, evidenziando che pazienti con cardiopatia ischemica traggono in genere minor beneficio, soprattutto in ragione della possibilità di non poter stimolare una sede ottimale per eventuale presenza di cicatrice e del maggior carico di comorbidità. Mentre la durata del complesso QRS $>$ 150 msec e la presenza di un blocco di branca sinistro vero (assenza del primo vettore settale in VI) assicurano un'alta probabilità di risposta alla CRT, come anche il complesso ventricolare indotto da pacing destro, questa si riduce con il ridursi della durata del QRS ed in presenza di disturbo di conduzione intraventricolare aspecifico. Il Dott. Pasquale Gianfagna (Udine) ha esposto come con l'ecocardiografia è possibile rilevare i quattro tipi di anomalie elettromeccaniche: a) dissincronia atrioventricolare; b) ritardo interventricolare; c) ritardo intraventricolare; d) ritardo intramurale. Lo scopo dell'ecocardiografia non è tanto

quella di identificare le forme eclatanti di dissincronia, ma di identificarla in pazienti con durata del QRS tra 120-150 msec o anche con durata non aumentata del QRS. Tra i tanti limiti dei parametri ecocardiografici meritano menzione la variabilità interosservatore e anche intraoperatore dei rilievi ed il numero elevato di parametri stessi da rilevare. Questi limiti sono anche la conseguenza di studi effettuati con pochi pazienti, con popolazioni disomogenee e applicando diverse tecnologie. Il Dott. Bruno Pinamonti (Trieste) ha analizzato il ruolo dell'ECO 3D, TDI, Speckle tracking nella selezione del candidato a CRT. Le limitazioni dei parametri ecodoppler erano trasparse nello studio PROSPECT dove i 12 diversi parametri risultavano scarsamente sensibili, specifici e riproducibili. Tuttavia ci sono recenti evidenze che le suddette nuove metodiche possano permettere una migliore selezione dei pazienti ma richiedono expertise, sono "time-consuming" e necessitano di essere validate in grandi trial. Per il momento un approccio multiparametrico potrebbe essere utile per aumentare la sensibilità della meto-



UNA PROPOSTA PER LA PRATICA

...Nei pazienti non responders...

Ad ogni valutazione clinica non stanchiamoci di tentare l'ottimizzazione clinica (titolazione farmaci ...)

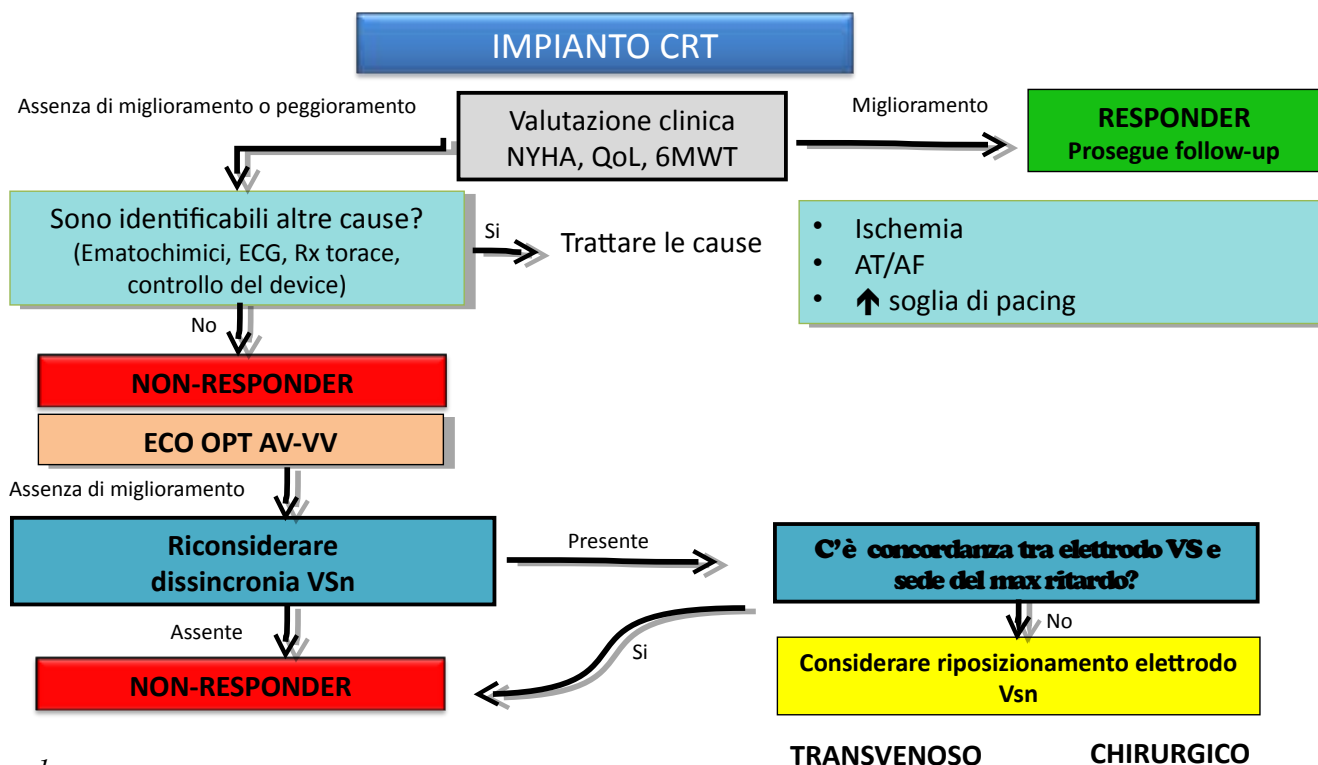


Figura 1

dica ecocardiografica nell'identificazione dei pazienti che possono beneficiare del CRT. La Dott.ssa Elisa Leiballi (Pordenone) ha esposto il ruolo dell' ECO nella selezione dei candidati a CRT con patologie valvolari. Nell'insufficienza mitralica severa non operabile circa metà dei pazienti mostravano miglioramento dell'IM e risultavano avere un beneficio di sopravvivenza. Alcuni case report segnalano il beneficio anche in pazienti con stenosi aortica severa non operabili. In questa patologia dovrebbe inoltre essere esplorata l'indicazione ad impianto di CRT al posto del pacemaker tradizionale in caso di blocco atrio-

ventricolare dato l'evidente calo della FE postimpianto di un PM tradizionale (dal 56% a 48%) di una serie di 59 pazienti pordenonesi. I Dottori Giorgio Faganello e Lorenzo Pagnan (Trieste) hanno valutato il ruolo della RMN nella definizione eziologica. Il pattern del "late enhancement" permette in modo quasi patognomonico di distinguere l'eziologia ischemica da altre cardiomiopatie. Inoltre la sua presenza nella cardiomiopatia ipertrofica e dilatativa predice un aumentato rischio aritmico. Se viceversa risulta assente ad una prima valutazione di una cardiomiopatia dilatativa, la speranza in un recupero della

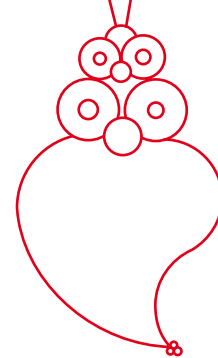
funzione ventricolare è fondata. Nell'ambito della cardiopatia ischemica il riscontro di una scar soprattutto posterolaterale, specie se estesa, riduce le possibilità di risposta alla terapia resincronizzante. Il Dott. Gaetano Nucifora (Udine) ha illustrato la potenzialità della RMN cardiaca nella valutazione della dissincronia. Con le metodiche "Velocity Encoded Phase Contrast", "Steady State Free Precession" e "Tagging" sono state ottenute iniziali esperienze molto incoraggianti anche in termini di risposta clinica e sopravvivenza. Il vantaggio della RMN (rispetto alla metodica ecocardiografica) risiede nell'elevata



risoluzione e riproducibilità e dalla sostanziale indipendenza da paziente e operatore, tuttavia l'accessibilità e la lunghezza dell'esame assieme all'expertise necessaria rendono per ora difficile l'ipotesi di applicarlo su ampia scala. La Dott.ssa Elena Abate (Trieste) ha esposto come identificare il sito di pacing ottimale con le metodiche di imaging. Lo Studio TARGET infatti ha dimostrato che il posizionamento del catetere ventricolare sinistro in corrispondenza del sito di massima dissincronia migliora il "reverse remodeling" e gli endpoint clinici. L'eco, in particolare lo speckle tracking, e la RMN sono le metodiche più precise nella identificazione dell'area ventricolare con contrazione più ritardata. ECO, RMN e scintigrafia sono di aiuto nell'identificare aree cicatriziali (siti da evitare) e l'anatomia venosa può essere stabilita preimpianto mediante angioTAC o RMN. L'integrazione d'immagine, in particolare tra ECO 2 o 3D e RMN con la angiografia rotazionale del seno coronarico costituisce un approccio innovativo per il "matching" ottimale. Il Dott. Domenico Facchin (Udine) ha esposto come raggiungere il sito di pacing ottimale per la resincronizzazione durante l'impianto. Attualmente l'evoluzione dei sistemi di incannulazione del seno coronarico ed il design del profilo dei cateteri facilitano molto il successo dell'impianto del catetere per la stimolazione

del ventricolo sinistro che tuttavia appare sempre un compromesso tra la disponibilità di diramazioni del SC idonee al posizionamento del catetere, il rischio di dislocazione dello stress, la soglia di stimolazione ventricolare sinistra e del nervo frenico. Talora l'impianto necessita di qualche trucco "artistico" come per esempio la venoplastica di un vaso target idoneo ma stenotico. La Dott.ssa Fulvia Longaro (Trieste) ha sottolineato l'importanza del follow - up del paziente portatore di device per resincronizzazione, ponendo l'attenzione sui parametri predittivi di peggioramento prima della comparsa di un quadro conclamato di scompenso clinico: la ridotta percentuale di stimolazione biventricolare, la comparsa di aritmie sopraventricolari e ventricolari, la riduzione "heart rate variability", della frequenza cardiaca media diurna - notturna, dell'attività del paziente ed infine dell'impedenza transtoracica. È possibile valutare quasi in tempo reale tali parametri mediante monitoraggio remoto, intervenendo tempestivamente per evitare il deterioramento clinico e l'ospedalizzazione del paziente. La Dott.ssa Arianna Gardin (S.Vito al Tagliamento) ha esposto i cambiamenti nei parametri eco nei responder alla CRT in acuto ed in cronico. In generale esiste una modesta concordanza tra i parametri clinici ed ecografici di miglioramento nel

responder. È tuttavia importante non limitarsi alla valutazione di quelli clinici dato che il miglioramento dei parametri ECO migliora l'outcome a lungo termine anche indipendentemente dalla risposta clinica. In cronico i principali parametri di risposta Eco, valutati idealmente al sesto mese, sono una riduzione dei volumi ventricolari (10 - 15% in 2D, 5 - 10% in 3D), un aumento di 4-5% della FE e un miglioramento dell'insufficienza mitralica. La Dott.ssa Margherita Cinello (Pordenone) ha illustrato gli aspetti tecnici e le indicazioni all'ottimizzazione della resincronizzazione mediante regolazione degli intervalli AV e VV. Pur esistendo solide basi teoriche, gli studi clinici sull'ottimizzazione hanno prodotto risultati contrastanti forse anche per il fatto che l'operazione viene generalmente eseguita un tantum mentre gli intervalli ottimali probabilmente variano nel tempo, con la postura e in diverse condizioni fisiologiche (esercizio vs riposo). L'ottimizzazione andrebbe comunque garantita almeno nei non responder, senza tuttavia trascurare in questi pazienti gli aspetti clinici generali come il titraggio della terapia farmacologica e la valutazione delle concause di scompenso (Figura 1). Il Dott. Luca Rebellato (Udine) ha analizzato le opzioni che l'elettrofisiologo può offrire ai non responders dopo correzione di tutte le concause e ottimizzazione della



programmazione. Sottolineando ancora che il sito di pacing sinistro è un maggior determinante di risposta emodinamica e che non è possibile stabilirne la sede a priori, si possono ipotizzare i seguenti interventi: impianto epicardico per via chirurgica, endocardico (transsettale o transapicale), stimolazione multi sito. Molto seguita e partecipata è stata anche la sessione tecnico - infermieristica che da tre anni fa parte del format degli eventi culturali ANMCO del Friuli Venezia Giulia. Guillermo Prudencio Vargas (Trieste) ha presentato il ruolo e le competenze del Tecnico di Cardiogia nell'esecuzione dell'eco nei pazienti da candidare a CRT. Attraverso numerosi esempi di valutazione ECO 2D e Doppler ha esemplificato la valutazione della dissincronia atrioventricolare, interventricolare ed intraventricolare, quest'ultima la più rilevante per la risposta alla CRT, descrivendone la complessità e i potenziali problemi di errore e riproducibilità che ne limitano l'utilizzo decisionale nel singolo paziente, motivo per l'esclusione dei parametri ECO dalle Linee Guida riguardanti la CRT. Un futuro orizzonte tuttavia probabilmente verrà aperto dallo studio della deformazione con lo speckle tracking. Devan Jerman (Trieste) ha esposto, oltre alle modalità esecutive della cardio RM e della cardio TC, il loro ruolo nella valutazione del paziente da sottoporre a CRT.

Rispetto all'eco si tratta di tecniche 3D "panoramiche", meno operatore dipendenti. La TAC risulta d'aiuto soprattutto nella definizione anatomica dell'albero venoso del seno coronarico, mentre la RMN offre importanti informazioni funzionali e riguardanti la presenza di eventuale cicatrice e dissincronia. Eugenia Bruschetta (Pordenone) ha illustrato i concetti base e gli algoritmi di funzionamento della terapia resincronizzante. Questi ultimi comprendono l'ottimizzazione della resincronizzazione e la gestione della frequenza nelle varie condizioni, le funzioni diagnostiche per lo scompenso (congestione, livello di attività, aritmie) e funzioni speciali tra le quali le auto soglie e gli algoritmi di prevenzione della FA. La competenza infermieristica comprende, anche nell'era del monitoraggio remoto, la capacità di prevedere situazioni che possono diventare critiche e che necessitano l'attivazione del medico. Infine Sofia Melis (Gorizia) ha concluso la sessione presentando un caso clinico inconsueto ma con risposta clinica ideale di un paziente con insufficienza aortica post - endocarditica che anche dopo l'intervento di sostituzione valvolare aortica ha avuto un recupero poco soddisfacente della FE dal 22 al 30%, e che grazie alla successiva applicazione di device biventricolare è aumentata al 45%. ♥



Evento “Cardiologie Aperte”

20 aprile 2013, Maglie (Lecce)

DI GABRIELE DE MASI DE LUCA

“**M**orte Improvisa nel Giovane e nell’Atleta”. Questo il tema dell’incontro che si è tenuto a Maglie (Lecce) presso l’Auditorium “Cezzi”, il 20 aprile 2013, evento che ha riscosso notevole curiosità, con oltre 200 partecipanti presenti alla serata. L’iniziativa, organizzata dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO con il patrocinio del Co-

mune nell’ambito della giornata nazionale delle “Cardiologie Aperte”, ha avuto lo scopo di approfondire un tema di così triste attualità, spesso poco conosciuto soprattutto tra i giovani studenti o sportivi, principali invitati dell’evento. Hanno partecipato i membri del Consiglio Direttivo Regionale nonché organizzatori, il Dott. Gabriele De Masi De Luca e il Dott. Antonio Amico,

insieme ai primari degli Ospedali “Vito Fazzi” di Lecce, Dott. Franco Magliari e dell’Ospedale “Card. G. Panico” di Tricase, Dott. Michele Accogli. Ad aprire i lavori gli interventi di alcuni atleti che si sono contraddistinti nelle loro discipline, ovvero il campione europeo di salto triplo Daniele Greco ed una rappresentanza di calciatori dell’US Lecce insieme al loro allenatore.

Giornata Nazionale delle
CARDIOLOGIE APERTE

Tema della giornata
 Morte cardiaca improvvisa nel giovane e nell'atleta

visita il sito www.tuttocuore.it




Molto interessante è stato il racconto degli atleti circa il loro percorso di sportivi, e circa l'importanza del sacrificio e dedizione nello sport utile a raggiungere traguardi importanti. I primari degli Ospedali di Tricase e Lecce hanno premiato con delle targhe gli atleti a nome dell'ANMCO per meriti sportivi. Dopo l'incontro con gli atleti si

sono succedute due relazioni, una sulla morte improvvisa presentata dal Dott. De Masi De Luca, incentrata sulla spiegazione della genesi del tragico evento e di tutti gli ausili che la comunità scientifica ha a disposizione sia per prevenire tale evento e, quando ciò non è fattibile, mettere in atto tutti gli accorgimenti idonei per un rapido

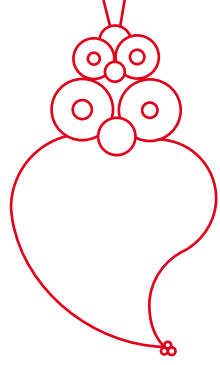
intervento. Subito dopo la relazione del Dott. Michele Accogli che ha spiegato le norme che regolano l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico in ambito extraospedaliero. Le varie relazioni ed interventi sono state intervallate da esibizioni musicali dell'orchestra degli allievi della Scuola Media di Maglie. ♥



La Cardiologia ospedaliera in Sicilia tra la speranza della Rete per l'IMA e la realtà della Spending Review

DI ERNESTO MOSSUTI, IGNAZIO SMECCA, GIOVANNA GERACI

Importanti risultati nell'aderenza alle Linee Guida
nel trattamento dell'IMA



Significativo momento di confronto della Cardiologia ospedaliera Siciliana a Caltagirone il 13 e 14 giugno 2013

È emerso un dato di rilevante importanza: il trattamento interventistico nell'IMA viene praticato nel 70% dei pazienti entro le prime 24 ore anche se la Rete per l'IMA non è ancora formalmente avviata

Una splendida cornice agreste ha fatto da sfondo all'annuale incontro della Cardiologia ospedaliera siciliana, a Caltagirone nei giorni 13 e 14 giugno 2013. Si è trattato di un importante momento di incontro e di confronto che ha consentito un proficuo scambio di idee oltre a permettere la verifica dello stato delle conoscenze e delle attività delle singole realtà regionali. La prima giornata è stata dedicata inizialmente alla disamina delle problematiche poste dal paziente anziano affetto da Sindrome Coronarica Acuta o da Aritmie Cardiache che pongano la prospettiva dell'impianto del defibrillatore. La puntualizzazione dello stato dell'arte dell'approccio interventistico nelle Valvulopatie Aortiche e Mitraliche, chirurgico e percutaneo, ha rappresentato poi il filo conduttore di una altra sessione della giornata di apertura. Si sono confrontati, discutendo i propri risultati, i gruppi dell'Ospedale Ferrarotto di Catania e dell'Ospedale Civico di Palermo, che sono i due centri di riferimento della Regione Sicilia per queste patologie. L'argomento è stato approfondito e discusso nei

suoi vari aspetti clinici, strumentali, organizzativi e di costo - efficacia. Le Sindromi Coronariche Acute sono state poi discusse sia nella presentazione STEMI che NSTEMI. Una particolare attenzione è stata dedicata allo stato dell'arte della Rete per l'IMA, progetto cui l'ANMCO in Sicilia ha partecipato e partecipa attivamente. Purtroppo la Rete per l'IMA in Sicilia ha fatto solo piccoli passi in avanti ma non ha ancora una formale e compiuta realizzazione anche se unicamente per ritardi burocratici. L'argomento ha provocato una vivace discussione che ha, comunque, evidenziato il fatto che nella realtà anche se non nella forma, il trattamento dell'IMA in Sicilia segue quanto le Linee Guida raccomandano. Molto dibattuta è stata poi la sessione in cui sono stati confrontati tra di loro i vantaggi e gli eventuali svantaggi derivanti dall'impiego dei Nuovi Antiaggreganti Piastrinici coadiuvanti della terapia interventistica delle sindromi coronariche acute sia con sopralivellamento persistente del tratto ST che senza sopralivellamento del tratto ST. Altro tema "caldo" dell'incontro è stato rappresentato dai "Nuovi Anticoagulanti Orali"

che certamente costituiscono un notevole passo avanti nella prevenzione dell'ictus ma che, pur tuttavia, pongono ancora qualche dubbio nelle varie situazioni cliniche in cui potrebbero trovare applicazione (antidoti?, pazienti con insufficienza renale?). La sostenibilità del Sistema Sanitario in relazione alla Spending Review e alla aderenza alle Linee Guida, le problematiche di costo - efficacia delle protesi e dei vari dispositivi cardiaci (ICD, PM), la affidabilità dei farmaci generici in campo cardiologico sono stati i temi affrontati e discussi approfonditamente in seno al Simposio Organizzativo e Gestionale, che come sempre, costituisce un punto fermo del programma del Congresso ANMCO Sicilia. Nel corso della discussione, il Dott. Giovanni De Luca, a nome dell'Assessorato alla Salute, ha anticipato un risultato importante raggiunto in Sicilia, con la collaborazione di tutta la Cardiologia Ospedaliera della Regione, e cioè che in Sicilia ben il 70% dei pazienti con IMA effettua un trattamento interventistico entro le prime 24 ore. Come tutti gli anni, ampio spazio è stato riservato al Cardionursing che ha visto una partecipazione numerosa e attenta, soprattutto nella sessione unificata tra medici ed infermieri. Anche quest'anno, considerato il successo delle precedenti due edizioni, è stato mantenuto lo stesso "format" con l'introduzione di un caso clinico all'inizio delle sessioni principali o di un video dimostrativo - introduttivo, in modo da rendere più realistico l'argomento trattato e



favorire una partecipata discussione finale. Sono stati selezionati temi di grande interesse pratico con l'obiettivo di essere quanto più vicini alle esigenze di un infermiere che in corsia si trova ad assistere pazienti sempre più complessi, con pluripatologie, in un contesto normativo in continua evoluzione. La 1° giornata è stata aperta con la sessione dedicata al "Medical Emergency Team (MET)", concetto ancora lontano dall'essere operativo negli Ospedali siciliani ma che è opportuno iniziare a considerare in quanto di grande impatto ed utilità nella gestione e nel riconoscimento precoce del paziente critico. La 2° giornata del Cardionursing è iniziata con la Sessione Integrata Medici - Infermieri, inaugurata con successo l'anno scorso, dedicata al rischio clinico, che ha visto coinvolti esperti del settore e rappre-

intervento caratterizzato da una originale ed apprezzata presentazione, da parte del gruppo dell'Ospedale Papardo di Messina, che ha messo in simpatica contrapposizione, a mo' di sketch teatrale, l'operato del medico e dell'infermiere di un reparto di Cardiologia - ed infine il significato ed i risvolti dell'adesione a Linee Guida ed a protocolli aziendali, alla luce delle nuove normative.

La seconda sessione del Cardionursing è stata dedicata alle aritmie rilevabili al monitoraggio elettrocar-



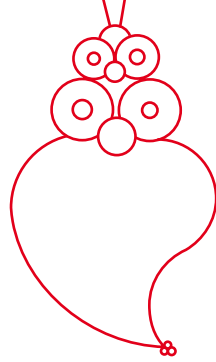
La realtà cardiologica ospedaliera in Sicilia, sia dal punto di visto medico che infermieristico, mostra una importante aderenza alle Linee Guida, pur tra notevoli difficoltà organizzative ed economiche

sentanti dell'IPASVI. La sessione si è aperta con un video relativo alla gestione di uno scenario di arresto cardiaco in cui sono stati esaltati gli "errori di omissione, organizzazione o commissione". Gli interventi successivi hanno riguardato:

- il consenso informato,
- la cartella medica - infermieristica,

diografico ed infine la giornata si è conclusa con il trattamento dell'iperglicemia nel paziente critico, con la discussione dei protocolli di trattamento adottati all'UTIC dell'ARNAS Civico ed all'ISMETT di Palermo. La sessione unificata tra medici ed infermieri si è conclusa con la lettura magistrale sulla

responsabilità professionale nella giurisprudenza civile e penale tenuta dal Dott. Siscaro, magistrato che si occupa da tempo della tematica in oggetto. A seguire la sessione dedicata alla sedazione del paziente cardiologico dove è emerso come determinati farmaci, quali le benzodiazepine in infusione continua, di comune utilizzo nelle situazioni di agitazione psicomotoria, spesso siano controindicate nei pazienti anziani. A concludere la giornata un "How to" sulla PCI primaria e soprattutto la sessione sulle Sindrome Coronariche Acute, con particolare riguardo all'utilizzo dei Nuovi Antiaggreganti Piastrinici. È stato infatti con chiarezza esposto il significato degli "score" per la valutazione del rischio ischemico ed emorragico e di conseguenza chiarito il rapporto rischio/beneficio dei nuovi farmaci antiaggreganti, oramai di sempre più crescente diffusione, e quindi come il loro utilizzo sia spesso controindicato nei pazienti ad elevato rischio emorragico. In definitiva anche l'edizione 2013 del Congresso ANMCO Sicilia ha dimostrato di costituire un momento importante di unione e di confronto per medici e infermieri e ciò è ancora più valido in un periodo in cui gli operatori sanitari sono sottoposti a continue sollecitazioni sia da parte degli amministratori (che impongono scelte economicamente sostenibili) che delle Società Scientifiche (che indirizzano verso scelte innovative, vantaggiose, ma anche talora di incerta efficacia e "very expensive"). ♥



L'ANMCO aderisce all'iniziativa di Slow Medicine

Fare di più non significa fare meglio

DI MARCO BOBBIO E MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Il movimento Slow Medicine ha ripreso l'iniziativa statunitense Choosing wisely (tradotta con Fare di più non significa fare meglio), proponendo alle Società Scientifiche italiane di individuare le 5 procedure a maggior rischio di inappropriata

Un gruppo di lavoro costituito ad hoc sta valutando le procedure cardiologiche a maggior rischio di inappropriata nel contesto italiano

È nel DNA di noi medici fare tutto il possibile per il paziente che si affida alle nostre cure e ritenere che l'unico modo per svolgere in modo eticamente corretto la nostra professione consista nel non arrendersi mai. Se questo imperativo non era in discussione una cinquantina di anni fa, quando procedure e trattamenti erano limitati, al giorno d'oggi fare tutto ciò che la tecnologia mette a disposizione può aumentare i rischi del paziente più degli ipotetici vantaggi che può riceverne, indurre ulteriori accertamenti potenzialmente pericolosi, accrescere invece che diminuire le sofferenze, suscitare nel paziente e nei parenti irrealistiche speranze, prolungare inutilmente una vita. Nelle fasi terminali di una malattia è generalmente accettato che si debba evitare l'accanimento terapeutico, anche se non è sempre chiaro, caso per caso, quando si possa applicare questo concetto. Meno ampio è invece il dibattito sulla prescrizione di procedure inutili e inappropriate, che hanno una bassa probabilità di modificare il decorso della malattia o per le quali i benefici non sono giustificati dai rischi. L'eccessivo ricorso a procedure diagnostiche è dato dal concorso di svariati fattori: da parte del paziente, l'ansia di

conoscere con certezza il proprio stato di salute e l'illusione che l'eventuale trattamento sia risolutivo e sempre preferibile al non intervenire; da parte del medico, la preoccupazione etica di non trascurare un'indagine necessaria, il timore (la c.d. medicina difensiva) di vedersi contestata in sede civile o penale una diagnosi mancata (*conosco molti colleghi denunciati per non aver chiesto un esame, ma non per averne chiesto uno di troppo*), la diffusa opinione che sia più facile prescrivere un esame piuttosto che spiegarne l'inutilità, il desiderio di voler dimostrare la propria cultura e il proprio aggiornamento e talvolta interessi diretti (economici) o indiretti (nelle aziende sanitarie viene, purtroppo, premiata la quantità e non la qualità). Da tempo è stato evidenziato che molti esami diagnostici e trattamenti farmacologici e chirurgici, largamente diffusi, non apportano benefici per i pazienti e anzi rischiano di essere dannosi. Il sovra-utilizzo di risorse comporta iniquità di accesso alle prestazioni e spreco di risorse che sono sempre più limitate; in altre parole, l'investimento in accertamenti poco utili va a discapito di procedure indispensabili. L'iper-prescrizione può essere contenuta con sistemi amministrativi di disincentivazione

Choosing Wisely[™]

An initiative of the ABIM Foundation

American College of Cardiology



Five Things Physicians and Patients Should Question

1

Don't perform stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging in the initial evaluation of patients without cardiac symptoms unless high-risk markers are present.

Asymptomatic, low-risk patients account for up to 45 percent of unnecessary "screening." Testing should be performed only when the following findings are present: diabetes in patients older than 40-years-old; peripheral arterial disease; or greater than 2 percent yearly risk for coronary heart disease events.

2

Don't perform annual stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging as part of routine follow-up in asymptomatic patients.

Performing stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging in patients without symptoms on a serial or scheduled pattern (e.g., every one to two years or at a heart procedure anniversary) rarely results in any meaningful change in patient management. This practice may, in fact, lead to unnecessary invasive procedures and excess radiation exposure without any proven impact on patients' outcomes. An exception to this rule would be for patients more than five years after a bypass operation.

3

Don't perform stress cardiac imaging or advanced non-invasive imaging as a pre-operative assessment in patients scheduled to undergo low-risk non-cardiac surgery.

Non-invasive testing is not useful for patients undergoing low-risk non-cardiac surgery (e.g., cataract removal). These types of tests do not change the patient's clinical management or outcomes and will result in increased costs.

4

Don't perform echocardiography as routine follow-up for mild, asymptomatic native valve disease in adult patients with no change in signs or symptoms.

Patients with native valve disease usually have years without symptoms before the onset of deterioration. An echocardiogram is not recommended yearly unless there is a change in clinical status.

5

Don't perform stenting of non-culprit lesions during percutaneous coronary intervention (PCI) for uncomplicated hemodynamically stable ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI).

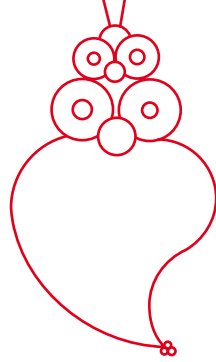
Stent placement in a noninfarct artery during primary PCI for STEMI in a hemodynamically stable patient may lead to increased mortality and complications. While potentially beneficial in patients with hemodynamic compromise, intervention beyond the culprit lesion during primary PCI has not demonstrated benefit in clinical trials to date.

(ticket per i pazienti o vincoli per le industrie farmaceutiche) e con strumenti per ridurre l'inappropriatezza come le Linee Guida; però anche una prescrizione responsabile, che non vorremmo imposta per legge, può contribuire in modo determinante.

Il desiderio di fare di più

In molte pubblicazioni scientifiche e divulgative prevale il messaggio che il nuovo farmaco e la nuova procedura migliorino la durata e la qualità della vita e risolvano situazioni critiche; pazienti e parenti si aspettano pertanto che mettiamo a

loro disposizione le migliori conoscenze scientifiche, i farmaci più efficaci e i device più innovativi. Non sempre sanno (anche perché spesso omettiamo parzialmente le informazioni, per evitare il rifiuto di un intervento dettato dal timore di effetti rari e dannosi), che gli



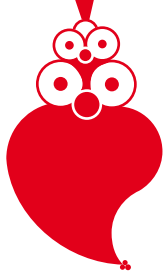
interventi eroici hanno anche un costo, in termini di sofferenze e invalidità e talvolta anche una bassa probabilità di successo. Conoscere e comunicare in maniera efficace questo tipo di rischi e contrastare le crescenti richieste di esami e trattamenti da parte dei pazienti non è cosa semplice. Di fronte alla preoccupazione per l'uso inappropriato delle procedure e per contrastare l'idea che la salute si possa assicurare con un sempre crescente numero di prestazioni, negli Stati Uniti è stato proposto un approccio innovativo in grado di sollecitare un dialogo proficuo e una vera alleanza tra medici e pazienti.

Il progetto Choosing Wisely

Nel 2010 Howard Brody^[1], partendo dalla considerazione che circa un terzo dei costi per la salute possono essere risparmiati senza privare alcun paziente di trattamenti efficaci, aveva proposto che ogni società scientifica specialistica individuasse una lista di cinque test diagnostici o trattamenti (Top Five list) prescritti molto comunemente, costosi, con un certo grado di rischio e che, secondo prove scientifiche di efficacia, non apportassero benefici significativi alle principali categorie

di pazienti ai quali vengono comunemente prescritti. In altre parole i Top Five si possono configurare come raccomandazioni per ottenere cospicui risparmi senza privare i pazienti di trattamenti medici benefici. Inoltre, una lista di 5 pratiche ad alto rischio di inappropriatezza ha il vantaggio di indirizzare all'opinione pubblica il messaggio che non si tratta di un razionamento dell'assistenza sanitaria, per tagliare i costi in modo indiscriminato, ma che si sta intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco, nell'interesse dei pazienti. Una lista di 5 prestazioni rappresenta un numero sufficientemente piccolo da garantire la possibilità per ogni disciplina medica di individuare e condividere le pratiche maggiormente obsolete, senza addentrarsi in terreni controversi; d'altra parte è un numero sufficientemente grande, una volta che numerose Società abbiano aderito al progetto, da incidere sui costi. Ad ogni modo, ammesso che i medici e le società scientifiche non debbano preoccuparsi di questi ultimi, non possono esimersi dallo scoraggiare sprechi e trattamenti inutili. Sempre nel 2010 Grady e Redberg, nel presentare la serie di

articoli *Less is more*⁽²⁾, insistevano sulla necessità di confutare il mito che fare di più è sempre meglio. Nel frattempo l'amministrazione Obama proponeva una riforma che ridimensionasse i costi della sanità al fine di estenderne la copertura alla maggior parte dei cittadini americani. I medici statunitensi si erano nel complesso espressi in modo favorevole, considerando che l'80% della spesa sanitaria dipendeva dalle scelte prescrittive dei professionisti e il 30% da prestazioni inutili e da sprechi. In questo contesto anche la NPA (National Physician Alliance)^[3], aveva lanciato un progetto per individuare una lista delle 5 principali attività, nell'ambito della medicina di famiglia, interna e pediatrica, nelle quali cambiamenti nella pratica potessero assicurare un uso più appropriato di risorse migliorando la qualità delle cure: venivano costituite 3 commissioni le quali individuavano complessivamente 12 attività. Una successiva analisi economica stimava che si sarebbe conseguito un risparmio di almeno 5 miliardi di dollari all'anno se le pratiche individuate dalla NPA fossero state eliminate^[4]. In questo contesto, la fondazione statunitense



American Board of Internal Medicine (ABIM), basandosi sugli ideali della Carta della Professionalità Medica del 2002 e sulla provocazione di Brody, ha in seguito promosso l'iniziativa Choosing wisely^[5,6] con la collaborazione di un'organizzazione di consumatori no profit (Consumer Reports) e di Wikipedia. L'American College of Cardiology, aderendovi, ha proposto 5 test a rischio di inappropriata in ambito cardiologico (Tabella 1). Ad oggi il progetto, coinvolgendo oltre 30 Società Scientifiche, ha segnalato circa 130 test e procedure.

Il progetto Fare di più non significa fare meglio

In Italia, dove la stragrande maggioranza dei Medici lavora per il SSN, non sussistono tanto affanni di tipo economico, quanto preoccupazioni di tipo medico-legale e necessità di dimostrare all'Amministrazione produzioni rilevanti dal punto di vista numerico. Il neonato movimento Slow Medicine si è fatto carico di questa iniziativa, proponendosi di coordinare un intervento analogo a quello statunitense tra le società

scientifiche italiane. L'espressione Choosing wisely è stata tradotta in Fare di più non significa fare meglio. Il progetto, oltre a rappresen-
tare un concreto passo verso un più appropriato utilizzo delle risorse, vuole diffondere nell'opinione pubblica il forte messaggio che a volte è meglio fare meno e che il medico migliore e più competente non è quello che prescrive più accertamenti. La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha ufficialmente concesso il proprio patrocinio all'iniziativa nello scorso febbraio. Nel dettaglio, ogni Società Scientifica aderente individuerà una lista di 5 test diagnostici o trattamenti che in Italia sono effettuati molto comunemente, non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti e possono, al contrario, esporle a rischi. Nel progetto italiano si è preferito non aggiungere il riferimento ai costi, per evitare una presa di distanza da parte delle associazioni di pazienti, preoccupati che si tratti di una manovra di razionamento e non di razionalizzazione. L'ANMCO ha accolto con entusiasmo l'iniziativa

una ventina di pratiche a rischio di inappropriata e si sta valutando quali proporre alle società scientifiche cardiologiche consociate e alle associazioni di pazienti, in modo da arrivare il 30 novembre, nel corso del II congresso nazionale di Slow medicine (Scegliere con saggezza: fare di più significa fare meglio?), a proporre le 5 pratiche cardiologiche individuate, che diventeranno il punto di riferimento per organizzare simposi e proporre relazioni in contesti nazionali e locali. Il messaggio di cui l'ANMCO si fa promotore è che l'inappropriata va affrontata con rigore scientifico e onestà intellettuale da tutti i cardiologi italiani. Slow Medicine favorirà gli scambi di informazioni tra le diverse società scientifiche e tra queste e le associazioni di cittadini; inoltre provvederà a diffondere presso l'opinione pubblica sia il progetto statunitense e le pratiche già individuate da Choosing Wisely, sia puntuali informazioni sull'evoluzione del progetto in Italia. ♥

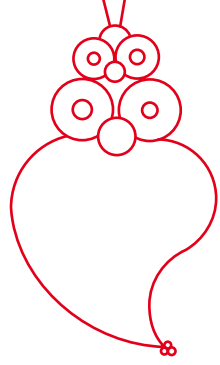
Bibliografia

Brody H. Medicine's ethical responsibility for health care reform: the Top Five list. *N Engl J Med.* 2010;362(4):283-285
Grady D, Redberg RF. Less is more: how less health care can result in better health. *Arch Intern Med* 2010;170(9):749-750.
Good Stewardship Working Group. The "top 5" lists in primary care: meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med.* 2011;171(15):1385-1390.
Kale MS, Bishop TF, Federman AD, Keyhani S. "Top 5" lists top \$5 billion. *Arch Intern Med.* 2011;171(20):1856-1858.
Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA.* 2012;307:1801-2.
<http://www.choosingwisely.org/>

Il progetto rappresenta un concreto passo verso un più appropriato utilizzo delle risorse e vuole diffondere all'opinione pubblica il messaggio che a volte è meglio fare meno

scientifiche italiane. L'espressione Choosing wisely è stata tradotta in Fare di più non significa fare meglio. Il progetto, oltre a rappresen-

tiva e ha costituito un gruppo di lavoro ad hoc. Dopo due riunioni di confronto sulle prospettive e le priorità italiane, è stata individuata



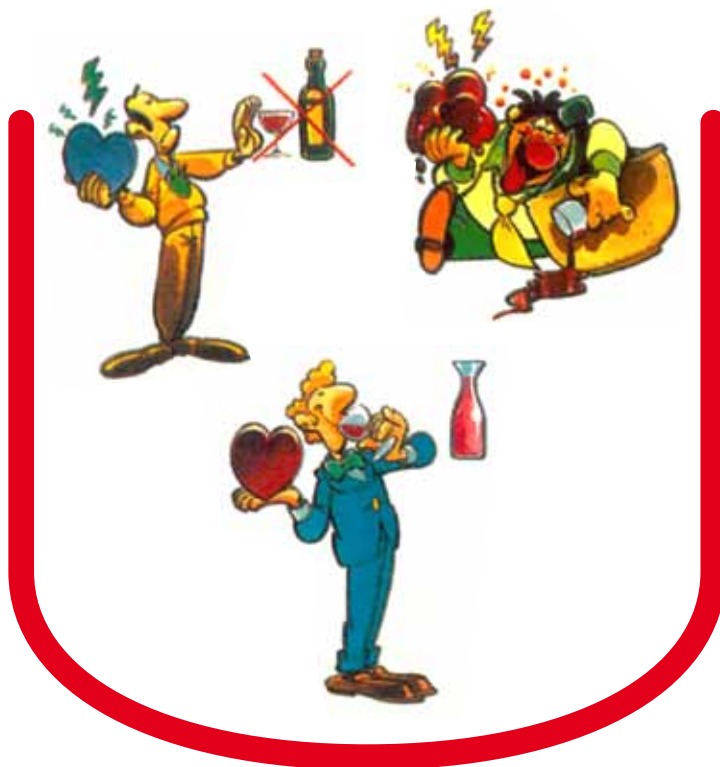
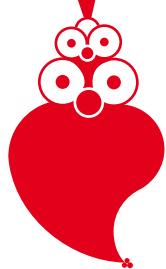
Quella strana curva a U

DI ELIGIO PICCOLO

“**I**n medio stat virtus”, scrivevano i nostri padri della Roma antica, non certo di quella attuale, che avevano avuto così tanta storia e forza di pensiero da maturare concetti equilibrati, pieni di saggezza. Trovare il giusto mezzo nelle infinite attività, pulsioni, reazioni o giudizi, ci permette di raggiungere spesso la soluzione migliore per molti problemi e forse anche il comportamento più utile, in medicina, per la nostra salute. Lo avevano capito anche altri popoli antichi, ugualmente ricchi di meditazione, quando scoprendo le foglie della coca o quelle del tabacco decisero che masticare le prime durante le lunghe assenze per il lavoro dei campi consentiva di calmare l'appetito, e che fumare le seconde durante un convivio fra amici o una trattativa fra nemici predisponeva alla distensione e alla pace. Ma l'esperienza aveva fatto anche capire loro che l'uso di questi “medicamenti” non doveva diventare un abuso. Come successe invece ad altre genti, più evolute, le quali pensarono che gli indios non avessero saputo

scoprire e sfruttare adeguatamente le meravigliose proprietà di quelle droghe. Questa loro presunzione, come s'è visto, si è rivelata da un lato deleteria, ma dall'altro ha dato forse la prima dimostrazione che non usare per nulla certe sostanze naturali può essere uno svantaggio, farne un uso smodato danneggia la salute e che il giusto equilibrio va cercato nel mezzo. Un mio amico medico, clinico illustre, già novantenne, da una vita fuma tre sigarette al giorno, dopo il caffè del mattino, del pranzo e dopo cena; egli è rifuggito dalla dipendenza, sta bene come un picchio e, nonostante qualcuno oggi, dopo la legge Sirchia, lo guardi di traverso mentre fuma, non trova ragioni per interrompere il suo innocente e forse benefico diletto. I moderni ricercatori vedono in questi tipi di comportamento una “curva a U o a J”, dove la vocale, inserita in un diagramma cartesiano, indica con il suo braccio iniziale il non utilizzo di quella particolare sostanza, con la curva in basso il suo uso moderato e con il braccio ascendente l'abuso.

In verità la prima volta che quegli studiosi si sono espressi in questo modo simbolico è stato a proposito dell'alcol, quando circa quarant'anni fa, in uno studio epidemiologico sui bevitori di alcoolici e gli astemi, si accorsero che coloro che volentieri alzavano il gomito avevano la stessa cagionevolezza e mortalità di quelli che bevevano solo acqua o bibite analcoliche; mentre beneficiavano di una vita più lunga e di un colesterolo migliore i moderati bevitori, quelli del quartino di vino al giorno e poco di più o analoghi. Da allora simboleggiare le tre situazioni con la lettera U, ma anche con la J, è diventato un vezzo di questi esegeti della ricerca medica, che sperano di esprimere in una forma più accattivante l'avvertimento a moderare il nostro stile di vita. Da allora altre situazioni, che hanno a che vedere in qualche modo con la nostra salute, sono state curiosamente collegate con quelle strane curve. L'obesità, ad esempio, che è certamente dannosa quando grava sul nostro metabolismo degli zuccheri, dei grassi e sulle ossa, ma



che secondo alcuni sarebbe dannosa quanto certe magrezze ritenute salutari; mentre nella sua espressione più moderata, quale un lieve sovrappeso o una pancetta ancora rimodellabile con i vestiti, sarebbe addirittura vantaggiosa, farebbe vivere di più e meglio. Sulla pressione alta poi, malattia che grava su un quarto o più della popolazione adulta dei paesi privilegiati, tutti gli ipertensologi, gli specialisti che con pervicacia inseguono i poveri pazienti con dosi sostenute di ACE-inibitori, di sartanici, di calcio-antagonisti e diuretici, spiattellando loro le ultime linee guida dell'OMS, secondo le quali non si dovrebbero superare i 120 millimetri di massima e gli 80 di minima, stanno forse creando in molti uno stato di angoscia, che potrebbe essere di per sé fattore di ipertensione. Non vorrei sembrare un iconoclasta, ma badare un po' di più all'età del malato, alla sua circolazione coronarica, che va meglio con una minima un tantino più sostenuta, all'ansia e al suo stile

di vita, facendoci guidare con juicio da quelle curve che ci mettono in guardia sul poco e sul troppo, credo farebbe risparmiare tanti farmaci e ridurre i loro effetti secondari. Recentemente, studiando l'eliminazione del sodio con le urine (JAMA 2011), la quale esprime indirettamente quanto sale ingeriamo, si è osservato che una sua quantità superiore a 7 grammi nelle 24 ore aumenta il rischio di malattie cardiovascolari, ma succede lo stesso se quel tasso è inferiore ai 3 grammi. Vanno quindi meglio coloro che ne eliminano fra 3 e 7 grammi. Come si sa, il sodio è collegato alla pressione e all'arteriosclerosi attraverso una serie di complicate reazioni nel nostro organismo e delle arterie, a loro volta dipendenti dalla sensibilità individuale, per cui è giusto tracciare delle linee di comportamento, ma sempre "cum grano salis", è il caso di dire. E fra questi sali va messo anche il potassio, la cui deficienza danneggia il cuore, ma anche il suo eccesso che

può innescare aritmie pericolose, mentre un suo buon apporto nella dieta riduce il rischio di ictus e di cardiopatie. Ultimissima, che non poteva mancare in un'epoca in cui la fibrillazione atriale è diventata l'aritmia più frequente, quasi come quella politica, è l'osservazione danese secondo la quale se misuriamo attentamente l'intervallo QT nell'elettrocardiogramma dei soggetti fra 40 e 65 anni si scopre che corrono più rischio di fibrillazione quelli che ce l'hanno corto o lungo rispetto a quelli che rimangono nel giusto mezzo. Insomma, in medicina, così come in tante altre discipline, si è scoperto, si fa per dire, che cercare l'intermezzo della curva a U ci avvicina di più a quella virtù latina, che sta appunto nel mezzo. E a questo punto tuttavia non può non venire in mente Voltaire che, accusato di dire sempre le stesse cose, rispondeva che sono le cose ad essere sempre le stesse, e anche le mie querimonie. ♥



DAL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO ATTIVITÀ FORMATIVE IN PROGRAMMA PER IL BIENNIO 2013 - 2014

Progetto Formativo ANMCO

Innovazione e progresso nella
fibrillazione atriale

- Bologna 5 ottobre 2013
- Milano 19 ottobre 2013
- Roma 12 novembre 2013

Conferenza di Consenso ANMCO / GICR-IACPR

L'organizzazione dell'assistenza
alla fase post acuta delle sindromi
coronariche

- Napoli 24-25 ottobre 2013

Progetto Formativo ANMCO VAD-EMECUM

- Milano 14 novembre 2013
- Roma 15 novembre 2013

Progetto Formativo ANMCO

Stratificazione e intervento sotto lo
sguardo del Registro EYESHOT

- Roma 21 novembre 2013
- Firenze 25 novembre 2013
- Milano 26 novembre 2013

Stati Generali ANMCO 2014

L'ANMCO delle idee

Scienza e organizzazione
per la Sanità del futuro

Firenze 7-8 febbraio 2014
Palazzo Vecchio

Seminario di aggiornamento

Dalla cardiopatia ischemica allo
scompenso cardiaco/Dall'ospedale al
territorio

gennaio-aprile 2014

Campagna Educazionale Nazionale

Meteoriti-Sfidare l'ictus
nella fibrillazione atriale

febbraio-giugno 2014

Campagna Educazionale Nazionale ANMCO/GICR

Implementazione della Consensus
marzo 2014

Campagna Educazionale Nazionale

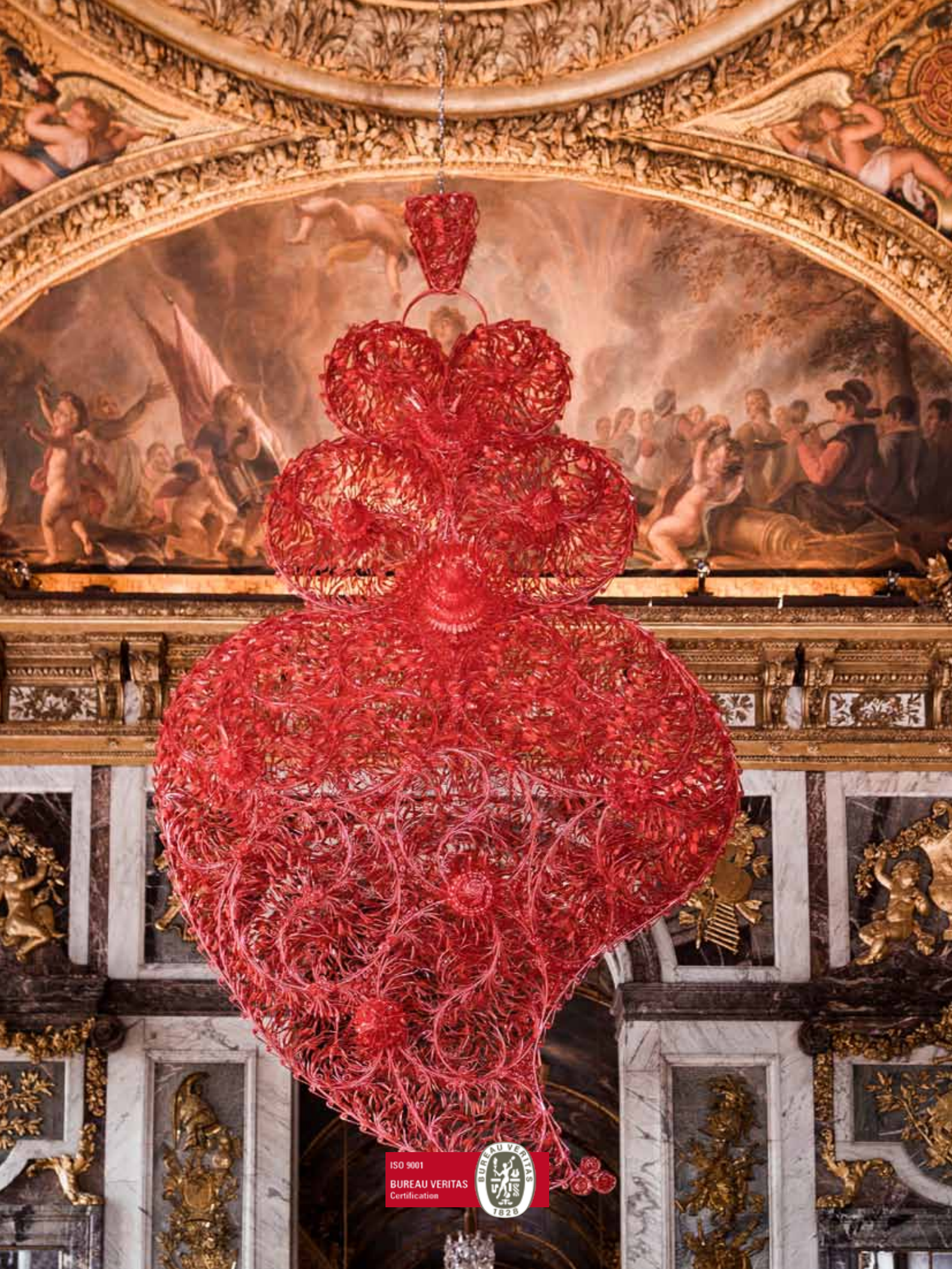
Universo Trombosi-Embolia Polmonare

Universo Trombosi-Fibrillazione Atriale
in collaborazione con AIAC

Seminario di aggiornamento

Quando l'insufficienza mitralica è un
problema irrisolto: barriera o frontiera





ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification

