

Cardiologia negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

L'umiltà di ascoltare
e la voglia di fare

Il coraggio di cambiare

Ricerca innovativa:
CAPIRE e VAR
Ricominciamo dai fatti!

La sostituzione percutanea
della valvola aortica in Italia

Ministernotomia e
Rivascolarizzazione
Coronarica Off-Pump

L'INCIPIT 2, il PETER, l'IPER e
le ragioni di una scelta

Errori... e non solo

Chi sono e cosa vogliono gli
Infermieri in ANMCO

Un VAD-EMECUM per il
Cardiologo Clinico

L'alcol non è amico dei ragazzi

Congresso Regionale
ANMCO Calabria

Cuore e Rene:
due organi, un destino
condiviso...

La sostenibilità economica
dei NAO

Congresso Regionale
ANMCO Toscana

Il monitoraggio remoto
di device impiantabili:
ogni centro fa da sé

Miguel, il Cardiologo basco

NOVEMBRE - DICEMBRE 2013 N° 196

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**




ANMCO
2014

L'ARTE
DI FARE
CULTURA

Auguri di Buone Feste



Progetto Formativo ANMCO - AIAC



UNIVERSO
TROMBOSI
ROMPERE IL LEGAME TRA
FIBRILLAZIONE ATRIALE & ICTUS
CONSIGLI D'AUTORE

In collegamento con:
Bari, Bergamo, Bologna, Cagliari,
Catania, Lucca, Mestre, Napoli,
Roma, Torino

25 febbraio 2014



In copertina
© 06photo | Dreamstime.com

N. 196 novembre - dicembre 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 Marmorata, 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

L'umiltà di ascoltare
e la voglia di fare
di Francesco Maria Bovenzi

p. 3
AREA SCOMPENSO CARDIACO
Assistenza meccanica al circolo p. 31
nel paziente con Scompenso
Cardiaco avanzato. Un VAD-EMECUM
per il Cardiologo Clinico

DAL PRESIDENTE DESIGNATO

Il coraggio di cambiare
di Michele Massimo Gulizia

p. 7
*di Marco Marini, Manlio Cipriani,
Fabrizio Oliva, Giuseppe Di Tano*

DALLE REGIONI

LA FONDAZIONE

"PER IL TUO CUORE" RISPONDE

I figli della ricerca innovativa: p. 10
Studio CAIRE e Studio VAR
Ricominciamo dai fatti!
di Attilio Maseri

BASILICATA

L'alcol non è amico dei ragazzi p. 45
*di Lucia Bolettieri, Francesco Paolo
Calciano, Damiano Cardinale*

CALABRIA

Congresso Regionale p. 49
ANMCO Calabria

DAL COMITATO SCIENTIFICO

La sostituzione percutanea
della valvola aortica in Italia
di Stefano De Servi

p. 13
di Roberto Caporale e Mario Chiatto

FRIULI VENEZIA GIULIA

Cuore e Rene: due organi, p. 50
un destino condiviso...
*di Giulia Russo, Donatella Radini,
Andrea Di Lenarda*

DALLE AREE

AREA CARDIOCHIRURGIA

Ministernotomia p. 18
e Rivascolarizzazione
Coronarica Off-Pump
*di Giuseppe Di Benedetto, Antonio Panza,
Felice Rosapepe, Antonia Alfano, Antonio
Longobardi, Severino Iesu*

MARCHE

La sostenibilità economica p. 54
dei NAO
di Ettore Savini e Domenico Gabrielli

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

L'INCIPI 2, il PETER, l'IPER p. 22
e le ragioni di una scelta
di Michele Azzarito

TOSCANA

Il Congresso Regionale p. 57
ANMCO della Toscana
di Giancarlo Casolo

AREA MANAGEMENT & QUALITA'

Errori ... e non solo p. 24
di Quinto Tozzi

FORUM

Il monitoraggio remoto p. 60
di device impiantabili:
ogni centro fa da sé
di Michela Bevilacqua

AREA NURSING

Chi sono e cosa vogliono gli p. 27
Infermieri in ANMCO
*di Sabrina Egman, Sabrina Barro,
Danilo Neglia, Gaetano Satullo*

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Miguel, il Cardiologo basco p. 62
di Eligio Piccolo



L'umiltà di ascoltare e la voglia di fare

DI FRANCESCO MARIA BOVENZI

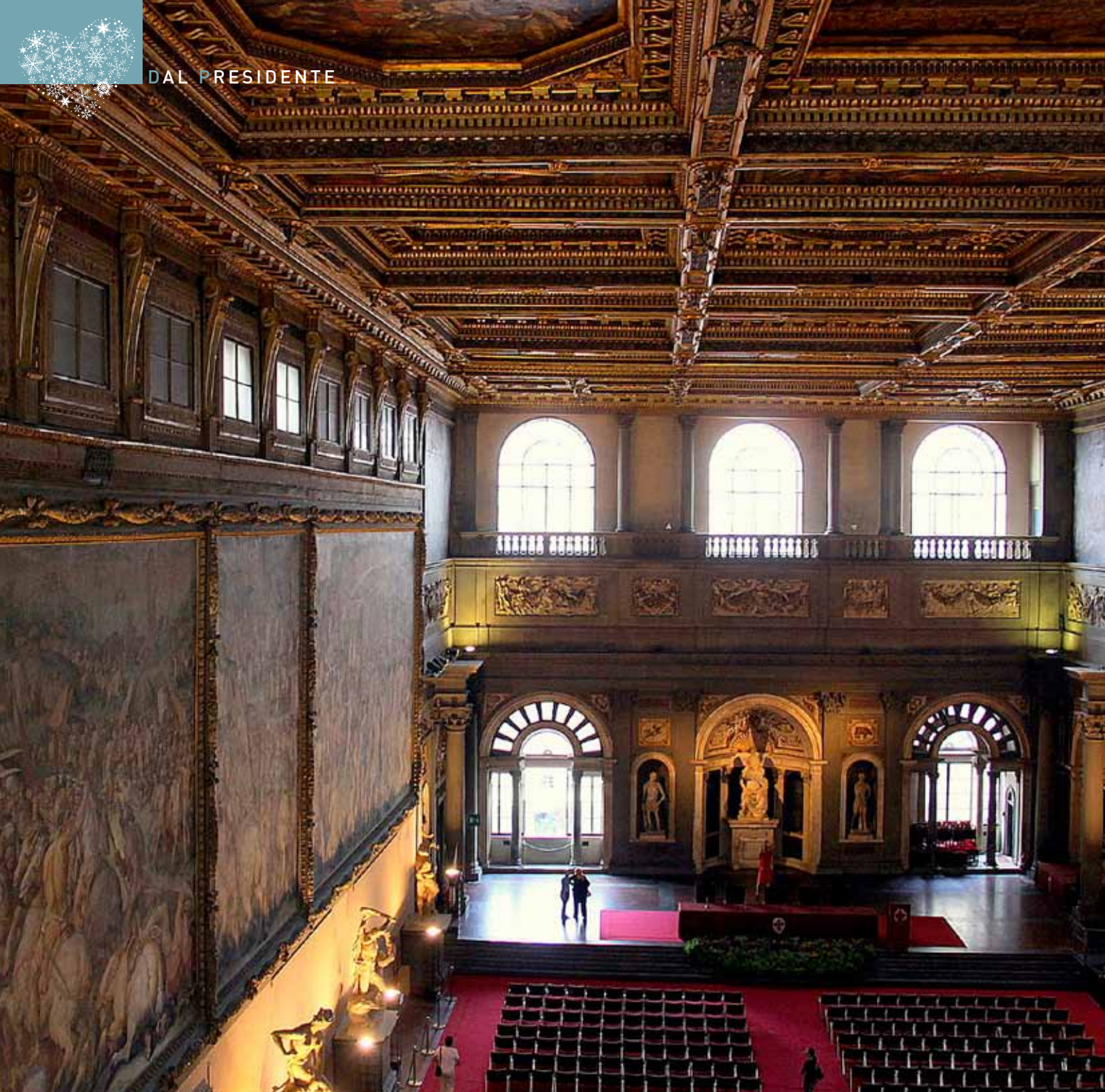
«Accadono cose che sono come domande. Passa un minuto, oppure anni, e poi la vita risponde».

Alessandro Baricco

“L'ANMCO delle idee” è l'espressivo titolo che quest'anno caratterizza la nuova edizione degli Stati Generali ANMCO 2014. Ripercorrendo alcune delle considerazioni espresse nella presentazione del programma dell'atteso evento, riprendo alcuni dei momenti più significativi del nostro presente. Una prima immediata riflessione si confronta con un momento sociale e politico per il sistema salute non certo tranquillo. In questo contesto, guidare processi associativi storici che muovono nel campo della ricerca clinica, della formazione e dell'assistenza ospedaliera, rappresenta una sfida che impone un'ampia collaborazione e un confronto di idee, non solo sulle dinamiche più propriamente associative, ma più in generale sui mutati meccanismi organizzativi della Sanità. Come ogni anno che sta per cominciare, anche il 2014 per

noi vivrà di speranze e “l'ANMCO delle idee” lo testimonia nell'entusiasmo del “fare”. Il 2013 ormai alle spalle sarà certamente ricordato da molti per gli spiacevoli accadimenti interni, ma anche per la straordinaria celebrazione dei nostri 50 anni di storia. In un solo anno abbiamo avviato un efficace risanamento economico che permette con serenità di continuare a credere e sperare nella forza associativa. Un duro lavoro tempestivamente pianificato con successo, con efficaci risposte culturali e organizzative messe in campo nella volontà di difendere il grande patrimonio scientifico. Un insieme di scelte positive che rappresentano lo specchio più vero e tranquillizzante del presente nell'incondizionata voglia di fare in cui emerge chiaro il paradigma del presente. In realtà, basta poco a capire che queste dinamiche invitano a riflettere, rappresentando qualcosa di più vasto e

vitale, perché esprimono la radicale svolta sostenuta da una tangibile credibilità verso l'esterno e da un responsabile controllo interno. In 50 anni di vita associativa, nonostante alcune spiacevoli contrapposizioni umane in tanti abbiamo creduto nell'umiltà di ascoltare e nella voglia di fare, lavorando esclusivamente per salvaguardare i principi etici, per promuovere l'attività di ricerca scientifica e la formazione, per accrescere la partecipazione, per credere nel rinnovamento, ma soprattutto per difendere l'identità e l'unità della Cardiologia Ospedaliera. Ed è proprio con questa grande voglia di buoni propositi che l'ANMCO quest'anno organizza a Firenze, il 7 e l' 8 febbraio 2014, gli Stati Generali nell'incantevole e storico salone dei Cinquecento di Palazzo Vecchio. Il titolo dell'evento “L'ANMCO delle idee” è abbastanza suggestivo da farci indurre a



Il Salone dei Cinquecento di Palazzo Vecchio (Firenze)

riflettere sulle future potenzialità, ipotizzate nell'efficace sottotitolo "Scienza e organizzazione per la Sanità del futuro". Lo scopo sarà quello di vivere un momento formativo intenso, fatto di relazioni e nessi fra tradizione e innovazione, progresso e bisogno di approfondimento dei

nostri valori irrinunciabili, come lo sviluppo ospedaliero dell'assistenza, la formazione e la ricerca clinica, quest'ultima divenuta negli ultimi anni protagonista indiscussa dello sviluppo sociale della nazione. Sappiamo che i valori della cultura cardiologica, frutto della ricerca

clinica, fondano su paradigmi in costante evoluzione, cui attribuiamo importanza, tanto da riconoscerli come autentici "costrutti sociali", eppure, mai come oggi avvertiamo il peso dei ritardi di una loro piena applicazione e implementazione, legati spesso a restrizioni economiche.



Questa sommersa condizione sociale emergente, poco conciliante con la “produzione” di salute, si riverbera sul mutevole e sfuggente presente che porta in secondo piano i grandi progressi della Cardiologia. In molte realtà assistiamo del tutto impreparati, direi impotenti, alla cancellazione delle UTIC, fino a qualche anno fa luogo sacro e inviolabile, definito da Eugene Braunwald «il più importante progresso mai avvenuto nel trattamento dell’infarto miocardico acuto». I politici devono sapere che se la verità si nasconde nelle pieghe della storia, gli accadimenti sociali e scientifici negli ultimi anni, anche grazie all’ANMCO, hanno evidenziato una significativa diminuzione della mortalità cardiovascolare in Ospedale e un miglioramento della qualità della vita degli italiani. Mai come oggi percepiamo il peso delle responsabilità sociali connesse al nostro ruolo di esperti e siamo consapevoli di essere protagonisti dell’innovazione medico-scientifica che ha prodotto salute e benessere per gli italiani. In tanti hanno creduto e contribuito allo sviluppo dell’ANMCO, costruito con la volontà di progredire e divenuto negli anni un grande patrimonio culturale di rara fruibilità. Ma se guardare indietro ci fa sentire appagati, nel guardare avanti di fronte ai mutevoli scenari, sociali e

organizzativi, faticiamo a trovare il necessario ottimismo. I nuovi modelli assistenziali per intensità di cura, mai sperimentati nelle nostre realtà pubbliche, hanno in sé molte incertezze, perché espongono al rischio di frammentazione dei percorsi di diagnosi e cura, in elezione come in urgenza, con conseguenze negative per i malati, rischiando di cancellare di fatto il contributo al progresso medico fin qui espresso dalla Cardiologia. La nostra disciplina è decisamente cambiata in questi decenni non solo per l’innovazione tecnologica e scientifica, ma anche per i mutamenti epidemiologici, professionali e di politica sanitaria. Nonostante l’evidente crisi della “vocazione” medica e i limiti della scarsa considerazione delle Istituzioni verso il nostro irrinunciabile ruolo assistenziale, il cittadino in questi anni ha imparato a far suo il bisogno di sentirsi protetto da un’assistenza qualificata e specialistica, cui ha fatto eco una fidelizzazione ai servizi sanitari in ciascuna realtà territoriale. Se questo è vero, se l’imminente domani di alcune realtà regionali saranno generici modelli organizzativi, come l’Ospedale per intensità di cura, presto assisteremo al declino della tradizionale assistenza per disciplina specialistica con il rischio di veder perdere progressivamente la nostra appartenenza ad una cultura di ri-

ferimento, ma chi pagherà il prezzo più alto sarà il cittadino, che si vedrà esposto ad un’assistenza molto più generalista. La matassa comincia a ingarbugliarsi quando l’essenziale dialogo con le istituzioni su queste e altre problematiche si fa carente: politica e scienza sembrano ignorarsi, o semplicemente non si parlano abbastanza. Cresce così una contraddizione culturale, formativa e organizzativa incompatibile con le evidenze scientifiche, anche indipendentemente dalla crisi economica. Ben oltre la scienza del cuore, un ampio spazio degli Stati Generali verrà dedicata all’intrigante sfida del binomio tra fibrillazione atriale e ictus; in seguito “l’ANMCO delle idee” costituirà un’opportunità straordinaria per identificare insieme ai nostri più importanti interlocutori le nuove strategie che permettano di affrontare e risolvere i problemi che affliggono oggi il governo della salute. L’ANMCO del presente si propone come Società Scientifica matura e propositiva, aperta a un dialogo autorevole e costruttivo con le Istituzioni nazionali nel tentativo di innescare un circolo virtuoso di ascolto e comunicazione, a cominciare dalla difesa della specificità della cultura cardiologica, che non potrà e non dovrà implodere per imprudenti spinte legislative. ♥




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



Stati Generali ANMCO

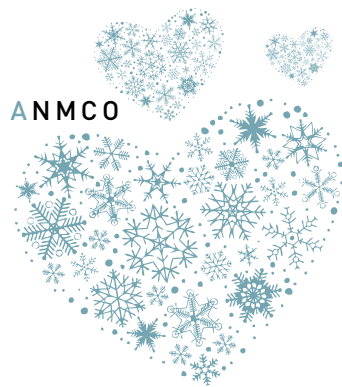
L'ANMCO DELLE IDEE

Scienza e organizzazione per la Sanità del futuro

Firenze, Palazzo Vecchio - Salone dei Cinquecento

7 - 8 febbraio 2014





Il coraggio di cambiare

Ovvero l'arte di adattarsi alle mutate condizioni di pensiero, economiche e sociali

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA



«Tieni per te le tue paure,
ma condividi con gli altri
il tuo coraggio»

Robert L. Stevenson

Era il 20 maggio di quest'anno quando invio ai Soci la presentazione del mio programma di massima in vista delle imminenti elezioni alla carica di Presidente nazionale Designato 2012 - 2014. Anche oggi qui ringrazio i tantissimi che ancora una volta

hanno voluto riconfermarmi la propria stima e fiducia per la prossima conduzione nazionale della nostra Associazione. Ma ancor di più ringrazio i molti Associati che in questi mesi mi hanno scritto o incontrato per manifestarmi il disagio (o anche il timore) che la rivoluzione

“intensità di cura” sta creando nella propria realtà lavorativa, o per riferirmi delle difficoltà nella gestione di una formazione regionale ormai inflazionata ed esausta, del difficile e sempre più complesso rapporto comunicativo/organizzativo con la segreteria nazionale o, ancora,

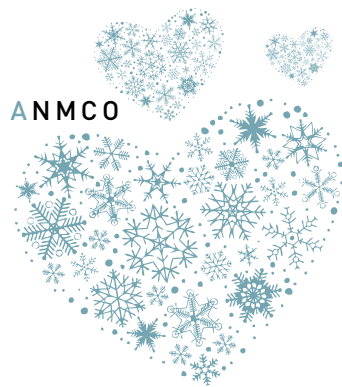
della possibilità di un maggiore coinvolgimento di Soci, Fellow e Giovani Soci al Congresso Nazionale ANMCO, per citare alcuni tra i temi più ricorrenti. Sostengo da anni che dobbiamo salvaguardare le tradizioni fondanti dell'ANMCO (eticità, ricerca scientifica di livello e organizzazione puntuale e capillare), ma è giunto il momento di uscire dalla solitudine costrittiva di una organizzazione "ministeriale" di ANMCO, per aprire ai Soci, alle nuove idee, ai Giovani e a una Formazione più contestualizzata, più continua, più completa e più condivisa. Sinora l'ANMCO ha goduto di un trend inerziale positivo ottenuto con l'autorevolezza decretata dagli Studi GISSI e con le azioni intraprese sul territorio in tempi di vacche grasse. Oggi non si può più vivere di rendita e occorre sbracciarsi ed inventarsi nuove metodologie comunicative, formative ed organizzative, per continuare a sortire gli stessi effetti. Bisogna dare forza, motivazione, incitare i Giovani trovando quelli, e sono tanti, che hanno voglia di impegnarsi per il futuro della nostra Disciplina e che accettino la sfida del rinnovamento per migliorarsi. Dobbiamo avere il coraggio di abbandonare schemi formativi, ma anche assistenziali, ormai divenuti desueti e non più al passo coi tempi. Il modello assistenziale per intensità di cura è ormai realtà in alcune importanti regioni italiane, in altre è in avanzata fase di avvio. Ma in quasi tutte queste regioni esso è stato applicato

con un adattamento locale e una implementazione regionale che non ripropone un modello unico, uniformemente applicato. Ritengo che questo rappresenti il limite vero dell'applicabilità di questo modello assistenziale proposto da economisti dopo una sperimentazione "in vitro" e con risultati presunti e attesi in Sanità solo su un modello di calcolo aprioristico. Ed è proprio per questo che, distanti dagli inutili proclami, non dobbiamo "contrastare" aprioristicamente il modello generale per intensità di cura ma semmai penetrarlo attraverso il confronto con le Istituzioni e i Governi regionali per dimostrare come, sebbene esso possa rappresentare un passo avanti nella gestione integrata del malato di medicina e/o di chirurgia (discipline a cui si può applicare efficientemente), lo stesso modello risulti fallimentare in Cardiologia, disciplina che ha già in sé una strutturazione per intensità di cura (area clinica, area intensiva, area interventistica coronarica e strutturale, area interventistica elettrofisiologica, area diagnostica per immagini, area assistenziale per patologie gestibili con integrazione ospedale/territorio, area della riabilitazione, etc.). Quindi dobbiamo lavorare per preservare l'unitarietà della Cardiologia con il recupero della clinica, rilanciando iniziative capaci di garantirci un governo e un monitoraggio attivo della nuova organizzazione per intensità di cura, ridefinendo con urgenza il nuovo ruolo delle UTIC

e delle Cardiologie spoke alla luce della mutata gestione tecnologica e assistenziale. Sento spesso il timore di lesa maestà che l'applicazione di questo modello ingenera in alcuni Colleghi direttori di strutture cardiologiche anche ad alta complessità. E se è vero che quando si verifica un mutamento repentino delle condizioni ambientali, la specie che resiste non è la più forte bensì quella che per prima si adatta al mutamento, è anche vero che una foresta non può essere descritta dai singoli alberi. E in virtù di queste similitudini non possiamo pensare di rimanere esclusivi, ma dobbiamo divenire inclusivi. La Medicina della Complessità deve includere. E questa inclusione noi l'abbiamo nel nostro DNA; basta applicarla, con solerzia, determinazione e comprovata professionalità, così come sempre abbiamo saputo dimostrare in questi 50 anni di vita della nostra Disciplina.

Nessuno saprà mai curare un cardiopatico meglio di quanto non saprà farlo un Cardiologo.

Nasce quindi la necessità che iniziamo a lavorare alla "Rifondazione della Cardiologia in Italia", partendo dai modelli esistenti e implementandoli con nuovi sistemi assistenziali che tengano in grande considerazione la complessità del paziente e il nuovo ruolo della formazione e dell'informazione che le Società Scientifiche sono chiamate a svolgere per la valutazione e l'assistenza del cardiopatico, nonché per



la preparazione alla medicina delle complessità. E forse per questo dobbiamo ripartire da zero, senza dare nulla per scontato. La dispnea è sintomo di molte malattie, diverse tra loro, alcune anche molto gravi! E quindi si a CEN ANMCO (Campagne Educazionali Nazionali), ma non solo CEN, per soddisfare il bisogno formativo della classe medica cardiologica. Occorre riorganizzare la Formazione affinché risulti facilmente e prontamente fruibile dall'Associato ANMCO che deve sentirsi protagonista, gratificato, responsabile e motivato, fornendogli con continuità tutti quei servizi utili ed aggiornati sugli aspetti scientifici, ma anche pratici, della professione che svolge quotidianamente.

E allora rinnovamento o cambiamento?

Direi cambiamento, ma con il coraggio di rispettare il meglio del passato per fare bene nel presente e nel futuro. Non si può e non si deve rottamare la vecchia generazione di Cardiologi che hanno saputo dare spontaneamente e generosamente all'ANMCO e che hanno costruito ciò che oggi abbiamo ereditato. Ritengo che in questo momento di grande apertura verso una giovane classe dirigente si debba, con gratitudine e rispetto, valorizzare anche coloro che conservano ancora la forza e l'entusiasmo per contribuire alla crescita della nostra Associazione. A tal proposito ho molto apprezzato l'unanime approvazione del Consiglio Nazionale ANMCO della modifica di statuto

della Fondazione che permette la rilegibilità del Prof. Attilio Maseri a Presidente della Fondazione per il Tuo cuore. Il rinnovato impegno e la passione di Attilio per la Fondazione, manifestatomi con entusiasmo sin dalla mia designazione lo scorso luglio a Consigliere Delegato per la Ricerca, mi ha galvanizzato a riprendere le fila di un'iniziativa, assai cara alle nostre Cardiologie, che aveva ricevuto uno stop sostanziale nel 2013: "Cardiologie Aperte", insieme all'organizzazione di un nuovo Progetto di fundraising per il finanziamento della ricerca clinica di ANMCO. Si tratta di una iniziativa, unica nel suo genere, alla quale tutti i nostri Cardiologi sono chiamati a partecipare nella settimana di San Valentino 2014, che permetterà una maggiore sensibilizzazione della popolazione alle malattie cardiovascolari, in questa edizione con un focus anche sulla prevenzione dell'arresto cardiaco e della morte improvvisa nei giovani e nello sport. Sono state spedite lettere cartacee, modulistica ed email alle oltre 760 Cardiologie italiane che aderiscono all'ANMCO. È questo il momento per dimostrare, ognuno con il proprio contributo scientifico/culturale/organizzativo, quanto abbiamo a cuore la salute cardiovascolare dei nostri concittadini e quanto crediamo alla sensibilizzazione per la ricerca cardiovascolare dell'ANMCO, proponendo il versamento del 5x1000 a favore della nostra Fondazione e istituzione di ricerca clinica. Nonostante la

ristrettezza dei tempi organizzativi, sono fermamente convinto che con la collaborazione massiva ed entusiastica che solo i nostri Associati sapranno fornire, anche questa Campagna di Prevenzione e Sensibilizzazione riuscirà e riceverà la massima visibilità nazionale e regionale presso i media radio-televisivi e della carta stampata. Visibilità che non servirà certo per soddisfare l'edonismo associativo o personale degli organizzatori, ma perché l'informazione attraverso i media arriva al "cuore" della popolazione, di quella malata e di quella non, di quella laica e di quella politica, affinché si sappia e si capisca quanto noi abbiamo a cuore la "salute del cuore" dei nostri pazienti.

Perché non sia l'ANMCO sopra a tutto, ma *soprattutto ANMCO*.

Tanto ci sarebbe ancora da scrivere, ma i tempi e gli spazi redazionali di questo numero non lo permettono. Manca ancora un semestre all'inizio della mia presidenza e, pur nella continuità delle migliori scelte di chi mi ha preceduto, resto sempre aperto alle proposte e alle iniziative di cui tutti i Soci ANMCO vorranno farmi partecipe, contattandomi personalmente o per e-mail.

Infine, nell'imminenza delle festività natalizie, auguro buon Natale a Voi ed alle Vostre care famiglie e confido che il nuovo anno 2014 sia per tutti i Soci foriero di salute, benessere e ritrovate, soddisfatte speranze. ♥

I figli della ricerca innovativa: Studio CAPIRE e Studio VAR Ricominciamo dai fatti!

DI ATTILIO MASERI

«Un fatto è come un sacco: vuoto, non si regge. Perché si regga, bisogna prima farci entrar dentro la ragione e i sentimenti che lo han determinato».

Luigi Pirandello, Sei personaggi in cerca d'autore, 1921

Nel 2009 la Fondazione per il Tuo cuore - HCF, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri hanno promosso il progetto di ricerca innovativa GISSI OUTLIER. Il progetto nasce dall'esigenza di indagare i meccanismi per cui alcuni soggetti, definibili come "outliers", divergono dal prevalente comportamento medio della popolazione sia in termini fisiopatologici che per modelli di predizione di eventi e di risposta al trattamento, nel contesto di diverse malattie cardiovascolari. In quest'ottica sono nati i due Studi CAPIRE e VAR.

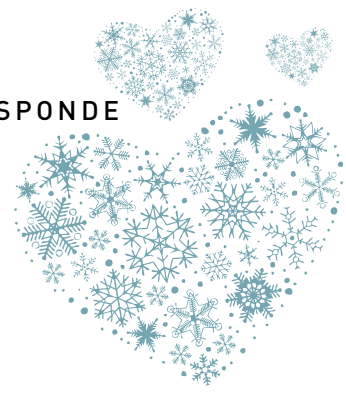
Lo Studio CAPIRE (Coronary Atherosclerosis in outlier subjects: Protective and Individual Risk factor Evaluation) si propone di indagare la relazione tra i fattori di rischio tradizionali (FR) e il processo di aterosclerosi delle arterie coronarie (CAD). Selezionando soggetti agli estremi per presenza di malattia aterosclerotica coronarica e profilo di rischio cardiovascolare, lo studio ha lo scopo di definire, attra-

verso le analisi delle caratteristiche cliniche, di imaging e biomolecolari, il ruolo di eventuali fattori di protezione e di suscettibilità individuali nei confronti della CAD e dello sviluppo di manifestazioni cliniche. La popolazione dello Studio CAPIRE è selezionata partendo dal dato anatomico, fornito dallo Studio MSCT, di assenza o presenza di estesa CAD che successivamente integrato al profilo di rischio basato sui FR, consente di ottenere due popolazioni outliers costituite a un estremo da pazienti con coronarie indenni da CAD pur con molteplici FR ed all'estremo opposto pazienti con diffusa CAD in presenza di un basso profilo di rischio. Il disegno è prospettico, osservazionale e multicentrico (11 centri), con una fase trasversale di confronto tra le popolazioni selezionate e una fase longitudinale di follow-up di 5 anni. Il primo paziente dello studio è stato arruolato nel gennaio 2011 e il 30 giugno 2013 si è conclusa la fase di arruolamento selezionando complessivamente 544 soggetti. Nel corso dello Studio, i risultati di una preliminare

esplorazione riguardante i pazienti arruolati del primo anno dello studio sono stati presentati al Congresso Nazionale ANMCO 2012 e al Congresso ESC 2012. Attualmente è in corso il completamento dell'elaborazione dei dati clinici derivati in fase di selezione dei pazienti e le analisi dei principali biomarcatori circolanti e i primi risultati sono attesi per la primavera del 2014. Prosegue regolarmente inoltre il follow-up dei pazienti selezionati.

Il protocollo allo Studio VAR (Investigation of patients with BAV requiring valve and/or aortic repair. Correlation of surgical and ECO distinctive features with histologic and genetic findings in phenotypically homogeneous outlier cases) nato dalla collaborazione tra Cardiologi e Cardiochirurghi, ha come obiettivo l'identificazione di fenotipi estremamente diversi di bicuspidia aortica chirurgica:

- Bicuspidia pura, senza dilatazione aortica che richieda intervento;
- Bicuspidia senza insufficienza aortica valvolare con dilatazione aortica che richiede intervento.



CAPIRE • VAR

I pazienti saranno sottoposti ad analisi di imaging biumorali e genomici (inclusa istologia su campione chirurgico) verranno anche eseguiti pattern genetici su campioni ematici, considerando e definendo l'associazione della BAV con patologia del primo tratto dell'aorta. Il protocollo prevede inoltre lo screening ecocardiografico di tutti i familiari di primo grado disponibili e, in caso di diagnosi di bicuspidia, l'analisi genetica su sangue periferico. Lo studio, che coinvolge 13 centri chirurgici e cardiologici italiani, ha iniziato l'arruolamento dei pazienti a gennaio 2013. A tutt'oggi sono stati arruolati 39 pazienti su 60 previsti e sono 4 i familiari, tra quelli fino ad ora valutati, ai quali è stata fatta diagnosi di BAV misconosciuta. Con la conclusione dell'arruolamento, prevista ad inizio 2014, e con l'analisi dettagliata dei campioni prelevati, potrebbero essere meglio definiti alcuni quadri anatomici e clinici di BAV fino ad ora racchiusi in una generica definizione di patologia valvolare. Ho appreso con grande entusiasmo

e gratitudine l'approvazione da parte del Consiglio Nazionale ANMCO della modifica di Statuto che preveda la mia rieleggibilità come Presidente della Fondazione per il Tuo cuore. Se questa sarà la volontà dell'ANMCO, vedo in primo luogo la necessità di proseguire questa difficile strada, ormai ampiamente avviata con successo, forse al di là delle mie stesse aspettative, rappresentata dalla ricerca innovativa. Ma il mio auspicio è anche quello di saper aumentare la capacità di condividere con tutti i Soci ANMCO le proprie aspettative individuali in modo da essere di concreto supporto al raggiungimento di obiettivi condivisi, stimolando interazioni più strette di quelle realizzate fino ad ora. Mi farà davvero piacere portare tutte le richieste alla discussione del Consiglio della Fondazione e mi impegnerò al meglio per soddisfarle! Voglio ringraziare inoltre il Presidente ANMCO e tutto il Consiglio Nazionale per aver espresso apprezzamento per il ruolo da me svolto e vorrei rivolgere un ringraziamento particolare al Dott.

Michele Gulizia che come sapete è entrato nel Consiglio d'Amministrazione della Fondazione assumendo la carica di Consigliere Delegato per la Ricerca. Fin dal suo ingresso ha dimostrato grande entusiasmo e motivazione per far ripartire anche le iniziative di visibilità e di raccolta fondi a sostegno della Fondazione dell'ANMCO. A questo proposito sono lieto di annunciarvi che quest'anno ancora una volta avremo la "nostra" Campagna "per il Tuo cuore" che si terrà dal 10 al 16 febbraio 2014 e includerà oltre all'iniziativa "Cardiologie Aperte", della quale molti di voi sono già al corrente, anche una campagna di comunicazione e di raccolta fondi ad hoc in fase di finalizzazione. Infine è doveroso comunicare che in questi ultimi giorni il Consiglio d'Amministrazione si è arricchito della presenza del Dott. Domenico Gabrielli che, con spirito di servizio, ha accettato di entrare in sostituzione del dimissionario Dott. Gennaro Santoro. Grazie ancora a tutti quanti per l'amicizia e l'affetto con cui mi siete stati vicini e "ricominciamo dai fatti"! ♥



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

Partecipa anche tu alla V edizione della
Campagna “per il Tuo cuore”
10 – 16 FEBBRAIO 2014
Settimana “per il Tuo cuore”

La Fondazione “per il Tuo cuore”
con rinnovato vigore ha rieditato, su
tutto il territorio nazionale, l'evento

Cardiologie Aperte

La Segreteria “per il Tuo cuore” sarà a tua
disposizione per l'invio di tutto il materiale
divulgativo e utile alla sensibilizzazione sulla
prevenzione delle malattie cardiovascolari.



I  5xMille

codice fiscale

94070130482

www.5permilleperiltuocuore.it



La sostituzione percutanea della valvola aortica in Italia

DI STEFANO DE SERVI

Secundo i dati del Registro GISE relativi alle procedure effettuate nel 2012 in Italia, la sostituzione percutanea della valvola aortica (TAVI) è stata eseguita in 1.992 pazienti. Il dato è di poco superiore a quello del 2011 (1.879). La Tabella 1 indica il numero di procedure eseguite dal 2007, anno in cui furono eseguite le prime TAVI in Italia. Dopo il notevole incremento sino al 2010, il numero di questi interventi si è stabilizzato poco al di sotto delle 2.000 procedure all'anno, un dato che, rapportato alla popolazione italiana, indica che si eseguono circa 30 procedure per milione di abitanti. Considerato che, secondo i dati ISTAT, i soggetti di età ≥ 75 anni (qui definita come "popolazione anziana") sono circa il 10% della popolazione totale e ammettendo che la stragrande maggioranza delle procedure censite dal GISE siano in pazienti in quella fascia di età, si eseguono in Italia circa 300 procedure per milione di abitanti con almeno 75 anni di età. Recentemente è stato pubblicato su JACC⁽¹⁾ un confronto tra il numero di TAVI eseguite in 11 Paesi europei: ne risulta che la media (relativa al 2011) è stata di circa 33 TAVI per milione di abitanti e di 398 TAVI per milione di popolazione anziana. Il

Secondo i dati del Registro GISE relativi alle procedure effettuate nel 2012 in Italia, la TAVI è stata eseguita in 1992 pazienti, dato di poco superiore a quello del 2011

dato globalmente risulta leggermente superiore a quello italiano, peraltro con notevoli differenze tra i diversi Paesi con punte di 89 TAVI per milione di abitanti in Germania (950 TAVI per milione di abitanti nella popolazione anziana) e un numero minimo in Portogallo (globalmente 6 TAVI per milione di abitanti, 67 per milione di popolazione anziana). Un dato interessante di quella analisi è che in Italia il numero di centri che effettuano tali procedure è incrementato notevolmente anno dopo anno: secondo il Registro GISE nel 2012 hanno effettuato TAVI in Italia 70 centri, un numero inferiore rispetto ai centri tedeschi (90 nel 2011) tuttavia con una densità di centri per milione di abitanti simile per i due Paesi (1,1). La differenza è il numero medio di procedure per centro: 28,5 impianti per centro in Italia, contro 81 impianti per centro in Germania, mentre la media europea è di 41 procedure TAVI per

centro. Tra i centri attivi in Italia per TAVI, 15 eseguono almeno 41 procedure all'anno. Essi sono elencati nella Tabella 2. Vi sono quindi 55 laboratori (78% sul totale dei centri) che, pur avendo un programma TAVI, effettuano un numero di procedure al di sotto della media per centro europea. Va segnalato che nelle "Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)" della Società Europea di Cardiologia⁽²⁾ non vengono date indicazioni sul numero minimo di procedure che debbano essere effettuate da un centro per garantire risultati affidabili per questo tipo di intervento. È noto tuttavia come anche per questi tipi di intervento esista una curva di apprendimento e come i risultati migliorino e la mortalità procedurale si riduca aumentando l'esperienza degli operatori⁽³⁾. Un recente documento di consenso nordamericano multisocietario (AATS, ACCF, SCAI, and STS) indica in 20 il numero di procedure minimo per continuare un programma di impianto percutaneo della valvola aortica, oltre ad una mortalità a 30 giorni inferiore al 15%⁽⁴⁾. Dal registro GISE si evince come ben 33 centri italiani (il 46% dei centri) effettuino meno di 20 impianti annuali. Il Documento di

Figura 1

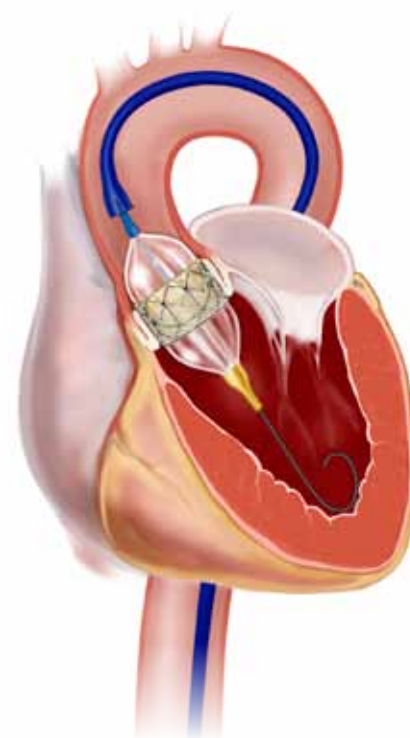
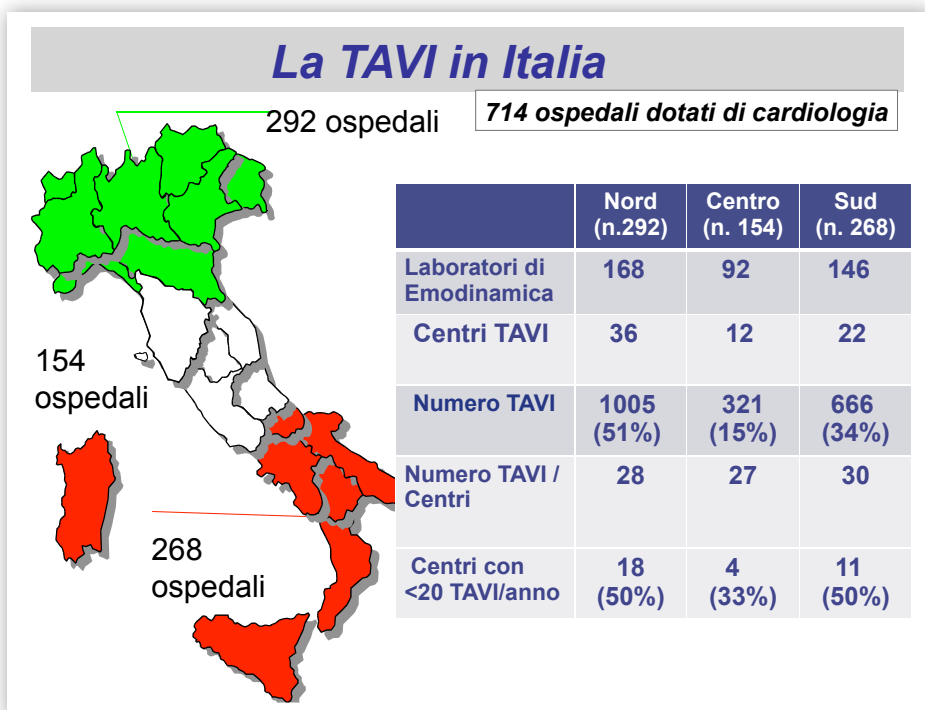


Tabella 1

2008	2009	2010	2011	2012
450	1.138	1.581	1.879	1.992
NUMERO DI TAVI EFFETTUATE IN ITALIA DAL 2008 AL 2012				

posizione SICI-GISE⁽⁵⁾ pur ribadendo come siano necessarie politiche finalizzate al contenimento delle strutture autorizzate all'esecuzione dell'intervento, consolidando centri ad alto volume ed alta qualità di prestazioni, non pone limiti di impianto annuali. La Figura 1 indica il numero di centri TAVI e le procedure effettuate nel 2012 a seconda della collocazione geografica. Rapportando tali dati alla popolazione censita nel 2011 (27.871.089 residenti al Nord, 12.011.460 al Centro e 20.913.204 al Sud e nelle isole) si evidenzia come al Nord vengano eseguiti 36 impianti per milione di abitanti, al Centro 26,5, mentre al Sud si eseguono 32 procedure per milione di abitanti. Se poi si considera la popolazione

anziana, il dato risulta di circa 360 per il Nord, 265 per il Centro e 320 per il Sud e le isole. È da notare inoltre che i centri che eseguono meno di 20 procedure/anno sono maggiormente situati al Nord (18, pari al 50% del totale dei centri) e al Sud (11, pari al 50%) che al Centro (4, pari al 33%). Ma quale è la effettiva necessità di interventi di questo tipo nel nostro Paese? Una ricerca multicentrica recente, anch'essa pubblicata su JACC⁽⁵⁾, utilizzando una metanalisi di alcune casistiche relative a pazienti anziani con stenosi aortica (globalmente poco meno di 10.000 pazienti), conclude che i pazienti con età ≥75 anni globalmente eleggibili in Europa a TAVI sarebbero circa 190.000. Per quanto riguarda l'Italia

i pazienti eleggibili sarebbero 29.700 con un carico aggiuntivo annuo di 2.679 pazienti potenzialmente candidati alla procedura (peraltro con limiti molto ampi di confidenza, da 1.145 a 4.958 pazienti). Senza entrare nel dettaglio di questa analisi che si basa su molte assunzioni, anche ardite, dedotte da casistiche differenti, vi è da segnalare che l'età dei pazienti sottoposta a TAVI è molto superiore ai 75 anni (nel registro italiano di 1.060 pazienti sottoposti a impianto percutaneo di Corevalve tra il giugno 2007 e l'aprile 2011 l'età media risultava di 82 anni, vedi voce bibliografica 6) e che le indicazioni attuali secondo le Linee Guida ESC sono abbastanza stringenti (la raccomandazione è per i pazienti con



OSPEDALE	NUMERO PROCEDURE TAVI
CASA DI CURA MONTEVERGINE MERCOGLIANO (AV)	140
OSPEDALE FERRAROTTO CATANIA	95
OSPEDALE SAN RAFFAELE MILANO	90
IST.CLINICO S.AMBROGIO MILANO	63
SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	61
AZ. OSP. UNIVERSITARIA PISANA - MCV I°	61
IST. CLINICO HUMANITAS ROZZANO (MI)	60
OSPEDALE CASTELVOLTURNO-CASERTA	56
OSPEDALE SAN CAMILLO FORLANINI ROMA	54
OSP. MAURIZIANO UMBERTO I TORINO	50
OSPEDALE CIVILE DI LEGNANO (MI)	50
OSPEDALE NIGUARDA CA' GRANDA MILANO	48
OSPEDALE CIVICO ARNAS - PALERMO	46
IRCCS AOU SAN MARTINO- GENOVA	42
AZ. OSP. SAN CARLO POTENZA	42
CENTRI CHE ESEGUONO ALMENO 41 TAVI ALL'ANNO (MEDIA EUROPEA PER CENTRO) DATI 2012	1.992

Tabella 2

stenosi aortica severa sintomatica non trattabile con l'intervento chirurgico o per i pazienti in cui l'intervento chirurgico è prospettabile, ma nei quali l' "heart team" preferisca la TAVI in base al profilo di rischio e alle comorbidità). Le Linee Guida inoltre affermano che l'indicazione corretta debba essere posta in pazienti per i quali si ritenga che l'attesa di vita possa essere di almeno un anno. La procedura quindi deve essere "utile" e non "futile", definita come procedura che, pur coronata da successo, non comporta un miglioramento delle condizioni di salute o un aumento della sopravvivenza del paziente (vedasi in proposito il capitoletto "Frailty and Futility versus Utility", del documento citato alla voce

bibliografica 4). Mi sembra quindi che le previsioni di necessità di TAVI sopra descritte per la realtà sanitaria italiana siano da considerare eccessive e non in linea con le indicazioni attuali alla procedura. Sembra invece auspicabile una programmazione regionale dei centri che svolgano tali interventi ed una verifica di qualità delle procedure. ♥

Bibliografia

1. Mylotte D, Osnabrugge RLJ, Windecker S et al "Transcatheter Aortic Valve Replacement in Europe Adoption Trends and Factors Influencing Device Utilization". J Am Coll Cardiol 2013;62:210-9.
 2. "Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012)". The Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).

3. Gurvitch R, Tay EL, Wijesinghe N, et al "Valvular aortic valve implantation: lessons from the learning curve of the first 270 high-risk patients". Catheter Cardiovasc Interv. 2011 ;78:977-84.

4. Tommaso CL, Bolman RM 3rd, Feldman T, et al "Multisociety (AATS, ACCF, SCAI, and STS) expert consensus statement: operator and institutional requirements for transcatheter valve repair and replacement, part 1: transcatheter aortic valve replacement". J Am Coll Cardiol. 2012 May 29;59(22):2028-42.

5. Santoro G, Bedogni F, Ambrosiani V et al "Documento di posizione della Società Italiana di Cardiologia Invasiva (SICID GISE) sui requisiti minimi per ospedali ed operatori che eseguono procedure di impianto transcatteretere di protesi valvolare aortica in pazienti con stenosi valvolare severa sintomatica". G Ital Cardiol 2011;13:772-776.

6. Testa L, Latib A, De Marco F et al "Clinical impact of persistent left bundle-branch block after transcatheter aortic valve implantation with CoreValve Revalving System". Circulation. 2013;127:1300-7.



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)

Comitato di Coordinamento

Pio Caso (Napoli)

Federico Nardi (Verbania)

Martina Perazzolo Marra (Padova)

Bruno Pinamonti (Trieste)

www.anmco.it/aree/elenco/cardioimaging



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Leonardo De Luca (Roma)

Co - Chairperson

Serafina Valente (Firenze)

Comitato di Coordinamento

Roberto Caporale (Cosenza)

Gianluca Gonzi (Parma)

Giuseppe Musumeci (Bergamo)

Pierfranco Terrosu (Sassari)

www.anmco.it/aree/elenco/emergenza



AREA E-CARDIO

Chairperson

Alfredo Posteraro (Tivoli - Roma)

Co - Chairperson

Giovanni Tonti (Sulmona - AQ)

Comitato di Coordinamento

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

Grandi incisioni per grandi interventi

Ministernotomia e Rivascolarizzazione Coronarica Off-Pump

DI GIUSEPPE DI BENEDETTO, ANTONIO PANZA, FELICE ROSAPEPE, ANTONIA ALFANO,
ANTONIO LONGOBARDI, SEVERINO IESU

Introduzione

Le strategie riguardanti la mininvasività in Chirurgia Cardiaca continuano ad evolversi, e sono focalizzate nel minimizzare l'aggressività della procedura chirurgica. I possibili benefici sono costituiti da una minore morbidità, minori perdite ematiche, un tempo di degenza diminuito cercando di evitare l'utilizzo della circolazione extracorporea ed evitando la sternotomia mediana. Le varie tecniche di ministernotomia offrono un notevole vantaggio estetico quando comparate alla sternotomia tradizionale complice l'incisione cutanea molto ridotta. In aggiunta, l'incisione ridotta preserva la stabilità della

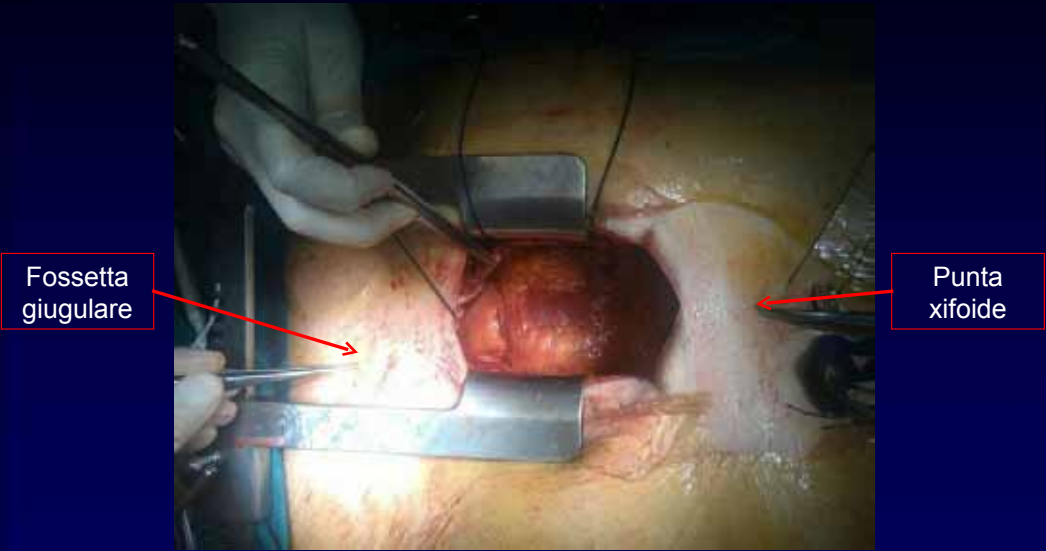
gabbia toracica superiore lasciando intatta la parte prossimale dello sterno, quindi riducendo l'invasività. Comunque i potenziali benefici riguardo il recupero postoperatorio della ministernotomia comparata alla sternotomia tradizionale non sono stati ancora dimostrati. Ci sono studi come quello di Bauer et al. ad esempio che non registrano benefici in un gruppo di pazienti sottoposto a rivascolarizzazione miocardica misurando parametri come la funzione polmonare, uno dei valori più importanti nel quantificare il recupero postoperatorio. Al contrario Luo et al. hanno dimostrato che una incisione chirurgica più piccola riduce le perdite ematiche postoperatorie, il tempo di

degenza ed ha un risultato estetico superiore. Comunque esistono vantaggi dimostrati della ministernotomia, come approccio mininvasivo, anche quando è comparato alla minitoracotomia: in primis non c'è bisogno della intubazione endotracheale con la tecnica del doppio lume con ventilazione polmonare singola, quindi questa tecnica non costituisce controindicazione per i pazienti affetti da malattia polmonare ostruttiva cronica, poi l'harvesting dell'arteria toracica interna è più facilmente riproducibile e non richiede l'uso di costosa strumentazione dedicata, inoltre questo tipo di approccio può essere velocemente convertito in sternotomia classica se richiesto da motivi di emergenza senza richiedere incisioni accessorie o cambi di postura dell'ammalato sul tavolo operatorio, ed infine la ministernotomia permette la visualizzazione completa dei vasi coronarici consentendo rivascolarizzazioni multivasali complete.

La Ministernotomia associata alla Rivascolarizzazione miocardica Off-Pump, produce buoni risultati in termini di accorciamento dei tempi di degenza, migliorando la qualità di vita del paziente



Ministernotomia inferiore



Cardiac Surgery
"HEART"
DEPARTMENT



Ministernotomia inferiore

1. AMIS su interventricolare anteriore
2. Π in radiale su ramo anterolaterale e marginale ottuso

Costruzione Y-Conduit



Cardiac Surgery
"HEART"
DEPARTMENT



Ministernotomia inferiore



Cardiac Surgery
"HEART"
DEPARTMENT



Tecnica Chirurgica

La tecnica che noi utilizziamo consiste nell'iniziare l'incisione a livello dell'appendice xifoidea, ed estenderla per 8/10 cm in direzione cefalica penetrando il terzo spazio intercostale sinistro, usando la tecnica della J invertita. L'arteria toracica viene isolata scheletrizzata come nella maniera usuale mediante bisturi elettrico, viene somministrata una dose unica di eparina stabilita singolarmente mediante analisi HDR ottenuta con Hepcon (Medtronic). Il pericardio viene aperto esponendo la radice aortica, il cuore viene stabilizzato nella maniera usuale, mediante l'utilizzo di stabilizzatore ed octopus, l'anastomosi viene confezionata mediante sutura continua in prolene 8/0. Questo tipo di incisione permette

anche l'harvesting dell'arteria toracica interna destra senza particolari problemi, in casi con anatomia sfavorevole o causa cattiva esposizione allarghiamo l'incisione a livello del secondo terzo spazio intercostale destro, simil T shape incision.

Da giugno ad ottobre 2013 abbiamo operato 53 pazienti con una età media di 67 ± 5.2 , il 76% dei pazienti era costituito da uomini, la frazione di eiezione media era del $50 \pm 4\%$, l'euroscore logistico del nostro gruppo di studio è stato calcolato essere del $4 \pm 1\%$. I pazienti sottoposti a rivascolarizzazione totalmente arteriosa sono stati il 66%, la media di anastomosi confezionata su ogni paziente è stata di 2,8, un solo caso ha richiesto conversione in sternotomia mediana, le perdite dai tubi di drenaggio hanno mantenuto un

valore medio di 485 ml, la permanenza media in terapia intensiva è stata di un giorno; nella nostra serie di pazienti non si sono avuti decessi. I Chirurghi cardiovascolari hanno cercato di trovare negli ultimi dieci anni con sempre più insistenza nuove tecniche meno invasive, e clinicamente meno aggressive. In particolare due aspetti sono stati giudicati prioritari: incisioni chirurgiche più piccole per ridurre l'aggressività chirurgica e cercare di evitare la circolazione extracorporea per diminuire i danni della risposta infiammatoria ed i rischi di complicanze neurologiche. La rivascolarizzazione miocardica si presenta oggi sicura ed affidabile con risultati gravati da una bassa morbilità e mortalità, comunque l'uso della circolazione extracorporea, e l'aggressività



Ministernotomia per OPCAB

Giugno – Ottobre 2013

MS-OPCAB	54 Pz
----------	-------

Caratteristiche

Età (anni)	67 ± 5.2
Uomini	76%
E.F. (%)	50 ± 4
Euroscore logistico	4±1%



Cardiac Surgery
HEART
DEPARTMENT



Dati operatori

Anastomosi/paziente	2.8
Rivascolarizzazione totalmente arteriosa	66%
Conversione a sternotomia	1

Risultati

Decessi	0
Permanenza in TI (mediana)	1
Sanguinamento medio	485 ml



Cardiac Surgery
HEART
DEPARTMENT



chirurgica dovuta all'ampia sternotomia relazionata all'età sempre più avanzata dei pazienti, affetti sempre più spesso da patologie associate, allunga i tempi di degenza con conseguente aggravio di costi. La rivascolarizzazione miocardica Off Pump unita all'utilizzo di tecniche mininvasive potrebbe essere una soluzione per questo tipo di problematiche. La maggioranza delle incisioni chirurgiche mininvasive sia che si tratti di ministernotomia alta o bassa, a forma di S, T, CoI ha come limite accesso a strutture anatomiche selezionate singolarmente, valvola aortica, mitralica, chiusura di difetti congeniti e rivascolarizzazione di solo uno o al massimo due vasi, discendente anteriore, diagonale. Tutte queste incisioni sono limitate nell'accesso,

hanno bisogno a volte di strumentazione dedicata e costosa e di un lungo training dell'equipe, l'unica che non richiede l'uso della cec, la rivascolarizzazione diretta in toracotomia (MIDCAP) anche videoassistita ha bisogno di strumentazione dedicata ed è limitata alla rivascolarizzazione di soli due vasi. In alternativa all'incisione standard, i trial effettuati con differenti tipi di ministernotomie hanno mostrato concordi che le incisioni ministernotomiche sono sicure, meno dolorose, non solo cosmeticamente superiori alla sternotomia standard ma migliori anche riguardo ad un più veloce recupero postoperatorio della funzione respiratoria, accorciamento dei tempi di degenza, minor sanguinamento, ma contro abbiamo la complicata riproducibi-

lità, che richiede un lungo training, l'alto costo dei devices utilizzati, ed in alcuni casi, alta incidenza di instabilità sternale; in conclusione spesso è limitata a casi selezionati ed a pochi centri con alto livello di expertise. La tecnica ministernotomica, nella forma da noi proposta, è simile alla sternotomia standard ma di minore ampiezza, permette facile accesso alla cavità cardiaca, a differenza di altre tecniche miniinvasive permette una rivascolarizzazione coronarica completa, non richiede training specifico o costi aggiuntivi, permette una facile conversione alla sternotomia standard, diminuisce trauma e dolore, facilita il recupero postoperatorio, migliora la qualità di vita del paziente. ♥

L'INCIPIIT 2, il PETER, L'IPER e le ragioni di una scelta

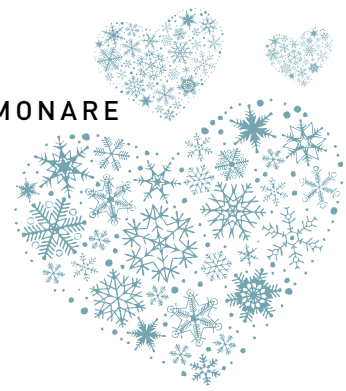
DI MICHELE AZZARITO

È terminata la Survey INCIPIIT 2 promossa dall'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO e coordinata dalla Dott.ssa Enea. È in corso l'elaborazione dei dati che speriamo di rendere pubblici a breve. In questa sede non faremo alcun accenno al contenuto di questi dati per impostare invece un discorso generale che vale per le scelte finora effettuate dall'Area. Ci sentiamo tutti figli del GISSI inteso come modalità di Studi di cooperazione Nazionale introdotta negli anni '80 e a tutt'ora perseguita dal Centro Studi ANMCO e, sia pur con le grandi, dovute e ovvie differenze vorrei leggere le scelte della nostra Area alla luce di questa tradizione che, credo, consapevolmente o non, tutti noi Cardiologi italiani abbiamo sempre presente. Segnatamente farò esplicito riferimento ad un articolo di Tavazzi, Tognoni e Maggioni pubblicato nel 2005 sul Giornale Italiano di Cardiologia, allora Italian Heart Journal, per rileggere "l'anima" del nostro (modesto) sforzo di ricerca. Sia nel caso dell'INCIPIIT e del PETER survey (in corso) che nel caso

dell'IPER e del PETER registro (che speriamo di avviare quanto prima) si tratta fondamentalmente di studi osservazionali. I primi due sono fondamentalmente delle istantanee (durano infatti un tempo molto breve) su un problema specifico che intendono descrivere e analizzare: sono studi trasversali. È importante sempre sapere prioritariamente che cosa ci si aspetta da questo genere di interventi, e nello specifico ci si attendeva: stabilire in un contesto quale quello italiano un profilo indicativo del percorso diagnostico e in parte terapeutico di pazienti con sospetta o confermata ipertensione polmonare, e di pazienti con embolia polmonare che necessitassero di fibrinolisi e che non fossero idonei ad affrontare questo trattamento o comunque avessero controindicazioni a questa terapia; ma val la pena di specificare che quel che interessa in questi studi è il comportamento e l'organizzazione sanitaria locale rispetto a questi specifici problemi, non il dettaglio dei passaggi diagnostico terapeutici e men che meno l'outcome clinico. Questi sono

concetti che intendo sottolineare perché è fondamentale, affrontando i risultati di uno studio, non chiedere a quello stesso studio quel che non può dare perché per altro immaginato. Il vantaggio di studi trasversali di questo tipo sono il basso costo (e questo ha avuto certamente un peso nella scelta) la semplicità, la consecutività e quindi una grande aderenza al real life. Il limite è proprio legato all'intervento puntiforme, per cui può essere (e francamente per alcuni problemi lo auspichiamo) che una nuova survey condotta poniamo fra due, tre anni, dia risultati modificati. Discorso diverso per il PETER registro (ancora in fase embrionale) e per l'IPER che invece ha completato il percorso della fase acuta dell'embolia polmonare e sta affrontando il problema del follow - up della stessa patologia. Questi ultimi due sono registri longitudinali prospettici, di lunga durata (l'IPER tra fase acuta e follow - up prevede un percorso di quattro anni) che hanno prerogative e aspettative diverse rispetto alle citate survey e che in parte coprono i requisiti descritti nel citato articolo

Gli studi osservazionali condotti dall'Area Malattie del Circolo Polmonare, pur essendo a basso costo, sono stati di grande produttività



Stabilire nel contesto italiano un profilo indicativo del percorso diagnostico e in parte terapeutico di pazienti affetti da malattie del circolo polmonare è lo scopo dell'INCIPIT e della Survey PETER

di Tavazzi, Tognoni e Maggioni. Nel caso dell'IPER (e ovviamente anche del PETER se avremo la forza e la tenacia per condurlo fino in fondo) ci si aspetta informazioni non solo sull'atteggiamento sanitario (per esempio nel caso dell'IPER i più grossi arruolatori sono stati i Cardiologi e i Medici di Medicina d'Urgenza) ma anche informazioni dettagliate sul percorso effettuato dai pazienti (due esempi per tutti: l'utilizzo esteso della TAC nella diagnostica dell'embolia polmonare oppure lo scarso utilizzo della rivascolarizzazione farmacologica e non nel paziente critico) fino a dati sull'outcome dei pazienti. A noi però, che ci occupiamo di malattie piuttosto di nicchia nell'ambito dell'universo culturale del Cardiologo, sta particolarmente a cuore il fatto che tutte e due queste modalità di ricerca condividano un grande requisito: rappresentano una spinta educativa che solo la partecipazione diretta allo studio di un problema può dare e che non è ugualmente garantita altrimenti

con forme classiche educazionali come i congressi o gli articoli. Tornando per esempio all'IPER, un dato macroscopico che molto dice su un vuoto culturale e assistenziale nell'ambito dell'embolia polmonare, sospettato già, ma adesso evidente e per così dire toccato con mano: una grande discrepanza numerica fra i pazienti che hanno completato la fase acuta dello studio e i pazienti della coorte iniziale che hanno iniziato il follow - up che sono decisamente pochi. Questo dato per noi del Comitato di Coordinamento dell'Area ha un enorme rilievo. Ci conferma come il follow - up clinico dell'embolia polmonare sia un terreno essenzialmente negletto, affidato in gran parte solo al tentativo di prevenire la recidiva con anticoagulanti e ci indica un cammino da percorrere e, ovviamente, da cercare di percorrere sempre con gli stessi metodi: sì ai congressi, sì ai documenti (è alle porte il documento di consenso sul follow - up clinico dell'embolia polmonare), sì alle Campagne

Educazionali (ne faremo una proprio sul tema dell'embolia polmonare nel 2014) ma soprattutto immaginare una ricerca specifica che oltre a portare altra luce sui quesiti clinici, consenta, con la partecipazione, una crescita di interesse e di cultura ed una omogeneità di interventi di cui si sente un gran bisogno in un ambito in cui non esistono Linee Guida. Va detto però con onestà che sicuramente non è stato previsto un elemento di verifica dell'effetto educativo legato a tali studi. È ovvio che in questi casi non si può avere una aspettativa di implementazione paragonabile a studi di intervento che rendono più facile l'approccio, o almeno conferiscono maggiore dimestichezza, a trattamenti o strategie diagnostiche (in sostanza non siamo in ambito BRING UP), ma certo l'aspetto definito dai già citati Tavazzi, Tognoni, Maggioni come "induttivo" non ha mai avuto spazio nei nostri pensieri; un errore cui cercheremo di porre rimedio. ♥

Stabilire percorsi, modalità assistenziali e outcome dei pazienti affetti da embolia polmonare è lo scopo dell'IPER e del PETER

Continua il viaggio all'interno del complesso mondo degli errori analizzando le molte conseguenze, le dinamiche anche non evidenti ed i molti inconsapevoli errori di comportamento

Errori... e non solo

DI QUINTO TOZZI

Un errore conclamato è un avvenimento che funge inevitabilmente da spartiacque tra qualche cosa di teorico, immateriale e lontano che sarebbe potuto accadere e qualche cosa di oggettivamente concreto e spiacevole realmente accaduto. L'errore è quindi la materializzazione di un rischio prevedibile più o meno elevato e di timori più o meno condizionanti le normali attività professionali e lo stesso vissuto degli operatori sanitari. Per costoro l'errore ha anche valenze ulteriori perché è l'opposto dell'istinto base e dei più profondi valori professionali: curare (o almeno provarci). Come quasi sempre accade quando si verifica qualche cosa di negativo che teoricamente poteva anche non accadere ci si chiede inevitabilmente perché, se sia colpa di qualcuno, perché proprio a noi e se si sarebbe potuto evitare. A queste legittime e doverose domande si può rispondere in vari modi che dipendono essenzialmente da cosa c'è "dentro" l'operatore sanitario in termini di esperienze precedenti, vissuto del problema, impatto emozio-

nale, entità e correttezza delle informazioni di cui si dispone, peculiarità caratteriali personali, variabili del contesto e così via. È tutto questo retroterra (in realtà poco o per nulla preso in considerazione nelle varie fasi del percorso dopo l'errore) che si potrebbe definire, con una parola un po' abusata ma ancora molto valida, come "culturale". È questa piattaforma immateriale ma determinante nel condizionare la tipologia e la correttezza del vissuto e conseguentemente l'appropriatezza reale dei comportamenti successivi di chi (a torto o a ragione non fa in questo caso differenza alcuna) è accusato di averlo commesso. Ciò inevitabilmente incide

in varia misura anche su molti aspetti strettamente personali, sul contesto e sulla stessa probabilità che accadano altri errori nel senso di spinta irrefrenabile, dell'interessato ma anche dei suoi colleghi, da un lato verso comportamenti oggettivamente più appropriati ma dall'altro al contrario verso modi di agire istintivi e pseudo razionali alla ricerca di una sicurezza che la medicina difensiva non può dare (ma che invece, paradossalmente, fa esattamente il contrario). Un ruolo determinante e molto spesso sottovalutato per la tipologia e l'entità di queste reazioni sostanzialmente istintive (e proprio per questo non sempre sufficientemente razionali e

Parlare ed informare correttamente i pazienti, oltre che parte essenziale dell'atto medico, è il più potente strumento di prevenzione del contenzioso

Il consenso veramente informato oggi non è quindi un mero e seccante atto burocratico, ma parte centrale della relazione di cura e quindi dell'atto terapeutico



sicure) svolgono però anche altri non secondari elementi quali la percezione del rischio (e quindi la consapevolezza, reale o distorta, della possibilità che l'errore diventi reale, da dove esso trae origine e cosa veramente rappresenti), l'elevato coinvolgimento emotivo (immane, apparentemente logico e sempre destabilizzante), l'oggettiva conoscenza dell'entità e delle conseguenze delle ricadute potenziali e concrete dell'errore, l'effettiva qualità (completezza e veridicità) delle informazioni di cui si dispone e varie altre ancora. È proprio quest'ultimo aspetto uno dei punti centrali della questione e l'obiettivo principale di questo articolo; è necessario evitare altri errori dopo l'errore e per farlo è necessario che vengano messi in atto sistematicamente dei comportamenti appropriati applicando una metodologia solo in parte intuitiva. Il passaggio dalla dimensione teorica a quella materiale cioè la brutale concretizzazione di situazioni ipotetiche fa quindi quasi sempre scattare meccanismi psicologici e comportamentali non sempre logici e coerenti e quindi sicuramente vantaggiosi per sé o per gli altri. Nel caso degli errori sanitari questi aspetti sono ancora più marcati, a volte meno evidenti ma ancora più insidiosi perché induttori di non pochi atteggiamenti in realtà controprodu-

centi e rischiosi (in primis la medicina difensiva ma anche e cruciale il deterioramento profondo del rapporto con i pazienti). Data l'indiscutibile e profonda connessione tra cause e conseguenze degli errori ai fini di una migliore e più oggettiva comprensione della "fisiopatologia" del fenomeno e quindi della ricerca della sua vera "terapia etiologica" è indispensabile che tutti gli operatori sanitari (perché, è inutile nasconderselo, sono *tutti* a rischio elevato di commettere errori) dispongano sia di alcune informazioni sia di elementi base metodologici non sempre intuitivi ed evidenti o, forse ancora più importanti, siano in grado di individuare e controllare quei comportamenti solo apparentemente logici ma in realtà controproducenti che sempre circondano l'errore (stiamo parlando ancora di medicina difensiva e di prevenzione dell'errore del tipo "fai da te" e di reazioni non metodologicamente strutturate e coerenti che, nella migliore delle ipotesi, sono un inutile placebo). Un aspetto poco noto, soprattutto ai pazienti, è che la maggior parte degli errori non sono seguiti da un danno o da danno evidente e significativo per cui l'errore non è percepito e passa inosservato e quasi mai quindi dà luogo a azioni correttive o rivendicative; ciò porta ad una insidiosa sottostima della percezione del-

la rischiosità del sistema, dell'organizzazione e dei comportamenti professionali e genera una altrettanto insidiosa falsa sicurezza. Ciò fa supporre che l'importanza attribuita all'errore è per il paziente (e purtroppo anche per molti operatori sanitari) da ricercare principalmente nelle sue conseguenze e molto meno nelle sue cause immediate e profonde; inoltre per molti professionisti prevale troppo spesso il concetto miope e liberatorio che "anche questa volta è andata bene, speriamo che continui così, se proprio deve accadere speriamo che capiti a qualcun altro". La (quasi sempre scomoda) ricerca delle cause non dovrebbe mai essere secondaria alle pur ovviamente importanti conseguenze dell'errore. Ciò è comprensibile per i pazienti ma non lo è per gli operatori e ancor di più per gli amministratori sanitari che da queste situazioni "fortunate" dovrebbero trarre preziosissime informazioni per individuare le dinamiche profonde (e non furbescamente limitarsi solo a quelle immediatamente evidenti) dell'insorgenza dell'errore e porvi rimedio prima che se ne verificino altre con ben più gravi conseguenze. Purtroppo ciò accade raramente. Non viene cioè percepito e considerato anche il valore intrinsecamente positivo dell'errore: essere un prezioso indicatore (cioè un oggettivo segnale di al-

La reazione degli operatori sanitari in seguito ad un errore è nella maggior parte dei casi istintiva, in realtà solo parzialmente razionale e dettata principalmente dalla paura degli accadimenti futuri ma è spesso influenzata anche dalle incomplete conoscenze delle dinamiche che ne sono la causa e degli strumenti che ne consentono una prevenzione razionale ed efficace

larme) della presenza di un problema importante all'interno dell'organizzazione. Viene anche "dimenticato" (ammesso che sia conosciuto) il concetto che nelle organizzazioni complesse (e quelle sanitarie sono tra le più complesse) l'errore è sempre un evento atteso cioè che nonostante le misure di prevenzione (e gli scongiuri di vario genere) prima o poi inevitabilmente accade. Il fatto che questo comportamento sia molto diffuso sia nei professionisti sia in chi ha il compito di gestire la sicurezza delle strutture sanitarie non significa che è corretto, razionale, giustificabile e che non abbia delle conseguenze importanti oltre che medico legali anche sulla sicurezza dei pazienti e degli stessi operatori sanitari. Il significato in termini di conseguenze di questo modo di vedere è quindi diverso anche se le cause principali sono le stesse: la carenza e l'inesattezza di informazioni, della cultura e degli strumenti per prevenire efficacemente gli errori unito ad una sorta di scaramantico, fatalistico, passivo e rassegnato vissuto della realtà contingente cui si aggiunge spesso la scarsissima disponibilità a cambiare alcuni comportamenti ed aspetti dell'organizzazione. La differenza sostanziale è che il comportamento dei pazienti per loro stessa natura e per le informazioni di cui mediamente dispongono è giustificato in quanto purtroppo svolgono ancora oggi nel sistema un ruolo sostanzialmente passivo soprattutto rispetto al problema degli errori mentre per gli operatori sanitari il comportamento legato al vecchio approccio all'errore oggi non è più giustificato e fonte esso stesso di rischi evitabili. A me-

dici ed infermieri quindi spetta necessariamente un ruolo attivo e partecipativo; oggi infatti non possono non essere informati, non conoscere e non mettere in atto le principali tecniche di prevenzione degli errori. Il livello gestionale (primari, capo sala, direttori sanitari e generali, risk manager, ecc.) invece non ha alcuna scusante logica, legale ed etica: per la funzione che svolgono *devono* essere capaci di fare certe cose, *devono* mettere in atto e *devono* anche poter dimostrare che sono efficaci. In altri termini oggi gli operatori sanitari ed i gestionali non sono giustificati per non aver messo in atto corrette misure di prevenzione degli errori. I pazienti però possono (e nel loro stesso interesse dovrebbero) avere un ruolo attivo importante ed efficace anche nella prevenzione degli errori; ciò di fatto mediamente non è sempre ben accettato da medici ed infermieri ancora ancorati ad un concetto arcaico, non paritario ed oggi oggettivamente anche rischioso e decontestualizzato del rapporto medico paziente. L'obiettivo prioritario di tutte le tecniche per la prevenzione degli errori è ovviamente quello di non farli mai accadere; teoricamente però questo non è possibile (il rischio di errore non è mai zero) per cui l'obiettivo reale è farlo accadere di meno e/o ridurre gli effetti delle sue conseguenze (cioè errori meno frequenti e meno gravi). Da questo punto di vista alcuni errori possono quindi essere interpretati addirittura in chiave positiva quale dimostrazione di efficacia della prevenzione di un danno maggiore (ovviamente se sono state prima messe in atto misure idonee di prevenzione a

questo tipo di errore correlate). Il significato dell'errore ai fini della sua funzione di indicatore di una importante disfunzione del sistema è quindi per molti aspetti indipendente dalla presenza o meno del danno; ciò è anche valido per i cosiddetti "near miss" o "quasi errori" cioè errori evitati per una condizione fortuita o perché intercettati dal sistema di prevenzione; la segnalazione anche anonima e l'analisi delle cause evidenti e profonde dei near miss è infatti una efficace e diffusa ma non troppo utilizzata tecnica di prevenzione degli errori. Ad esempio non somministrare un farmaco errato perché ci si è accorti dell'errore immediatamente prima della somministrazione ha le stesse identiche cause dell'errore di somministrazione effettivamente commesso a prescindere dal danno arrecato al paziente (che dipende da altri fattori clinici e farmacologici); in questi casi il significato, i meccanismi ed il messaggio intrinseco dell'errore con o senza danno o del quasi errore sono gli stessi. L'accadimento di un errore scatena quindi sempre, per una serie di valenze razionali e non dalle conseguenze concrete non sempre positive come si vorrebbe; le reazioni possono infatti essere di vario tipo, avere varie spiegazioni ed essere anche più o meno prevedibili. Ai fini della gestione generale della sicurezza è importante conoscere gli aspetti principali e le motivazioni di queste reazioni perché sono queste che indirizzano i comportamenti più o meno corretti dei soggetti coinvolti. La reazione all'errore varia inoltre anche in base al soggetto coinvolto... (continua nel prossimo numero). ♥



Chi sono e cosa vogliono gli Infermieri in ANMCO

DI SABRINA EGMAN, SABRINA BARRO, DANILO NEGLIA E GAETANO SATULLO

Il ruolo attuale delle Società Scientifiche si è modificato rispetto al recente passato, in considerazione dei rapidi mutamenti del Sistema Sanitario e dovendo confrontarsi sempre più con le reali necessità professionali dei propri membri. Dall'ormai lontano 1963 anche l'ANMCO ha subito cambiamenti ed altri sono forse necessari. In particolare è sentita l'esigenza di estendere le attività dell'Associazione non solo ai professionisti che storicamente rappresenta, con le loro esigenze individuali, ma anche ai gruppi di lavoro multi professionali che costituiscono il nuovo nucleo dell'assistenza sanitaria integrata. Solo andando incontro ai reali ed attuali bisogni dei sanitari l'Associazione può rappresentare luogo di accoglienza e sviluppo. In questo contesto la presenza degli Infermieri nell'ANMCO costituisce un elemento determinante. Cosa si aspettano gli Infermieri dall'ANMCO? Perché credono serva esserne parte? E in quali ambiti pensano che l'Associazione possa meglio investire? Il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing è rappresentativo delle diverse realtà italiane, sia per provenienza geografica che per il tipo di strutture sanitarie che

rappresenta. Facendo tesoro di queste caratteristiche i membri hanno promosso durante il Congresso Cardionursing e presso i propri Ospedali o in strutture sanitarie limitrofe una raccolta di informazioni mediante un apposito questionario mirato a evidenziare le aspettative degli Infermieri. Ci sono voluti pochi mesi per distribuire e raccogliere quasi 600 questionari, che sono stati somministrati ad altrettanti Infermieri durante il Congresso Cardionursing e sul posto di lavoro, nelle Unità Operative di Cardiologia e Unità Coronariche, nelle Cardiochirurgie e negli ambulatoriali. Il campione è stato scelto in modo da rappresentare le diverse realtà lavorative, in modo uniforme sul territorio nazionale. Per rendere facile la compilazione e chiara la lettura dei dati, il questionario conteneva nove domande con risposte predefinite, e solo in alcuni casi dava l'opportunità di inserire nuove opzioni. Cosa si aspettano gli Infermieri dall'ANMCO? Perché credono serva esserne parte e in quali ambiti l'Associazione potrebbe meglio investire? Per entrare subito in una tematica cruciale, sia per l'Associazione che per gli Infermieri abbiamo chiesto: "Quanto ritieni utile, in una scala da 1 a 9, la nascita di una Associazione

Infermieristica parallela all'ANMCO?". Il 76% del campione ha espresso un parere estremamente positivo, indicando sulla scala un valore fra 7 e 9, mentre soltanto il 2% si è espresso individuando valori fra 1 e 3 (Figura 1). Nella seconda domanda abbiamo voluto chiedere direttamente cosa dovrebbe fornire un'associazione infermieristica ai suoi soci, fornendo loro un elenco di tematiche potenziali. Il 41% degli intervistati ha espresso la necessità che l'ANMCO promuova iniziative formative nazionali o interaziendali dedicate agli Infermieri, il 56% vorrebbe aver accesso alle Linee Guida di pertinenza infermieristica e interprofessionale ed il 41% ad un'area che raccolga esempi di "buona pratica clinica". Un sito web rinnovato e funzionale, che possa fornire informazioni utili e aggiornamenti professionali e interprofessionali, sembra essere uno strumento gradito agli Infermieri interpellati, tanto che il 43% ne auspica l'attivazione (Figura 2). Nel campo lasciato libero sono state segnalate altre possibili iniziative, come l'attivazione di un blog dedicato allo scambio di opinioni ed esperienze professionali e l'attivazione di corsi di formazione a distanza (FAD). Nella terza domanda abbiamo chiesto quanto ritenessero utile, in una scala da 1 a 9,

Ci sono voluti pochi mesi per raccogliere quasi 600 questionari, somministrati ad altrettanti infermieri che lavorano nelle Unità Operative di Cardiologia e Cardiochirurgia, nei reparti di terapia intensiva e subintensiva e negli ambulatori cardiologici e di imaging

Quanto ritieni utile un'associazione infermieristica?

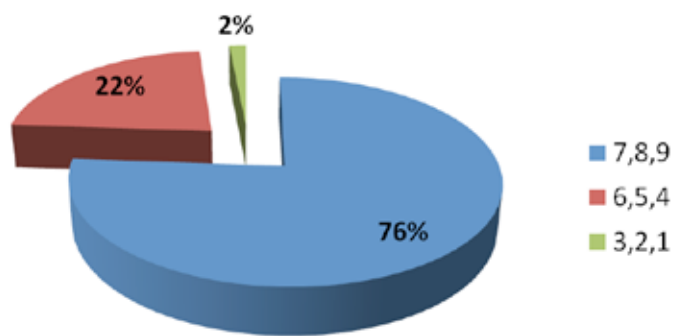


Figura 1

una Certificazione delle competenze infermieristiche da parte di ANMCO. L'85% del campione ha segnalato il massimo interesse nei confronti di questo tipo di iniziativa (Figura 3). Gli infermieri hanno specificato di essere molto interessati alla certificazione di percorsi formativi specifici. Tra questi la gestione delle emergenze e urgenze in team, l'assistenza in area critica ed in particolare la gestione di pazienti che necessitano di un supporto delle funzioni vitali avanzato, con l'impiego del contropulsatore aortico, ultrafiltrazione e ventilazione meccanica invasiva e non. Molto interesse è stato anche manifestato per la certificazione delle competenze nella gestione del paziente con scompenso cardiaco, sia in fase acuta che cronica, quindi nei differenti setting assistenziali, dalla elevata complessità di cura, sino alla gestione ambulatoriale e di territorio. La competenza nella lettura e nell'interpretazione

dell'elettrocardiogramma resta una necessità molto sentita. Meno atteso ma molto evidente l'interesse per la certificazione di percorsi formativi nell'ambito della diagnostica per immagini, della gestione di presidi,

come i pace maker e/o i defibrillatori impiantabili, delle procedure diagnostiche e terapeutiche in emodinamica o nell'assistenza nella degenza post - operatoria in cardiochirurgia. Infine una minoranza segnala alcuni ambiti molto specifici, come le cure palliative e la gestione di patologie cardiache comuni come l'edema polmonare e le aritmie. Al di là dei vari ambiti specifici prima ricordati dobbiamo sottolineare come sia emersa una esigenza che la stragrande maggioranza degli intervistati ha definito cruciale per la propria professione, ovvero l'acquisizione di competenze di tipo trasversale, come la comunicazione all'interno del team multidisciplinare, il counseling e le competenze relazionali con il paziente, i famigliari ed in genere il mondo esterno all'Ospedale. Tali risultati non ci hanno colto di sorpresa, tuttavia l'evidente interesse per il miglioramento del lavoro di squadra,

Cosa dovrebbe fornire un'associazione infermieristica?

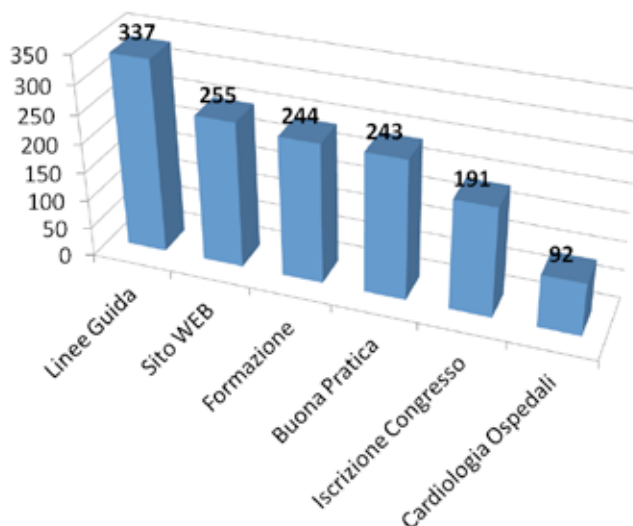


Figura 2



delle dinamiche di gruppo e comunicative è una lieta conferma della volontà del personale infermieristico di integrare il proprio lavoro al massimo livello nelle attività sanitarie dell'Ospedale e di offrirsi come fondamentale punto di raccordo tra il territorio, il paziente e la sanità. A questo punto abbiamo voluto acquisire maggiori informazioni in merito alla formazione svolta nell'ultimo anno da parte degli Infermieri ed alla loro percezione della qualità e dell'utilità della stessa. All'interno dell'azienda di appartenenza almeno il 90% del campione ha preso parte ad uno o più eventi formativi nell'ultimo anno, mentre in ambito extra ospedaliero, hanno preso parte ad almeno un evento solo il 66% degli intervistati. Chiedendo loro poi di giudicare l'utilità della formazione ricevuta in una scala da 1 a 9, il 70% dà la piena sufficienza agli eventi a cui ha preso parte (Figura 4). Questo dato per quanto

buono, merita una riflessione da parte nostra, poiché suggerisce che a fronte di una vasta e dettagliata richiesta formativa, l'offerta esistente per quanto ampia, potrebbe essere migliorata per renderla più confacente ai bisogni di

formazione specifici evidenziati nell'indagine. Inoltre la formazione è spesso locale e le occasioni per scambi professionali al di fuori della propria realtà e della propria regione sono ridotte e non incentivate. Nell'ottava domanda abbiamo chiesto quanto gli Infermieri ritenessero utile, in una scala da 1 a 9, per la loro professione il Congresso Cardionursing ANMCO. Ebbene i risultati sono buoni ma non eccellenti in quanto solo il 67% del campione ha dato un valore superiore al 6 (Figura 5). I risultati includevano probabilmente in parte falsati dall'interpretazione della domanda come riferita a congressi regionali oltre che al Congresso Nazionale. Tuttavia ciò non sposta il problema che rimane quello di arricchire i congressi regionali ed il Cardionursing nazionale di iniziative formative più specifiche (i Minimaster hanno sempre avuto grande successo) e di trattare le tematiche emergenti che appaiono più

Quanto ritieni utile la formazione ricevuta nell'ultimo anno?

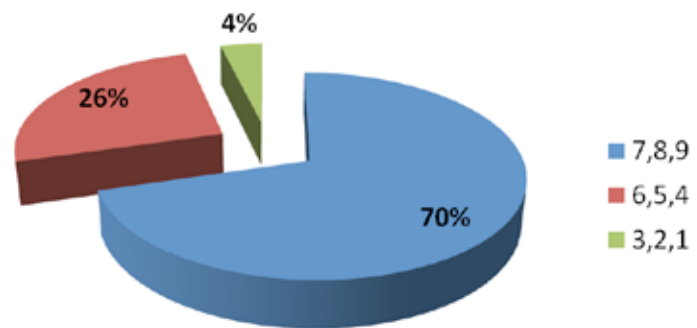


Figura 4

Quanto ritieni utile una certificazione delle competenze?

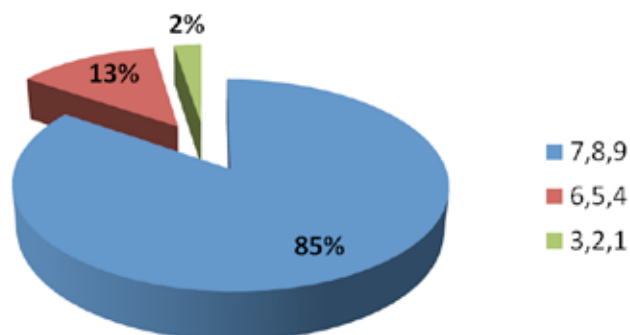


Figura 3

Quanto ritieni utile il Congresso Cardionursing dell'ANMCO?

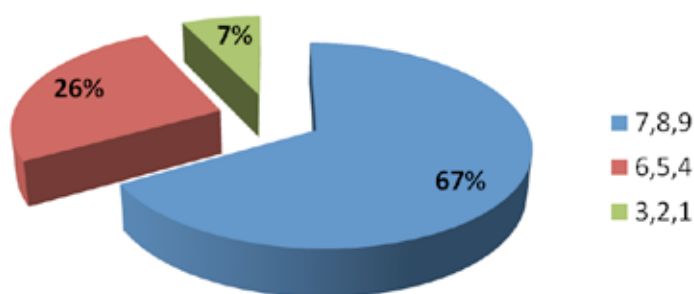


Figura 5

richieste. Infine è evidente che l'inserimento di tematiche infermieristiche nel contesto delle sessioni mediche del Congresso ANMCO e viceversa di tematiche interprofessionali nel contesto del Cardionursing sarà fondamentale per venire incontro alla pressante richiesta di maggiore interprofessionalità e promozione del lavoro di squadra. Nell'ultima domanda abbiamo quindi chiesto quali tematiche, tra quelle indicate, avrebbero voluto che fossero trattate nei prossimi Cardionursing (2014 - 2015); ebbene la gestione delle emergenze ed urgenze (organizzazione, formazione, lavoro di squadra) la fa da padrone, distanziando di gran lunga l'interesse espresso per le tematiche classiche come, lo scompenso cardiaco, le aritmie e la cardiopatia ischemica (Figura 6).

Conclusioni

L'indagine ha dimostrato che gli Infermieri delle Cardiologie

italiane esprimono bisogni formativi e richiedono la certificazione di competenze direttamente riferibili ad una pratica clinica in rapida evoluzione. Tra le tematiche di maggiore interesse che coprono

l'intero spettro della Cardiologia Clinica, l'esigenza più sentita è quella di approfondire le competenze cliniche ed organizzative necessarie alla corretta gestione delle emergenze ed urgenze cardiologiche. Tuttavia, al di là degli specifici aspetti tecnici, dobbiamo sottolineare come sia emersa dalla stragrande maggioranza degli intervistati un'esigenza fondamentale per lo sviluppo ed il consolidamento della professionalità infermieristica, ovvero l'acquisizione di competenze di tipo trasversale, come la comunicazione all'interno del team multidisciplinare, il counseling e le competenze relazionali con il paziente, i familiari ed in genere il mondo esterno all'Ospedale. La creazione di un'associazione infermieristica che dia accesso a nuove occasioni formative e a scambi interprofessionali anche con l'uso dei nuovi strumenti telematici viene percepita come un'occasione da non perdere. ♥

Quali tematiche per i prossimi Cardionursing?

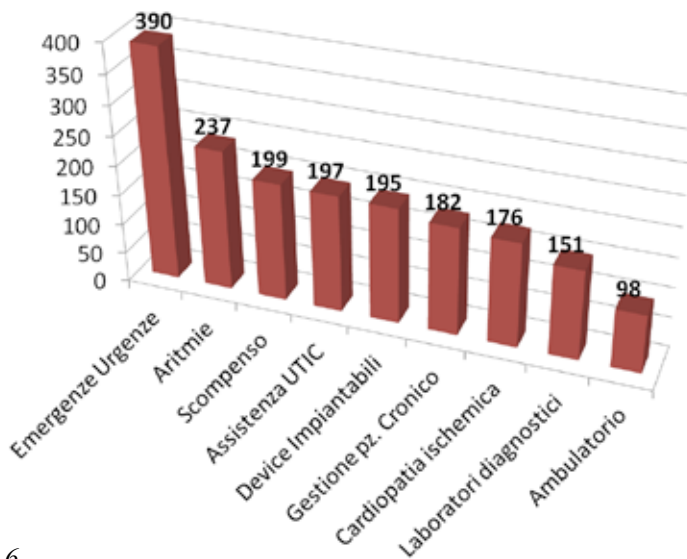


Figura 6



Assistenza meccanica al circolo nel paziente con Scompenso Cardiaco avanzato

Un VAD-EMECUM per il Cardiologo Clinico

DI MARCO MARINI, MANLIO CIPRIANI, FABRIZIO OLIVA, GIUSEPPE DI TANO

Negli ultimi anni la possibilità e l'interesse sull'utilizzo dell'assistenza meccanica al circolo (MCS) in pazienti con Scompenso Cardiaco avanzato è cresciuta progressivamente. A testimonianza di ciò basti pensare alla aumentata frequenza di specifiche sessioni dedicate a questi nuovi "device" negli ultimi congressi cardiologici di rilevanza nazionale o internazionale. È noto che i pazienti con Scompenso Cardiaco avanzato nonostante una terapia medica ottimizzata hanno una scadente qualità di vita, vanno incontro a ripetute reospedalizzazioni, e hanno infine una mortalità elevata a breve termine. Per anni il trapianto cardiaco ha rappresentato l'unica opzione terapeutica perseguibile, ma specie negli ultimi anni a livello mondiale le sue potenzialità di utilizzo sono andate riducendosi stimolando di contro lo sviluppo ed il miglioramento delle procedure di

supporto meccanico al circolo, tanto che negli ultimi 10 anni migliaia di pazienti nel mondo sono stati sottoposti ad impianto di assistenza ventricolare

(Figura 1). I primi impianti pionieristici eseguiti in Italia risalgono al 1987 - 88 al San Matteo di Pavia, ai Riuniti di Bergamo e al Niguarda di Milano e

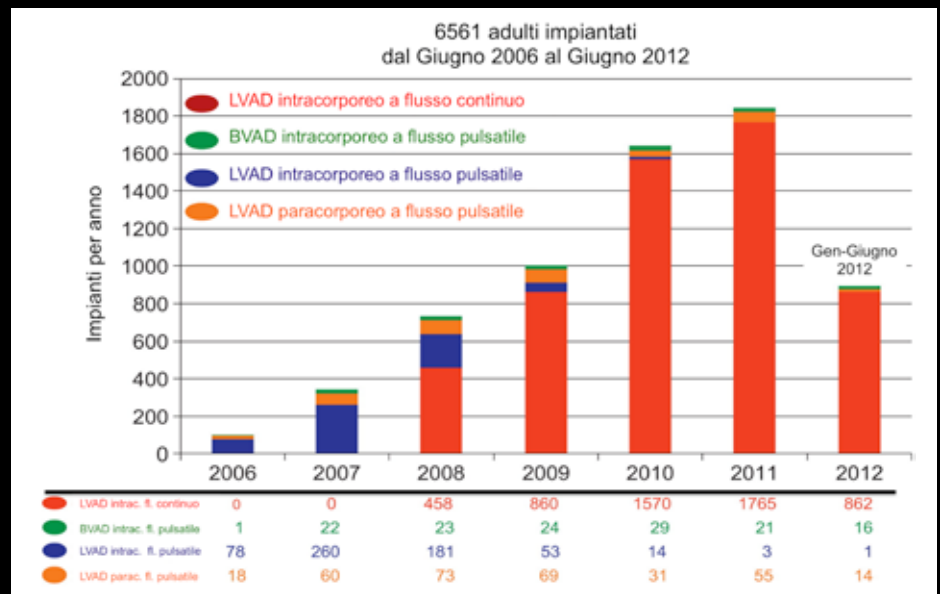


Figura 1 - Numero di impianti di MCS dal giugno 2006 al giugno 2012 nel registro INTERMACS (LVAD, dispositivo di assistenza ventricolare sinistra, BVAD, dispositivo di assistenza biventricolare).

Tabella 1

Pazienti potenzialmente candidabili a LVAD come “destination therapy” secondo le Linee Guida Europee 2012 sullo Scompensamento Cardiaco

Pazienti con sintomi severi da più di 2 mesi nonostante terapia medica ottimizzata compresi eventuali impianti di devices (CRT, ICD) ed almeno 2 delle seguenti condizioni
FEVS < 25% e, se valutato, VO2 al picco < 12 ml/Kg/min
≥ 3 ospedalizzazioni per scompenso cardiaco negli ultimi 12 mesi senza una causa precipitante evidenziabile
Dipendenza dalla terapia inotropica ev
Progressiva disfunzione multiorgano (peggioramento della funzione renale e/o epatica) secondaria ad una ridotta perfusione e non ad una inadeguata pressione di riempimento ventricolare (PCWP ≥20 mmHg e una PAS ≤ 80-90 mmHg o IC ≤ 2 L/min/m ²)
Peggioramento della funzione ventricolare dx

CRT, terapia di resincronizzazione cardiaca; FEVS, frazione d’iezione del ventricolo sinistro; IC, indice cardiaco; ICD, defibrillatore impiantabile; LVAD, dispositivo di assistenza ventricolare sinistra; PAS, pressione arteriosa sistolica; PCWP, pressione d’incuneamento polmonare; VO2: consumo di O2 al test cardiopolmonare.

da allora ad oggi rilevanti sono stati i miglioramenti e lo sviluppo tecnologico dei “device” stessi. Nel triennio 2010 - 2012 in Italia, sono stati impiantati 200 pazienti adulti di cui 73 come “destination therapy”, con una stima di potenziali candidati di circa 600 l’anno (1/1.200.000 abitanti). Inizialmente l’indicazione all’impianto di MCS, o VAD (Ventricular Assistance Device) era soprattutto considerata come “bridge” al trapianto cardiaco in pazienti con condizioni cliniche tali da non poter attendere ulteriormente il momento del trapianto, ma il costante miglioramento tecnologico dei “device” e i risultati positivi in termini di sopravvivenza e qualità di vita (Figura 2) ne hanno esteso le indicazioni in pazienti selezionati, come supporto terapeutico specifico, la cosiddetta “destination therapy”. È recentemente emerso come la prognosi a breve termine dopo impianto di un VAD

è prossima a quella del trapianto di cuore e probabilmente ben presto l’impianto di un VAD potrebbe essere considerato una valida alternativa allo stesso. Le recenti Linee Guida ESC 2013 sullo Scompensamento Cardiaco (Tabella 1) hanno affrontato in maniera dettagliata tale terapia, ponendo soprattutto l’accento sulle indicazioni e la selezione dei pazienti. Oltre alla ESC anche la Società Internazionale di Trapianto Cardiaco e Polmonare (ISHLT) si è impegnata nel redigere le prime Linee Guida complete sull’argomento, estese sia alle fasi di selezione dei candidati che alla gestione post - impianto dei pazienti che ricevono un’assistenza ventricolare. I programmi/ protocolli di gestione delle assistenze ventricolari prevedono correttamente, come consigliato dalle Linee Guida, la formazione di team multidisciplinari (Heart Team) nei centri impiantatori, ma non è affrontato il problema della

formazione più periferica dei centri “satelliti” dove i pazienti possano proseguire il follow - up o essere curati in caso di problemi urgenti. A oggi purtroppo le problematiche di base dei pazienti in assistenza ventricolare sono ancora poco conosciute e la gestione di questi pazienti resta ancora a quasi esclusivo appannaggio dei centri impiantatori. Come storicamente è sempre accaduto per molti altri “device” è necessario invece che le conoscenze siano estese anche perifericamente ai Centri “Hub”, e che siano identificate strutture “Spoke” dove questi pazienti possano essere riaffidati e seguiti dopo l’impianto. Se è sostanzialmente assodato che i centri impiantatori nel nostro paese siano organizzati come per il trapianto cardiaco in centri di rilevanza regionale, è invece auspicabile lo sviluppo di una rete di strutture “satelliti” che possano proseguire il

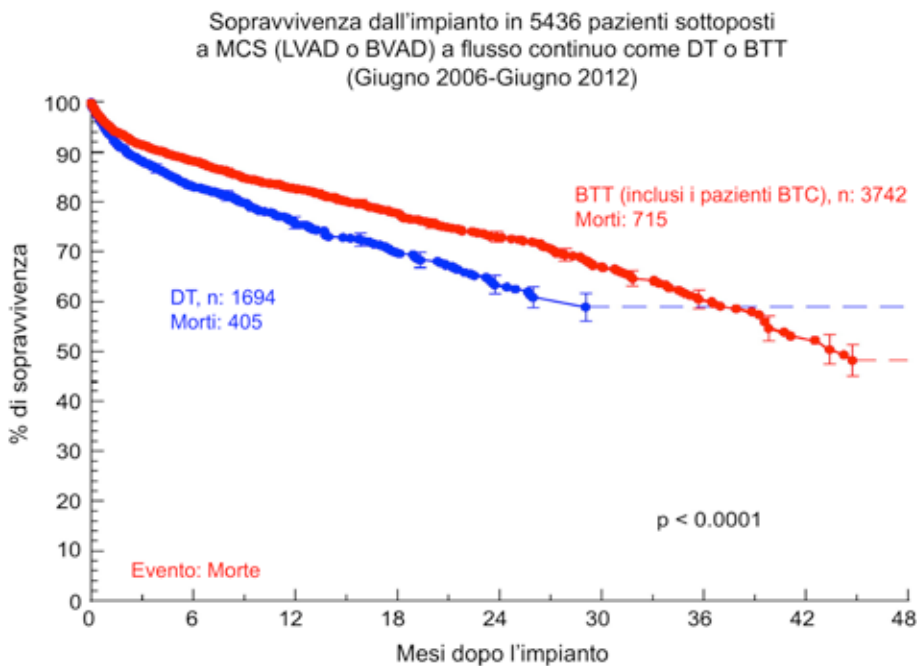


Figura 2
Sopravvivenza a 2 anni dei pazienti nel registro INTERMACS impiantati a MCS come DT o BTT.
(DT: “destination therapy”; BTT: bridge to transplantation; BTC: bridge to candidacy; LVAD: assistenza ventricolare sn; BVAD: assistenza biventricolare).

follow - up dei pazienti e siano in grado di affrontare almeno in parte le possibili urgenze. È quindi opportuno organizzare specifiche modalità di aggiornamento mirate a definire le competenze per la gestione di questi pazienti nel lungo periodo, lì dove il paziente si troverà a continuare la sua vita, fornendo al Cardiologo Clinico elementi culturali adeguati non solo ad implementare le conoscenze su questi nuovi “device” in termini d’indicazione e corretta selezione dei pazienti, ma anche e soprattutto rivolte a saper gestire le indubbiamente frequenti e non facili problematiche post - impianto (infezioni, emorragie, disturbi del ritmo, disfunzione del ventricolo destro, degenerazione valvolare aortica, tromboembolie e malfunzionamento del device) (Tabella 2). Il ritorno a casa e la ripresa delle proprie attività dopo l’impianto di un’assistenza al circolo è uno degli obiettivi principali di questa

nuova opzione terapeutica, ma perché questo possa avvenire in sicurezza, è necessaria una rete prima di tutto culturale che assista ed organizzi il follow - up di questi pazienti. Bisogna inoltre considerare che nel prossimo futuro le proiezioni prevedono un incremento esponenziale del numero di impianti, come già osservato in altri paesi (Registro INTERMACS-Nord America) con un aumento delle probabilità di dover “assistere - curare” anche pazienti scompensati portatori di MCS, caratterizzati clinicamente per esempio da una semeiotica non comune (polso non ben apprezzabile, pressione difficilmente misurabile, toni cardiaci non sempre auscultabili). Per rispondere a queste esigenze, le tre Società Scientifiche italiane, ANMCO (Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri), SICCH (Società Italiana di Cardiocirurgia),

GICR-IACPR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa), hanno sviluppato il Progetto formativo VAD-EMECUM per l’implementazione delle conoscenze sui sistemi di assistenza ventricolare meccanica, mirato a raggiungere e coinvolgere i Cardiologi Clinici. Il progetto prevede alcune riunioni macroregionali che si svolgeranno a partire da febbraio 2014. L’Area Scompenso Cardiaco, coinvolta direttamente nel Progetto, oltre ad alcune iniziative congressuali (vedi eventi agli ultimi Congressi Nazionali ANMCO del 2012 - 2013), ha pubblicato proprio in questo mese una Rassegna sul “Giornale Italiano di Cardiologia”, dal titolo “Il paziente portatore di un supporto meccanico al circolo: quello che ogni cardiologo dovrebbe conoscere per la gestione delle problematiche acute”, con lo scopo di iniziare questo processo culturale di

Tabella 2 - Principali complicanze in pazienti portatori di LVAD, incidenza e tassi di mortalità associati

Complicanze	Incidenza	Mortalità
Infettive:		
- device e sistemiche	15-25%	27%
- driveline	37-58%	0-12%
- Sepsi	2-13%	60%
Insufficienza aortica:		
- lieve	80%	
- moderata	50%	18-39%
- severa	0%	
Aritmie ventricolari	43% (*)	11-54%
Aritmie sopraventricolari	24% (**)	
Scompenso del ventricolo destro	20-50%	19-43%
Emorragie Gastrointestinali	20-40%	0%
Ictus ischemico	6-13%	nn
Trombosi del device	2-3%	nn
Malfunzionamento del device	3%	←5%

(*) incidenza cumulativa tra precoce (entro 30 gg) e tardiva (entro 12 mesi);

(**) incidenza a 60 gg. CVE, cardioversione elettrica esterna; nn, dato non noto. RF, radiofrequenza



formazione e di fornire al cardiologo clinico una serie di elementi conoscitivi di base per affrontare alcune tra le più comuni complicanze - emergenze, tenendo presente comunque la necessità inderogabile di raccordo con il Centro impiantatore. La Rassegna, con un taglio eminentemente pratico, è strutturata in casi clinici monotematici, con domande

necessità per il Cardiologo Intensivista di “rigenerarsi” in una sorta di nuovo *clinico* con nuove ed ampie competenze, pensiamo che un Cardiologo che oggi si interessi di Scompenso Cardiaco non possa esimersi dall’aver conoscenze e competenze anche sul tema delle assistenze ventricolari (Tabella 3). È tempo di sensibilizzare l’intera comunità

Tabella 3 - Principali complicanze in pazienti portatori di LVAD ed azioni appropriate

Complicanze	Cosa fare	Cosa non fare
Infettive: - device e sistemiche	Terapia antibiotica empirica ad ampio spettro (inizialmente) poi terapia antibiotica mirata su microbiologia	Aspettare i risultati della microbiologia per iniziare una terapia antibiotica
- driveline	Inizialmente terapia medica locale poi sistemica se non si ottiene risposta alla terapia iniziale	Iniziare una terapia antibiotica sistemica in prima battuta per le forme d’infezione isolate della driveline
- Sepsi	Terapia antibiotica empirica ad ampio spettro (inizialmente) poi terapia antibiotica mirata su microbiologia	Aspettare i risultati della microbiologia per iniziare una terapia antibiotica
Insufficienza aortica: - lieve o moderata	Follow-up ed eventuale terapia medica di supporto	Aspettare un eccessivo rimodellamento eccentrico del ventricolo sx
- severa	Intervento di sostituzione valvolare o upgrading nella lista d’urgenza al trapianto	

e risposte a cura di noti esperti, incentrati su argomenti che possono suscitare, in realtà periferiche, indubbia difficoltà gestionale. In una sorta di continuum formativo con l’Area Emergenza - Urgenza e con il recente articolo apparso sul precedente numero di “Cardiologia negli Ospedali” che accennava alla

scientifico cardiologica italiana su tale specifico impegno formativo, coinvolgendo attivamente anche gli altri potenziali attori (Riabilitatori, Anestesisti - Rianimatori, Medici di Medicina di Urgenza e Internisti) protagonisti di questa nuova e complessa possibilità terapeutica. ♥

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)
 Francesco Melchiorre Gentile (Cinisello Balsamo - MI)
 Niccolò Brenno Grieco (Milano)
 Alberto Limido (Varese)
 Claudio Pedrinazzi (Crema)
 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 (Sicacca - 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



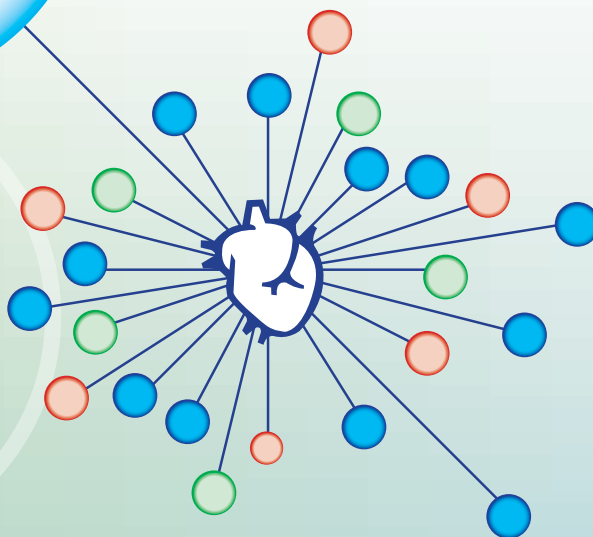
SHERATON GOLF PARCO DE' MEDICI
BUILDING 2

Viale Salvatore Rebecchini, 39 Roma



ROMA

22 gennaio 2014



SCAMBIO

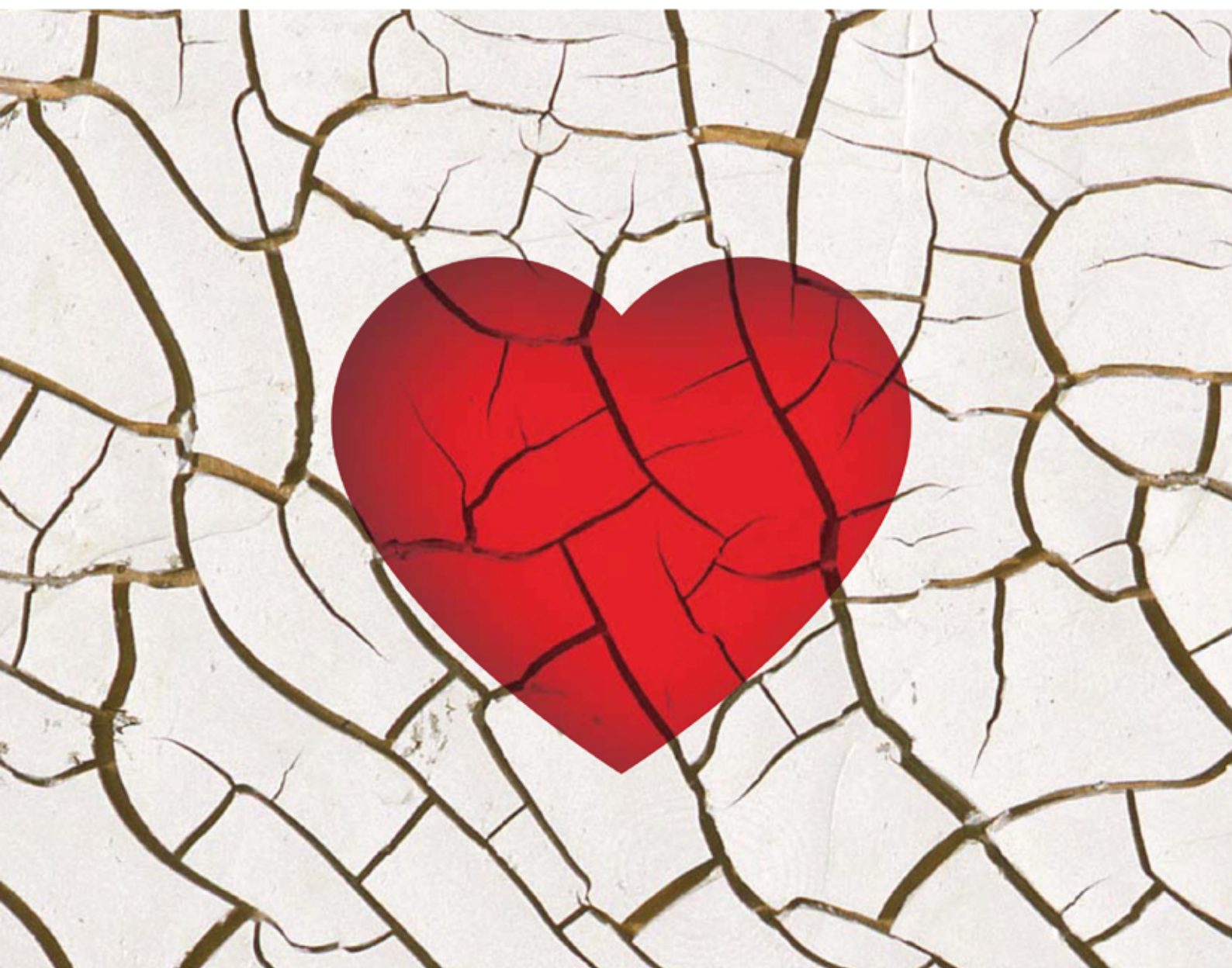
Esperienze condivise per
un consenso nella SCA

In collegamento con: Bari, Bologna, Catania, Catanzaro,
Firenze, Milano, Napoli, Padova, Perugia, Torino





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



Roma e Milano, febbraio - aprile 2014



ANMCO Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOWSHIP ANMCO

• da presentare entro il 28 febbraio 2014 •

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome Sesso

Data di nascita Luogo di nascita

Indirizzo

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

Tel./Cell. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

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

Tel./Cell. Fax E - mail

Anno di Laurea Anno di Iscrizione all'ANMCO

Status di Fellow in altre società mediche

Lingue conosciute

Livello di conoscenza: Eccellente Buono Mediocre

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow; | <input type="checkbox"/> riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri; | <input type="checkbox"/> attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato; |
| <input type="checkbox"/> lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su | | <input type="checkbox"/> curriculum vitae completo; |
| | | <input type="checkbox"/> foto in formato digitale. |

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

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

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell' ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione ne alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate tutte le riviste pubblicate dall'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC (Federazione Italiana di Cardiologia), con sede ad Arezzo c/o Ospedale "San Donato", U.O. di Cardiologia, Via Pietro Nenni n. 20 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/510111.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma

FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 28 febbraio 2014 •

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO.
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale:
 - Partecipando come autore o co-autore ad almeno 5 pubblicazioni scientifiche, su riviste censite dall'Index Medicus, negli ultimi 5 anni, oppure:
 - Partecipando come primo autore ad almeno 5 abstract negli ultimi 5 anni (comunicazioni o poster in convegni o riunioni scientifiche a livello nazionale o internazionale), purché in associazione ad almeno una delle seguenti 3 condizioni:
 - Autore o co-autore di almeno 3 pubblicazioni per esteso negli ultimi 5 anni (riviste scientifiche indicizzate in Index Medicus, capitoli di libri, etc.), oppure:
 - Almeno 5 pubblicazioni negli ultimi 5 anni, su riviste censite in Index Medicus, derivate da studi multicentrici (ANMCO o non ANMCO) in qualità di partecipante allo studio, con partecipazione documentata in appendice al lavoro oppure in apposita certificazione, oppure:
 - Documentando l'attività di revisore per almeno una rivista recensita su Index Medicus.

N.B. Fellowship in campo organizzativo-gestionale

Vengono sospese le procedure di accesso alla Fellowship in campo organizzativo-gestionale. Gli Associati ANMCO attualmente titolari di questo tipo di Fellowship continuano a mantenere questo titolo a tempo indeterminato.

Domanda di ammissione alla Fellowship

La domanda di accesso alla Fellowship in campo scientifico-didattico-editoriale va corredata dai seguenti documenti:

- a** - modulo apposito, debitamente compilato;
 - b** - foto in formato elettronico;
 - c** - curriculum vitae completo;
 - d** - documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal Candidato;
 - e** - lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a Congressi internazionali, abstracts a Congressi nazionali, capitoli di libri;
 - f** - segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);
 - g** - lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow (l'elenco dei Fellow è consultabile sul sito www.anmco.it nell'Area Riservata o pubblicato su apposita pubblicazione);
 - h** - indicazioni delle lingue straniere eventualmente conosciute con precisazione del livello di conoscenza (eccellente, buona, mediocre) sia per la lingua scritta che parlata.
- Per i Soci che siano già Fellow della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il candidato lo desideri e lo dichiari nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti **e**, **g**.

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta, deve pervenire alla Segreteria ANMCO all'indirizzo email: soci@anmco.it entro

l'ultimo giorno di febbraio dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Mantenimento della Fellowship

In base all'Art. 4 dello Statuto dell'ANMCO i Soci devono provvedere al versamento personale della quota associativa annua entro il mese di febbraio dell'anno in corso.

Qualora il Fellow moroso non regolarizzi la propria posizione associativa entro il 30 giugno di ciascun anno perderà il titolo di Fellow e dovrà ripresentare la domanda ex novo nel caso desiderino nuovamente tale riconoscimento.

Aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow

Ad intervalli di 5 anni, i Fellow in campo scientifico-didattico-editoriale saranno invitati a trasmettere in Segreteria una sintesi delle attività scientifiche da loro svolte nell'ultimo quinquennio.

Sarà richiesta una lista di:

- pubblicazioni scientifiche su riviste censite dall'Index Medicus (Autori, titolo della pubblicazione, rivista, anno, volume, prima ed ultima pagina, in formato Vancouver);
- interventi come Relatore a Congressi nazionali ed internazionali (Autori, titolo della presentazione, Convegno, anno e pagine degli Atti se disponibili);
- riviste recensite su Index Medicus per le quali il Fellow ha svolto attività di Revisore (lista riviste ed anni nei quali è stata svolta attività di Revisore);
- studi clinici ANMCO ai quali il Fellow ha partecipato.

Il costante aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow faciliterà l'Associazione nel coinvolgimento dei Fellow sulla base delle specifiche competenze.

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 8 membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale.

Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 membri; la decisione è a maggioranza assoluta (5 voti favorevoli).

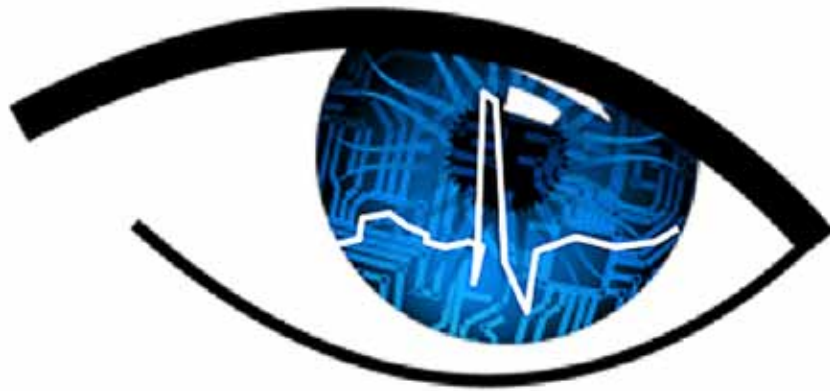
I membri sono:

1. Il Presidente dell'ANMCO in carica;
2. Il Direttore di nomina ANMCO di una delle riviste della Federazione Italiana di Cardiologia (Giornale Italiano di Cardiologia e Journal of Cardiovascular Medicine);
3. I Vice Presidenti dell'ANMCO in carica;
4. Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO (il Consiglio dovrà nominarne 8, da contattare nell'ordine, in modo da consentire che la Commissione possa riunirsi facilmente).

La Commissione ha facoltà di recusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.

La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarata del candidato.

I Componenti della Commissione durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per il solo mandato successivo; nel caso che un componente ricopra cariche consecutive che lo collocano di diritto tra i componenti della Commissione, allo scadere del quarto anno egli sarà sostituito da un quinto Fellow indicato dal Consiglio Direttivo.



EYESHOT

(EmploYEd antithrombotic therapies
in patients with acute coronary
Syndromes HOspitalized in iTalian
CCUs) Registry

2 - 22 dicembre 2013

Per tutti i centri che non hanno ricevuto
le credenziali per la prima fase,
il periodo di arruolamento sarà:

27 gennaio - 16 febbraio 2014



L'alcol non è amico dei ragazzi

DI LUCIA BOLETTIERI, FRANCESCO PAOLO CALCIANO, DAMIANO CARDINALE

Ragazzi ubriacatevi di allegria, di musica, di sport, di ballo, dello stare insieme

Partiamo da frasi importanti di Steve Jobs: <<Il vostro tempo è limitato, per cui non lo sprecate vivendo la vita di qualcun altro>>

<<Non fatevi intrappolare dai dogmi>>

<<Non lasciate che il rumore delle opinioni altrui offuschi la vostra voce interiore>>

<<Abbiate il coraggio di seguire il vostro cuore e la vostra intuizione>>

(Dal discorso di Steve Jobs ai neolaureati di Stanford il 12 giugno 2005).

Abbiamo scelto queste frasi per richiamare un concetto importante di responsabilità, per invitarvi a leggere e condividere il discorso nella vostra vita, a farvi ambasciatori presso i vostri coetanei, presso il mondo dei giovani, di obiettivi indicativi anche per quel che attiene

l'aspetto ludico - ricreativo, partendo da alcune "sfide" che vi proponiamo. **L'alcol non è amico dei giovani. Chi guida non deve bere alcolici. Al di sotto dei sedici anni alcol zero.**

I dati sono preoccupanti. Guardiamo le criticità concernenti la diffusione del consumo di alcol tra i giovani.

Consumo a rischio di alcol tra i giovani:
475.000 11 - 15enni a RISCHIO in Italia,
395.000 16 - 20enni a RISCHIO in Italia,
500.000 21 - 25enni a RISCHIO in Italia.

(Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre).



Occorre considerare alcuni aspetti importanti di fisiologia. Al di sotto dei sedici anni alcol zero risponde a un'esigenza fisiopatologica: non è ancora sviluppato a quest'età un enzima, l'alcol deidrogenasi, per cui vi è un handicap da parte del fegato nel metabolizzare l'alcol introdotto e anche piccole quantità possono essere dannose.

Perché rischiare?

<<È soprattutto tra i 14/16enni che si annidano i comportamenti a maggior rischio in quanto influenzati dall'immaturità del sistema enzimatico deputato allo smaltimento dell'alcol. E ciò è vero ancor di più per le teenager maggiormente vulnerabili per le differenze di genere degli effetti di consumi, pur moderati, di alcol>>.

I ragazzi ignorano gli effetti dell'alcol.

<<Non sanno che se si abusa in maniera continuativa per settimane, il suo ippocampo, l'area cerebrale deputata alla memoria e all'orientamento spaziale, si ridurrà del 10 - 20%>>.

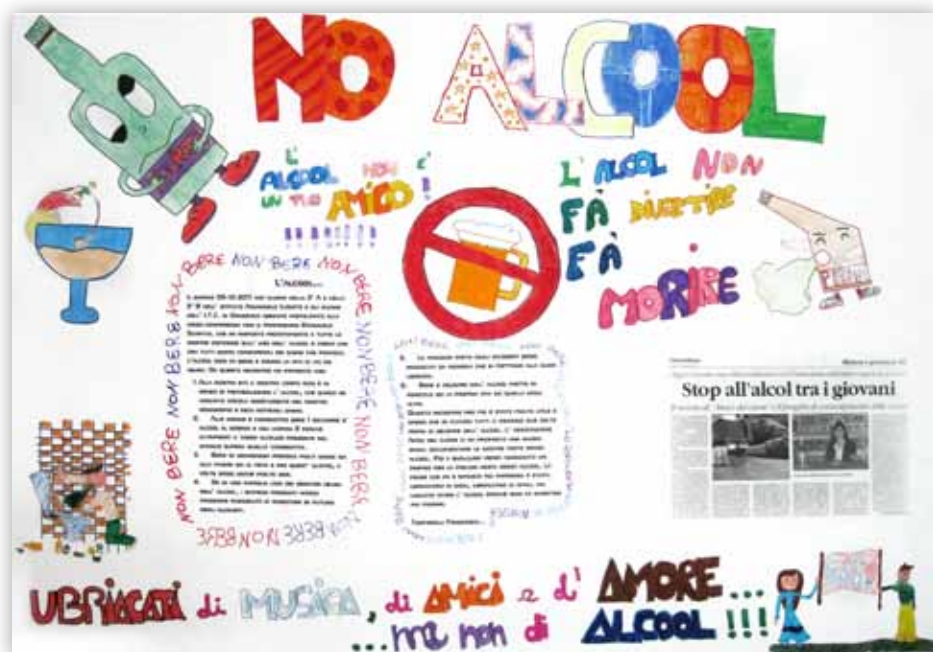
(Emanuele Scafato, Direttore Osservatorio sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità).

Abbiamo in Italia primati che non ci rendono felici, quale il primato negativo dell'età più bassa del primo contatto con l'alcol: l'età media in cui avviene l'iniziazione alcolica è di 11 anni e mezzo rispetto ai 14,6 della media europea e il 54,6 % dei ragazzi tra 16 e 19 anni ha già sperimentato almeno una volta l'ubriachezza.

Queste informazioni sono contenute nell'opuscolo "Il pilota" (Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol).

Cos'è l'alcol?

L'alcol è una sostanza tossica,



potenzialmente cancerogena e con una capacità di indurre dipendenza, superiore alle sostanze o droghe illegali più conosciute.

Come agisce l'alcol sull'organismo?

Viene assorbito per il 20% dallo stomaco e per il restante 80% dalla prima parte dell'intestino. Se lo stomaco è vuoto, l'assorbimento è più rapido. L'alcol assorbito passa nel sangue e dal sangue al fegato, che ha il compito di distruggerlo. Finché il fegato non ne ha completato la digestione, l'alcol continua a circolare diffondendosi nei vari organi. Circa il 90 - 98% dell'alcol ingerito viene rimosso dal fegato. Il restante 2 - 10% viene eliminato attraverso l'urina, le feci, il respiro, il latte materno, le lacrime, il sudore, la traspirazione. La velocità con cui il fegato rimuove l'alcol dal sangue varia da individuo a individuo, è circa mezzo bicchiere tipo di bevanda alcolica all'ora, quindi un bicchiere richiede due ore per essere smaltito.

Spot 1 - Progetto scolastico <<Mi voglio bene. Non mi lascio condizionare>>. Sai cosa bevi, più sai meno rischi (ISS - Società Italiana Alcolologia, altri).

Sfatiamo i luoghi comuni

L'alcol dà calore?

Non è vero. Produce, tramite la dilatazione dei vasi sanguigni, una momentanea ed ingannevole sensazione di calore in superficie che, in breve, comporta un ulteriore luogo non riscaldato o all'aperto.

L'alcol aiuta la digestione?

Non è vero. La rallenta e determina un alterato svuotamento dello stomaco.

Il vino fa buon sangue?

Non è vero. Il consumo di alcol può essere responsabile di anemie e di un aumento dei grassi presenti nel sangue.

Le bevande alcoliche sono dissetanti?

Non è vero. Disidratano.

L'alcol aiuta la ripresa da uno shock?

Non è vero. Provoca la dilatazione dei capillari e determina un diminuito afflusso di sangue agli organi interni, soprattutto al cervello.

L'alcol dà forza?

Non è vero. L'alcol è un sedativo e produce solo una diminuzione del senso di affaticamento e della percezione del dolore.

L'alcol rende sicuri?

Non è vero. L'alcol disinibisce,



eccita ed aumenta il senso di socializzazione anche nelle persone più timide salvo poi, superata tale fase di euforia iniziale, agire come un potente depressivo del sistema nervoso centrale. È inoltre da sottolineare che la “sicurezza” non vigile e senza il pieno controllo del comportamento si accompagna ad una diminuzione della percezione del rischio e delle sensazioni di dolore rendendo più vulnerabile

l'individuo alle conseguenze di gesti o comportamenti potenzialmente dannosi verso se stessi e verso gli altri.

L'alcol può determinare comportamenti violenti

L'alcol può essere associato a comportamenti violenti e/o risultare un fattore determinante per atteggiamenti o comportamenti violenti, in particolare all'interno della famiglia. Le donne che bevono hanno maggiore probabilità di

diventare vittime di aggressioni fisiche e/o sessuali, in quanto sotto l'effetto dell'alcol possono apparire più indifese. Il rischio di gravidanze indesiderate, a seguito di rapporti sessuali subiti in condizioni di ebbrezza è molto elevato.

Ci sono condizioni in cui è assolutamente da evitare il consumo di alcol

(Quando è appropriato evitare completamente l'uso di alcol consulta FAP WHO Framework Policy on Alcohol 2005 - 2010: “alcohol free situation”)

Tra le altre, quelle relative a: sicurezza stradale, sicurezza nei luoghi di lavoro, gravidanza, età infantile ed adolescenziale, luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile.

Se guidi non bere

Usare la testa è non farsi ingannare dalle sensazioni di euforia che il bere determina. Evitare di consumare o di chiedere nei locali bevande alcoliche se ci si deve mettere alla guida è segno di intelligenza, sensibilità e maturità. I principali effetti dell'alcol particolarmente pericolosi per la guida sono: sottovalutazione del pericolo (dovuta al senso di euforia); tempi di reazione più lunghi; minore capacità di concentrazione e, a lungo andare, sonnolenza; alterazione del senso della distanza e della velocità. In alcuni paesi sono stati eseguiti esperimenti con conducenti in stato di ebbrezza facendoli guidare con tachimetro nascosto. Chiedendo loro di marciare ad una velocità prestabilita, essi procedevano generalmente ad una velocità quasi doppia e mostravano una alterazione



delle capacità visive (in particolare della visione laterale): chi guida in stato di ebbrezza tende a portarsi al centro della strada poiché l'abuso di alcol provoca la cosiddetta visione a tunnel; è maggiore inoltre la sensibilità all'abbagliamento.

In quanto tempo cessano gli effetti dell'alcol?

Se la bevanda alcolica viene assunta a digiuno, si raggiunge il livello massimo di alcolemia dopo circa mezz'ora; se viene invece assunta durante i pasti, l'alcolemia raggiunge il massimo dopo circa tre quarti d'ora/un'ora e si mantiene a livello inferiore di circa un terzo rispetto all'assunzione a digiuno. Se viene ingerito alcol quando la dose precedente non è ancora stata eliminata si determina un accumulo. Il tempo di eliminazione dell'alcol dipende dalla quantità ingerita ed è comunque influenzato da fattori individuali. Contrariamente a quanto si pensa né il freddo, né lo sforzo fisico, né il caffè accelerano l'eliminazione dell'alcol.

Proposte sull'alcol dell'Associazione Amici del Cuore di Grassano

Ribadendo l'impegno all'astensione dall'alcol per chi guida vi ricordiamo che esistono etilometri a disposizione nei pub, nei locali frequentati dai giovani, nelle discoteche, negli Autogrill per permettere un auto esame prima di uscire dal locale per coloro che non si sono attenuti al Consiglio Prioritario: non bere alcolici se si deve guidare. È necessario favorire controlli preventivi davanti a discoteche, pub, ritrovi e/o concerti, per scoraggiare



i giovani che hanno bevuto alcolici a porsi alla guida. Bisogna incentivare i mezzi pubblici notturni sino all'ora di chiusura dei locali frequentati dai giovani nei fine settimana e durante i periodi di festa, nelle città e nelle località turistiche. Occorre chiedere una tutela maggiore dal punto di vista legislativo, quale l'innalzamento del divieto di vendere e servire alcolici, passando dagli attuali 16 anni, ai 18 anni. Accanto a questo è decisivo il concetto di responsabilizzazione individuale. Bisognerebbe evitare la pubblicità delle bevande alcoliche nei programmi rivolti ai ragazzi e obbligare comunque i mezzi di comunicazione a riportare alcune avvertenze nella pubblicità delle bevande alcoliche.

L'abuso di alcol è dannoso per la salute. Chi guida non deve bere alcolici

I modelli comportamentali sono quelli che il mondo degli adulti

propone, spesso il mondo virtuale, non quello reale. Chiediamo ai ragazzi di guardare davanti con ottimismo e fiducia: i ragazzi devono volare con le ali dell'entusiasmo e devono poter sognare nella consapevolezza che non tutti i sogni s'avverano, ma che impegno, studio, lavoro, determinazione, solidarietà, fiducia, libertà e rispetto di ognuno sono alla base di un mondo in cui potersi ritrovare insieme ed insieme poter superare gli ostacoli che il corso della vita può presentare. Forza ragazzi. Al termine un ulteriore invito. Per stare bene insieme non avete bisogno di alcol, fumo od altro. Analizzate anche tante storie di vostri "idoli": campioni nello sport, nella musica, nello spettacolo. Campioni che a causa dell'alcol hanno modificato profondamente il loro aspetto fisico e le loro performance, divenuti irriconoscibili.

Vogliatevi bene



Il Consiglio Direttivo regionale ANMCO Calabria.

Da sinistra: Alfredo De Nardo, Vincenzo Amodeo, Roberto Caporale, Alessandro Ferraro, Mario Chiatto, Raffaele Lumare, Frank Benedetto

Congresso Regionale ANMCO Calabria

DI ROBERTO CAPORALE

Si è svolto a Cosenza il 18 e il 19 ottobre il Congresso Regionale dell'ANMCO Calabria. Al convegno hanno partecipato circa 200 iscritti, tra medici e infermieri, con relatori e moderatori sia calabresi che provenienti dal resto d'Italia. Abbiamo in particolare avuto il piacere di vedere attivamente impegnati in relazioni su temi molto dibattuti in relazioni su temi molto dibattuti il Presidente ANMCO Francesco Bovenzi, il Presidente Designato Michele Gulizia e due Past - President quali Marino Scherillo e Salvatore Pirelli. L'incontro si è svolto in due giornate, con una sessione parallela dedicata al personale infermieristico. Qui si è registrata una grande vivacità per il taglio pratico delle relazioni, che ha riscosso il gradimento dei partecipanti permettendo un

confronto molto aperto. Sono stati infatti affrontati argomenti inerenti il crescente coinvolgimento attivo del personale infermieristico nelle sale di terapia intensiva, di emodinamica, e di elettrofisiologia. Grande rilievo è stato dato poi al ruolo dell'infermiere nella gestione ambulatoriale di pazienti con scompenso cardiaco cronico. Nelle sessioni dedicate ai medici si è invece fatto il punto sulle più recenti Linee Guida in tema di fibrillazione atriale e scompenso cardiaco; sono stati affrontati, tra i tanti, anche i temi più attuali del momento, in particolare i criteri di scelta tra i nuovi anticoagulanti orali e tra gli antiplastrinici. Su questo aspetto ci si è soffermati in una lunga discussione dopo la presentazione dei dati della Consensus Conference ANMCO -

GISE sulla terapia antiplastrinica in corso di sindrome coronarica acuta. Il dibattito ha sottolineato quanto possa essere complesso orientarsi in un sistema che offre numerose opzioni terapeutiche variamente associabili fra loro, e come sia necessario identificare la miglior terapia possibile per il caso specifico tenendo in considerazione il rischio ischemico e quello emorragico. Grazie all'impegno dei componenti del Consiglio Direttivo regionale, ciascuno dei quali ha coordinato la preparazione ed i lavori di una sessione, il congresso ha centrato gli obiettivi prefissi, ottenendo la piena soddisfazione da parte dei partecipanti per la qualità dell'incontro. ♥



Cuore e Rene: due organi, un destino condiviso...

DI GIULIA RUSSO, DONATELLA RADINI E ANDREA DI LENARDA

Il 14 settembre in una bella giornata di fine estate, nell'affascinante cornice dell'Aula Magna del MIB School of Management di Trieste, nei consueti incontri organizzati dall'ANMCO Friuli Venezia Giulia si è tenuto il congresso "Cuore e Rene". L'incontro ha coinvolto Cardiologi, Nefrologi ed Infermieri che si sono confrontati su tematiche di comune interesse e hanno cercato di condividere percorsi diagnostici e terapeutici. Il Dott. Boscutti e il Dott. Di Lenarda, Direttori rispettivamente della SC di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Ospedali Riuniti di Trieste e della SC Centro Cardiovascolare dell'ASSI Triestina, hanno aperto il congresso composto da due sessioni plenarie (una di apertura e una di chiusura) e una sessione parallela tra Medici e Infermieri. Il Congresso ha visto come prima relazione "L'epidemiologia del problema". L'insufficienza renale cronica nelle sue fasi e l'end-stage di malattia rappresentano un problema globale di salute pubblica. Basti pensare che le malattie croniche renali sono salite dal 27° posto nella classifica mondiale di tutte le cause di morte (nel 1990 15,7% di tutte le morti indicizzate per età per 100.000 persone) al 18° posto (nel 2010,

Il 14 settembre a Trieste nella suggestiva sala della MIB School of Management nell'ambito degli incontri regionali ANMCO si è svolto il congresso Cuore e Rene. Una giornata di confronto tra Colleghi Cardiologi, Nefrologi ed Infermieri per meglio identificare una collaborazione e dei PDTA condivisi

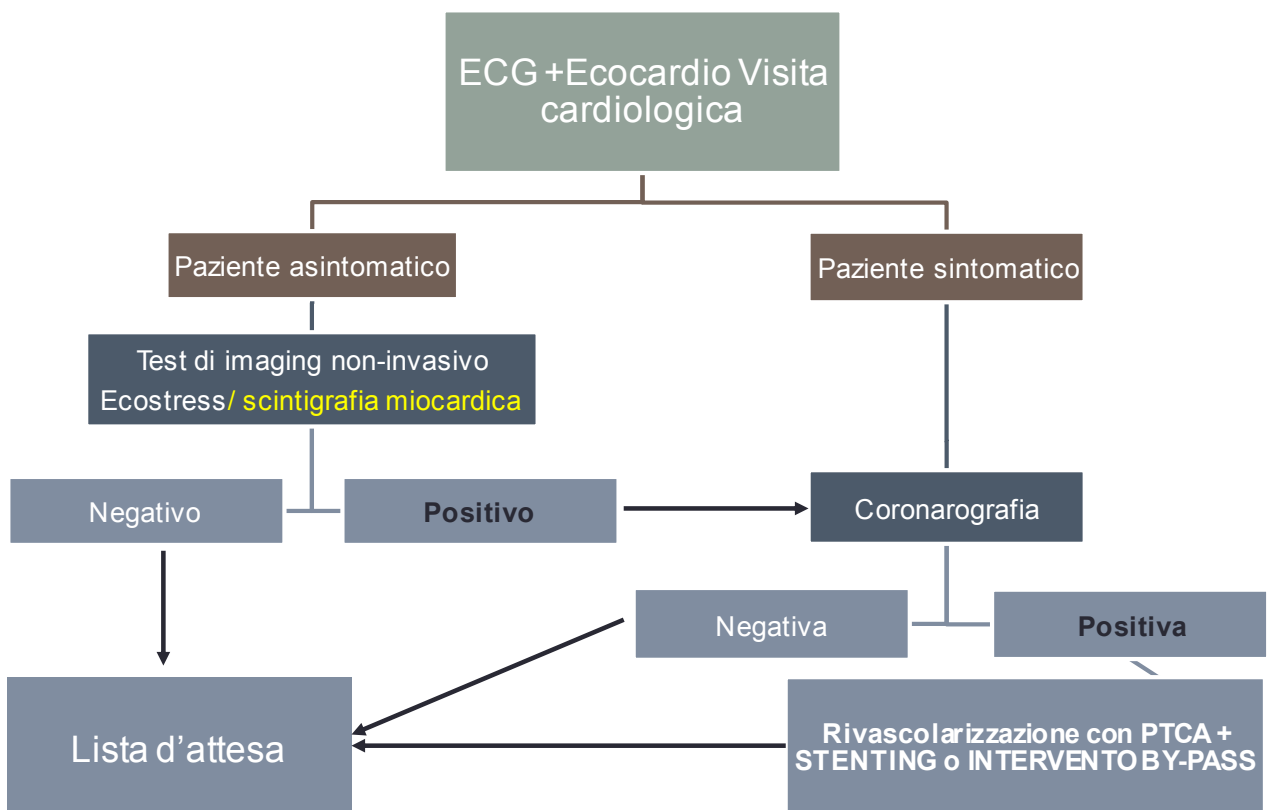
16,3% per 100.000). Nella nostra regione con dati un po' vecchi, di un censimento di qualche anno fa, ci sono circa 650 pazienti in dialisi per milione di abitanti con un'incidenza di 182 per milione di abitanti ed una prevalenza di trapiantati di 294 pazienti per milione di abitanti. Le cause più frequenti sono legate per il 50% dei casi a diabete e malattie vascolari determinando una mortalità del 14,3% nella maggior parte dei casi cardiovascolari. La malattia cardiovascolare è la principale causa

di morbilità e mortalità nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale in dialisi sia prima che dopo il trapianto di rene. La stima di incidenza annua cumulativa di infarto miocardico arriva fino al 16% nei pazienti in lista di attesa mentre dopo il trapianto renale l'infarto miocardico ha un'incidenza pari al 11%. La malattia cardiovascolare è causa della perdita di un rene funzionante su tre in questa popolazione. Diverse sono le metodiche di screening adottate nel pre-trapianto. Sono state sottolineate le Linee Guida regionali condivise per lo screening a trapianto renale (Figura 1) e le ultime Linee Guida dell'American Heart Association sulla valutazione cardiologica del trapianto di rene. È stato sottolineato come, oltre ai classici fattori di rischio cardiovascolare, la presenza di almeno un anno di dialisi, e altri fattori quali ad esempio l'anemia, l'albuminuria, gli stress ossidativi pongano il paziente nefropatico ad un rischio più elevato della normale popolazione di sviluppare un evento cardiovascolare. È importante quindi pensare a indici precoci di danno d'organo per poter identificare i pazienti ad alto rischio ed avviarli a indagini di screening di secondo



Figura 1

Valutazione cardiologica nei candidati ad alto rischio



livello. In quest'ambito un ruolo è rivestito dalla diagnostica vascolare non invasiva che permette attraverso misurazioni semplici e non time-consuming come per esempio l'ispessimento medio intimale (IMT), la ricerca di stiffness arteriosa e l'ABI (ankle brachial index, indice caviglia-braccio) di ricercare segni precoci di danno vascolari in pazienti apparentemente sani. Nella sessione parallela medica è stato trattato il problema della nefropatia da mezzo

di contrasto (contrast induced nephropathy, CIN): l'urgenza/emergenza della procedura, la presenza di diabete scompensato, l'età avanzata, la presenza d'insufficienza renale cronica, la disidratazione ed eventuali squilibri metabolici non corretti rappresentano spesso un fattore di rischio per la CIN. Sono stati illustrati anche i possibili trattamenti per la nefropatia da mezzo di contrasto (dall'utilizzo di mezzi di contrasto

iodati a bassa osmolarità, all'espansione del volume con soluzione isotonica salina o sodio bicarbonato) anche se la migliore terapia è rappresentata dalla prevenzione e correzione dei fattori di rischio potenziali per la CIN. Altro tema dibattuto ha riguardato la terapia cardiovascolare nel paziente con insufficienza renale cronica. È noto ormai da qualche tempo che il paziente con nefropatia è spesso sotto trattato anche se paradossalmente,

Figura 2

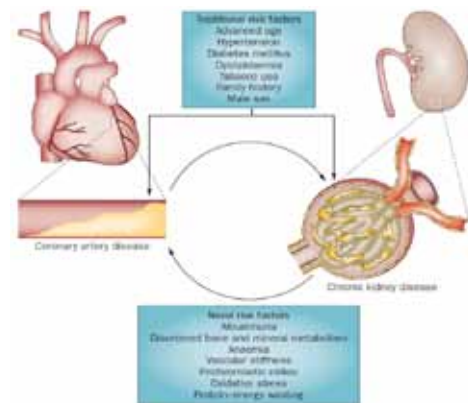
Insufficienza renale cronica e malattie cardiovascolari

- Mortalità cardiovascolare è 10-30 volte maggiore in paziente con IRC
- Gli score basati sui tradizionali fattori di rischio risultano inadeguati nel predire il rischio cv in caso di IRC. (Weiner JACC2007;50:217)

Table 2. Adjusted Hazard Ratio for Death from Any Cause, Cardiovascular Events, and Hospitalization among 1,120,295 Ambulatory Adults, According to the Estimated GFR.*

Estimated GFR	Death from Any Cause	Any Cardiovascular Event	Any Hospitalization
<i>adjusted hazard ratio (95 percent confidence interval)</i>			
≥60 ml/min/1.73 m ² †	1.00	1.00	1.00
45–59 ml/min/1.73 m ²	1.2 (1.1–1.2)	1.4 (1.4–1.5)	1.1 (1.1–1.1)
30–44 ml/min/1.73 m ²	1.8 (1.7–1.9)	2.0 (1.9–2.1)	1.5 (1.5–1.5)
15–29 ml/min/1.73 m ²	3.2 (3.1–3.4)	2.8 (2.6–2.9)	2.1 (2.0–2.2)
<15 ml/min/1.73 m ²	5.9 (5.4–6.5)	3.4 (3.1–3.8)	3.1 (3.0–3.3)

	Men		Women	
	CKD (n = 357)	Framingham (n = 2,439)	CKD (n = 577)	Framingham (n = 2,812)
Framingham probability (%)				
5-yr	6.0 ± 4.6	3.5 ± 3.6	1.9 ± 2.2	0.9 ± 1.6
10-yr	13.9 ± 9.8	8.2 ± 7.9	4.8 ± 5.4	2.5 ± 4.0
Outcomes (%)				
5-yr cardiac events	9.8	3.7	5.1	1.4
10-yr cardiac events	20.7	8.0	9.7	2.8
5-yr mortality events	14.8	3.5	9.4	2.3
10-yr mortality events	35.3	9.0	20.8	5.8



come sottolineato nelle precedenti relazioni, è un paziente che ha rischio di mortalità cardiovascolare maggiore. Se in campo cardiologico la doppia associazione con gli inibitori del sistema angiotensina-renina (ACE-I, sartani) è relegata ad un gruppo ristretto di pazienti ed è spesso un'associazione più utilizzata dal Nefrologo, è anche vero che il Cardiologo deve assumersi la responsabilità dell'undertreatment del paziente con insufficienza renale

cronica e dislipidemia o ipertensione arteriosa nonostante vi siano studi che abbiano dimostrato i benefici di alcune molecole in particolari categorie di soggetti a rischio. Nella sessione infermieristica, l'assistenza al paziente con sindrome cardiorenale è stata distinta tra fase acuta e cronica. Per la fase acuta sono stati affrontati i problemi relativi all'assistenza, all'ultrafiltrazione in UTIC e, come nella sessione medica, la nefropatia da contrasto, mettendo a confronto i

dati della realtà pordenonese con quelli della letteratura. Per la fase cronica, ci si è concentrati su relazioni come la gestione della patologia cardiovascolare nel paziente nefropatico, il ruolo dell'ambulatorio pre-dialisi nei percorsi clinico-assistenziali integrati e la gestione in ambulatorio infermieristico territoriale del paziente con insufficienza renale ad elevato rischio cardiovascolare. Dall'analisi dei dati statistici esposti è emerso che i



pazienti in carico ai vari ambulatori infermieristici hanno in prevalenza un'età superiore ai 75 anni, vivono soli o con coniuge disabile a carico, hanno importanti limitazioni funzionali e/o sensoriali, un rischio cardiovascolare molto elevato, necessità di follow - up frequenti con rimodulazione/modifiche della terapia e comorbidità associate, in base al Charlson Index, tra 2 e 6. Come take - home message, la sessione infermieristica è terminata chiedendosi: "Perché è rilevante migliorare l'assistenza in questi pazienti?". Perché sono tanti (e saranno sempre di più) e mantengono un rischio di morire ed essere ricoverati per motivi cardiovascolari molto elevato, perché i pazienti anziani con IRC sono politrattati con continua necessità di rivalutare le priorità del trattamento (con farmaci che hanno spesso controindicazioni, basso indice terapeutico, interazioni ed effetti collaterali) e per le implicazioni organizzative (ruolo infermieristico). La mattinata è terminata con la sessione plenaria che ha trattato il tema dello scompenso cardiaco nel

paziente con insufficienza renale cronica. È stata data ampia risonanza alla sindrome cardio - renale, alla sua fisiopatologia veramente complessa, alla sua classificazione ormai universalmente accettata nelle sue 5 classi ed alle sue ripercussioni sia cliniche che terapeutiche. Nella parte finale si sono analizzate le metodiche di ultrafiltrazione nei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto e nel cronico. Mentre le ultrafiltrazioni nel paziente con scompenso cronico attraverso la dialisi peritoneale rimangono in questo momento dei casi aneddotici (ma potrebbe avere un futuro un domani?), nel paziente con scompenso cardiaco acuto le tecniche di ultrafiltrazione devono essere utilizzate solo in caso di vera resistenza ai diuretici e nei casi di scompenso avanzato. Le discussioni e le domande poste a fine di ogni sessione hanno dimostrato come l'argomento fosse di comune interesse ed in un momento particolare della Sanità con risorse quasi finite, la collaborazione tra Colleghi, l'identificazione dei pazienti a maggior rischio per meglio dirigere

gli sforzi di prevenzione, diagnosi e cura rappresentano una strada da percorrere e da condividere in sinergia. All'ANMCO Friuli Venezia Giulia va il merito di organizzare sempre più incontri interspecialistici che rappresentano tavole rotonde per la creazione ed il confronto sui piani terapeutici - diagnostici - assistenziali (PTDA) del paziente cardiopatico con altre comorbidità.

Si ringraziano i Relatori e Moderatori che hanno contribuito alla riuscita del Congresso: Relatori e Moderatori medici: Boscutti Giuliano, Andrea Di Lenarda, Accardo Salvatore, Russo Giulia, Fisciaro Maurizio, Miani Daniela, Leiballi Elisa, Mattei Pierluigi, Perkan Andrea, Gardin Arianna, Panarello Giacomo, Marega Alessandra, Bianco Francesco, Martimbianco Lucia, Bosco Manuela, Nicolosi Gianluigi, Proclemer Alessandro.

Relatori e Moderatori infermieri: Rabassi Lucia, Toffolo Stefania, Mariarosa Stocco, Sclauzero Paola, Radini Donatella, Nascig Federico, Pez Tiziana. ♥

La sostenibilità economica dei NAO

DI ETTORE SAVINI E DOMENICO GABRIELLI

In tempi di crisi economica spesso le risorse destinate alla sanità vengono ridotte, specialmente per quanto attiene alla spesa farmaceutica. I nuovi farmaci risentono per primi di queste restrizioni ed in particolar modo, negli ultimi mesi, ne stanno facendo le spese i nuovi anticoagulanti orali (NAO), per i quali oltre ai controlli sulla prescrizione dettati dall'AIFA, con la dispensazione a carico del SSN mediante PT computerizzato, è stata demandata la facoltà di concedere la possibilità della prescrizione stessa ai medici individuati dai Direttori Sanitari Aziendali in alcuni SSR (come nel caso delle Marche). Nella pratica clinica, un nuovo farmaco, per essere ampiamente diffuso, deve avere innanzitutto un buon rapporto costo efficacia oltre alla ovvia sicurezza di impiego. I NAO possono dare, l'ampia letteratura a riguardo ne è prova, innegabili vantaggi in termini di efficacia, sicurezza, tollerabilità, maneggevolezza e scarsità di effetti collaterali nei pazienti con Fibrillazione Atriale non valvolare (FANV)⁽¹⁻²⁻³⁻⁴⁻⁵⁾. I dubbi che rimangono sono quelli legati al maggior costo effettivo del farmaco rispetto ai "vecchi" antagonisti della Vitamina K (AVK), oltre alla efficacia in particolari popolazioni di pazienti (es. protesi valvolari meccaniche). In Italia, dove per altro è prodotta

una delle molecole, si è ingenerata una certa resistenza a concedere la libertà di prescrizione ai medici in generale, ed in particolar modo ai cardiologi, pur essendo nel nostro paese il prezzo di riferimento (per i NAO attualmente in commercio) fra i più bassi. Per un corretto inquadramento del problema è necessario analizzare, prima di tutto, i costi, non proprio irrisori, della gestione della TAO con gli AVK⁽⁶⁻⁷⁾. Esiste infatti un costo sociale legato alla complessità della procedura per il controllo dell'INR e la relativa prescrizione del corretto dosaggio, con il conseguente appuntamento per il successivo prelievo (questo è semplificato dove insiste sul territorio un Centro TAO, presenza peraltro disomogenea sul territorio italiano)⁽⁷⁾. In Italia il costo medio, per anno per paziente è, in totale, di circa 1.700 euro, considerando i costi diretti, indiretti e di trasporto (Value in Health 2004). È poi noto a tutti quanto sia difficile mantenere in un range ottimale i pazienti, il TTR medio (time to range) in Italia è sotto il 60%, in una popolazione di soggetti con FANV permanente, popolazione che i dati epidemiologici indicano in costante crescita; in Europa (dati del 2013) si prevede un numero tre volte maggiore di soggetti affetti tra 30 anni⁽⁷⁾. Il TTR non ottimale comporta, come noto, un aumento

esponenziale degli stroke ischemici, delle emorragie maggiori e della mortalità per tutte le cause. Lo stroke ischemico ha un costo stimato in Europa di circa 10.000 euro nel primo anno, che arriva a raddoppiarsi nei casi più gravi, in Italia (dati CENSIS) un malato di ictus costa alla famiglia circa 30.000 euro all'anno⁽⁸⁻⁹⁾. Le emorragie, durante terapia con AVK, colpiscono circa il 4% dei soggetti all'anno, con un picco dell'11,8% nel primo mese di terapia con un costo per paziente (negli USA) di circa 10.000 dollari all'anno⁽¹⁰⁾. Parlando del costo/efficacia dei NAO bisogna, però, specificare quali sono le unità di misura con cui dobbiamo confrontarci. La prima è il QALY (Quality Adjusted Life Years): è un'unità di misura impiegata nell'analisi dei costi - utilità che combina insieme la durata della vita con la qualità della stessa⁽¹¹⁾. La seconda è l'ICER (Incremental Cost Effectiveness Ratio): è l'unità di misura più impiegata nell'analisi dei costi - utili; valuta contemporaneamente i benefici ed il consumo delle risorse necessarie ad ottenerli. In pratica l'ICER è un rapporto che si ottiene mettendo al numeratore la differenza di costo fra un nuovo ed un vecchio farmaco ed al denominatore la differenza del QALY tra la nuova e la vecchia molecola, come nell'esempio di seguito



Il rapporto costo beneficio incrementale nelle valutazioni farmaco-economiche

	Costo del trattamento (Euro)	Efficacia del trattamento (attesa di vita)	Utilità del trattamento (qualità di vita)	Utilità del trattamento (QALY)	Beneficio del trattamento (Euro)
Alternativa "Old"	2.000	1,5	0,20	0,3	400
Alternativa "New"	20.000	4,5	0,80	3,6	4.000

$$ICER = \frac{C \text{ "New"} - C \text{ "Old"}}{B \text{ "New"} - B \text{ "Old"}} = \frac{(20.000 - 2.000)}{(3,6 - 0,3)} = \text{€ 5,455 per QALY guadagnato}$$

Figura 1

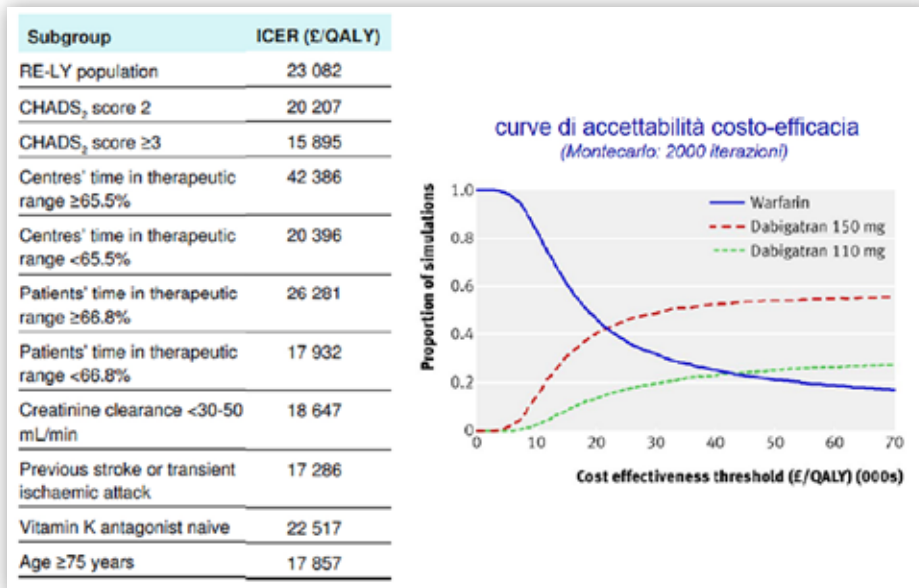


Figura 2

Cost - effectiveness of Dabigatran etexilate for the prevention of stroke and systemic embolism in UK patients with atrial fibrillation. Kansal, Sorensen et al. Heart 2012; 98:573-578.

riportato (Figura 1). Se ne deduce che più è alto il beneficio ottenuto, in termini di qualità della vita, con un nuovo farmaco minore sarà l'ICER (miglior rapporto costo/beneficio). Il NICE (National Institute for Health and Care Excellence) stabilisce come vantaggioso un ICER al di sotto dei 30.000 Euro⁽⁶⁾. Tutte le simulazioni statistiche (Metodo Montecarlo) effettuate nel Nord America, ma soprattutto in Europa sono, per le tre molecole dei NAO, al di sotto di tale cifra. Per l'Europa si va, in particolare per il Dabigatran, dai 27.000 euro della Svezia ai 14.000 della Spagna, con curve costo efficacia estremamente favorevoli ai NAO (Figura 2)⁽¹²⁻¹³⁾. L'Apixaban si è dimostrato essere costo/efficace verso Warfarin, nelle simulazioni, ICER al di sotto dei 30.000 euro, sia negli Stati Uniti che in Europa, per la prevenzione secondaria dello stroke, con un prezzo simile (negli USA) a quello del Dabigatran⁽¹⁴⁾. Il Rivaroxaban è stato ampiamente valutato, sia da studi clinici, che dalla commissione preposta del NICE che ha determinato un valore dell'ICER al di sotto dei 26.000 euro, con un netto vantaggio costo/beneficio dello stesso verso il Warfarin⁽¹⁵⁾. Mennini nel 2012 ha prodotto, per l'Italia, una interessante ed esplicativa analisi di budget impact, a 5 anni, dell'uso del Dabigatran nella prevenzione dell'ictus nei pazienti con FANV⁽¹⁶⁾. Dai risultati del lavoro emerge che un utilizzo estensivo dei NAO comporterebbe (Figura 3):

- una riduzione di oltre 38.500 del numero totale cumulativo di ictus verso lo scenario attuale e di oltre

26.297 verso il trattamento con VKA, con tutti gli evidenti benefici sociali e sanitari in termini di salute risparmiata;

- un vantaggio economico (cost saving) dal secondo anno di utilizzo;
- un aumento del costo del trattamento farmacologico, che in questo caso si deve considerare come il potenziale picco massimo di spesa;
- un risparmio per il SSN al 5° anno di osservazione di 173 milioni di euro verso il trattamento attuale e di 123 milioni di euro verso il trattamento con VKA.

In conclusione, visto che l'impatto previsto sul budget italiano è di una riduzione dei costi totali a partire già dal secondo anno, i NAO possono offrire benefici maggiori a costi accettabili, rispetto ai VKA, avendo dimostrato costo - efficacia favorevole nella maggior parte dei sistemi sanitari di diversi paesi. La spesa per questi nuovi farmaci sarebbe dunque sostenibile anche in Italia e permetterebbe di ottenere importanti risparmi sui costi indiretti a carico della società e delle famiglie, oltre a ridurre il "costo umano" relativo a una patologia invalidante come l'ictus. ♥

Bibliografia

- 1) Colonna P et al. Documento ANMCO su prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale e ruolo dei nuovi anticoagulanti orali. *G Ital Cardiol* 2013;14(4):295-322.
- 2) ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 2012;33:2719-47.
- 3) Patel MR et al. ROCKET AF Investigators. Rivaroxaban versus warfarin in non valvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:883-91.
- 4) Granger CB et al. ARISTOTLE Commettes and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011;365:981-92.
- 5) Connolly S, Ezekowitz M, Yusuf S, Reilly P, Wallentin L. Newly identified events in the RE-LY trial. *N Eng J Med* 2010;363:1875-1876.
- 6) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Costing Report: Implementing NICE Guidance in England. Atrial Fibrillation: The Management of Atrial Fibrillation. NICE Clinical Guideline 36. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006. www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG036costingreport.pdf (accessed 5 Mar 2011)
- 7) Degli Esposti L, Sangiorgi D, Di Pasquale G, et al. Adherence to treatment and anticoagulation control in vitamin K antagonists-treated patients: an administrative databases analysis in a large Italian population. *Farmaeconomia e Percorsi Terapeutici* 2011; 12: 69-75.
- 8) I costi sociali e i bisogni assistenziali dei malati di ictus. *CENSIS Survey*, 2010.
- 9) Gerzeli S, Tarricone R, Zolo P, et al. The economic burden of stroke in

- Italy. The eCLIPSE Study: Economic Longitudinal Incidence-based Project for Stroke Evaluation. *Neurol Sci* 2005; 26: 72-80; doi: 10.1007/s10072-005-0439-0.
- 10) Davidson T, Husberg M, Janzon M, Levin L. The cost of thromboembolic events and its prevention among patients with atrial fibrillation. *JAFIB* 2011;2:1-11.
 - 11) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guide to the Methods of Technology Appraisal. London, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008.
 - 12) Sorensen SV et al. Cost-effectiveness of dabigatran etexilate for the prevention of stroke and systemic embolism in UK patients with atrial fibrillation: a Canadian payer prospective. *Thromb Haemost* 2011;105:908-19.
 - 13) Davidson T et al. Cost-effectiveness of dabigatran compared with warfarin for patients with atrial fibrillation in Sweden. *Eur Heart J* 2013;34:177-83.
 - 14) Kamel H. et al. Cost-effectiveness of apixaban vs warfarin for secondary stroke prevention in atrial fibrillation. *Neurology*, 2 oct 2012.
 - 15) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Technology appraisal guidance 256-2012.
 - 16) Mennini SF et al. Analisi di budget impact dell'uso di dabigatran etexilato nella prevenzione dell'ictus nei pazienti affetti da fibrillazione atriale non valvolare in Italia. *Farmaeconomia. Health economics and therapeutic pathways* 2012; 13.

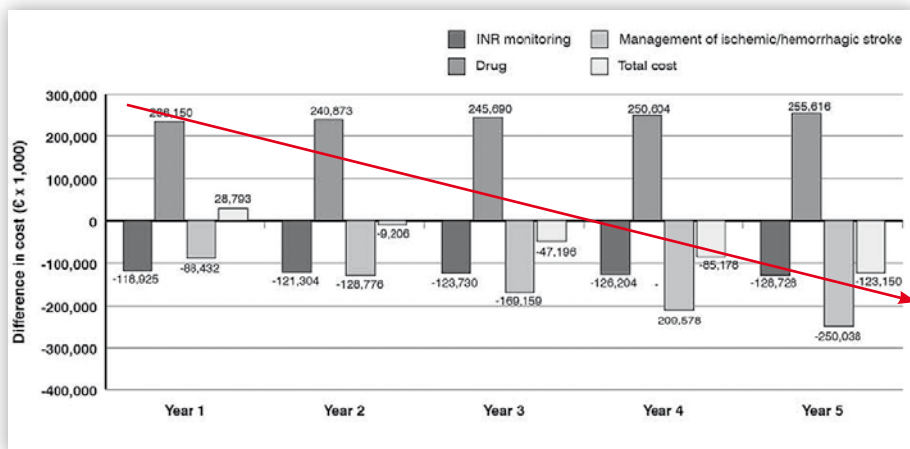


Figura 3 - Differences in cost of dabigatran etexilate vs. treatment with VKA



Il Congresso Regionale ANMCO della Toscana

La Cardiologia toscana si interroga di fronte alle nuove sfide clinico - assistenziali ed affronta le malattie cardiovascolari nei nuovi scenari organizzativi

DI GIANCARLO CASOLO

Con la scomparsa/riduzione delle UTIC è meglio oggi riunirsi in una Convention della Terapia Intensiva Cardiologica, ovunque essa si svolga



Il 27 ed il 28 settembre nella cornice dei Mondiali di Ciclismo si è tenuto a Montecatini Terme il Congresso Regionale dei Cardiologi ospedalieri. L'evento che è stato completamente finanziato grazie a contributi non vincolanti delle aziende farmaceutiche ha presentato un programma innovativo e moderno. Accanto alle lezioni frontali che si sono succedute nell'aula principale il Consiglio regionale ha preparato un workshop sull'Ipertensione Polmonare, una giornata riservata al personale infermieristico di Cardiologia e infine, due Corsi BLS erogati dal personale dell'Area Emergenza - Urgenza dell'ANMCO rivolti a laici. Gli argomenti delle sessioni hanno riguardato ambiti organizzativi ed argomenti assai attuali nel panorama della Sanità in cambiamento, soprattutto nel panorama della Toscana. Sono stati così privilegiati gli aspetti multidisciplinari in collaborazione con altre Società Scientifiche e argomenti relativi alle nuove modalità organizzative delle Terapie Intensive, la gestione del paziente

con sindrome coronarica acuta anche al di fuori del Reparto Cardiologico tradizionale, l'organizzazione delle cure dopo l'evento acuto, gli aspetti clinico organizzativi offerti dai nuovi anticoagulanti orali, ed infine, due sessioni interamente dedicate all'appropriatezza nell'impiego dei device e delle risorse diagnostiche cardiologiche. In Toscana, tradizionalmente non era mai stato affrontato il tema delle cure cardiologiche in terapia intensiva con uno strumento simile alla Convention delle UTIC. Visto il cambiamento in atto, soprattutto evidente nelle realtà più periferiche è oggi più appropriato affrontare il tema nell'ambito di un format che riguardi la Terapia Intensiva Cardiologica piuttosto che le Terapie Intensive Cardiologiche. Infatti, la scomparsa di alcune UTIC e la necessità di provvedere alle cure intensive genera la necessità di discutere più dei pazienti e delle cure a loro necessarie che del luogo dove le cure si erogano. Questa impronta ha promosso una sessione vivace e partecipata con una discussione ampia e stimolante. Molti gli interventi che

hanno evidenziato le molte criticità della nuova organizzazione per intensità di cura in rapida ed estesa applicazione nella nostra Regione. A questa sessione ha fatto seguito uno spazio dedicato alla gestione delle SCA in Toscana organizzata in collaborazione con SIMEU. Anche questa parte del Congresso è risultata ricca e stimolante per i partecipanti. Infatti dopo una introduzione sulla rete per l'infarto che in Toscana non è attiva ma si basa su organizzazioni sparse e su base volontaristica, sono emerse le criticità della gestione dell'ampio numero di pazienti NSTEMI che rappresentano in rapporto 3:1 la principale tipologia di IMA. Questi pazienti spesso stazionano in PS - DEU e devono quantomeno ricevere le cure appropriate. Seppur accolti e ricoverati in settings non necessariamente cardiologici, il Cardiologo deve essere coinvolto nella cura in prima persona anche se non più strettamente titolare di una UTIC. Di grande interesse la relazione del rappresentante SIMEU che ha mostrato quale problema sia rappresentato dal paziente con sospetta SCA e come sia assolutamente



Il trattamento della SCA NSTEMI non è confinato alla sola Cardiologia. Occorre che il Cardiologo governi il trattamento attraverso un impegno clinico e non solo legato all'uso di strumenti e apparecchiature

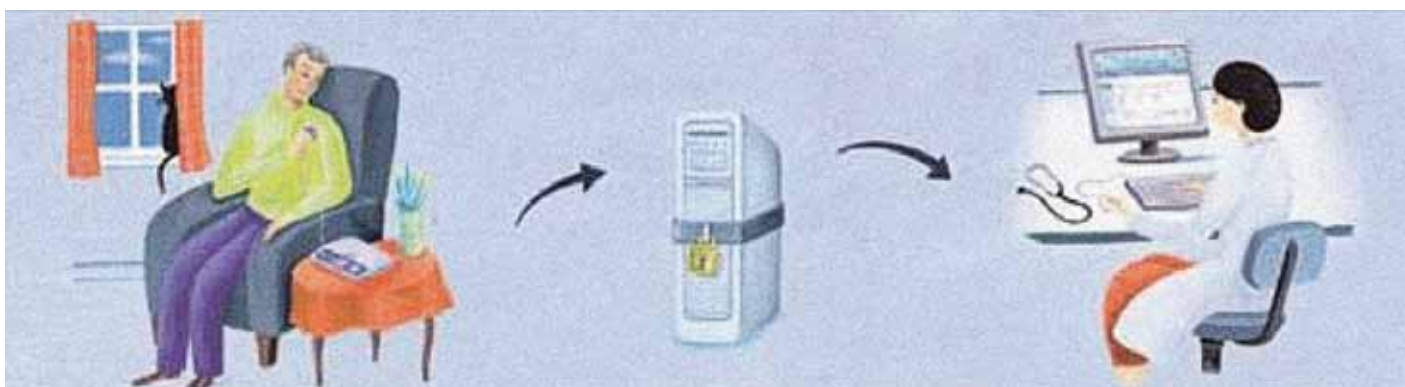
necessaria una stretta integrazione con il Cardiologo per consentire un lavoro di qualità ed sicurezza per il paziente. Una interessante lettura del Prof. Gensini ha portato i presenti in una dimensione più speculativa e di ampio respiro soprattutto per quanto riguarda le possibilità e la evoluzione delle future organizzazioni e cure. Fattori legati all'invecchiamento della popolazione, alla necessità di tener conto della comorbidità, la crescente riduzione dei costi della profilazione genetica delle malattie, la crescita delle tecnologie informatiche offrono un panorama nuovo ed inedito della medicina del futuro. Il Dott. Andrea Vannucci dell'Agenzia Regionale di Sanità ha mostrato l'importante lavoro orientato alla ricerca di indicatori di salute cardiovascolare e di impegno di risorse ricavabile dai dati degli archivi regionali e nazionali. I dati mostrati confermano l'ottima efficienza del Sistema Sanitario toscano che nel rapporto costo/efficacia risulta la miglior regione italiana. Un argomento di ampia portata e trattato con la collaborazione di FADOI e SIMG è stato il trattamento farmacologico della fibrillazione atriale con i NAO. Le presentazioni hanno mostrato il punto di vista dei vari attori del trattamento: Medici di Medicina Generale, Internisti e Specialisti Cardiologi. La discussione è stata ricca di spunti e ha reso possibile il confronto sereno e diretto tra i vari professionisti. Di particolare interesse le proposte di riorganizzazione della gestione della TAO alla luce dell'entrata in commercio dei nuovi anticoagulanti. Il Dott. Pierluigi Stefano ha quindi svolto una Lettura Magistrale circa le strategie atte a ridurre la

mortalità per BPAC che hanno reso possibile i lusinghieri risultati della cardiocirurgia da lui diretta. Particolarmente apprezzato il taglio molto scientifico della presentazione con i più recenti dati della letteratura e del centro di Firenze da lui diretto. La giornata si è conclusa con una relazione del Dott. Ungar sulle nuove terapie offerte dalla farmacologia nella malattia coronarica. Nella giornata successiva si sono succedute due sessioni dedicate al programma Choosing Wisely (scegliere saggiamente) e cioè orientate all'appropriatezza: la prima in collaborazione con AIAC rivolta alla terapia elettrica delle aritmie, la seconda, in collaborazione con GICR, ARCA e SIMG, moderata tra gli altri dal nostro decano Dott. Giovanni Micheli, rivolta alla gestione del paziente dopo la dimissione ospedaliera per SCA. L'abilità dei relatori e la loro competenza ha promosso anche in questo caso una ricca serie di spunti di discussione. Infine il Prof. Mario Marzilli ha tenuto una presentazione sulla malattia coronarica stabile e evidenziato i molti aspetti del modello di Gould che non trovano riscontro nella pratica e negli studi clinici. L'intervento, che ha sollevato non poca sorpresa ed entusiasmo nella platea, ha ricevuto molti sinceri applausi. La giornata infermieristica si è distinta anche quest'anno per ricchezza di presenze e per la grande cura ed importanza degli argomenti trattati. Si è parlato, tra l'altro, delle sfide assistenziali nelle nuove modalità organizzative della cardiologia, dell'assistenza necessaria, dei setting di alta e media intensità ma anche di territorio e di percorsi domiciliari

come anche del Chronic Care Model e della sua attuazione col contributo dell'Infermiere Professionale di Cardiologia. Nel pomeriggio del 27 settembre si è svolto il workshop sull'Ipertensione Polmonare; organizzato dalla Dottoressa Chiara Arcangeli sono intervenuti Cardiologi, Pneumologi e Reumatologi della Toscana per giungere ad un percorso condiviso che dovrà trovare corpo in un documento di consenso di prossima stesura. Infine, ma non per importanza minore, da sottolineare l'impegno del Dott. Danilo Negli e della Dottoressa Monica Baroni per aver organizzato due corsi BLS-D per laici che sono stati molto graditi e partecipati. L'evento, reso possibile dal lavoro strenuo ed intenso del Consiglio Direttivo Regionale, della Segreteria ANMCO nella persona della Sig.ra Franca Lorefice, della Sig.ra Ilaria Tonelli della MI&T di Bologna è stato complessivamente un evento di successo. Nei giorni dell'evento Montecatini si è animata in modo particolare per effetto dei mondiali di ciclismo che hanno visto da qui la partenza di alcune gare. Ciononostante la scelta della location ha permesso un accesso sempre garantito e una ospitalità di grande qualità. Insomma, una iniziativa ANMCO della Regione Toscana che è stata apprezzata e gradita a molti Soci. In occasione dell'evento ha trovato spazio una Assemblea, come non si vedeva e sentiva da tempo molto vivace e con molte interessanti proposte per il futuro della vita associativa regionale e non solo. ♥

Il monitoraggio remoto di device impiantabili: ogni centro fa da sé

DI MICHELA BEVILACQUA



Se solo presso la Cardiologia dell'Ospedale di Chioggia - Sottomarina (VE), con un bacino d'utenza attorno a 100.000 abitanti, sono seguiti con monitoraggio remoto circa 160 pazienti portatori di pacemaker e circa 80 pazienti portatori di defibrillatore e/o dispositivi per la stimolazione biventricolare, è chiaro quanto, soprattutto in Ospedali di riferimento regionale o nazionale, il carico di lavoro relativo al controllo a distanza stia diventando sempre più impegnativo. In questi ultimi anni la prima esigenza per gli elettrofisiologi e, comunque, per tutti i cardiologi, è stata quella di verificare la validità di questo tipo

di controllo rispetto al tradizionale esame ambulatoriale. Superate le prime perplessità che riguardavano proprio gli aspetti tecnico-gestionali, la maggior parte dei centri con U.O. di Elettrofisiologia ha iniziato il proprio percorso supportata da scarse linee guida nazionali e internazionali. Personalmente mi sono informata sulla gestione del monitoraggio remoto nei numerosi centri limitrofi al mio e ho appurato che ogni centro, seppur con differenze non sempre significative, gestisce il controllo remoto con un protocollo proprio. Le differenze riguardano in primis il personale dedicato al controllo: medici cardiologi, specialisti in elettrofisiologia, infermieri o tecnici

della ditta costruttrice; da tale scelta deriva inevitabilmente una differente gestione delle risorse umane ed economiche. Un'ulteriore diversità riguarda la frequenza dei controlli e la scelta di eliminare quasi completamente le valutazioni in ambulatorio. Inoltre, poiché non è ancora ben definito se queste prestazioni vengano risarcite dal S.S.N., alcuni centri provvedono alla compilazione una tantum o saltuariamente di impegnativa per visita cardiologica di controllo, mentre altri centri non lo fanno mai. Il modello di gestione di Chioggia prevede che tutti i pazienti sottoposti ad applicazione di device impiantabile (pacemaker, defibrillatori, dispositivi

Tipo di "device"	Controllo in ambulatorio	Frequenza trasmissioni remote	Referto cartaceo
Defibrillatori	10 giorni, ogni 6 mesi + eventuali controlli supplementari in base alla cardiopatia e stato clinico sottostante	6 mesi	no
Dispositivi di resincronizzazione cardiaca	10 giorni, ogni 6 mesi + eventuali controlli supplementari in base alla cardiopatia e stato clinico sottostante	6 mesi	no
Pacemaker	10 giorni, 6 mesi, a fine vita del dispositivo	6 mesi	si
Loop recorder	10 giorni, a fine vita del dispositivo e in caso di aritmie registrate	3 mesi	si

per resincronizzazione cardiaca, registratori di lunga durata) vengono sottoposti a visita ambulatoriale a 10 giorni dalla dimissione post intervento per controllo della ferita e della radiografia toracica. In base al dispositivo impiantato si procede nei seguenti modi:

1) Nel caso di pazienti portatori di defibrillatori e dispositivi per la resincronizzazione, vista la presenza di cardiopatia sottostante e, spesso, di comorbilità, si ritiene che non si possa prescindere dalla visita clinica ambulatoriale. Per tale motivo i dispositivi per il monitoraggio remoto verranno utilizzati solo al fine di valutare tempestivamente la presenza di un allarme relativo al funzionamento del dispositivo o allo stato clinico del paziente. Vengono eseguite trasmissioni programmate ogni 6 mesi, ma il paziente continua a sottoporsi alle visite ambulatoriali con controllo del device, così come accadrebbe anche in assenza di

telecontrollo. Non vengono inviati a domicilio referti dei controlli tramite monitoraggio remoto, ma, qualora si verifichi la necessità di comunicazioni urgenti, il paziente viene contattato telefonicamente ed eventualmente visitato in ambulatorio in tempi brevi.

2) Nel caso di pazienti portatori di pacemaker, a patto che il dispositivo impiantato abbia la possibilità di effettuare gli autotest, si considera equivalente il controllo tecnico del device effettuato in ambulatorio rispetto a quello eseguito tramite monitoraggio remoto. Per tale motivo, dopo il secondo controllo ambulatoriale al sesto mese dall'impianto e fino all'iniziale esaurimento della batteria, il paziente viene seguito unicamente con i controlli a distanza con una trasmissione ogni 6 mesi, cui segue un referto cartaceo compilato dal medico.

3) Nel caso di pazienti portatori di Loop recorder, il paziente può

eseguire unicamente i controlli a distanza con una trasmissione ogni 3 mesi, cui segue un referto cartaceo compilato dal medico.

Due infermiere, preparate alla gestione del telecontrollo, sono assegnate ad uno specifico turno settimanale con il compito di consegnare l'apparecchio per il monitoraggio remoto e istruire il paziente all'utilizzo dello stesso. Un solo medico elettrofisiologo è dedicato all'esame dei riassunti cartacei stampati dalle infermiere, salvo riscontro di allarmi rilevanti, in assenza del medico deputato. Grazie ad un data base relativo alla data e invio di valutazione e trasmissione di una lettera a domicilio, il medico valuta se inviare un nuovo referto. Al momento attuale non è ancora ben definita la gestione della compilazione di una o più impegnative per la compensazione della prestazione eseguita. ♥



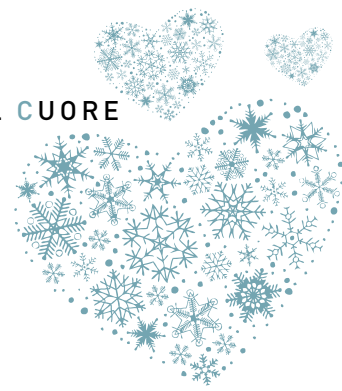
Miguel, il Cardiologo basco

DI ELIGIO PICCOLO

Lui terminava il suo secondo anno di perfezionamento quando arrivai nell'Istituto di Cardiologia di Città del Messico.

Era il 1957. Faticavo ancora a capire bene lo spagnolo, che in bocca a lui, penalizzato da un difetto di dizione e da una parlata veloce ingolfata da una

jota castellana a tutta gola, diventava per me quasi una terza lingua. Alto, un po' goffo nell'andatura, con un cranio asimmetrico che si accentuava



nel confronto con il mento e le labbra prominenti, da cui emergeva una dentatura sconnessa e affollata, era tuttavia gradevole, anzi, il suo modo di porgersi, la bontà innata, la disponibilità e l'interesse per ogni problema che riguardasse gli altri, oltre a saper discutere con viva intelligenza quelli che il nostro lavoro ci poneva tutti i giorni, lo rendevano accattivante e ne facevano un amico gentile. Allora egli non si pronunciava sul problema politico della sua terra, il paese basco. Imperava ancora Francisco Franco, il quale aveva orecchi dappertutto, specie in Messico dove si erano rifugiati molti cervelli che a suo tempo avevano militato nella parte avversa, alcuni dei quali erano diventati professori proprio nell'Istituto di Cardiologia. Era felice, come un bambino, di ritornare nella sua terra, che per lui era una doppia patria, la spagnola e la basca, anzi, visto a posteriori, prima la basca e poi la spagnola. Felice anche di realizzare a Bilbao quanto aveva imparato in Messico dove aveva realizzato ciò che non era stato possibile nel regime autarchico della Spagna franchista. Lo rividi qualche anno dopo in occasione di un congresso a Buenos Aires. Fu un incontro breve tra un aereo e l'altro, ma in quei pochi minuti egli riuscì a sciorinarmi una valanga di concetti sui diritti dei baschi all'indipendenza, sul movimento Euskadi e sulla "guerra santa" che si stava profilando.

Sembrava che la recente morte del caudillo e l'instaurazione del nuovo regime democratico avessero dato la stura a una damigiana stracolma di rivendicazioni, da troppo tempo soffocate. Lì per lì rimasi interdetto perché non me l'aspettavo. I nostri rapporti erano sempre rimasti circoscritti alla Cardiologia e ai suoi progressi, mai alla politica, se non come nostalgia del paese lontano. A stento riuscii a dirgli: «Ma Miguel, ti paiono discorsi da fare codesti, in un'epoca in cui stiamo già discutendo di unità europea?». Rimasi con l'impressione netta che non mi avesse nemmeno ascoltato o che si fosse meravigliato della mia sprovvedutezza. Miguel Iriarte era un Cardiologo preparato e raggiunse giustamente il livello apicale nella sua Bilbao. Ci rincontrammo altre volte a congressi, e in una di queste mi invitò a tenere una lettura nella sua Università. Furono giorni indimenticabili, ancorché densi di una specie di indottrinamento sui diritti dei baschi, sulla loro lotta armata già in atto, alla quale tuttavia egli non aderiva perché avrebbe voluto che l'indipendenza si realizzasse in modo pacifico, mediante accordi politici. Mi portò a Guernica, la città del famoso bombardamento tedesco immortalato da Picasso, dove volle che visitassi un luogo storico e per lui quasi sacro: un padiglione ove si riuniva periodicamente una specie di sinedrio basco e sulle cui pareti facevano bella

mostra i ritratti dei numerosi re di Spagna in successione storica. Mi precisò, con orgoglio, che in quel luogo venivano convocati i notabili del "parlamentino" basco alla presenza del nuovo re di turno per approvarne la sua incoronazione, prima ancora che questa venisse poi consacrata nelle Cortes Generales a Madrid. Era una concessione, disse, che il re aveva dovuto dare quale segno indiretto di una certa autonomia di quella regione. Di tutto ciò faceva fede un simbolo, el roble, una quercia piantata nel giardino attiguo a quella sala da quasi 500 anni e che naturalmente veniva sostituita con nuovi virgulti alla morte della precedente. Conobbi anche la sua famiglia, la moglie, che seguiva solo con gli occhi le appassionate rivendicazioni politiche del marito, e un figlio ventenne, magro, pallido e dal piglio deciso, come certi giovani. Ricordando i trascorsi delle nostre lotte politiche, pensai che lui forse coltivava idee più intransigenti di quelle del padre. Qualche anno dopo venni a sapere che si schiantò con la macchina contro un albero. Immaginai il dolore dei genitori per quell'unico figlio e me ne feci interprete. Non fui sorpreso quando alla fine degli anni novanta rividi Miguel in Messico nell'Istituto nuovo, ma così lontano dai nostri ricordi, e scorsi sul suo volto i segni di una decadenza precoce e di un Parkinson incipiente. ♥



DAL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO ATTIVITÀ FORMATIVE IN PROGRAMMA NEL 2014

Progetto formativo ANMCO-GISE SCAMBIO

Esperienze condivise per un consenso nella SCA
22 gennaio 2014

11 Sedi collegate: Bari, Bologna, Catania,
Catanzaro, Firenze, Milano, Napoli, Padova,
Perugia, Roma, Torino

Stati Generali ANMCO 2014

L'ANMCO delle idee

Scienza e organizzazione per la Sanità del futuro
7-8 febbraio 2014
Firenze-Palazzo Vecchio

Progetto Formativo ANMCO-AIAC

Universo Trombosi

Romper il legame tra fibrillazione atriale & ictus.

Consigli d'autore

25 febbraio 2014

10 Sedi collegate: Bari, Bergamo, Bologna,
Cagliari, Catania, Lucca, Mestre, Napoli, Roma,
Torino

Progetto Formativo ANMCO

VAD-EMECUM

febbraio-aprile 2014
Milano-Roma

Seminario di aggiornamento

Quando l'insufficienza mitralica

è un problema irrisolto: barriera o frontiera

febbraio-aprile 2014
Milano-Roma

Campagna Educazionale Nazionale

Meteoriti - Sfidare l'ictus
nella Fibrillazione Atriale

febbraio-giugno 2014

15 Incontri: Bari, Bologna, Brescia, Catania,
Firenze, Genova, Milano (2 incontri), Napoli,
Padova/Venezia, Palermo, Perugia, Roma,
Torino, Verona

Conferenze Regionali ANMCO/GICR-IACPR

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

15 marzo 2014

15 Sedi collegate: Ancona, Bari, Bologna,
Catania, Firenze, Genova, Lamezia Terme,
Milano, Napoli, Padova, Palmanova, Pescara,
Roma, Sassari, Torino

Seminario di aggiornamento

Cardiopatia ischemica stabile e scompenso
cardiaco: due priorità tra ospedale e territorio

marzo-aprile 2014

4 Incontri: Firenze, Milano, Napoli, Roma

Seminario di aggiornamento

Universo Trombosi

Embolia polmonare

aprile-giugno 2014





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**

Cari Amici,

con abituale entusiasmo e piacere presento il 45° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, nella certezza di aver interpretato la crescente esigenza di un'ampia partecipazione al più grande evento cardiologico nazionale.

Anche quest'anno il nostro Congresso Nazionale rappresenterà per molti l'irrinunciabile tappa di un lungo viaggio, utile per costruire negli Ospedali un sostenibile futuro di scienza, che accresca la nostra identità verso le Istituzioni e lo spirito di responsabilità al servizio dei cittadini.

Lo scenario formativo si articolerà con un accattivante programma presentato grazie al contributo delle più autorevoli energie intellettuali, che numerose interverranno alle coinvolgenti sessioni scientifiche. Lo scopo resta quello di accrescere la naturale osmosi del sapere e la condivisione delle esperienze espresse in costruttivi linguaggi comuni.

Invito tutti a partecipare da protagonisti, stimolando la dialettica, come testimoni della nostra più tangibile sfida al dinamico progresso scientifico e organizzativo. Vi aspetto numerosi a Firenze e auguro a tutti tanta voglia di esserci.

Francesco Bovenzi
Presidente ANMCO



