



cardiologia negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Il silenzio dell'incompiuto
 Lettera al Papa
 Al cuor non si comanda
 News sullo Studio CAPIRE
 ... E tre!
 Aspettando EYESHOT
 Studi Clinici ANMCO
 Lo Studio INCIPIT 2
 Le nuove competenze
 infermieristiche
 La buona lettera
 di dimissione
 IN - HF on line
 Il nuovo Consiglio
 Direttivo ANMCO Calabria
 Cardiopatia Congenita
 e Ambulatorio GUCH
 Congresso ANMCO Lazio
 VII Convention delle
 UTIC della Lombardia
 Bolzano "per il Tuo cuore"
 Registro NOVARA
 Tour in Puglia
 "per il Tuo cuore"
 Il cuore delle donne
 Registro Umbria - FA
 Responsabilità medica.
 Il cambio di passo...
 Vesalio e il cuore nel '500
 La protesi valvolare di
 Starr - Edwards
 Il pensiero del cuore
 Gli affanni dello scrittore
 di scienza



C'è posto
per tutti

NIGOLA
BERICCA
2010

MARZO - APRILE 2014 N°198



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

45° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO

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



L'ARTE
DI FARE
CULTURA

ANMCO
2014



In copertina: "C'è posto per tutti"
Nicola Perucca, 2010
Esposto al LU.C.C.A.
Lucca Center of Contemporary Art

N. 198 marzo/aprile 2014
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

Il silenzio dell'incompiuto p.3

di Francesco Maria Bovenzi

Lettera a Sua Santità p.9

Papa Francesco



LA FONDAZIONE

"PER IL TUO CUORE" RISPONDE

Al cuor non si comanda p.11

di Michele Massimo Gulizia



News sullo Studio CAPIRE p.17

di Marco Magnoni

... E tre! p.19

di Gianaugusto Slavich

DAL COMITATO SCIENTIFICO

PCI primaria: p.21

Lombardia vs Piemonte...

Aspettando EYESHOT

di Stefano De Servi e Giuseppe Musumeci

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici p.23

del Centro Studi ANMCO

DALLE AREE

**AREA MALATTIE DEL CIRCOLO
POLMONARE**

Lo studio INCIPIT 2: p.27

in attesa dei risultati

di Michele Azzarito e Iolanda Enea

AREA NURSING

Le nuove competenze p.29

infermieristiche: problema
o opportunità?

di Sabrina Egman

**AREA PREVENZIONE
CARDIOVASCOLARE**

Non basta una p.32

"buona lettera di dimissione"

di Francesco Fattorioli,

Gian Francesco Mureddu,

Elisabetta Angelino, Sabrina Egman

AREA SCOMPENSO CARDIACO

IN - HF on line: p.36

intervista agli attori principali

di Marco Gorini



DALLE REGIONI

CALABRIA

Il nuovo Consiglio Direttivo ANMCO Calabria p.40

di Alessandro Ferraro

FRIULI VENEZIA GIULIA

Una giornata dedicata alla Cardiopatia Congenita e all'Ambulatorio GUCH p.41

di Giorgio Faganello, Endria Casanova Borca, Tiberio Pontoni, Giulia Russo

LAZIO

Memorandum dal II Congresso Regionale ANMCO Lazio 2014 p.44

di Stefania Angela Di Fusco e Massimo Uguccione

LOMBARDIA

Grande successo delle Convention delle UTIC della Lombardia: il Consiglio Direttivo Regionale si accomia dopo un biennio di grandi soddisfazioni p.47

di Niccolò Brenno Grieco

P.A. BOLZANO

Bolzano "per il Tuo cuore" p.50

di Roberto Cemin

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Il trattamento dell'infarto miocardico acuto nell'era delle reti: esperienza di un centro Hub di quadrante. Registro NOVARA p.51

di Andrea Rognoni, Alessandro Lupi, Lidia Rossi, Angelo Sante Bongo

PUGLIA

In Tour per la Puglia durante la settimana "per il Tuo cuore" p.55

di Francesca Pierri, Antonia Mannarini, Pasquale Caldarola



TOSCANA

Il cuore delle donne p.58

di Paola Pasqualini, Tiziana Sampietro, Sabrina Molinaro, Michela Franchini

UMBRIA

Un Registro Osservazionale "a tappeto" per i pazienti con fibrillazione atriale p.60

di Paolo Verdecchia e Fabio Angeli

FORUM

Responsabilità medica. Il cambio di passo... Inevitabile e ineludibile p.64

di Giancarlo Casolo, Alessio Lilli, Tiziana Giovannini

COME ERAVAMO

Il Cuore nel Cinquecento: Vesalio p.66

di Maurizio Giuseppe Abrignani

Un giusto tributo al passato: la protesi valvolare di Starr - Edwards, un passo storico nella Chirurgia cardiaca p.70

di Sabino Scardi

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

"Il pensiero del cuore". I miei primi dieci anni all'UTIC dell'Ingrassia p.73

di Maurizio Giuseppe Abrignani

Gli affanni dello scrittore di scienza p.75

di Marcello Costantini





Il silenzio dell'incompiuto

“... Per essere con gli altri veramente, la sola via era d'essere separato dagli altri.”

Il barone rampante, Italo Calvino, 1957



Il barone rampante, Antonio Possenti

DI FRANCESCO MARIA BOVENZI

Guardare allo specchio del tempo i due anni appena trascorsi permette di considerare il silenzio dell'incompiuto, in questo utile ed eloquente vivere la nostra professione. Pesano nei miei pensieri le numerose iniziative avviate e le resistenze incontrate nel processo di rinnovamento: divergenti dinamiche che forse hanno impedito di portare avanti un più ampio dispiegarsi delle potenzialità che la nostra Associazione possiede.

Da tempo si avvertiva l'esigenza di un forte bisogno di cambiamento, come salvifica "medicina" della discontinuità e del rinnovamento. Non erano certo mancati i segnali della voglia di maggiore partecipazione e dialogo, contro ogni logica "diversamente" aggregante. Gettando il mio cuore oltre i tanti ostacoli ho quindi cercato insieme al Consiglio Direttivo di non raccontare sogni compiacenti, ma di sforzarci di vivere e di cambiare la realtà, stabilizzando senza disperdere quello

che in 50 anni straordinari era stato costruito: un dovere e un segno di rispetto verso tutti, un segnale tranquillizzante da conseguire nel breve periodo previsto dal mandato. Inattese circostanze hanno occupato molto del mio tempo, affrontato con rigore e trasparenza, speso responsabilmente nell'adottare procedure organizzative, amministrative ed economiche, come nel pianificare innovativi programmi a difesa del prestigioso patrimonio scientifico dell'ANMCO.

In tutte le situazioni i procedimenti adottati e le decisioni, anche assunte con difficoltà quando ormai il dialogo interno era divenuto diafano, hanno ottemperato a due principi inderogabili: primo, il rispetto delle norme statutarie e gli ideali di un loro miglioramento; secondo, la difesa dell'unità dell'ANMCO.

Non temo di risultare eccentrico e ripetitivo se proseguo a sottolineare quanto soffro e quanto ho sofferto. Le mie risposte vivono nella forza dei numeri oggettivabili sia in termini di partecipazione agli eventi, che di conto economico della Centro Servizi ANMCO 2013. Sono orgoglioso di essere stato capace di garantire insieme al Consiglio Direttivo questi considerevoli risultati.

Quello economico, molto positivo per la Centro Servizi ANMCO, è stato raggiunto in un clima di difficile congiuntura e, tra l'altro, vedrà la massima espressione proprio nel corso del 2014. Un successo che permette di guardare avanti con ottimismo e interpretare a pieno lo spirito di continuità che merita rispetto.

Questo traguardo fortemente auspicato è frutto del peso dato al valore della cultura, della conoscenza franca e della forza organizzativa: un diario aperto di questa fase storica, un buon esempio, direi una necessità impellente, una condizione essenziale da analizzare e da cui inevitabilmente occorrerà ripartire.

Abbiamo avviato nuovi grandi progetti nel campo della ricerca e della formazione, che in parte anche oggi ritroviamo protagonisti nel 45° Congresso Nazionale di Cardiologia, testimoni di una forte spinta culturale

e scientifica.

I fatti sono di una disarmante chiarezza che gli oltre 5.500 partecipanti agli eventi formativi nazionali ANMCO di questi due anni, esclusi i Congressi annuali, rendono superflua ogni enumerazione retrospettiva dettagliata. Non vorrei né impoverire, né esaltare la portata culturale delle scelte, ma di certo il "cuore da leone" dell'ANMCO, in soli due anni ha ritrovato il suo "ruggito" nel pianificare e portare concretamente avanti i propri ideali. Bisogna prepararsi, perché nei prossimi anni la Cardiologia è destinata a vivere un cambiamento evolutivo non solo per il progresso tecnologico e scientifico, ma anche per i mutamenti epidemiologici, professionali e di politica sanitaria che porteranno all'introduzione di ulteriori tagli della spesa nel mondo della Salute.

Le nuove organizzazioni ospedaliere, con aree multidisciplinari e multispecialistiche, preoccupano perché hanno in sé molte incertezze che se non ben governate esporranno al rischio di cancellazione delle Cardiologie. Di fatto in molte realtà si è già partiti abolendo le UTIC e con esse il progresso più evoluto che la medicina ha vissuto in questi ultimi anni. Difendere l'identità della Cardiologia come forza assistenziale in Ospedale sarà credo la sfida prioritaria che ci aspetta.

È un momento difficile per noi. Il dialogo con le Istituzioni sembra essersi interrotto. Nello stesso tempo ci sforziamo di dare un senso ad un'esperienza difficile e incompiuta come quella della Federazione Italiana di Cardiologia, un divenire di scelte che

meritano una profonda riflessione.

Riporto volentieri i dati culturali più espressivi del biennio trascorso. Avviati a partire dal giugno 2012 i quindici eventi della Campagna Educazionale Nazionale "Sindromi coronariche acute: dalle Linee Guida europee al paziente del mondo reale", abbiamo subito messo in campo un'iniziativa formativa per i giovani cardiologi ospedalieri: "ANMCO ACADEMY". Sin dal primo momento abbiamo avvertito un forte bisogno di avvicinare i giovani all'ANMCO, nella ferma convinzione che sono il motore pensante più forte, capace di stimolare la crescita culturale e scientifica. Resto dell'idea che il nostro futuro sarà nella loro professionalità, nel loro coinvolgimento attivo in ANMCO, nelle innovative proposte permeate dalla loro innata curiosità. Molto interesse ha suscitato la Conferenza di Consenso ANMCO-GISE sulla "Terapia Antiaggregante nelle Sindromi Coronariche Acute", seguita dalla pubblicazione intersocietaria di un Documento unico nel suo genere in Europa, pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia. Nello stesso periodo l'importante tappa celebrativa della nostra storia, svoltasi a Venezia-Mestre, dal titolo "ANMCO 50". Un'occasione per testimoniare la nostra continuità e gratitudine con il passato. Dopo 50 anni era un nostro dovere esprimere riconoscenza ai Padri fondatori e impegnarsi a garantire la preziosa salvaguardia della tradizione e dello spirito che ha animato nel tempo la nostra professione in Ospedale. Una storia iniziata con le prime



UTIC, fatta di progresso e di vite salvate, che è vissuta nei valori di amicizia, nei fondamenti clinici e nei solidi principi etici. Ogni racconto di quei giorni ha emozionato e ogni contributo ha lasciato una traccia nel cuore dei numerosi presenti. Insieme abbiamo percorso 50 anni di storia da permetterci di guardare fiduciosi al futuro. Questa è l'emozione più bella che Venezia ci ha donato e che porterò per sempre con me. Da un punto di vista scientifico l'evento ha permesso di approfondire il Documento ANMCO su "Prevenzione del tromboembolismo nella fibrillazione atriale e ruolo dei nuovi anticoagulanti orali", pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia, anch'esso unico per quei tempi in Europa. Dopo il "Meeting Nazionale ANMCO 50" sono seguiti numerosissimi altri eventi, come quello dell'attesa e partecipata Conferenza intersocietaria di Consenso ANMCO/GICR-IACPR "L'organizzazione dell'assistenza nella fase post acuta delle sindromi coronariche", alla quale nella primavera di quest'anno sono seguite quindici Conferenze Regionali ANMCO/GICR-IACPR/GISE in collaborazione con ANCE e ARCA in videoconferenza durante le quali è stato presentato il Documento scientifico intersocietario dallo stesso titolo pubblicato anch'esso sul Giornale Italiano di Cardiologia. Il progetto formativo "Innovazione e progresso nella Fibrillazione Atriale" che ha ripreso in tre eventi gli illuminanti messaggi del Registro ATA-AF che ha raccolto dati sul trattamento antitrombotico prescritto alla dimissione di pazienti

con fibrillazione atriale primaria o secondaria dopo ricovero o visita ambulatoriale. Interessanti ancora a seguire i tre eventi formativi "Stratificazione e intervento sotto lo sguardo del Registro EYESHOT", che preparavano allo Studio "EYESHOT Registry", concluso nel gennaio 2014, i cui risultati vengono presentati al 45° Congresso Nazionale di Cardiologia in diverse sessioni a partire da quella degli Studi Clinici dell'ANMCO. Poi ancora l'evento kick-off "Quando l'insufficienza mitralica è un problema irrisolto: barriera o frontiera" protagonista di alcune importanti sessioni del nostro Congresso Nazionale. Nel campo della terapia antiaggregante in cui è prevalente un diffuso interesse, congiuntamente al GISE, abbiamo organizzato l'evento "SCAMBIO: esperienze condivise per un consenso nelle Sindromi Coronariche Acute" che ha visto collegate in videoconferenza undici sedi regionali. In una dinamica e vivace successione organizzativa, che non lasciava tregua, nasceva un nuovo progetto Formativo intersocietario ANMCO-AIAC "Universo Trombosi - Rompere il legame tra Fibrillazione Atriale & Ictus - Consigli d'autore" anch'esso svolto con l'efficace sistema di videoconferenza in undici sedi collegate. Poi ritroviamo la Campagna Educazionale Nazionale "Meteoriti. Sfidare l'ictus nella Fibrillazione Atriale", presentata a Firenze nello storico Palazzo Vecchio in occasione degli Stati Generali dell'ANMCO: "L'ANMCO delle Idee. Scienza e organizzazione per la sanità del futuro" seguito da

quindici eventi interregionali. Nella solennità dell'emozionante salone dei Cinquecento abbiamo ribadito il bisogno di un approfondimento culturale sull'intrigante sfida al binomio tra fibrillazione atriale e ictus, ma anche la necessità di generare idee sulle nostre future potenzialità nella volontà di progredire e rafforzare il senso di appartenenza. Poco tempo dopo, abbiamo presentato quattro eventi nazionali sulla "Cardiopatía Ischemica Stabile e Scompenso Cardiaco: due priorità tra Ospedale e Territorio" e gli attesi incontri "VAD-EMECUM", molto partecipati a Roma e a Milano, una spinta culturale nuova, un bisogno formativo impellente nel campo dei sistemi di assistenza meccanica al circolo di lunga durata nello scompenso cardiaco avanzato. Infine, per il progetto Universo Trombosi sono in programma cinque eventi sull'Embolia Polmonare il primo dei quali si è appena svolto. A tutta questa attività formativa si affiancano anche gli eventi extramurali legati all'apprezzabile imprenditorialità degli associati a livello regionale con oltre 3.000 presenze e ai tradizionali e immancabili corsi di rianimazione cardiopolmonare di base e avanzata molto richiesti con circa 6.250 partecipanti. Nell'ambito della ricerca tradizionale, oltre al già citato Registro EYESHOT, ricordo lo studio CYCLE sull'infarto miocardico acuto, i cui risultati vengono anch'essi presentati nell'ambito della sessione degli Studi Clinici dell'ANMCO al 45° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO.

L'arte di fare cultura

Meeting Nazionale ANMCO 50

Da 50 anni pensiamo al cuore 1963 - 2013

Cinquantennio anniversario della nascita dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

UNIVERSO TROMBOSI

Embolia polmonare

UNIVERSO TROMBOSI

Rompere il legame tra fibrillazione atriale & ictus consigli d'autore

44° Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO

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

1963 - 2013

ANMCO

50 anni uniti nel cuore...

Cinquantennio anniversario della nascita dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - ANMCO

PROGRAMMA SCIENTIFICO

SCAMBIO

Esperienze condivise per un consenso nella SCA

Consensus Conference ANMCO-GISE sulla terapia antiaggregante nelle Sindromi Coronariche Acute

CONSENSUS ANMCO / GICR-IACPR

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

INNOVAZIONE E PROGRESSO NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Seminario di Aggiornamento ANMCO 2014

Cardiopatía ischémica stabile e scompenso cardiaco: due priorità tra ospedale e territorio

L'organizzazione dell'assistenza alla fase post-acuta delle Sindromi Coronariche

Stati Generali ANMCO

L'ANMCO DELLE IDEE

Scienza e organizzazione per la Sanità del futuro

STRATIFICAZIONE E INTERVENTO SOTTO LO SGUARDO DEL REGISTRO EYESHOT

Campagna Educativa Nazionale ANMCO 2014

Meteoriti

Sfidare l'ictus nella Fibrillazione Atriale

CONFERENZE ORGANIZZATIVE REGIONALI

In collaborazione con ANCE / ARCA

Campagna Educativa Nazionale ANMCO 2012

Sindromi Coronariche Acute: dalle Linee Guida europee al paziente del mondo reale

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

Kick-off Meeting

ANMCO Academy 2013

VAD-EMECUM

Impariamo a conoscere i sistemi di assistenza meccanica al circolo di lunga durata. Indicazioni, gestione, risultati e complicanze

Improving our knowledge about MCS. Indications, management, results and complications



Pochi mesi fa ha preso anche l'avvio, per la forte determinazione e volontà manifestata proprio dall'ANMCO, un nuovo studio nazionale sempre nell'infarto acuto del miocardio, denominato "STEM-AMI OUTCOME". Altri studi che sono nel Piano della Ricerca 2013-2014 spero presto potranno essere avviati, come il Registro STAR nell'angina stabile, studio osservazionale sui pazienti affetti da coronaropatia stabile e il Registro BLITZ IN-HF, anch'esso osservazionale che permetterà di valutare la qualità delle cure e i dati di costo-efficacia nell'ambito dello scompenso cardiaco alla luce dei nuovi device che affiancano le vecchie e le nuove terapie farmacologiche. Ripartire insieme su concrete scelte di valenza culturale con la matura consapevolezza della loro ineludibile importanza - non solo al fine di accrescere le motivazioni e la partecipazione alla vita associativa - era una volontà non delegabile, direi una vitale necessità di creatività e passione che, malgrado le struggenti delusioni incontrate, ha ispirato dal primo momento il nostro impegno. È evidente come la vita dell'ANMCO in questi due anni si sia nutrita di concrete iniziative fondate sulla partecipazione e sulla scienza del cuore, molto meno sulla ricerca di protagonismo.

Il successo delle attività che di mese in mese progressivamente cresceva, grazie a idee culturalmente innovative, induceva a continuare a credere. Non è però bastata tutta questa spinta per avviare l'auspicato rinnovamento interno, forse perché è mancato il coraggio di guardare dentro gli errori

del passato e le ragioni di quanto avvenuto: un vero scacco al tempo e alla storia, purtroppo dimenticato così in fretta da permetterci di accettare persino personalismi statutari, a mio avviso schietta espressione di debolezza associativa.

A quel punto, le mie dimissioni da Presidente dell'ANMCO sarebbero state inevitabili e coerenti, ma ancor più avrebbero costituito un atto personale assolutamente liberatorio su cui ho molto riflettuto. Eppure, nonostante le umiliazioni, per le quali non trovo le parole per giustificare il personale disagio, ha prevalso la voglia di tutelare il grande patrimonio associativo, il tanto lavoro da portare compiutamente a termine onorando i contratti, il bisogno di accrescere la nostra stabilità e credibilità, ma ancor più quell'intangibile dovere della responsabilità alla guida di processi storici umani e professionali.

Il silenzio dell'incompiuto di queste mie considerazioni non apporta certo un tributo di ottimismo, ma quanto meno non asseconda l'utopistica idea di presunzione e di perfezione, che con umiltà ho sempre rifiutato.

Chi conosce ed ha seguito la mia vita in ANMCO sa che non è mio costume tacere, ma a volte anche il silenzio dell'incompiuto può valere ben oltre un grido di dolore. Certo avrei voluto far conoscere e far capire di più agli associati di questo nostro appassionante mondo, come della ricerca associativa, del suo ruolo e delle regole che la governano in Fondazione.

Ho scelto uno stile associativo improntato alla franchezza, alla discussione e al confronto trasparente

vissuto nella ricerca di una sintesi, ma ammetto che senza accordi preventivi è stato difficile alimentare positive aspettative cui credere.

Vivere l'ANMCO è prioritariamente un servizio impagabile al quale se non credi non restituisce quello che hai donato e quello che ti prende. Ho dedicato tutto me stesso in quello che ho visto realizzare, oggi mi auguro che tante fatiche ottengano non riconoscenza, ma almeno un attimo di riflessione costruttiva.

Penso di aver avuto il vero coraggio di affrontare a testa alta l'abituale corso degli eventi e le situazioni straordinarie che rischiavano di dividerci, persino portandoci al confine dell'associazionismo.

Questo pericolo è stato sventato con spirito di servizio e determinazione. Oggi, da protagonista non posso che essere molto felice di lasciare l'ANMCO unita.

Una vittoria che fonda su molti dispiaceri personali, ma che vive pienamente per la gioia di tanti, a cominciare da chi ieri minacciava le dimissioni e oggi invece manifesta l'entusiasmo delle grandi attese, sposando nuovi ideali cui ispirarsi. Per contro, ricordo con piacere il sostegno e la spontanea solidarietà di tanti che in vario modo hanno voluto testimoniare vicinanza nella mia difficoltà, che non era solo personale ma associativa. Oggi, li ringrazio per l'affetto e per il supporto morale che è stato di grande aiuto. In particolare, ricordo la mail che mi scrisse Luigi Truncellito, Presidente Regionale ANMCO della Basilicata: "Carissimo Presidente, devo complimentarmi con te per come hai gestito la

delicatissima questione associativa; il tuo grande equilibrio, il tuo spirito di servizio e la tua umanità sono stati tenace stampella per tutti noi nell'affrontare il pesante fardello. Sei stato messo subito a dura prova dagli eventi ma sei stato brillante nel superarli con capacità e signorilità; sei stato di esempio e riferimento per tutti. Credo proprio che verrai ricordato per lungo tempo; lo meriti. Un abbraccio, Luigi”.

Resta il fatto che l'ANMCO è nella sua storia, ma dovrà continuare a esserlo anche nel suo futuro: realmente dialettica, autonoma, con proprie idee e programmi sfidanti. A mio avviso, andrebbe riconsiderata una nuova revisione dello Statuto, perché ho capito in quest'ultimo anno che alcune modifiche sarebbero essenziali per garantire il rispetto e la definizione più chiara dei ruoli apicali: Presidente ANMCO in carica, Presidente Designato e Presidente della Fondazione, al fine di superare i potenziali conflitti interni e riuscire a governare insieme in armonia e serenità.

Italo Calvino, tra i più significativi narratori del Novecento italiano - citato all'inizio di questo testo - conclude il romanzo "Il barone rampante" lasciando intuire che Cosimo, volando via dall'albero in mongolfiera, non avrebbe avuto più voglia di vedere giù; mentre tutto gli passava per la mente si liberava come zavorra dei cattivi ricordi, aspettando solo che passasse quel tempo sofferto che aveva bruciato i suoi sogni.

Consegno questo mio ultimo articolo da Presidente ANMCO con gratitudine a quanti hanno accompagnato e condiviso un difficilissimo cammino di rapporti umani e di scienza. Con gli amici del Consiglio Direttivo condivido il ricordo di un biennio fatto di tensioni e di scomode verità, ma anche di grandi successi: un tempo vissuto contro ogni complice rassegnazione, per un cambiamento di rotta e di

stile nel rispetto dei valori umani e professionali.

Con questo animo grato, trasmetto la lettera che ho scritto e inviato di recente al Santo Padre, Papa Francesco. Ho voluto scrivere una "preghiera" laica di pace e di serenità, di rispetto e di umana gratitudine, verso chi nell'inafferrabile tempo con tanto cuore interpreta con noi la voce di speranza per la guarigione dalla sofferenza e dalle malattie. ♥





Il Presidente

ANMCO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
<http://www.anmco.it> e-mail: segreteria@anmco.it
Tel. +39 055 5101219 - Fax +39 055 5101350

Firenze, 10 aprile 2014

A Sua Santità Papa Francesco
Palazzo Apostolico
00120 Città del Vaticano

Santo Padre,

l'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) che ho l'onore di rappresentare è una società scientifica ricca di una grande tradizione, che lavora con solidi principi e fondamenti etici nella ricerca clinica e nell'assistenza ai cardiopatici. Sono certo che Le farà piacere sapere che la nostra storia è la storia del progresso della Cardiologia, ma soprattutto della speranza di vita offerta a tanta gente in Italia e nel Mondo.

Sebbene sia facile per me scriverLe da medico del progresso scientifico e delle malattie del cuore, è difficile scriverLe da uomo confuso dal desiderio di gratitudine e vicinanza affettiva per la straordinaria forza con la quale parla al "cuore" della gente, sede universale dei sentimenti cui riferirsi, qualcosa di più di un organo vivo e vitale che si muove dentro di noi.

Il Suo richiamo alla sublimazione e adorazione del cuore insegna a noi cardiologi che quello che batte è anche un simbolo di energia ed emozioni dai significati ancora inesplorati, sebbene carico di logiche anatomiche e funzionali con i suoi ritmi, i flussi nelle coronarie e attraverso le valvole. In questa duplice embriogenesi cuore/anima tessiamo la gioia per la vita, l'arte "missionaria" per la cura delle malattie, ma anche la comprensione dei travagli dell'anima: processo di vitale evangelizzazione che riconverte la malattia del cuore in salute.

Le Sue esortazioni apostoliche come le nostre verso i malati, hanno lo stesso significato pastorale di difesa della vita, come fu per Sant'Agostino che esortava a proteggere il cuore, grande dimora di Dio. La Sua parabola cuore/vita ci fa capire che il cuore non invecchia, se dal suo primo battito nel grembo materno fino all'ultimo, segue la forza dei valori della fede, ben oltre la scienza.

L'elogio del Suo pensiero, lieve e imponente nella semplicità, attualizza la "Parola eterna" ed è capace di donare benessere quando consiglia di "assumere" i granuli della "Misericordia", straordinaria medicina dell'anima che fa bene al cuore nel senso spirituale e morale, educandoci ad affrontare la difficile arte di saper vivere, soffrire e morire.



Il Presidente

ANMCO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 – 50121 Firenze
<http://www.anmco.it> e-mail: segreteria@anmco.it
Tel. +39 055 5101219 - Fax +39 055 5101350

Santo Padre, per farLe un regalo non basterebbe una vita intera. Umilmente, a nome dell'ANMCO, Le dono un numero che La farà felice ed esprime la forza della Cardiologia: 750.000 vite umane salvate in Italia dall'infarto miocardico acuto negli ultimi cinquanta anni.

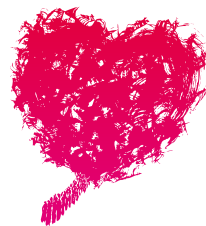
In Ospedale, riaccomodiamo cuori che sembrano impazziti o che hanno perso la forza di battere, ridiamo speranza e sorriso tutte le volte che pensiamo al cuore come organo capace di ammalare e mal funzionare, qualcosa da proteggere e guarire. L'arte medica ha permesso all'uomo di compiere il gesto d'amore più grande dell'umanità: donare il cuore all'estremo di una vita ormai perduta, evento che riporta al Sacro Cuore di Gesù.

A nome dell'ANMCO, il più grande "cuore" d'Italia, a conclusione di quanto ho creduto di esprimere mi permetto di rivolgere il mio sentito invito, condiviso da oltre 5.000 cardiologi italiani, ad intervenire con un Suo messaggio di saluto e di benedizione in occasione del prossimo 45° Congresso Nazionale di Cardiologia che si terrà a Firenze, presso la storica cornice della Fortezza da Basso dal 29 al 31 maggio 2014.

La Sua parola rivolta a noi cardiologi darebbe forza alla comune voce di speranza per la guarigione dalla sofferenza e dalle malattie, delle quali le cardiopatie sono la causa più frequente nel Mondo, non solo nei Paesi occidentali. Affido alla preziosa disponibilità ogni decisione per far arrivare la Sua Voce che accoglierò con immancabile gratitudine. Troverà ad ascoltarLa circa duemila cardiologi e infermieri pronti a recitare insieme, con le parole del cuore, una preghiera di scienza e di fede per i nostri malati.

Perdoni se da semplice artigiano del cuore con questa mia lettera mi rivolgo a Lei, umile e mite pastore del cuore, ho riflettuto tanto prima di scriverLe, ho pianto, ma a nome dell'ANMCO vorrei che conoscesse il nostro lavoro, antico quanto l'uomo, e sentisse forte il nostro amore per la vita. Grazie Santità, perché avvertiamo il senso del miracolo che compie tutte le volte che Lei prega e parla al "cuore" dell'Uomo, Lei che per noi cardiologi è il "cuore" del Mondo.

Dott. Francesco Maria Bovenzi
Presidente ANMCO



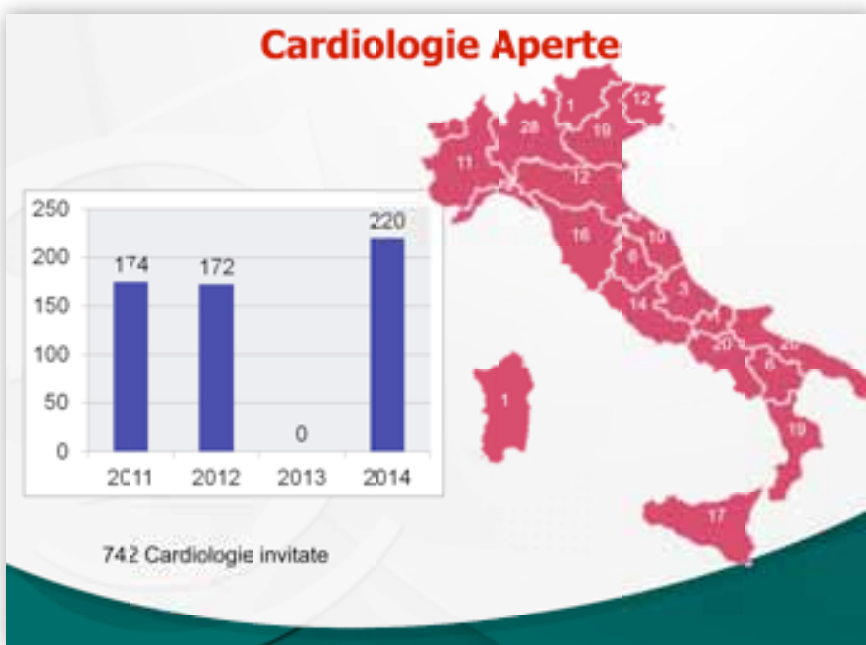
Al cuor non si comanda

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA

Le sfide, e comunque le iniziative complesse, di per sé hanno un vantaggio: contribuiscono a stringere rapporti di collaborazione basati sulla fiducia, sul coraggio, ma soprattutto sulla consapevolezza che insieme si fa squadra, e questo già di per sé è un grande risultato.

Ho già avuto modo di scrivere nello scorso numero di "Cardiologia negli Ospedali" che quest'anno la nostra grande squadra è riuscita a raggiungere un risultato di tutto rispetto e tutt'altro che scontato. Infatti, nonostante di questi tempi la nostra attività principale di Cardiologi ospedalieri sia messa a dura prova dai tagli alla sanità e da situazioni complesse che coinvolgono direttamente i nostri già carenti organici, proprio quest'anno la partecipazione attiva dei Cardiologi ANMCO e delle Cardiologie italiane ha rappresentato davvero un grande successo con l'iniziativa **Cardiologie Aperte**. Lo scatto d'orgoglio di una Cardiologia italiana che non vuole arrendersi alla frammentazione della nostra specialità, unica e insostituibile, ha fatto sì che fossero ben 220 le strutture disseminate su tutto il territorio nazionale che hanno voluto "esserci" offrendo un segnale di crescita in termini di partecipazione rispetto a tutte le edizioni precedenti!

Un successo ancora maggiore se si considera che l'abituale Campagna





per raccogliere fondi destinati alla ricerca in Cardiologia, voluta fin dall'inizio della sua presidenza dal Prof. Maseri e che si svolge a febbraio nella settimana di San Valentino, nel 2013 non è stata neppure realizzata! È ormai ben noto quanto le iniziative di *fundraising* siano divenute sempre più complesse e quanto quest'anno siano state particolarmente difficili principalmente a causa della grave crisi economica attraversata dal nostro Paese e dalla contemporaneità di più raccolte fondi.

Tuttavia nonostante il brevissimo lasso temporale, *21 giorni lavorativi dal momento del suo annuncio all'inizio della Settimana del Cuore*, la visibilità ottenuta con la Campagna "**Al cuor non si comanda**" ha riportato la Fondazione ad essere riconoscibile al grande pubblico riposizionandola come Fondazione Onlus di riferimento per la ricerca sulle malattie del cuore sia per i media televisivi (RAI, Sky, ecc.) che per quelli della carta stampata e del WEB. E questo ancora una volta grazie al grande lavoro di squadra condotto da Voi tutti e dal personale della Segreteria della Fondazione e particolarmente da Giulia Salone e Angela Petrucci che hanno lavorato febbrilmente fianco a fianco con tutti i Cardiologi che hanno realizzato e sostenuto eventi, ma anche con i media e con il pubblico che con oltre 70.000 contatti ha invaso i nostri centralini e le nostre pagine web. A loro e a Simonetta Ricci, impagabile collaboratrice proattiva per la realizzazione delle grafiche e del sito web, va la mia più profonda gratitudine per l'entusiasmo e la passione con cui si sono dedicate alla Campagna anche





Comunicazione e Media



RAI - SKY - TV

RAI TV

Uno Mattina - Porta a Porta - Ballarò - La vita in diretta - Le amiche del sabato - Le vie di Damasco - Uno Mattina in famiglia - Domenica In - La domenica sportiva - Geo&Geo - Rai Sport



RAI RADIO

3 Interviste trasmesse: circuito (CNR network con oltre cento radio locali) - Isoradio - Obiettivo Benessere - RADIO RAI «Tutto il calcio minuto per minuto»

SKY

Appello durante tutte le trasmissioni della domenica calcistica: "Domenica Gol" - "Sky Calcio show" oltre che i telecronisti delle partite.

oltre l'impegno lavorativo. È stato quindi di grande significato, date le premesse, il sostegno che così tanti cittadini hanno voluto testimoniare anche attraverso l'invio di un SMS solidale o di altri contributi liberali tali da ottenere una raccolta di oltre 100.000 euro.

Avete potuto leggere nello scorso numero di "Cardiologia negli Ospedali" del Testimonial d'eccezione, il Commissario Tecnico della Nazionale italiana di calcio Cesare Prandelli, che siamo riusciti a coinvolgere nonostante le iniziali perplessità di alcuni per la disponibilità di un personaggio così famoso (era in Africa fino al 15 gennaio!) che sono state fugate dalla tenace caparbità con la quale lo abbiamo contattato e convinto a mettersi a disposizione della Fondazione.

Con la stessa tenacia abbiamo chiesto e ottenuto l'incondizionato sostegno della Federazione Italiana Giuoco Calcio che ha messo a disposizione il Centro Tecnico Nazionale di Coverciano con una squadra giovanile che ha partecipato allo spot, e della Lega Calcio Serie A che ha dedicato le partite della 24esima giornata di serie A. Abbiamo presentato il nostro progetto alla Presidente Rai Dr.ssa Annamaria Tarantola che con tutte le reti radiotelevisive e attraverso il Segretariato Sociale Rai ha sostenuto eccezionalmente la Campagna anche fuori da qualsiasi schema temporale. Molte sono state le trasmissioni che ci hanno accolto per parlare degli obiettivi della Campagna. Un successo anche la visibilità sul WEB nei nostri Siti istituzionali



www.anmco.it e www.periltuocuore.it
 e anche attraverso i principali Social.
 Oggi, a tre mesi dal termine

della Campagna "Al Cuor non si Comanda", possiamo ritenerci molto soddisfatti degli obiettivi

ambiziosi che abbiamo raggiunto. La brevità temporale organizzativa non ci ha permesso di completare appieno l'obiettivo economico, ma ce l'aspettavamo e pertanto è ancora più importante continuare e incrementare il nostro impegno per estendere e consolidare il sostegno alla Ricerca in Cardiologia. A questo proposito abbiamo ipotizzato la riedizione della **Campagna "Al Cuor non si Comanda"** per il prossimo febbraio 2015, sempre nella settimana di San Valentino, ma nel frattempo abbiamo messo in campo una serie d'iniziative di fundraising, prima fra tutte la **donazione del 5xMille a favore della Fondazione.**

Con questo strumento di semplice utilizzo da parte di chiunque, e a costo zero per chi dona, intendiamo raccogliere fondi per la ricerca da destinare al sostegno di progetti di ricerca dell'ANMCO e della Fondazione con una quota riservata ai progetti promossi dalle Regioni, rendendo possibile la loro realizzazione. È questo un tema a me caro e fortemente voluto e sostenuto in quest'anno di lavoro in Fondazione e in ANMCO.

Per raggiungere quest'obiettivo abbiamo stampato una locandina ad hoc che abbiamo pubblicizzato su alcuni settimanali di grande diffusione sociale e che abbiamo inviato a tutte le Cardiologie italiane. Inoltre abbiamo inviato a tutti i Cardiologi dell'ANMCO e ai laici aderenti alla Fondazione "per il Tuo cuore" un biglietto promemoria che serve da remainder da consegnare al commercialista in occasione della

II WEB



03/02 – 18/02
11.544 PAGINE VISTE



01/02 – 20/02
74.408 PAGINE VISTE

I Social Network





Dona per il Tuo cuore



5xMille



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri



PERCHÉ DEL CUORE
BISOGNA AVERNE CURA SEMPRE

**UNA FIRMA PER IL TUO CUORE
E PER TUTTI I CUORI, PICCOLI E GRANDI**

Dona il **5xMille** alla **Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus** indicando il **codice fiscale 94070130482** nella dichiarazione dei redditi. Senza costi, sosterrai la ricerca sulle malattie cardiovascolari.

I 5xMille
codice fiscale
94070130482

www.periltuocuore.it

firma della dichiarazione dei redditi per finalizzare la donazione del 5xMille alla nostra Fondazione. Al Congresso Nazionale ANMCO di Firenze in tutte le sale e nell'area congressuale saranno disponibili numerosi distributori di questi biglietti. Vi invitiamo a prenderne alcuni e promuovere la nostra iniziativa tra i vostri familiari, colleghi, amici e conoscenti.

Molti di voi leggeranno questo numero della nostra Rivista durante il Congresso Nazionale di Cardiologia che rappresenta il nostro abituale momento d'incontro che quest'anno

prevede anche l'importante tornata elettorale per scegliere i componenti del nuovo Consiglio Direttivo. Una nuova squadra raccoglierà il testimone e a tutti coloro che saranno chiamati a rappresentare l'ANMCO sarà affidato

il compito di perseguire al meglio gli obiettivi di questa nostra grande Associazione, cui credo tutti noi riconosciamo un ruolo unico, fin qui testimoniato dai risultati della ricerca e dalla "vivacità" con cui partecipiamo alla vita associativa. Il mio sarà un compito gravoso ma che assumo con l'entusiasmo e la consapevolezza di chi sa che stiamo uscendo da un momento di crisi associativa in un contesto storico di grave e profondo attacco alla Cardiologia. Darò il massimo del mio impegno e del mio coraggio nel guidare il prossimo Consiglio Direttivo sempre nel rispetto dei valori fondanti ed etici dell'ANMCO e con il principale obiettivo di rappresentarla con dignità, salvaguardando l'appropriatezza e la sostenibilità della nostra scelta terapeutica che è specifica della nostra disciplina e non è delegabile ad altre discipline surrogate. Buon ANMCO a tutti! ♥





per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus



Gli opuscoli della Fondazione “per il Tuo cuore”

Mangiare sano | Muoviamoci di più! | Parliamo di fumo | Mantieni giovane il tuo cuore

Per sapere come richiedere o inviare ad altri gli Opuscoli della Fondazione “per il Tuo cuore”
puoi consultare la pagina www.anmco.it/PerIlTuoCuore/Opuscoli del sito WEB ANMCO



News sullo Studio CAPIRE

DI MARCO MAGNONI A NOME DEI RICERCATORI DELLO STUDIO CAPIRE

Studio CAPIRE

Direttivo dello Studio

Prof. Attilio Maseri (Chairman)
 Dott. Daniele Andreini
 Dott. Sergio Berti
 Dott. Mauro Canestrari
 Dott. Giancarlo Casolo
 Dott. Domenico Gabrielli
 Dott. Roberto Latini
 Dott. Marco Magnoni
 Dott. Paolo Marraccini
 Dott. Serge Masson
 Prof. Tiziano Moccetti
 Prof.ssa Maria Grazia Modena

Ricercatori dello Studio

Prof. Tiziano Moccetti - Dott.ssa Maria Grazia Rossi - Lugano
 Dott. Daniele Andreini - Dott. Gianluca Pontone - Milano
 Dott. Gianluca Piccoli - Gianaugusto Slavich - Udine
 Dott.ssa Annachiara Aldrovandi - Dott. Filippo Pigazzani - Parma
 Prof. Rosario Rossi - Dott. Giuseppe Spadafora - Modena
 Dott. Giancarlo Casolo - Dott. Massimo Magnacca - Lido di Camaiore
 Dott. Paolo Marraccini - Dott.ssa Maria Aurora Morales - Pisa
 Dott. Sergio Berti - Dott.ssa Carla Susini - Massa
 Dott. Marco Ciardetti - Dott. Alberto Clemente - Pisa FTGM
 Dott. Mauro Canestrari - Dott. Roberto Olivieri - Fano
 Dott. Domenico Gabrielli - Dott.ssa Liliana Pennacchietti - Fermo

Tabella 1

Il progetto GISSI OUTLIER, promosso dalla Fondazione "per il Tuo cuore", dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, si propone come un potenziale modello innovativo di ricerca che nasce dall'esigenza di rivolgere uno sguardo più attento verso quei soggetti, definibili come "outliers", che nel contesto di diverse malattie cardiovascolari si caratterizzano per un comportamento divergente da quello prevalente della popolazione media, sia in termini di meccanismi fisiopatologici che per modelli di predizione di eventi e di risposta al trattamento. In questo contesto si colloca lo Studio CAPIRE (Coronary Atherosclerosis in outlier subjects: Protective and Individual Risk factor Evaluation), il cui scopo principale è di indagare i meccanismi che regolano i rapporti

tra i fattori di rischio tradizionali (FR) e il processo di aterosclerosi delle arterie coronarie (CAD) attraverso lo studio dei gruppi di soggetti Outliers che in questo caso sono rappresentati da un estremo da soggetti con coronarie indenni da aterosclerosi e molteplici fattori di rischio e dall'estremo opposto da soggetti con aterosclerosi coronarica diffusa e basso profilo di rischio. La popolazione dello studio è stata selezionata partendo dal dato anatomico fornito dallo studio non invasivo delle coronarie mediante MSCT di assenza o presenza di estesa CAD che, successivamente integrato al profilo di rischio basato sui FR, ha consentito di ottenere le due popolazioni outliers (noCAD/High-RF e CAD/Low-RF) e due gruppi di controllo costituiti da soggetti paradigmatici con arterie coronarie indenni e basso profilo di rischio (noCAD/Low-RF) e CAD estesa

in presenza di molteplici fattori di rischio (CAD/High-RF). Analizzando queste popolazioni, fenotipicamente agli opposti tra loro ma omogenee al loro interno, lo scopo dello studio è quindi di generare nuove ipotesi, definendo, attraverso le analisi delle variabili cliniche, di imaging e biomolecolari, il ruolo di eventuali fattori di protezione e di suscettibilità individuali nei confronti dell'aterosclerosi coronarica e le sue manifestazioni cliniche. Lo studio, prospettico, osservazionale e multicentrico ha coinvolto nella fase di selezione e arruolamento 11 centri (Tabella 1). Nel gennaio 2011 è stato arruolato il primo paziente dello studio e a giugno 2013 si è conclusa la fase di arruolamento che, non senza difficoltà ma sempre con l'entusiasmo della maggior parte dei ricercatori coinvolti, ha consentito comunque di

Studio CAPIRE

Il primo studio finanziato grazie alle Campagne di raccolta fondi della Fondazione "per il Tuo cuore"!

Lo Studio CAPIRE è il primo tra gli studi condotti dalla Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus ad essere interamente finanziato con i proventi della Campagna di raccolta fondi "Accendi il tuo cuore per la ricerca" condotta nel 2009. Un grande successo e una grande soddisfazione che "tocca il cuore"!

selezionare complessivamente 544 soggetti. La popolazione generale è caratterizzata nel suo complesso da un'età media di 60.2 ± 8.4 anni e una prevalenza del sesso maschile (58.5%), e con la seguente numerosità suddivisa nei gruppi:

- no-CAD/High-RF: 120 (22.1%)
- CAD/Low-RF: 93 (17.1%)
- no-CAD/Low-RF: 229 (42.1%)
- CAD/High-RF: 102 (18.7%)

In aggiunta ai dati clinici riguardanti i fattori di rischio, i precedenti anamnestici, il profilo psicologico e il regime alimentare valutati con questionari validati, per tutti i soggetti arruolati sono stati raccolti i dati delle caratteristiche di imaging riguardanti la patologia coronarica e microaliquote di siero, plasma e sangue intero ottenute da prelievo venoso periferico che sono andate a costituire una banca biologica dedicata localizzata presso l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano. La costituzione della banca biologica può essere considerata un importante risultato ottenuto e

il valore aggiunto dello studio che rende possibili analisi presenti e soprattutto future di biomarcatori tradizionali ed emergenti in diversi ambiti di profili biologici oltre che l'elaborazione e la costituzione di studi più innovativi, ad esempio in campo genetico o utilizzando nuove tecniche nel campo della proteomica e della trascrittomica. Aver raccolto complessivamente 213 soggetti Outlier così caratterizzati dal punto di vista clinico dell'imaging e biologico rappresenta sia un significativo obiettivo raggiunto, che premia lo sforzo dei ricercatori coinvolti, ma anche un punto di partenza per il lavoro futuro. Nei mesi seguenti la chiusura della fase di arruolamento si è provveduto al completamento del database generale e all'esecuzione centralmente, da parte dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, delle prime determinazioni dei biomarcatori circolanti, definiti di primo livello, necessari sia per il controllo di qualità dei criteri di arruolamento sia per una prima caratterizzazione in termini biologici delle popolazioni studiate. Si è inoltre conclusa nei primi mesi del 2014 la rivalutazione centrale di tutti gli studi MSTC da parte del Core Lab, affidato al Centro Cardiologico Monzino, che oltre a verificare i criteri di inclusione previsti con l'imaging portando a definire la popolazione che sarà oggetto delle future valutazioni, ha anche fornito informazioni riguardanti le caratteristiche della malattia aterosclerotica

coronarica in termini di severità, di composizione e di caratteristiche di vulnerabilità. Quindi, mentre prosegue regolarmente il follow up da parte dei centri, lo studio si avvia verso la fase cruciale di elaborazione dei primi dati della fase trasversale in cui, grazie al disegno dello studio, oltre al confronto dei due gruppi di soggetti outlier sarà possibile eseguire multipli confronti tra i diversi gruppi fenotipicamente omogenei per caratteristiche di malattia o di profilo di rischio. Il primo obiettivo delle analisi sarà verificare i risultati della preliminare esplorazione riguardante i pazienti arruolati nel primo anno i cui risultati sono stati presentati al Congresso Nazionale ANMCO 2012 e al Congresso ESC 2012 oltre che i dati riguardanti il sottoprogetto alimentare N-CORP presentati al Congresso FASEB 2013. In conclusione, la prima fase dello Studio CAPIRE ci ha permesso di confermare l'esistenza, non scontata, di questi individui così particolari e interessanti e ottenere in questo modo un'importante piattaforma su cui lavorare per individuare e studiare nuovi elementi fisiopatologici cercando, come il Professor Maseri ci ha ispirato e stimolato, di spostare la nostra attenzione dalle zone di luce alle zone più oscure come detective alla ricerca di nuovi indizi, con la speranza che agli estremi sia possibile riconoscere quegli elementi distintivi che nel mezzo risultano invece troppo confusi. ♥



...E tre!

DI GIANAUGUSTO SLAVICH

Il 9 maggio si è svolto a Udine, dopo le due precedenti edizioni del 2010 e 2012, nel Teatrone della città (come al solito tutto esaurito), il concerto del Cardiologo Gianaugusto Slavich, per gli amici Nano, a favore della Fondazione "per il Tuo cuore". Era presente, come gli altri anni, il Prof. Attilio Maseri che ha introdotto la serata.

Credo di essere l'unico Cardiologo che ha una band di 20 elementi e questo è il mio 18° concerto in grande stile. Ho iniziato a suonare negli anni '60, quando erano moltissimi i ragazzi che strimpellavano nei vari complessi sull'onda dei Beatles e dei Rolling Stones. Io, a differenza dei più, non ho mai smesso. Ad un certo punto, una trentina di anni fa, ho adottato la formula del concerto biennale a scopo benefico. Uno dei primi fu a favore della "Lega del Cuore", Associazione che faceva

capo al mio Primario, il Prof. Giorgio Feruglio, del quale ricordo ancora l'espressione sbalordita e felice per l'esito della serata. Nel tempo sono orgoglioso di essere riuscito a coltivare le mie due grandi passioni: il "cuore" e la "musica", la cui distanza, credetemi, è molto ravvicinata. Per entrambe ci vuole curiosità, capacità di osservare, ascoltare, cogliere e soprattutto un approccio libero, sereno e senza nessun altro fine se non il desiderio di far star bene anche gli altri. E per entrambe ci vuole umiltà. ♥

PRESIDENTE



Francesco Maria Bovenzi

FRANCESCO MARIA BOVENZI
Direttore Dipart. Cardio - Respiratorio
U.O. di Cardiologia
Ospedale "Campo di Marte"
Via dell'Ospedale, 1 - 55100 Lucca
Tel. 0583/449515 - Fax 0583/970448
f.bovenzi@usl2.toscana.it

PRESIDENTE - DESIGNATO



Michele Gulizia

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

PAST - PRESIDENT



Marino Scherillo

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

VICE-PRESIDENTE



Serena Rakar

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

VICE-PRESIDENTE



Fabrizio Oliva

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

SEGRETARIO GENERALE



Roberto Ceravolo

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

TESORIERE



Angelo Sante Bongo

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

CONSIGLIERI

MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI



Maurizio Giuseppe Abrignani

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

Fax 0923/809317
maur.abri@alice.it

FURIO COLIVICCHI



Furio Colivicchi

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

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

CARMINE RICCIO



Carmine Riccio

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

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

GIANFRANCO ALUNNI



Gianfranco Alunni

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

P.le G. Menghini - 06132 Perugia
Tel. 075/5782238 - Fax 075/5782214
gianfrancoalunni@gmail.com

PAOLO COLONNA



Paolo Colonna

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

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

ROBERTO VALLE



Roberto Valle

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

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



PCI primaria: Lombardia VS Piemonte... Aspettando EYESHOT

Una recente survey indica analogie e differenze su come viene eseguita la PCI primaria in Lombardia e Piemonte

DI STEFANO DE SERVI E GIUSEPPE MUSUMECI

Una recente survey promossa dai Cardiologi interventisti della Lombardia e del Piemonte ha fatto il punto sul trattamento con angioplastica (PCI) primaria dei pazienti con STEMI. Lo scopo era di verificare quali fossero gli aspetti organizzativi e tecnici relativi alla esecuzione di queste procedure e quale il trattamento farmacologico concomitante nei vari laboratori. Vi sono 20 laboratori di Emodinamica censiti dal GISE in Piemonte e 51 in Lombardia. Considerando la popolazione delle due regioni (circa 10 milioni in Lombardia e 4 milioni e mezzo in Piemonte) il rapporto è di circa 1 laboratorio ogni 200.000 abitanti in Lombardia e 1 ogni 225.000 in Piemonte. Nonostante questa modesta differenza, risulta che in Piemonte nessun centro effettui meno di 80 angioplastiche primarie all'anno, mentre in Lombardia più del 20% dei centri non raggiunge questo standard. Questa differenza si osserva nonostante il 95% dei centri nelle due regioni dichiarati di effettuare una reperibilità continua-

ta (h 24) per 7 giorni la settimana. Dai dati GISE relativi alle procedure eseguite nel 2012 (l'ultimo report disponibile) si evince che in Piemonte si eseguono circa 550 PCI primarie per milione di abitanti all'anno, 530 in Lombardia. In media ogni centro esegue 123 PCI primarie in Piemonte all'anno contro 104 in Lombardia. Tra i centri lombardi, il 16% non si dichiara centro "hub" mentre solo 1 centro in Piemonte non lo è. Vi è quindi in Lombardia un notevole sforzo organizzativo (il 95% dei centri dichiara di avere una reperibilità continua per lo STEMI) cui corrisponde un risultato globalmente poco efficiente. È questo un aspetto noto da tempo, che tuttavia non riceve una adeguata risposta dagli organi competenti. La survey ha permesso inoltre di verificare alcuni aspetti tecnici di esecuzione delle procedure. Ne è risultato che il 70% delle PCI primarie sono eseguite per approccio radiale nei laboratori sia lombardi che piemontesi. Un dato davvero rilevante, se si pensa che l'approccio radiale, nonostante le

evidenze consolidate sulla riduzione delle emorragie, che come noto sono correlate con la prognosi dei pazienti, non sia molto effettuato negli Stati Uniti, dove l'accesso femorale continua ad essere quello preferito dagli interventisti. Interessante anche il ridimensionamento dell'aspirazione manuale del trombo durante la procedura. Nel 2012 il 40% degli interventisti lombardi dichiarava di utilizzarla in tutti i casi, mentre in questa ultima survey tale proporzione si è ridotta all'11% (dato analogo è riscontrato tra i colleghi piemontesi). È verosimile che questa riduzione sia secondaria alla pubblicazione dello Studio TASTE⁽¹⁾, un ampio trial randomizzato che in oltre 7.000 pazienti non ha mostrato una superiorità di tale tecnica che non è riuscita a ridurre la mortalità per ogni causa a 30 giorni rispetto alla esecuzione della PCI primaria senza trombectomia manuale. Un altro studio, come il TASTE presentato all'ultimo Congresso della Società Europea di Cardiologia (e analogamente pubblicato sul New England

La terapia antitrombotica di scelta nel vostro laboratorio è...

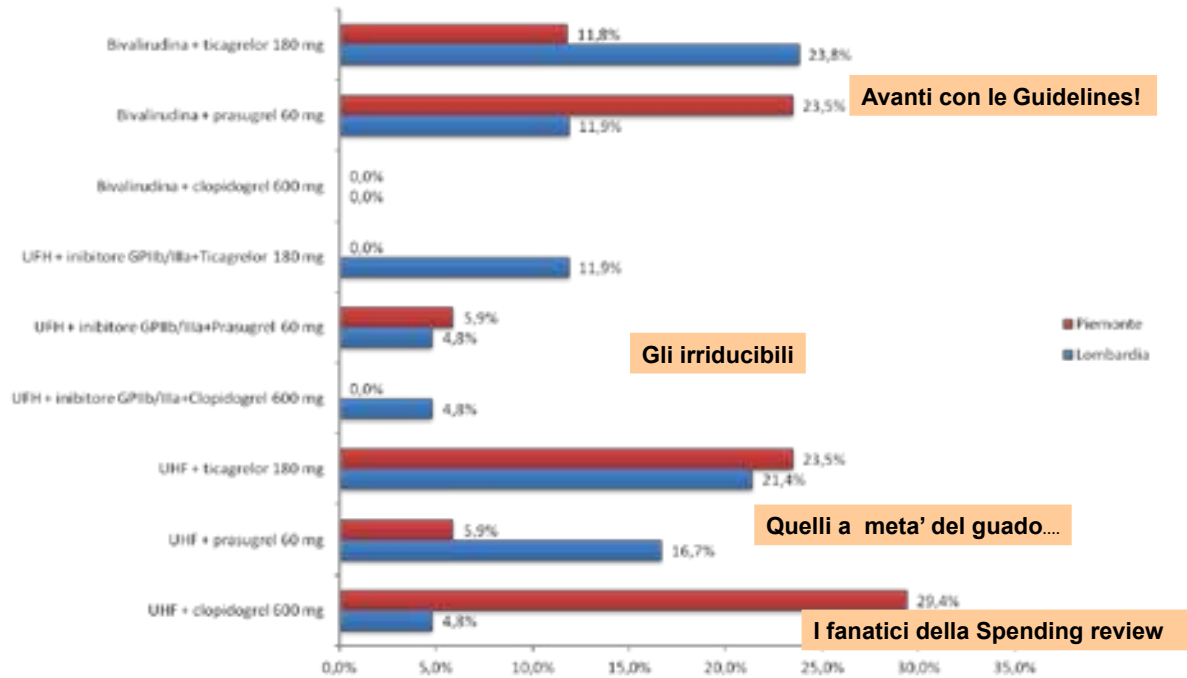


Figura 1

Journal of Medicine) è lo Studio PRAMI⁽²⁾ che, in una serie peraltro limitata di pazienti, ha dimostrato come l'angioplastica di tutti i rami stenotici in corso di PCI primaria conduca ad una prognosi migliore rispetto all'esecuzione della PCI sul solo ramo "colpevole" dello STEMI. Gli interventisti sia lombardi che piemontesi risultano poco o per nulla convinti dai risultati sorprendenti di questo studio visto che la stragrande maggioranza (circa il 95%) si limita alla dilatazione della sola lesione "culprit" durante la PCI primaria. Un capitolo della survey è dedicato all'utilizzo dei farmaci antitrombotici somministrati durante la procedura. La Figura 1 riassume i dati: i nuovi inibitori del recettore piastrinico P2Y12 sono ormai ampiamente utilizzati, come suggerito dalle Linee Guida (con una prevalenza di prasugrel in Piemonte e di

ticagrelor in Lombardia). Permane tuttavia un utilizzo ancora ampio di clopidogrel in Piemonte (circa il 30% dei centri) legato in parte a protocolli di somministrazione già in ambulanza di tale farmaco. Ancora poco convinti appaiono gli emodinamisti dalla bivalirudina, nonostante le Linee Guida ne raccomandino l'utilizzo in tale ambito. Globalmente solo una interventista su tre la utilizza in corso di PCI primaria, confermando il suo basso uso, nonostante l'evidenza favorevole del Trial di riferimento (HORIZONS-AMI)⁽³⁾. Da notare come circa il 20% degli emodinamisti lombardi (contro il 5% dei piemontesi) continua ad usare un inibitore della glicoproteina piastrinica IIb/IIIa in tutte le PCI primarie, nonostante il ridimensionamento che questi farmaci abbiano avuto nelle più recenti Linee Guida. Vi

è da sottolineare tuttavia che tale percentuale in Lombardia risulta ridotta rispetto al 2012, quando oltre un terzo degli interventisti dichiarava di prediligere tali farmaci. Vi è da notare infine che tali dati non derivano da un registro di casi consecutivi, ma solo indicano le preferenze dei Cardiologi interventisti. Sarà interessante verificare se questi comportamenti saranno confermati, o smentiti, dal Registro EYESHOT. ♥

Bibliografia

- 1) Fröbert O, Lagerqvist B, Olivecrona GK, et al. Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med* 2013;369:1587-97.
- 2) Wald DS, Morris JK, Wald NJ et al PRAMI Investigators. Randomized trial of preventive angioplasty in myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2013; 369:1115-23.
- 3) De Servi S, Mariani G, Mariani M, D'Urbano M. The bivalirudin paradox: high evidence, low use. *Review J Cardiovasc Med (Hagerstown)*. 2013; 14:334-41.



Studi da poco conclusi

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento
EYE-SHOT	203	2585	intraospedaliero	chiuso

Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento
CYCLE In collaborazione con Istituto Mario Negri di Milano	31	410	6 mesi	chiuso
STEM-AMI OUTCOME	40	75	2 anni	in corso Newsletter
GISSI Outliers VAR	11	61	3 anni	in corso Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	18 (255)	358/4651	Event driven	in corso
GISSI Outliers CAPIRE	11	544	5 anni	chiuso Newsletter
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26 (444)	1660 (30624)	Event driven	chiuso
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	15 (245)	53 (679)	Event driven	in corso
TOSCA.IT In collaborazione con Società Italiana Diabetologi	61	3012	Event driven	chiuso

■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ CARDIOCHIRURGIA E MALATTIE VASCOLARI

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo <http://www.anmco.it/fondazione/CentroStudi/studi/>



FOCUS ON

STUDIO EYESHOT

Il Registro EYESHOT, nazionale, multicentrico, di tipo osservazionale, sull'uso dei trattamenti antitrombotici nei pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta ricoverati in UTIC, costituisce un momento importante per la raccolta di dati che possono aiutare i clinici nella scelta delle terapie più idonee.

Il Registro EYESHOT ha lo scopo di migliorare le conoscenze sulle varie terapie antitrombotiche comunemente impiegate (da sole o in combinazione), dal momento del ricovero alla dimissione, in pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta, con differenti profili di rischio ischemico/emorragico, sottoposti a differenti strategie terapeutiche (rivascolarizzazione percutanea, chirurgica o strategia conservativa), nonché di determinare la frequenza di eventi clinici intra-ospedalieri (ischemici ed emorragici) in accordo alle differenti combinazioni di agenti antitrombotici utilizzate.

Il Registro è stato condotto in 203 UTIC. Nelle 3 settimane di arruolamento previste dal protocollo sono stati arruolati 2585 pazienti (59% NSTEMI-ACS, 41% STEMI), ricoverati consecutivamente con diagnosi di sindrome coronarica acuta nei centri partecipanti. I risultati di EYESHOT verranno presentati in occasione del Congresso ANMCO 2014 all'interno del Simposio "Gli Studi Clinici dell'ANMCO" e nella Convention delle UTIC.

STUDIO CYCLE

Il CYCLE è uno studio multicentrico, nazionale, randomizzato, in aperto, il cui obiettivo è quello di verificare se la cefalosporina (CsA) può migliorare l'esito di un infarto STEMI ripperfuso con successo, favorendo la riperfusione miocardica. I pazienti con STEMI esteso e indicazione alla PCI primaria vengono arruolati entro 6 ore dall'esordio dei sintomi e randomizzati in sala emodinamica a bolo endovenoso di 2,5mg/kg di CsA poco prima della PCI, oltre alla terapia raccomandata o solo terapia raccomandata.

L'obiettivo primario dello studio è il miglioramento della riperfusione miocardica, valutata con la risoluzione del tratto ST \geq 70% 1 ora dopo PCI.

Gli obiettivi secondari sono la Troponina-T ad alta sensibilità (hsTnT) in 4^a giornata dopo PCI, la mortalità totale, l'insufficienza cardiaca sintomatica o shock cardiogeno o riospedalizzazione per ragioni cardiovascolari nei 6 mesi seguenti la randomizzazione. I pazienti vengono infatti seguiti in follow-up con un controllo a 4 settimane e uno finale a 6 mesi dalla randomizzazione.

L'arruolamento è iniziato a settembre 2011 e si è concluso nella maggior parte dei centri il 28/02/2014, quando risultavano arruolati 379 pazienti da 32 centri; 10 centri hanno accettato di continuare ad arruolare fino al 30/04/2014 (come da Emendamento 3), quando il numero complessivo di pazienti nello studio era 410. In questa fase dello studio è quindi necessario l'impegno di tutti per seguire i pazienti in follow-up come previsto dal protocollo ed inserire i dati in e-CRF in tempo reale: i dati relativi all'end-point primario (dati intraospedalieri) verranno presentati al Congresso ANMCO 2014.



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)

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



Lo Studio INCIPIT 2: in attesa dei risultati

**Molto entusiasmo, molti centri dedicati,
un gran patrimonio culturale e assistenziale che va raccolto e incoraggiato**

DI MICHELE AZZARITO E IOLANDA ENEA

Siamo tutti figli di qualcuno e la Survey INCIPIT 2 ha probabilmente numerosi genitori: innanzitutto la capacità ideativa e la tenacia della Dott.ssa Iolanda Enea che ne ha curato ideazione e realizzazione, poi la vocazione dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ad utilizzare strumenti di lavoro quali registri osservazionali e survey; ed ancora l'entusiasmo dei vari Comitati di Coordinamento e dei rispettivi Chairperson che hanno partecipato fattivamente alla realizzazione della survey senza sentire come una *diminutio* l'incapacità di proporre (almeno al momento) dei trial randomizzati, appannaggio di chi riesce ad ottenere l'attenzione della industria farmaceutica. Quindi numerosi genitori ma sicuramente un importante precedente: il primo Registro INCIPIT (INCidenza della Ipertensione Polmonare nei laboratori di ecocardiografia in Italia), i cui risultati sono stati resi pubblici sul Giornale Italiano di Cardiologia nel 2010. A questa prima indagine

aderirono ben 120 laboratori di ecocardiografia sparsi su tutto il territorio nazionale. L'indagine si è protratta per 15 giorni lavorativi; il 6% dei pazienti sottoposti ad ecocardiografia aveva una Ipertensione Polmonare stimata al doppler e di questi pazienti il 10% aveva un'Ipertensione Polmonare stimata alla quale l'ecografista non era riuscito a dare una paternità. A questo punto ci siamo posti un ulteriore interrogativo: che fine fanno questi pazienti? In che modo sul territorio nazionale viene proposto e seguito un percorso diagnostico che dalla stima della condizione fisiopatologica "Ipertensione Polmonare" possa condurre alla diagnosi della condizione clinica "ipertensione arteriosa polmonare"? Il rischio, infatti, è che questi pazienti non vengano seguiti adeguatamente, mentre sarebbe giusto che effettuassero un iter diagnostico completo volto a chiarire l'eziologia della Ipertensione Polmonare. È infatti noto che la ipertensione arteriosa polmonare è una

condizione clinica rara (prevalenza 15 - 52 casi per milione di abitanti) con una gestione difficile che si articola in complessità culturali e organizzative via via crescenti e richiede la collaborazione di molteplici specialisti. Lo screening può essere effettuato con ecocardiografia, ma la conferma diagnostica, dopo una serie di indagini di esclusione, richiede il cateterismo destro, così come la prescrizione di farmaci specifici è oggetto di regolamentazioni diverse nelle varie regioni italiane. L'Area Malattie del Circolo Polmonare ha quindi proposto alle U. O. di Cardiologia, da dicembre 2012 a maggio 2013, un'ulteriore indagine conoscitiva con l'obiettivo di ottenere una mappa dell'attuale percorso diagnostico terapeutico della IAP in Italia mediante la compilazione di un breve questionario online. I risultati preliminari di tale indagine sono stati oggetto di comunicazione all'ultimo Congresso Nazionale ANMCO. Anche l'INCIPIT 2 ha avuto una buona partecipazione;

Ipertensione Polmonare, malattia di gran fascino, culturalmente emergente, che in questo momento attira molta attenzione e dedizione sul territorio nazionale

hanno compilato correttamente il questionario 102 centri, di questi 50 al Nord, 19 al Centro, 33 al Sud. Un terzo dei centri partecipanti ha di-

creazione di un percorso condiviso sul territorio nazionale che migliori l'approccio diagnostico terapeutico ai pazienti con IAP. Tanto rigoglio

L'INCIPIT 2 ha avuto una buona partecipazione Hanno compilato correttamente il questionario 102 centri, di questi 50 al Nord, 19 al Centro, 33 al Sud

chiarato di non avere alcuna organizzazione rivolta al problema IAP, 67/102 centri hanno dichiarato di attuare un percorso per la diagnosi di IAP, in 2/3 dei casi in collaborazione con centri "di riferimento" distribuiti sul territorio nazionale; alcuni centri hanno dichiarato di avere un singolo specialista dedicato, altri hanno dichiarato di avere dei gruppi di lavoro con più specialisti dedicati. Inoltre, 36 di questi centri hanno dichiarato di effettuare in sede cateterismo destro con test di reattività vascolare, di questi 21 utilizzano nitrossido, 8 adenosina, 5 epoprostenolo, 2 nitrossido o epoprostenolo; 58/102 sono centri prescrittori. In conclusione, tali risultati preliminari da un lato rendono conto di un interesse diffuso per l'Ipertensione Polmonare (francamente anche superiore a quel che ci aspettavamo) probabilmente legato alla disponibilità di trattamenti farmacologici maneggevoli ed efficaci nel migliorare la qualità e la durata della vita, non solo, ma anche al grande fascino della malattia; dall'altro mettono in evidenza una significativa eterogeneità organizzativa, suggerendo la necessità della

di centri dedicati può essere spiegato con la possibile presenza di un bias legato al fatto che i centri più sensibili, che avevano già un'attenzione, se non un'organizzazione, sono anche quelli che hanno risposto, mentre gli altri semplicemente non hanno partecipato allo studio. Questa considerazione non inficia assolutamente i risultati dell'INCIPIT 2, anzi propone due considerazioni: la prima è che l'Ipertensione Polmonare è patologia rara ma culturalmente emergente e che "trascina" con sé anche l'interesse per le forme non precapillari che spesso hanno un peso ragguardevole nel destino della malattia di base (basti pensare, volendo restare a patologie più familiari per il Cardiologo, a quanto è importante l'Ipertensione Polmonare nel determinismo terapeutico di molte valvulopatie). La seconda considerazione è di carattere organizzativo: al contrario di quel che è avvenuto in altri paesi, l'interesse per questa patologia non si è coagulato in una "rete" organizzata (a riprova di ciò in Italia non vi è un registro della Ipertensione Polmonare, ed epidemiologicamente ci basiamo su dati

desunti da registri di altri paesi e proiettati sulla nostra popolazione); esiste invece un volenteroso e, se vogliamo, entusiastico, attivismo nel costituire una serie di microreti che si articolano su conoscenza, singoli rapporti, fama del professionista di riferimento, ecc. Survey come gli INCIPIT non possono assolutamente proporsi in questa direzione, ma intanto hanno il pregio di "censire" le realtà e cominciare a creare le premesse, per chi ha buona volontà, di un lavoro comune e articolato su criteri condivisi largamente. L'INCIPIT 2 documenta un patrimonio di cultura e dedizione che va assolutamente raccolto, incoraggiato; la capillarizzazione dell'assistenza nelle malattie rare (e nel caso dell'Ipertensione Polmonare difficili) è senz'altro un bene che consente ai pazienti la rapida accessibilità a specialisti che non siano a digiuno della problematica o che di essa si occupino. Per contro il rischio della capillarizzazione è ovviamente la dispersione, che in ambito di malattia rara implica scarsa curva di crescita culturale, poca ricerca, scarsa capacità di far valere le necessità organizzative in sede istituzionale sia locale che generale. Noi riteniamo che i tempi consentano di iniziare a pensare in termini di rete e registri nazionali che convogliano senz'altro i flussi verso i noti centri esperti nazionali, ma che non depauperino il lavoro dei centri periferici e che, nel mondo di internet, consentano il viaggio prevalentemente delle informazioni, non necessariamente dei pazienti. ♥



Le nuove competenze infermieristiche: problema o opportunità?

La necessità di ridefinire le competenze infermieristiche è attuale, ma non può essere interpretabile con un elenco di compiti o skill, deve essere articolato in un piano di studi differenziato per ciascun settore di specializzazione

DI SABRINA EGMAN

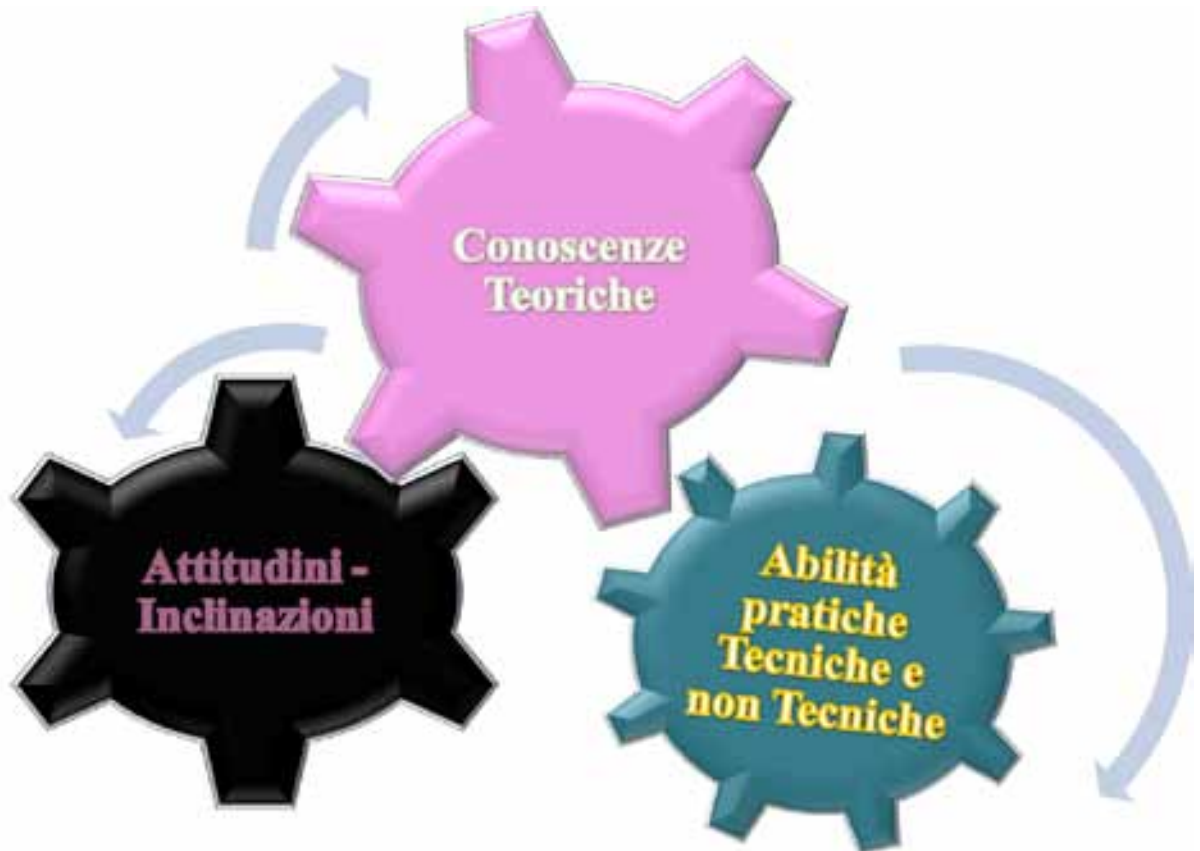
Quando osserviamo una persona mentre svolge la propria attività lavorativa, possiamo notare come alcune sue caratteristiche personali determinano la sua “performance” e per certi aspetti la sua professionalità. Osservare una prestazione è di solito un metodo più affidabile per giudicare la competenza di una persona rispetto a un sistema che richiede di definire una serie di caratteristiche personali da cui dipende una buona prestazione lavorativa. Le competenze non sono però elementi “reali” allo stesso modo di caratteristiche personali quali capacità e interessi. Il termine “competenza” è solo un’etichetta utilizzata per indicare, fra tutte le possibili caratteristiche personali esistenti, quelle di volta in volta ritenute significative. Il termine permette di riferirsi a tali fattori senza doverli ogni volta elencare (conoscenze, capacità trasversali, capacità tecniche, tratti caratteriali, atteggiamenti, attitudi-

ni). Uno dei più significativi determinanti del buon andamento/qualità dei servizi sanitari e socio sanitari è costituito dall’insieme degli operatori che, costituendo l’interfaccia principale tra il sistema e i cittadini assumono un ruolo centrale nella realizzazione di risposte di qualità, efficienza/appropriatezza dei processi e dei percorsi di cura e di assistenza, efficacia della relazione umana e professionale e di un proattivo risk management. Investire nella professione infermieristica pone le basi per una nuova autonomia e responsabilità professionale, consente di favorire un sistema professionale capace di sostenere e soddisfare le esigenze dei servizi e della popolazione. Il riorientamento della formazione deve essere centrato sullo sviluppo di piani di studio, programmi di formazione, basati sulle competenze, orientati alla comunità, rivolti allo studente e alla soluzione dei problemi di salute e dei servizi. I

livelli di formazione curriculare universitaria devono basarsi su modelli di apprendimento per competenze e tendere a certificare le conoscenze, le abilità e i comportamenti del professionista. Il Corso di Laurea in infermieristica si pone l’obiettivo di garantire allo studente, che si appresta a diventare infermiere, un’adeguata padronanza dei metodi e contenuti scientifici generali della materia di studio, garantendo alla fine del percorso triennale un facile inserimento nel mondo del lavoro, sia presso enti pubblici che privati, nonché l’accesso alla libera professione; oltre all’acquisizione di una solida base, che permette l’accesso all’alta formazione, magistrale. La valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo della professione ad opera dell’attività legislativa ed amministrativa dello Stato e delle Regioni, deve essere realizzata alla luce e nel rispetto:

- a) della competenza propria della professione, che si identifica con

Competenze (Performance secondo uno standard)



le “attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva” (art. 1, comma 1, l. n. 251/2000);
b) dell’evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative per le professioni sanitarie. La statuizione dell’art. 1 della Legge 42 “Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie [...] è determinato dai contenuti dei decreti ministeriale [...] fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre

professioni del ruolo sanitario [...] nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali” ha provocato anche recentemente, un significativo dibattito tra la professione infermieristica e quella medica soprattutto per quanto concerne la ridefinizione dei campi di attività e delle competenze/responsabilità nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, la continuità dell’assistenza e la presa in carico territoriale di numerose tipologie di pazienti, l’innovazione dell’organizzazione del lavoro.

In considerazione della complessità quotidiana del funzionamento degli Ospedali, dei servizi sanitari e socio sanitari territoriali e della necessaria innovazione dei processi dell’organizzazione e dei percorsi clinico-assistenziali-riabilitativi si pone, con evidenza, la necessità del lavoro interdisciplinare e multiprofessionale all’interno delle attività clinico assistenziali dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività. Tale scenario richiede l’acquisizione di saperi elevati per ciascuna professione dell’equipe



e competenze agite in una logica di integrazione, collaborazione e cooperazione tra professionisti e non solo dell'area sanitaria. Implica l'acquisizione di un metodo di lavoro basato sulla partecipazione, sulla collaborazione e condivisione dei saperi e delle competenze per il miglior risultato possibile sull'assistito. Un esercizio professionale flessibile, dinamico ed integrato rende necessaria l'innovazione dei rapporti fra le diverse professionalità sanitarie e socio - sanitarie e l'organizzazione dei processi produttivi anche definendo e ridefinendo "in progress" spazi e attività che arricchiscono le competenze distintive di ogni professione che in tal modo garantisce valore aggiunto ai processi di cura ed assistenza. Allo scopo diviene rilevante la capacità di relazionar-

La pratica infermieristica avanzata si realizza attraverso l'esperienza clinica e percorsi di formazione avanzata, che consentono agli infermieri di acquisire conoscenze specialistiche, ma anche di estendere le loro competenze cliniche, attraverso lo sviluppo di capacità di ragionamento e di gestione dei problemi di assistenza ad elevata complessità

Uno dei determinanti del buon andamento/qualità dei servizi sanitari e socio sanitari è costituito dall'insieme degli operatori che, costituendo l'interfaccia principale tra il sistema e i cittadini assumono un ruolo centrale nella realizzazione di risposte di qualità, efficienza/appropriatezza dei processi e dei percorsi di cura e di assistenza, efficacia della relazione umana e professionale e di un proattivo risk management

si proattivamente nell'intento di fornire appropriate prestazioni e costruire un clima lavorativo che favorisca comprensione, partecipazione e riconoscimento/valorizzazione di ogni specifico apporto professionale. La ridefinizione, l'implementazione e l'approfondimento delle competenze e responsabilità professionali degli infermieri riguarda, in una prima fase, le competenze che possono essere esercitate, dando atto agli strumenti sopra presentati, nelle seguenti aree professionali:

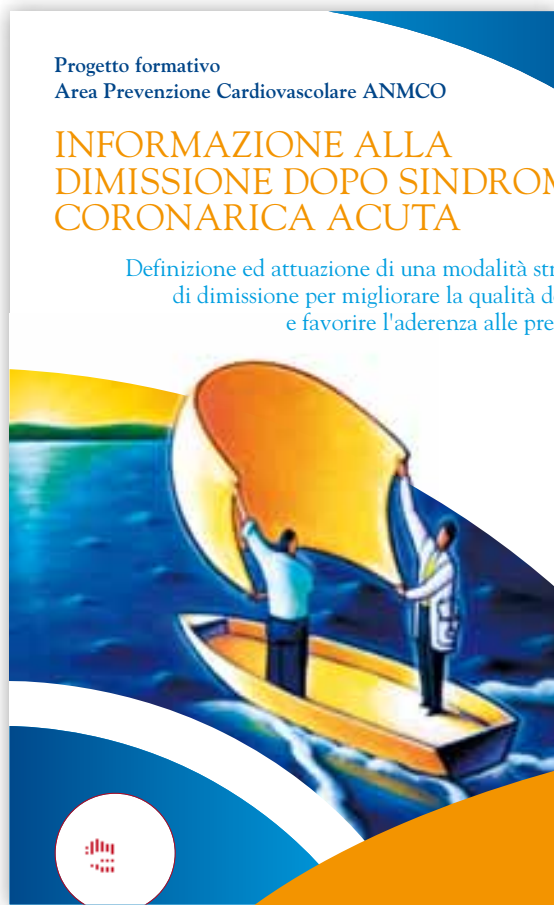
- Area cure primarie - infermiere comunità - famiglia;
- Area intensiva e dell'emergenza urgenza;
- Area medica;
- Area chirurgica;
- Area neonatologica e pediatrica;
- Area salute mentale e dipendenze.

Quanto rappresentato fonda il proprio rationale attraverso una visione integrata delle seguenti componenti: contrattuale e di riconoscimento, formazione regionale con standard nazionali, formazione curricolare universitaria e accreditamento professionale. È necessario sviluppare un sistema assistenziale

capace di superare l'antinomia tra livelli e comparti di cure ma, ancor più, in grado di sviluppare la continuità delle cure, la cultura della solidarietà e dell'aiuto. L'incertezza entra prepotentemente nell'organizzazione, influenzando il lavoro, rivisitando le finalità dell'aziendalizzazione, che diventano:

- Razionalizzazione della spesa nell'obiettivo di perseguire efficienza, efficacia, economicità;
- Rivisitazione del modello organizzativo, attraverso un diverso rapporto ospedale - territorio;
- Centralità del paziente;
- Valorizzazione delle risorse professionali;
- Rimodulazione dell'offerta.

Le organizzazioni sanitarie sono alla ricerca di nuovi modelli organizzativi utili ad ottimizzare le risorse ed incentrare l'attenzione sul paziente, pianificando un percorso diagnostico - terapeutico focalizzato sulle sue diversità cliniche ed assistenziali, la valorizzazione delle competenze professionali e l'integrazione nel team di cura, che potrà essere la chiave di volta del cambiamento. ♥



Non basta una “buona lettera di dimissione”

Un progetto formativo dell'Area Prevenzione Cardiovascolare per il miglioramento della qualità della dimissione dopo Sindrome Coronarica Acuta

DI FRANCESCO FATTIROLLI, GIAN FRANCESCO MUREDDU, ELISABETTA ANGELINO, SABRINA EGMAN

La letteratura internazionale ha da tempo focalizzato l'attenzione sul problema della comunicazione tra Ospedale e cure primarie, ponendo la lettera di dimissione come uno degli snodi irrinunciabili per ottimizzare il trasferimento delle informazioni dall'Ospedale al territorio. Un passaggio di notizie inaccurato, infatti, influenza negativamente la continuità della cura e contribuisce ad aumentare l'incidenza di eventi avversi. Le

Società Scientifiche e gli Organismi istituzionali hanno esercitato, negli ultimi anni, un forte richiamo affinché la lettera di dimissione potesse diventare uno strumento sempre più efficace, completo e fruibile per colmare questa lacuna. Ma non basta una “buona lettera di dimissione” per realizzare una “buona dimissione”. Infatti sia la lettera di dimissione che gli interventi strutturati con finalità educative, raccomandati per tutti i pazienti con malattia coronari-

ca (in genere indicati come interventi di “counseling breve”), non possono colmare il difetto di comunicazione che si realizza al termine di un ricovero, per le ragioni esposte qui di seguito.

a) La lettera di dimissione è il mezzo di trasferimento delle notizie sul ricovero dal medico ospedaliero al medico curante e risulta quindi il principale, se non unico, strumento informativo tra Ospedale e Territorio. La chiarezza e completezza



L'obiettivo è affrontare le problematiche che si presentano alla dimissione dopo SCA ed identificare i contenuti indispensabili per realizzare una buona dimissione nell'ottica della riduzione del rischio clinico e della impostazione degli interventi di prevenzione

dei contenuti, fondamentali per un corretto "handoff", sono indispensabili per la prevenzione del rischio di nuovi eventi in un momento di elevato rischio del paziente nel passaggio tra successivi momenti di cura. Per sua natura però, la lettera di dimissione non può essere lo strumento di comunicazione con il paziente, poiché è rivolta ad un medico ed è caratterizzata dai contenuti propri della comunicazione sanitaria.

b) Il counseling è uno strumento fondamentale per l'educazione del paziente e per l'impostazione della prevenzione secondaria. Tuttavia difficilmente è realizzabile in modo adeguato al momento della dimissione da un reparto per acuti perché richiede un contesto ambientale particolare, definito da una disponibilità adeguata di tempo e da figure professionali tecnicamente preparate: in tal senso si dovrebbe configurare più propriamente come componente dell'intervento terapeutico in un ambulatorio orientato alla prevenzione dopo la dimissione, oppure nell'ambito del programma strutturato di riabilitazione, di cui è parte integrante.

La dimissione dopo SCA: un momento di potenziale vulnerabilità del paziente

L'importanza del momento della dimissione è analoga in pazienti ricoverati per diverse cause, quali scompenso cardiaco acuto, intervento cardiocirurgico, procedura di riarterializzazione, ma per la rilevan-

za epidemiologica e le modificazioni negli ultimi anni delle modalità di trattamento che hanno reso la durata del ricovero estremamente breve, la Sindrome Coronarica Acuta (SCA) rappresenta l'esempio più appropriato del problema della comunicazione e del trasferimento delle informazioni che precedono ed accompagnano la dimissione ospedaliera. Negli ultimi anni la pressione economica ha sollecitato il Sistema Sanitario a dimissioni "quicker and sicker". Questo fenomeno ha reso la dimissione dopo SCA sempre più un momento di cambiamento cruciale nella storia di malattia del paziente, il quale, improvvisamente, si trova ad essere responsabile della gestione di farmaci per lui nuovi e a dover autonomamente monitorare una sintomatologia del tutto sconosciuta, come nel caso del primo evento di malattia, o non necessariamente ben nota anche se preceduta da altri episodi di ricovero, delle quale dovrà in modo tempestivo cogliere un eventuale peggioramento. Per un sistema high quality centrato sul paziente vengono identificati alcuni punti qualificanti che il personale sanitario deve garantire nella programmazione della dimissione dopo SCA: informazione al paziente e ai familiari sulla storia della malattia e sulla prognosi; fattori di rischio e strategie per contenerli; obiettivi del piano di trattamento; istruzioni su farmaci, dieta, attività fisica; necessità dei controlli medici. Devono esse-

re individuate le modalità informative che facciano integralmente parte dell'intervento di cura, selezionando le informazioni sulla base di priorità rilevanti per la sicurezza del paziente, identificando le figure responsabili (medici e infermieri) della trasmissione delle stesse e garantendo l'omogeneità delle indicazioni o delle risposte alle domande da parte di tutti i componenti dell'équipe sanitaria. È opportuno che la comunicazione alla dimissione sia orientata alle domande più frequenti alle quali il personale sanitario deve dare risposte, indipendentemente dal fatto che le stesse siano esplicitate dal singolo paziente e va verificato sempre che cosa sia stato compreso e che cosa sia stato trattenuto dell'informazione erogata.

La proposta dell'Area Prevenzione Cardiovascolare: una modalità strutturata di dimissione

Da queste premesse emergono le ragioni della strutturazione di un progetto per il miglioramento della qualità della dimissione dal reparto per acuti. La dimissione è molto più di un atto routinario, in quanto presuppone, ogni volta, un impegno preciso da parte della struttura, del medico, dell'infermiere, del paziente al fine di ottenere il migliore risultato dalle cure messe in atto nel corso del ricovero. I punti essenziali sono rappresentati da:

- **La gestione della dimissione.** Sono gli aspetti "organizzativi", rappresentati dal tempo necessario, dal luogo adeguato, dalla figura professionale coinvolta, dal coinvolgimen-

to del familiare, dalla verifica della comprensione delle informazioni.

- **I contenuti.** È la scelta delle priorità, la preparazione, la selezione delle informazioni, la comunicazione del rischio, le istruzioni su comportamenti, farmaci e stile di vita.

- **La personalizzazione sul paziente.** È la necessità di considerare le diverse tipologie di pazienti, le risorse individuali su cui fare leva per favorire l'aderenza, tenendo conto non solo della soddisfazione del paziente ma anche della comprensione e della praticabilità delle informazioni fornite.

Perché una proposta dall'Area Prevenzione Cardiovascolare

La dimissione rappresenta un momento di potenziale alta vulnerabilità del paziente: nella sequenza dei passaggi che costituiscono il successivo percorso di cura, la dimissione è il primo nodo della rete che andrà a definire il tessuto su cui si realizza, attraverso il programma di follow - up, il progetto di prevenzione, in collegamento con la Medicina del territorio. La inadeguatezza di questo momento può quindi inevitabilmente ricadere sull'intera gestione del paziente con malattia coronarica. Per questo l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha proposto un progetto per il miglioramento della qualità della dimissione, affinché una modalità condivisa e standardizzata possa favorire, fino dal rientro a domicilio, il percorso di cura del paziente. Gli obiettivi principali sono: applicare una modalità strutturata di dimissione e valutarne gli effetti sui miglioramenti della qualità della

cura dopo SCA; estendere, nelle diverse realtà organizzative, l'adozione di una metodologia standardizzata; realizzare un miglioramento della qualità organizzativa attraverso le azioni correttive derivanti dalla analisi della applicazione degli strumenti operativi elaborati.

Il progetto formativo: la fase sperimentale

Il Progetto Formativo, nella fase pilota del 2014, viene realizzato in tre regioni (Toscana, Campania, Liguria) e limitato a 10 Unità di Cardiologia per acuti per Regione. È prevista una rilevazione preliminare, mediante scheda informativa, appositamente strutturata, delle abituali modalità di dimissione delle Unità di Cardiologia partecipanti. Allo scopo di garantire una base di conoscenza comune nelle diverse realtà organizzative che aderiscono al progetto, il corso è dedicato agli operatori coinvolti nella dimissione (un medico e un infermiere per struttura) e finalizzato a evidenziare e approfondire le diverse componenti della informazione alla dimissione dopo SCA, attraverso aggiornamenti sulle più recenti evidenze di letteratura e le strategie per favorire l'aderenza terapeutica. I partecipanti al corso di formazione diverranno a loro volta formatori dei colleghi della propria unità di lavoro ed avranno quindi la funzione di "facilitatori" per le proprie strutture.

A questo scopo, al termine del corso, viene fornito il materiale didattico per effettuare un incontro formativo nella propria unità.

L'azione formativa: una checklist per superare ostacoli culturali e comportamentali ed incidere sull'organizzazione

Per il progetto è stata messa a punto una checklist che ogni medico e infermiere potrà adattare alla propria realtà ed utilizzarla al termine della dimissione del paziente. Ogni item previsto nella checklist è caratterizzato da contenuti che possano aiutare la realizzazione di una dimissione di struttura, o integrare quella eventualmente esistente.

L'impatto di una modalità semplice e non costosa, quale una checklist alla dimissione, che agisce come promemoria per vari aspetti educativi, terapeutici e di continuità assistenziale è stato dimostrato avere un impatto significativo nel diminuire le reospedalizzazioni a 1 e a 6 mesi in pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto. Inoltre l'utilizzo di una checklist costituisce un approccio formativo meno convenzionale ma che può incidere, in breve tempo, sull'attitudine dell'operatore rispetto alla dimissione. È un dato ormai acquisito che la formazione basata su problemi pratici ha un effetto sui risultati professionali migliore di quella basata

È stata messa a punto una checklist, da adattare nelle differenti realtà, che possa essere di aiuto a realizzare una modalità di dimissione di struttura o integrare quelle eventualmente esistenti



Le strategie per ridurre il rischio di cattiva aderenza ai farmaci in fase di dimissione: la gestione della politerapia, la “medication reconciliation”, gli strumenti per facilitare l'uso dei farmaci

su metodi nozionistici, in quanto, quest'ultima può modificare molto le conoscenze ma è poco efficace per modificare gli atteggiamenti. Con l'utilizzo di uno strumento di autovalutazione si ritiene si possano superare, oltre a ostacoli culturali e comportamentali dei singoli, anche le barriere strutturali e organizzative che nel mondo sanitario sono spesso fonte di forti disuguaglianze nell'utilizzo di strategie di intervento appropriate. Sulla base dei risultati emersi si evidenzieranno le criticità, i punti da rafforzare o istituire, potranno nascere azioni correttive e far accrescere, all'interno dell'organizzazione, potenzialità o risorse latenti sia umane che strutturali e funzionali.

Il valore e l'originalità del progetto si possono così riassumere: identificazione del momento della dimissione come il primo anello critico nel percorso sanitario del paziente; analisi dei punti di debolezza organizzativa; descrizione delle modalità di una “buona dimissione”; programma formativo con didattica basata sulla simulazione a forte valenza partecipativa; utilizzo di uno strumento oggettivo di autovalutazione da parte del personale sanitario delle Unità di Cardiologia partecipanti; valutazione del risultato mediante rilevazione pre e post intervento formativo. Il progetto pone medici e infermieri in una fase propedeutica di formazione congiunta al fine di consentire una pratica sinergica.

I contenuti della giornata formativa

Il corso è articolato in parti teoriche, di lavoro interattivo, di discussione di casi clinici e di esperienza pratica. Ogni fase prende l'avvio dalla realtà lavorativa dei partecipanti, attraverso la rilevazione e l'analisi delle risposte nei diversi momenti interattivi previsti. Si sviluppa partendo dai tre punti indicati precedentemente come essenziali per una dimissione di qualità e rappresentati dal come fare, cosa dire e come comunicare.

Parte teorica e di lavoro interattivo

Come fare

Analisi delle risposte alla scheda informativa sulle abituali modalità di dimissione dei centri partecipanti.

Descrizione delle principali criticità organizzative (tempo, spazi, sovrapposizione di mansioni) e loro valutazione e percezione. Confronto tra variabili organizzative sfavorevoli e inefficacia terapeutica. Ruolo del medico e dell'infermiere.

Cosa dire

Analisi di quelle che i partecipanti identificano come i bisogni informativi dei pazienti e confronto con le reali domande dei pazienti raccolte in una UTIC.

Il rischio connesso alla insufficiente comunicazione e alla incompleta informazione. La scelta dei contenuti informativi e la verifica della comprensione. La condivisione e l'uniformità delle informazioni tra gli operatori. Il punto chiave della comunicazione con il paziente: la modalità di consegna. L'uso appropriato del materiale cartaceo. Relazione tra tempo dedicato ed efficacia comunicativa. L'ambiguità del criterio di

soddisfazione del paziente.

Come dire

Analisi di quelle che i partecipanti identificano essere le tipologie di pazienti a rischio di non aderenza.

Il problema dell'aderenza del paziente e dell'aderenza del medico: le variabili individuali, organizzative e di conoscenza. Il fatalismo del paziente e il fatalismo del medico. Chi è il paziente non aderente. Esiste una “genetica” della non aderenza? I genotipi e i fenotipi. Cosa può e cosa deve essere fatto per l'aderenza alla terapia alla dimissione dopo SCA. L'impatto del livello sociale del paziente negli interventi sull'aderenza. La comunicazione del rischio: le variabili socio culturali. *Analisi delle strategie identificate dai partecipanti per ridurre il rischio di cattiva aderenza ai farmaci.*

I problemi della gestione della politerapia. L'attualità del tema della “medication reconciliation”. Semplificazione delle prescrizioni. Strumenti per facilitare l'uso dei farmaci.

Parte pratica

Presentazione e discussione di casi clinici esemplificativi di diverse modalità di dimissione. Illustrazione e sperimentazione della checklist di dimissione. Presentazione degli step successivi del percorso formativo, con consegna del materiale didattico a ciascun partecipante, per incontri formativi di reparto. Proposta a ciascun partecipante di effettuare una rilevazione a distanza (scheda di verifica a tre mesi) e di contribuire ad un report sul progetto pilota destinato alla pubblicazione. ♥

IN-HF on line: intervista agli attori principali

Antonio Cirò (Ospedale San Gerardo - Monza) e Giuseppe Leonardi (Presidio G. Rodolico - Catania), responsabili dell'Ambulatorio Scompensato di due centri particolarmente attivi all'interno del Progetto IN-HF on line (1.699 pz. Monza e 1.467 pz. Catania all'11 aprile 2014), sono stati intervistati per portare all'attenzione generale come è vissuto il registro dalla periferia

DI MARCO GORINI



Prima di utilizzare IN-HF on line usavi un altro strumento informatico fornito dall'Ospedale?

1

Monza (Antonio Cirò)

Ai tempi non esisteva alcun programma di gestione del paziente ambulatoriale fornito dalla Azienda né programmi interni propri della Cardiologia.

Catania (Giuseppe Leonardi)

Non c'era alcuno strumento informatico. Ben presto mi accorsi del rilevante numero di fogli che cresceva nell'archivio cartaceo, ma altrettanto mi era chiara l'inutilità di tale ingombro. La necessità di un database per catalogare i dati e poi ricercarli, sia a fine clinico che di ricerca era evidente. Inoltre era necessario consegnare ai pazienti referti e prescrizioni quanto più in chiaro possibile.



L'utilizzo di IN-HF on line ha cambiato il tuo approccio organizzativo nella gestione dei pazienti con scompenso? Se sì in che modo?

2

Monza (Antonio Cirò)

Ho di fatto ereditato il programma IN-HF, già IN-CHF, che è sempre stato utilizzato fin da quando il nostro centro dedicato alla insufficienza cardiaca è stato istituito nel 1998, presso la Divisione di Cardiologia del S. Gerardo quando era gestito dal Dott. Achilli (l'attuale Direttore della U.O. Complessa di Cardiologia) e dalla Dott.ssa Vincenzi. Da oltre 15 anni il Centro è organizzato su un modello gestionale classico Ambulatorio+DH terapeutico (ora MAC Macroattività Ambulatoriale Complessa) integrato in modo multidisciplinare con le altre unità operative della U.O.C., oltre che con le altre U.O. di Medicina e Geriatria. Il core business dell'attività è senza dubbio l'ambulatorio, organizzato come attività mattutina 5 gg. su 7 per pazienti cronici. L'agenda prenotazioni è interna, extra CUP, gestita direttamente dalle Infermiere del Centro e ciò è garanzia della necessaria flessibilità negli appuntamenti per questo delicato tipo di pazienti. L'impossibilità di utilizzare il programma su più di una postazione computer della precedente edizione (IN-CHF) aveva di fatto reso necessaria, oltre alla agenda dedicata anche la disponibilità di uno studio dedicato per tutte le mattine dal lunedì al venerdì. Il passaggio a IN-HF on line ha reso più flessibile la gestione dell'ambulatorio, permettendo a più medici di visitare contemporaneamente in ambulatori diversi.

Catania (Giuseppe Leonardi)

Sebbene l'immissione dei dati richiedesse un minimo allenamento ed abbia comportato un inizialmente rallentamento dei tempi di visita, l'esperienza giornaliera ha portato ad una sempre più agevole e rapida immissione dei dati. Nel tempo, abbiamo imparato a conoscere il programma perfino nei difetti, a capire l'immagazzinamento dei dati, guidato sempre dall'eccellente assistenza telefonica, che avviava ai pochi blocchi momentanei. Siamo stati così entusiasti della versione locale del software (IN-CHF), da non avvertire la necessità di passare subito a quello in rete (IN-HF on line). Lo dovemmo fare quando il programma locale non venne più supportato (giugno 2010). Sebbene i vecchi PC su cui il programma aveva girato rallentassero non poco le visite, comprendevo l'importanza di un programma con un server centralizzato in cui si potesse variare i campi del database centralmente e per tutti i centri allo stesso tempo, aggiornandoli alle necessità spesso suggerite dai clinici, per adeguarlo alla continua evoluzione degli accertamenti o semplicemente per migliorare il software stesso.



L'utilizzo di IN-HF on line è condiviso con i colleghi della tua Unità Operativa?

3

L'utilizzo di IN-HF è una regola condivisa con i colleghi della U.O. Semplice dedicata alla insufficienza cardiaca, dove afferiscono i pazienti ambulatoriali e quasi tutti i dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco dalla Cardiologia e dai reparti internistici. La condivisione di programmi diversi è, nel nostro

Inizialmente ho intrapreso da solo l'esperienza IN-CHF che ha proseguito come IN-HF on line, poi da settembre 2013, trasferito nei nuovi locali del Policlinico, proprio grazie alla centralizzazione dei dati ed alla possibilità di accedere contemporaneamente da più postazioni, ho potuto ampliarne l'utilizzo agli altri colleghi che mi

Monza (Antonio Cirò)

caso, comunque un problema nel senso che la nostra U.O. Complessa di Cardiologia dispone di un altro potente strumento di gestione per il paziente sia ricoverato, sia ambulatoriale (Digistat®), che in teoria non dovrebbe ma di fatto compete con il sistema IN-HF. Lo sforzo dei medici della U.O. semplice è sempre quello di trasferire, in occasione della prima visita i dati da un sistema all'altro. Questa operazione per motivi di tempi ristretti non sempre viene fatta e pertanto un buon numero di pazienti rimane fuori dal registro, che continuano nel follow-up a essere gestiti sul programma aziendale, fino a quando, in genere al termine del processo di ottimizzazione terapeutica post-ricovero, rientrano nel giro IN-HF. Ne consegue che i dati relativi alle ospedalizzazioni e reospedalizzazioni, non sempre sono completi per i nostri pazienti inseriti nel Registro, che risulta per lo più di cronici ambulatoriali con una certa sottostima di eventi acuti non sempre aggiornati.

Catania (Giuseppe Leonardi)

coadiuvano, lavorando così su più stanze, migliorando tempi di visita ed organizzazione.

Sebbene nella nuova sede vi sia un programma di cartella clinica per la Cardiologia in rete, l'attività di scompenso cardiaco continua ad essere svolta con il supporto dell'IN-HF on line. Questa attività si svolge con ambulatorio dedicato, 5 giorni su sette, tutte le mattine. Il programma comunque viene utilizzato da chi partecipa all'ambulatorio dello scompenso cardiaco e delle cardiomiopatie, specializzando compresi.



Quali sono secondo te i punti deboli di IN-HF on line?

4

- La difficoltà nell'inquadramento immediato del pz quando si apre la scheda, cioè la mancanza di una videata tipo snap shot che identifichi immediatamente il paziente (es 75 aa, cardiomiopatia ischemica con FEVS tot, creatinina, portatore di CRT/D/PM/ICD, terapia medica in atto, score di rischio ecc.).
- Una certa rigidità del formato, p.e. impossibilità di implementare i dati relativi alla funzione tiroidea se non sono presenti TSH, FT3, FT4, manca la possibilità di inserire dati relativi alla RMN.
- Lettera di dimissione in automatico inadeguata, scarsamente esaustiva e poco fruibile; ciò comporta sempre un rimaneggiamento personale con notevole perdita di tempo.
- Necessità di dover copiare la lettera sul programma aziendale per poter effettuare la firma digitale (obiettivo aziendale nei confronti della Regione).
- Scarso coinvolgimento della periferia nelle decisioni strategiche sul registro e sugli aspetti della ricerca.
- Se il paziente andasse incontro a decesso in strutture diverse da quelle che li seguono, non sempre si riesce a conoscere data e causa dell'evento. Il database dovrebbe avere un riscontro crociato con i dati ISTAT per aggiornare decessi e cause di morte nel database.
- Ampliamento di alcuni dati, p.e. se il paziente ha avuto più infarti alla prima visita non possono essere immessi perché il campo è uno solo. Lo stesso per angioplastiche o altri eventi.
- Possibilità di inserire il modello di PM/ICD eventualmente impiantato dopo ultima visita senza andare su modifica.
- Necessità di una più agevole consultazione degli accertamenti eseguiti in precedenza, come se fosse un menù a tendina con la lista che permetta di visionare quando tali esami siano stati svolti ed aprirli con un solo click. Tale metodo potrebbe essere usato per visionare tutto lo storico.
- Aggiunta di alcuni esami/accertamenti, come p.e. la RMN.



?

Quali potrebbero essere secondo voi sviluppi futuri e/o migliorie da apportare?

5

Monza (Antonio Cirò)

- Computo automatico di uno o più tra gli score di rischio clinico (3CHF score, Seattle) che possa evidenziarsi al termine di ogni visita e che possa guidare anche il medico di Medicina Generale nel follow-up.
 - Comparsa in automatico di una specie di warning flag che avverta il medico circa la necessità di implementare un certa terapia, per esempio:
 - se FEVS < 35 % allora considera ICD;
 - come mai non è in terapia betabloccante o con Ace-i;
 - se storia di FA allora considera TAO.
- Questo potrebbe evitare le distrazioni, stimolare la necessità di giustificare le scelte e innescare un meccanismo virtuoso.

Catania (Giuseppe Leonardi)

- Penso che una versione per tablet (Apple e/o Android) faciliterebbe ancor più l'acquisizione dati alle visite anche senza postazione fissa, permettendo così di sfruttare stanze diverse, usufruendo però di stampa centralizzata.
- Calcolo automatico di score prognostici.
- Visualizzazione di alcune variabili a scelta dell'operatore come Trend per comparare l'andamento degli eventi e l'evoluzione della patologia.
- Inserimento degli esami ematochimici più facilitato.
- Più facile ricerca secondo variabili e valori predefiniti sulla popolazione del singolo centro.
- Suggerimenti in automatico sui processi di analisi decisionale e linee guida.
- Utilizzarlo per i trials on line con opportune modifiche dedicate.

Periodicamente sarebbe necessario effettuare un'operazione di rimotivazione di gruppo all'uso del registro, del quale comprendiamo il valore assoluto della rendicontabilità dei molti dati clinici e strumentali relativi ai nostri pazienti, al di là dei ritorni in verità modesti in termini di pubblicazioni. La realizzazione di questa intervista, con i Ricercatori di due centri che hanno un volume molto importante

di pazienti inclusi nel registro, che dunque usano lo strumento nella propria quotidianità, ha permesso di portare alla luce tutta una serie di indicazioni per il miglioramento, che purtroppo spesso rimangono sotto traccia. L'invito a tutti i ricercatori dei centri IN-HF on line, da parte del Centro Studi ANMCO e del Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensato Cardiaco ANMCO, è quello di inviare sempre

i suggerimenti che si pensa potrebbero migliorare lo strumento. Se quanto suggerito è già possibile verrà data una spiegazione più completa sul funzionamento, altrimenti sarà considerata per una futura implementazione.

Un grazie particolare a Cirò e Leonardi per la disponibilità ed un augurio di buon lavoro a tutti i Ricercatori del Network. ♥

Il porto di Reggio Calabria



Il nuovo Consiglio Direttivo ANMCO Calabria



Il Consiglio Direttivo ANMCO Calabria uscente

Eletto il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria

DI ALESSANDRO FERRARO

Nel corso dell'Assemblea dei Soci ANMCO Calabria, tenutasi il 30 aprile 2014 a Lamezia Terme (CZ), è stato eletto il nuovo Consiglio Direttivo Regionale così composto: Presidente Vincenzo Amodeo (Ospedali Riuniti B.M.M. di RC), Segretario Marco Vatrano (Ospedale Civile Pugliese CZ), Consiglieri Sergio Arena (Ospedale Civile San Giovanni di Dio), Francesco Fontana (Ospedale Santissima Annunziata), Maria Levato (Ospedale Giovanni Paolo II), Saverio Salituri (Ospe-

dale Civile N. Giannettasio), Giuseppe Valiante (Ospedale Civile G. Jazzolino). L'Assemblea ha prima discusso sull'intenso lavoro svolto dal Consiglio Direttivo uscente e sui numerosi traguardi raggiunti, attraverso un gioco di squadra dove ognuno ha avuto un ruolo, sotto la guida attenta del Presidente uscente Mario Chiatto, verso cui i presenti hanno indirizzato sentimenti di stima e di gratitudine, auspicando che si possa continuare lungo le direttrici tracciate con impegno e grande professionalità. Mario Chiat-

to ha ripercorso le tappe che hanno reso l'Associazione sempre più visibile e autorevole, nell'approccio con l'utenza e nel confronto con le Istituzioni e con le altre Società Scientifiche. I temi trattati sono stati ripresi, con dovizia di particolari, dal presidente neo eletto che ha auspicato un percorso virtuoso e coinvolgente, affinché ogni iscritto possa vivere da protagonista e dare un contributo personale finalizzato alla crescita delle professionalità e all'arricchimento culturale.



Una giornata dedicata alla Cardiopatía Congenita e all'Ambulatorio GUCH



Moderatori al Congresso: il Prof. Gianfranco Sinagra, Direttore S.O.C. di Cardiologia, il Dott. Andrea Di Lenarda, Direttore del Centro Cardiovascolare di Trieste, il Dott. Claudio Pandullo, Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Trieste

DI GIORGIO FAGANELLO, ENDRIA CASANOVA BORCA, TIBERIO PONTONI, GIULIA RUSSO

Il giorno 14 febbraio, in occasione della Campagna “Al cuor non si comanda”, grazie al supporto fondamentale della locale



*Logo dell'Ambulatorio GUCH
del Centro Cardiovascolare di Trieste
realizzato da Stefano Paroleri*

Associazione Amici del Cuore, il
Centro Cardiovascolare di Trieste e

nello specifico l'Ambulatorio delle Cardiopatie Congenite dell'Adulto, ha organizzato il Congresso “La cardiopatia congenita: dalla gravidanza all'età adulta”. L'incontro si è svolto nella splendida cornice di Villa Russiz a Capriva del Friuli, sede dell'omonima Fondazione, dove insieme all'eccellente produzione vinicola, è nato un centro educativo che offre servizi per la tutela dell'infanzia e lo sviluppo della dimensione socio - relazionale dei bambini. I proventi dell'azienda agricola sono, infatti, destinati alla gestione della Casa Famiglia che accoglie minori con situazioni familiari problematiche. Durante l'incontro sono stati toccati diversi argomenti inerenti

alla gestione della cardiopatia congenita, partendo dal momento della gravidanza fino ad arrivare al follow - up delle complicanze in età adulta. Per tutta la giornata si sono alternati, in veste di relatori e moderatori, specialisti nel campo sia dal Friuli Venezia Giulia che extra regionali. Tra questi sono intervenuti il Dott. Pierluigi Colonna, Presidente uscente della Società Italiana di Cardiologia Pediatrica e il Dott. Marco Pozzi, Direttore della SC di Cardiochirurgia Pediatrica e del congenito Adulto dell'Ospedale Riuniti di Ancona che hanno portato l'esperienza del centro di Ancona sia nella gestione medica che chirurgica delle complicanze



Un momento del Congresso

più frequenti dell'età adulta nei pazienti affetti da cardiopatia congenita. Il Congresso ha avuto un ottimo successo con una partecipazione che ha abbondantemente superato le previsioni della vigilia. A margine dell'incontro, il Dott. Di Lenarda, Direttore del Centro Cardiovascolare dove dal 2008 esiste l'Ambulatorio delle Cardiopatie Congenite dell'Adulto, ha affermato: «Il dato di affluenza fa ben sperare nell'ottica dello sviluppo di una maggior sensibilità al problema tra gli operatori sanitari e nella costruzione di un network solido tra le Cardiologie del Friuli Venezia Giulia per la gestione del paziente adulto affetto da Cardiopatia Congenita». La cardiopatia congenita nell'adulto è infatti un argomento di nicchia ma che abbisogna di una rete assistenziale di elevato profilo con un management diagnostico/terapeutico non solo interdisciplinare ma anche interaziendale. A tal proposito, il Prof Sinagra, Direttore della SC di Cardiologia di Trieste, ha aggiunto:

«In passato i pazienti con cardiopatie congenite erano considerati complessi e per certi versi aneddotici. Oggi la situazione è molto cambiata; a seguito di continue innovazioni tecnico/diagnostiche e terapeutiche, è stato stimato che circa l'85% di questi pazienti ha raggiunto l'età adulta ed in paesi come l'Inghilterra è stato rilevato che i pazienti adulti affetti da cardiopatia congenita ha da poco superato il numero totale degli omologhi di età pediatrica. Nella pratica clinica è dunque più frequente imbattersi in questa tipologia di pazienti». Durante il Congresso di particolare interesse è stato l'intervento della Dott.ssa Benettoni, Responsabile della SS Cardiologia presso l'IRCCS Burlo, che ha focalizzato l'attenzione non solo sul maggior rischio di trasmissione ereditaria del problema che sull'importanza di intraprendere un percorso clinico/strumentale dedicato a questi pazienti sia in fase di pregravidanza che durante la gestazione stessa. L'eco-

cardiografia prenatale rappresenta, infatti, la tecnica che ci consente di diagnosticare le cardiopatie congenite complesse in una fase precoce ed è fondamentale che questi pazienti, dall'inizio della gravidanza, inizino un percorso di assistenza adeguato. Particolarmente attiva è stata la partecipazione dei presenti alla discussione che è stata "a tutto tondo" toccando il tema del trattamento dello scompenso cardiaco nelle cardiopatie congenite fino al counseling sul tipo di contraccezione più appropriato in questi scenari. La giornata ha dato l'occasione per una riflessione più ampia su un tema di nicchia e sulla necessità di maggior collaborazione tra le diverse figure specialistiche. Il paziente affetto da cardiopatia congenita rappresenta una sfida per il Cardiologo poiché esce dal consueto work - up diagnostico del paziente cardiologico tradizionale e richiede un "care" dedicato e sensibilizzato alle potenziali complicanze. ♥



FELLOW ANMCO 2014

NOME	COGNOME	OSPEDALE	REPARTO	CITTÀ	Prov.
Daniella	Bovelli	Azienda Ospedaliera Santa Maria	S.C. Cardiologia	Terni	TR
Giovanni Salvatore	Camastra	Ospedale Madre Giuseppina Vannini	U.O.C. Cardiologia	Roma	RM
Carlo	Campana	Ospedale S. Anna	U.O.C. Cardiologia	San Fermo della Battaglia	CO
Gennaro	Cice	Aorn Osp. Dei Colli- Po Vincenzo Monaldi	U.O.C. Cardiologia - S.U.N.	Napoli	NA
Dario	Formigli	Azienda Ospedaliera G. Rummo	Cardiologia Interventistica E UTIC	Benevento	BN
Nicola	Gasparetto	Azienda Ospedaliera Padova	Clinica Cardiologica	Padova	PD
Antonino	Granatelli	Ospedale San Giovanni Evangelista	U.O. Cardiologia	Tivoli	RM
Norman	Lamaida	Casa di Cura Malzoni Di Agropoli	U.O. Cardiologia	Agropoli	SA
Fabiana	Luca'	Presidio Ospedaliero Paolo Borsellino	U.O. Cardiologia- UTIC	Marsala	TP
Alberto	Menozzi	Azienda Ospedaliera Universitaria Di Parma	U.O. Cardiologia	Parma	PR
Luca	Mircoli	Ospedale Maggiore Policlinico	Divisione di Cardiologia	Milano	MI
Vito Maurizio	Parato	Ospedale Madonna Del Soccorso	U.O.C. Cardiologia - UTIC	San Benedetto del Tronto	AP
Massimo	Slavich	Ospedale San Raffaele	Terapia Intensiva e Post-Int Coronarica	Milano	MI
Ercole	Tagliamonte	P.O. Nocera-Pagani Osp. Umberto I	U.O.C. Cardiologia	Nocera Inferiore	SA
Matteo	Vercellino	Presidio Ospedaliero	U.O. Cardiologia	Sanremo	IM
Massimo	Villella	Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza	Cardiologia - UTIC	San Giovanni Rotondo	FG
Giordano	Zampi	Ospedale Belcolle	U.O.C. Cardiologia Utic Emodinamica	Viterbo	VT



Memorandum dal Il Congresso Regionale ANMCO Lazio 2014

DI STEFANIA ANGELA DI FUSCO E MASSIMO UGUCCIONI A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO LAZIO

Eccoci... Dopo il successo del 2013, siamo alla seconda edizione del Congresso promosso ed organizzato dal Consiglio Regionale ANMCO Lazio. Anche se il Congresso annuale rappresenta solo una delle attività svolte dalla nostra Associazione, si tratta di uno dei momenti più importanti per una Società Scientifica, occasione di confronto e crescita per tutti. I lavori congressuali si sono svolti il 13 e 14 febbraio 2014 nella splendida cornice di Villa Miani, su un alto colle di Roma, con il sole che faceva capolino concedendo una tregua dopo tanti giorni di rovinosa pioggia, i cui danni non hanno

impedito di giungere numerosi a questo incontro. L'evento è stato un momento di aggiornamento su tematiche di ampio respiro dall'Aritmologia Clinica alle SCA, dalla Prevenzione alla Cardiologia Interventistica, senza tralasciare uno sguardo al mondo reale con alcuni dati dal Registro Regionale NETSCA. Alcuni numeri del Congresso: 2 giorni di lavori, 11 Sessioni Scientifiche, 1 Lettura Magistrale, 22 Moderatori e 44 Relatori coinvolti, oltre 250 i partecipanti. La prima giornata di lavori si è aperta con una Sessione dedicata ad un "Focus sulla prececcitazione ventricolare": le relazioni che si sono susseguite

hanno fornito indicazioni pratiche sulla gestione diagnostica e terapeutica del paziente con prececcitazione ventricolare puntualizzando "quando osservare e quando trattare". A seguire si è svolto un Simposio Congiunto ANMCO - SIMEU che ha ripercorso le strategie gestionali dello STEMI dal territorio alle Unità di Terapia Intensiva alla luce dei nuovi orizzonti offerti dalla terapia anticoagulante. La mattinata si è conclusa con un Simposio dedicato alle cardiomiopatie nel corso del quale è stato esposto l'inquadramento diagnostico - terapeutico di forme non comuni quali l'amiloide ed il miocardio non compatto.



Nel pomeriggio il Simposio dedicato alle SCA ha focalizzato l'attenzione su scenari la cui gestione è ancora controversa come la SCA a coronarie sane, i criteri per pianificare un adeguato follow-up post rivascolarizzazione, i casi in cui è da preferire un approccio non invasivo, quando e come fare lo "switch" della terapia antiaggregante. Tutti scenari che non di rado ci si trova ad affrontare nella pratica clinica e che quindi sono stati oggetto di un vivace interesse. La sessione successiva, dedicata ad alcuni temi di Cardiologia Clinica, ha visto un momento di confronto tra le Linee Guida proposte dalla Società Europea di Cardiologia e le Linee Guida americane sulla malattia coronarica stabile, evidenziando come, ancora oggi, non siano poche né trascurabili le divergenze tra le Linee Guida proposte dalle Società Scientifiche dei due continenti. È stato inoltre presentato il Cardiotest ANMCO, un semplice strumento che consente al clinico di verificare l'effettivo controllo dei sintomi della cardiopatia ischemica cronica e quindi di ottimizzare la terapia, e puntualizzato il ruolo del controllo della frequenza cardiaca come obiettivo terapeutico. Nell'ultima Sessione della giornata si è svolto il consueto incontro del "Club delle UTIC" con un Simposio dedicato ad aggiornamenti in tema di scompenso cardiaco. Gli argomenti trattati hanno tutti enfatizzato la necessità di una continua crescita delle competenze cliniche e tecnologiche del Cardiologo Intensivista, allo scopo di poter sfruttare al massimo le più

innovative metodologie terapeutiche farmacologiche e non. Nella seconda giornata congressuale si sono susseguite una serie di Sessioni dedicate ad aggiornamenti in diversi ambiti a partire dalla profilassi tromboembolica della fibrillazione atriale. In questo contesto non potevano non essere rimarcate alcune incongruenze esistenti allo stato attuale tra prescrivibilità e rimborsabilità dei nuovi anticoagulanti orali, è stato inoltre sottolineato il ruolo cruciale della stratificazione del rischio non solo ischemico ma anche emorragico per un'adeguata scelta terapeutica e quindi incrementare il "beneficio clinico netto". Altri argomenti di stimolante dibattito in questa sessione sono stati la gestione peri-operatoria della terapia anticoagulante, con uno sguardo alle differenze tra vecchie e nuove molecole, ed il valore della terapia in mono-somministrazione in termini di aderenza terapeutica. La sessione dedicata ad un update in Cardiologia interventistica ha affrontato argomenti "hard" quali l'uso degli stent bioassorbibili nella rivascolarizzazione coronarica percutanea, ripercorrendo le esperienze a disposizione e le possibili applicazioni nell'immediato futuro. Altri temi dibattuti sono stati:

- la rivascolarizzazione nello STEMI: completa o incompleta?
- la patologia periferica e coronarica: approccio sequenziale o simultaneo?

Questioni che hanno stimolato una animata discussione. Non poteva poi mancare un "Focus sulla prevenzione" che ha enfatizzato

alcune condizioni cui spesso non si pone sufficiente attenzione nella pratica clinica, dal danno renale, all'iperuricemia e alle dislipidemie familiari. Ancora una volta nel dare uno sguardo alle ultime Linee Guida americane sulla gestione delle dislipidemie sono emerse non trascurabili differenze tra le raccomandazioni proposte dai paesi delle due sponde dell'Atlantico. La prima sessione pomeridiana è stata un Update in aritmologia, gli argomenti affrontati spaziano dalla stratificazione del rischio di morte improvvisa, allo scottante binomio "sport ed aritmie" la cui gestione richiede adeguate valutazioni diagnostiche e mirati interventi terapeutici. Una relazione è stata dedicata alle sindromi aritmogene ereditarie, un mondo che nasconde ancora ampi territori da esplorare. A seguire è stato fatto il punto sulla compatibilità dei dispositivi impiantabili attualmente in uso e la RMN. Uno dei momenti di maggiore interesse nelle due giornate di lavoro è stata la lettura magistrale sulle prospettive terapeutiche nella cardiocirurgia dello scompenso cardiaco, campo di sviluppo tecnologico e scientifico dalle enormi aspettative per il clinico ma soprattutto per molti pazienti. Il Congresso si è concluso con un simposio dedicato ad un aggiornamento dei dati epidemiologici derivati dal Registro regionale NET-SCA, dati che sottolineano come i pazienti trattati per SCA nelle nostre Cardiologie abbiano un'età media sempre più alta e quanto sia rilevante il peso delle comorbidità nella strategia



gestionale. Non è mancato uno sguardo sui percorsi assistenziali della nostra regione dall'insorgenza dei sintomi al follow-up post SCA. Nel corso dell'incontro è stato proposto un questionario volto ad indagare la gestione dei nuovi anticoagulanti orali in alcuni scenari clinici. Interessanti sono alcuni dati emersi dal sondaggio, al quale hanno partecipato in pari numero Internisti e Cardiologi. La maggior parte dei colleghi è orientato ad un adeguamento posologico sulla scorta dell'evidenza di un peggioramento della funzione renale. Meno

uniforme è stato l'orientamento gestionale nei casi clinici proposti relativi al trattamento antitrombotico in caso di SCA, o alla strategia terapeutica in caso di emorragia maggiore in paziente in trattamento con nuovo anticoagulante orale. Questi risultati sottolineano la presenza di "aree grigie" nella gestione di alcuni scenari critici che ci si trova ad affrontare nella pratica quotidiana. Prima di chiudere il sipario sulla seconda edizione del Congresso ANMCO Lazio, un ringraziamento va rivolto a tutti quanti hanno contribuito alla realizzazione

dell'evento, moderatori, relatori e tutti i colleghi che hanno preso parte attiva al Congresso. Grazie a loro tutti l'incontro è stato un valido momento di condivisione di conoscenze ed esperienze su strategie organizzative, diagnostiche e terapeutiche, in continua evoluzione. Prezioso è stato inoltre il lavoro di tutto lo staff della segreteria organizzativa che ha seguito l'evento dalla progettazione alla sua messa in campo. Alla luce del bilancio positivo non possiamo che salutarci con un arrivederci al prossimo Congresso ANMCO Lazio. ♥



Grande successo delle Convention delle UTIC della Lombardia: il Consiglio Direttivo Regionale si accomiata dopo un biennio di grandi soddisfazioni

DI NICCOLÒ BRENNO GRIECO A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO LOMBARDIA

Con l'annuale Convention delle UTIC Lombarde si conclude il lavoro di un biennio del Consiglio Direttivo ANMCO Lombardia, improntato a promuovere l'aggiornamento e la formazione professionale, alla collaborazione con le altre Società Scientifiche cardiologiche ed alla promozione dei Giovani Cardiologi

Anche quest'anno, il 4 e 5 aprile, si è svolta, nella bella cornice dell'Antico Borgo di Cologno al Serio, in Provincia di Bergamo, la VII Convention delle UTIC Lombarde, appuntamento ormai tradizionale per i Cardiologi della nostra Regione che ha visto quest'anno 140 partecipanti assistere con entusiasmo ad una serie di presentazioni e dibattiti che si sono rivelati di elevato livello clinico e scientifico e che è stata impreziosita dalla presenza di ospiti di livello internazionale; contemporaneamente, nella stessa sede, si è svolta con grande successo la VI edizione della Convention degli Infermieri delle UTIC della Lombardia, che ha registrato 110 partecipanti. Il programma come da tradizione ha dato spazio sia ad argomenti di attualità clinica, sia a momenti di confronto su tematiche organizzative e di politica sanitaria. Sono stati infatti presentati da Alberto Limido i risultati della Survey condotta negli ultimi mesi sull'Ospedale per intensità di cure e sulla frammentazione delle Cardiologie: un questionario conoscitivo era stato inviato da parte di Alberto Limido e Antonio Mafri nel mese di febbraio a tutti i responsabili delle Cardiologie pubbliche lombarde, al fine di conoscere la loro situazione organizzativa e la loro opinione in merito alle ipotesi di riorganizzazione che ormai da tempo vedono coinvolte soprattutto le UTIC. La risposta è stata entusiasta: 54 Cardiologie, pari all'81% di quelle interpellate, hanno restituito i questionari compilati, dimostrando

che l'argomento è di particolare interesse sebbene siano ancora poche in Lombardia le unità già riorganizzate secondo la temuta moda della "intensità di cure". Il timore che le competenze cresciute in decenni di UTIC vengano affidate ad altri è presente, ed il 75% degli interpellati vede la riorganizzazione come un evento negativo. Una gran parte degli interrogati chiede alla nostra società scientifica di prendere una posizione più netta anche come interlocutore autorevole verso il decisore pubblico. L'intento di pubblicare nel futuro immediato i dati completi è anche di avere uno strumento "misurato" e confrontabile con cui aprire un dibattito con gli organismi della Regione; questi dati ed altri ancora saranno presentati tra pochi giorni al Congresso Nazionale ANMCO di Firenze. La Convention delle UTIC è diventata negli anni più multidisciplinare, dando spazio a Infettivologi, Rianimatori e Diabetologi. Con questi ultimi in particolare le Sezioni ANMCO e GISE della Lombardia hanno steso un documento, che sta per essere inviato per la pubblicazione, sul trattamento ottimale del paziente diabetico con sindrome coronarica acuta, imparando gli uni dagli altri molte cose. Nella seconda fase del progetto verrà tenuto un vero e proprio registro regionale sul trattamento del paziente iperglicemico nel "real world": con questa finalità oltre 30 Cardiologie hanno inviato loro rappresentanti al primo Investigator Meeting che si è tenuto alla fine dei lavori della Convention. Questa

iniziativa rappresenta il culmine dell'intensa collaborazione biennale con GISE Lombardia, in particolare con il suo Presidente dott. Giuseppe Musumeci, espressione della filosofia del Consiglio Regionale ANMCO di collaborazione intersocietaria, come è avvenuto efficacemente anche con AIAC, GICR, SIMEU, ATBV, SID, AMD, ATBV, SISET, con cui sono stati costruiti e portati a termine in questo biennio una serie di eventi formativi. Gran parte dei lavori della Convention sono stati occupati da approfondimenti mirati allo STEMI e all'NSTEMI. La presenza del Dott. Dominick Angiolillo di Jacksonville (Florida) ha ravvivato il dibattito sulla terapia antiplastrinica in acuto, che ha evidenziato come le abitudini riguardo al suo utilizzo siano ancora molto differenti tra i diversi centri. Questo argomento è riemerso nell'ambito dai dati presentati da Leonardo De Luca, Chairperson dell'Area Emergenza - Urgenza, che ha fornito una interessante anteprima del Registro EYESHOT, importante iniziativa di ANMCO nelle UTIC del territorio nazionale, che verrà ufficialmente presentato tra pochi giorni al Congresso Nazionale. Le cardiopatie strutturali e la gestione dell'arresto cardiaco hanno sollecitato l'uditorio a dire la propria anche in merito ai problemi gestionali che queste nuove patologie comportano per l'UTIC. In particolare una attenta rilettura della recentissima letteratura in merito al controllo della temperatura nell'ACC ha chiarito molti dei quesiti sollevati dalla recente pubbli-



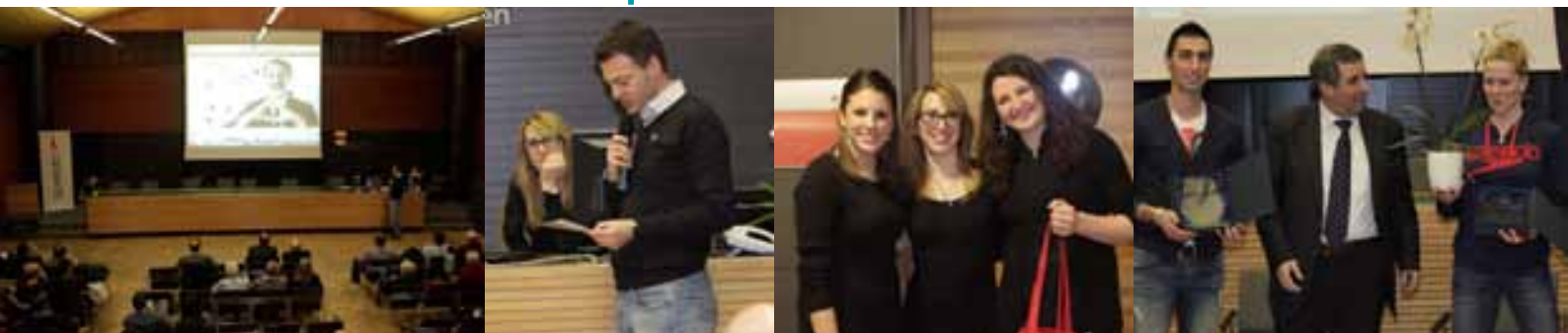
cazione all'ultimo Congresso dell'American Heart Association di due importanti e discussi Trial sull'ipotermia terapeutica. Analizzando il successo della Convention, non possiamo non dare un particolare merito ai giovani Cardiologi lombardi. In questo biennio infatti il Consiglio Direttivo Regionale ha ereditato e portato avanti con determinazione una politica di particolare attenzione ai giovani. Gli speaker al di sotto di 40 anni, provenienti da diverse Cardiologie della Regione, sono stati affidate infatti le presentazioni di complessi Casi Clinici che hanno introdotto e guidato le discussioni nelle differenti Sessioni: STEMI e NSTE, ma anche il paziente settico in UTIC e la gestione dell'arresto cardiaco tra Territorio ed Ospedale. A due giovani Cardiologi inoltre è stata dedicata una Sessione che ha riportato i temi salienti di un esclusivo evento formativo, ANMCO Scholar, tenutosi negli ultimi due anni sotto l'egida di ANMCO Lombardia. Dopo un primo evento tematico dedicato all'Ipertensione Arteriosa Polmonare tenutosi nel 2012, nell'ottobre 2013 abbiamo dedicato un corso residenziale alle nuove competenze richieste al medico delle UTIC. Oltre 30 Giovani Cardiologi hanno potuto confrontarsi con i principali problemi che le nuove strategie terapeutiche ed i nuovi device pongono nel mondo dell'intensività cardiologica. Molto apprezzata è stata la possibilità di avere a disposizione le principali attrezzature terapeutiche (CVVH, respiratori, ECMO, IABP,



programmatori PM/ICD, macchinari per l'ipotermia) insieme a Medici e Tecnici competenti nel loro utilizzo, così da poter rivolgere loro domande sia di natura clinica che tecnica. Eccellente risultato che siamo orgogliosi di sottolineare è stato l'elevato numero di nuovi iscritti all'ANMCO in Lombardia registrato nell'ultimo biennio e tra di essi l'importante quota di giovani: dei 48 nuovi iscritti all'Associazione infatti il 69% ha meno di 40 anni. Negli ultimi mesi le iniziative associative del Consiglio Direttivo sono state comunicate ai Soci utilizzando uno strumento nuovo: una Newsletter periodica che contenesse non solo importanti notizie sulla vita della società a livello Regionale e Nazionale, ma

anche alcuni approfondimenti. Molto apprezzato è stato infatti il contributo di uno studio legale specializzato che ha redatto un vero e proprio Forum Giuridico prendendo in analisi tematiche di giurisprudenza relative alla pratica professionale. La Newsletter è stata finanziata in autonomia dal Consiglio Direttivo, grazie anche alla disponibilità garantita da un bilancio gestito in questi anni con oculatezza e chiuso con un modesto attivo. Possiamo infine sostenere con soddisfazione che il bilancio del lavoro svolto da questo Consiglio Direttivo è positivo; sentiamo infatti intorno a noi una partecipazione alla vita associativa nettamente aumentata frutto probabilmente del raggiungimento degli obiettivi che ci eravamo proposti all'inizio del nostro mandato: promuovere un intenso aggiornamento clinico e scientifico di elevato livello qualitativo, mettere in atto una efficace politica di coinvolgimento dei Cardiologi con meno di 40 anni, instaurare un'intensa collaborazione con altre Società Scientifiche Cardiologiche e non Cardiologiche, elaborare progetti che generassero pubblicazioni scientifiche; tutto questo in un quadro di sostenibilità economica risultato della politica di rendere le iniziative di ANMCO Lombardia attrattive per le Aziende. Tuttavia la più grande soddisfazione del nostro lavoro è stata la costante coesione tra i componenti del Consiglio Direttivo: la piena armonia tra tutti ha generato risultati, soddisfazioni e il grande piacere di lavorare insieme. ♥

Bolzano “per il Tuo cuore”



DI ROBERTO CEMIN

Per sottolineare l'interessamento dell'intera città, è stato proprio il Sindaco di Bolzano, Dottor Luigi Spagnoli, a moderare la Tavola Rotonda con gli sportivi, intervenuti il 12 febbraio 2014 presso la sala di rappresentanza del Comune, all'incontro organizzato dalla sezione locale dell'ANMCO e della Fondazione “per il Tuo cuore”, intitolato “Vincere con il Cuore”. L'evento, temporalmente collocato all'interno della settimana nazionale del cuore, aveva una finalità multipla: scientifica, divulgativa e di sensibilizzazione della popolazione riguardo alle problematiche cardiovascolari, ai benefici dell'attività fisica sul sistema circolatorio ed alla morte improvvisa negli atleti. Durante la serata, che ha riscosso un notevole successo di pubblico, si sono alternate alcune relazioni scientifiche, tenute da Andrea Erlicher, Verena Pallweber, Werner Rauhe e Rainer Oberhollenzer, ad una Tavola Rotonda con le testimonianze dirette di sportivi di altissimo livello, alla quale sono intervenuti la pluricampionessa di nuoto, già olimpionica Laura Letrari ed il capitano della

squadra locale di pallamano, già campione d'Italia, Lukas Waldner. Nella chiacchierata con Laura Letrari e Lukas Waldner, condotta dal Sindaco, gli sportivi hanno sottolineato l'importanza dell'attività sportiva nella vita quotidiana, anche quando i sacrifici per gli allenamenti possono sembrare pesanti. L'importante a detta loro, neanche a dirlo, è “fare le cose con il cuore” ed in questo modo non pesano più. Gli atleti sono stati premiati quali “sportivi amici del cuore” con le targhe della Fondazione “per il Tuo cuore”, che sono state molto apprezzate. La serata è stata allietata dalle note dei Monteverdi Trumpets, Ensemble di Trombe del Conservatorio di Bolzano, diretto da Marco Pierobon, prima tromba dell'orchestra Haydn, già prima tromba del Maggio fiorentino e dell'Accademia di Santa Cecilia. Clou finale la toccante testimonianza diretta di Davide Moling, calciatore sopravvissuto ad un arresto cardiaco sul campo di calcio, che ha voluto portare il suo contributo anche come ringraziamento al personale sanitario della Cardiologia di Bolzano. In un'intervista

condotta da Alessia Pierdomenico, Davide ha raccontato le ore antecedenti l'arresto cardiaco, quando “si sentiva che qualcosa non andava” e il suo stupore nel risvegliarsi in un letto dell'Ospedale di Bolzano. Ha poi descritto in dettaglio il suo percorso riabilitativo e le perplessità, in particolar modo psicologiche, affrontate nella ripresa dell'attività fisica con compagni ed avversari, che continuavano a chiedergli se stesse bene. Fondamentale per la buona riuscita della manifestazione è stato l'apporto della Fondazione Cassa di Risparmio, molto sensibile ai problemi di salute della popolazione e della Speedo, ditta bolzantina di abbigliamento sportivo per il nuoto. Quasi casualmente infatti si è scoperto il comune interesse tra Speedo e Fondazione “per il Tuo cuore”, essendo la prima impegnata in una massiccia campagna divulgativa sui benefici del nuoto per la salute. Ai fini divulgativi inoltre è risultato determinante il Patrocinio del Comune di Bolzano, che ha dato sicuramente visibilità all'iniziativa. ♥



Il trattamento dell'infarto miocardico acuto nell'era delle reti: esperienza di un centro Hub di quadrante Registro NOVARA

DI ANDREA ROGNONI, ALESSANDRO LUPI, LIDIA ROSSI, ANGELO SANTE BONGO

Il Registro NOVARA è un registro retrospettivo il cui scopo è quello di verificare l'impatto di una rete integrata per il trattamento dello STEMI nell'area vasta afferente al centro Hub di Novara e di illustrare una proposta di protocollo di terapia antiaggregante uniforme anche ai centri Spoke

La cardiopatia ischemica e, in particolare, l'infarto miocardico acuto STEMI rappresentano una delle principali cause di mortalità e di morbidità nei paesi industrializzati. In Italia si verificano circa 150.000 casi di STEMI all'anno, di cui si registrano 50.000 decessi (81 decessi/100.000 soggetti); nel nostro paese più della metà dei decessi si verifica prima di raggiungere l'Ospedale. Le recenti Linee Guida della Società Europea di Cardiologia e delle principali Società Scientifiche mondiali consigliano una tempestiva ricanalizzazione del vaso responsabile

tramite angioplastica primaria (pPCI) o con fibrinolisi sistemica seguita da eventuale angioplastica in caso di inefficacia. La riperfusione meccanica tramite pPCI nel corso degli anni si è dimostrata superiore rispetto alla terapia fibrinolitica in termini di riduzione di mortalità, di riduzione di reinfarto non fatale e di riduzione delle complicanze emorragiche; tali benefici, conseguenti anche ad una più elevata percentuale di flusso TIMI 3 nel vaso responsabile, tuttavia sono più evidenti nei soggetti che si presentano all'attenzione medica precocemente rispet-

to all'esordio dei sintomi ed in quelli a più alto rischio. Il fattore tempo (compreso tra l'esordio dei sintomi e l'inizio della riperfusione), infatti, rappresenta un elemento determinante; vari lavori presenti in letteratura hanno dimostrato la strettissima relazione tra il ritardo della riapertura del vaso coronarico e l'aumento della mortalità sia a breve che a lungo termine. La stessa ANMCO, negli scorsi anni ha proposto diverse campagne informativa ed educazionali sul "ritardo evitabile". Spesso, tuttavia, la scelta della terapia riperfusiva (farmacologica o meccanica) è fortemente

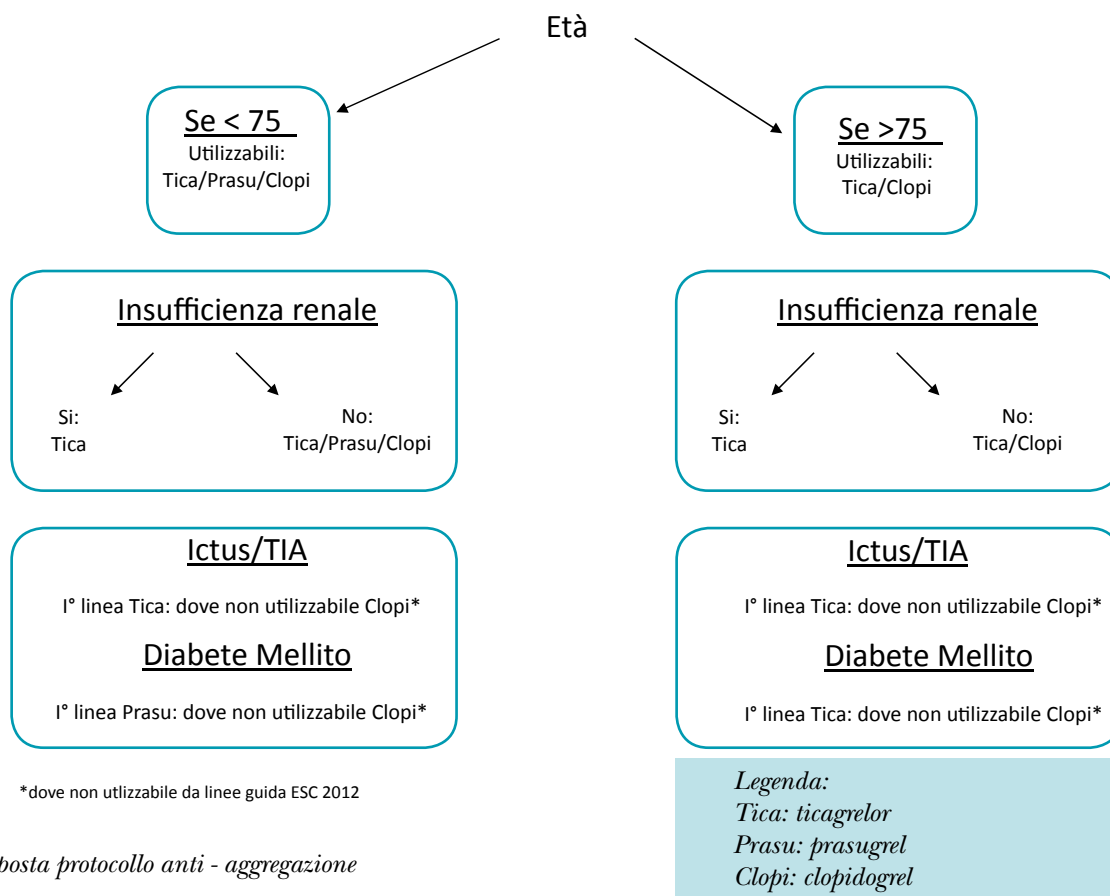


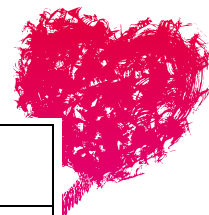
Tabella 1 - proposta protocollo anti - aggregazione

condizionata dalle risorse tecnologiche ed organizzative e dalla disponibilità di accesso al centro cardiologico dotato di emodinamica h 24. Considerando queste premesse e, soprattutto, l'elevata mortalità pre - ospedaliera, negli ultimi anni si sono cercate strategie organizzative atte a migliorare i tempi di diagnosi e di trattamento dei pazienti con STEMI. Anche le più recenti Linee Guida della Società Europea di Cardiologia sottolineano l'importanza di una organizzazione di rete integrata tra Ospedali e tra Ospedali e territorio che dovrebbe rendere più rapida e più efficace la diagnosi pre - ospedaliera ed il trasferimento dei pazienti in strutture appropriate. La Federazione Italiana di Cardiologia in collaborazione con ANMCO, SICI - GISE, e SIC ha pubblicato nel 2009 un Documento di consenso concernente la proposta di un modello

organizzativo secondo il sistema Hub & Spoke per la realizzazione di reti interospedaliere e territoriali; tale modello prevede la stretta collaborazione tra Ospedali e sistema di emergenza e soccorso territoriale. La Regione Piemonte ha attivato a partire dal gennaio 2011 su tutto l'ambito territoriale la rete interospedaliere per l'emergenza coronarica rispondendo in tal modo ad un fabbisogno di circa 4.200 STEMI all'anno; di questi casi circa il 30% giungeva agli Ospedali tramite chiamata al SET 118, il 51,6% per accesso diretto e circa il 20% tramite trasferimento o inviato dal medico curante. Fino al dicembre 2010 solo il 57,7% dei casi riceveva un intervento di angioplastica primaria e mortalità era dell'8,5%. Le tappe fondamentali per la realizzazione della rete regionale sono state due: la costituzione di una commissione tecnica

multidisciplinare e, in seguito, l'acquisizione della strumentazione tecnologica di supporto. La prima fase sperimentale è iniziata presso il quadrante di Cuneo. Successivamente sono state dotate delle attrezzature per la trasmissione dell'ECG le altre centrali operative del 118, il parco ambulanze, i cinque elicotteri dell'elisoccorso, le Cardiologie. In parallelo sono state individuate 15 unità territoriali di terapia intensiva coronarica con laboratori di emodinamica in possesso di requisiti strutturali e organizzativi definiti dalla Regione Piemonte, che sono diventate i centri Hub della rete. In seguito, è stato definito un protocollo operativo e si sono svolti i corsi di formazione per gli operatori del 118 e delle Cardiologie. L'area geografica afferente al centro Hub di Novara (A.O.U. Maggiore della Carità) comprende le Cardiologie di Novara e del

DALLE REGIONI - PIEMONTE E VALLE D'AOSTA



	Totale (546)	da DEA (345)	Da RETE (201)	P
Età, anni	65,3 ± 11,4	66,7 ± 10,9	65,7 ± 9,1	ns
Sesso maschile n (%)	411 (75,2)	290 (84,0)	121 (60,2)	ns
Ipertensione n (%)	355 (65)	224 (65)	131 (65,2)	ns
Dilipidemia n (%)	361 (66,1)	201 (58,2)	160 (79,6)	ns
Diabete n (%)	165 (30,2)	90 (26,0)	75 (37,3)	ns
Fumo n (%)	201 (36,8)	114 (33,0)	87 (43,3)	ns
Pregresso BPAC n (%)	21 (3,8)	11 (3,2)	10 (4,9)	ns
Pregressa PCI n (%)	23 (4,2)	15 (4,3)	8 (3,9)	ns
FE < 40 % all'ingresso n (%)	141 (25,8)	60 (17,4)	81 (40,3)	ns
Malattia plurivasale n (%)	245 (44,8)	167 (48,4)	78 (38,8)	ns
Vaso culprit n (%)				
Discendente anteriore	261 (47,8)	179 (51,9)	82 (40,8)	ns
Coronaria circonflessa	80 (14,6)	41 (11,9)	39 (19,4)	ns
Coronaria destra	199 (36,4)	121 (35,0)	78 (38,8)	ns
Graft	6 (1,0)	4 (1,6)	2 (0,9)	ns
TIMI 0 – 1 pre pPCI n (%)	365 (66,8)	278 (85,6)	87 (43,3)	ns
TIMI 3 post pPCI n (%)	499 (91,3)	325 (94,2)	174 (85,6)	ns
Shock cardiogeno n (%)	53 (9,7)	21 (6,0)	32(15,9)	ns

Tabella 2 - Caratteristiche generali ed epidemiologiche

Legenda: BPAC (bypass ortocoronarico);
PCI (angioplastica coronarica);
FE (Frazione d'eiezione ventricolare sinistra)

Variabili	OR (IC 95 %)	P
IRC - D	1,1 (1,0 – 1,1)	0.006
FE < 40 %	18,4 (5,1 – 81,3)	< 0.001
Diabete mellito	4,1 (1,1 – 10,3)	0.02
Shock cardiogeno	22,3 (5,9 – 63,5)	< 0.0001
Flusso TIMI 0 - 1	9,0 (2,2 – 28,3)	0.02

Tabella 3 - Analisi univariata per la mortalità intraospedaliera

Legenda: IRC (insufficienza renale in trattamento dialitico cronico);
FE (frazione d'eiezione)

Verbano - Cusio - Ossola (VCO); sono presenti zone di pianura tra il fiume Sesia ed il fiume Ticino, una zona collinare al confine con la Valsesia e con il Lago Maggiore ed una zona montana afferente al VCO. La popolazione totale compresa tra le due provincie, secondo i più recenti dati ISTAT, è di 536.477

abitanti per un'area geografica di 3.593,79 Km². L'organizzazione secondo il modello Hub & Spoke vede la presenza, nell'area vasta novarese di un'unica struttura afferente (Hub: A.O.U. Maggiore della Carità, Novara) e di quattro centri efferenti (Spoke: Borgomanero, Verbania, Domodossola, Ome-

gna) diversamente localizzati e distanti in relazione al profilo geografico. In particolare l'Ospedale "SS. Trinità" di Borgomanero con un bacino di utenza di circa 90.000 persone dista 32 km da Novara (Spoke 1); gli Ospedali dell'A.S.L. VCO, "San Biagio" di Domodossola (Spoke 2), "Castelli" di Verbania e il

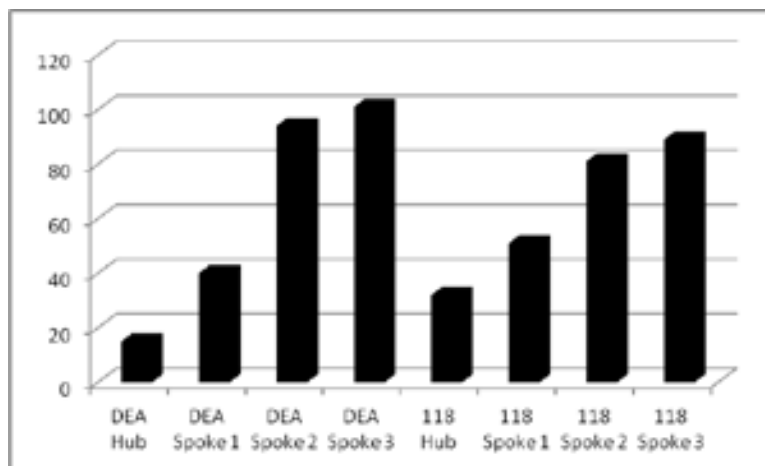


Tabella 4
DTB medio espresso in minuti

“Centro Ortopedico di quadrante” di Omegna Spoke 3) hanno un bacino di utenza di 170.000 persone e distano rispettivamente 117 km, 90 km e 57 km dall’Hub novarese. Nonostante tutte le distanze appena descritte permettano di raggiungere l’emodinamica di riferimento entro le due ore, nel corso degli ultimi dieci anni le Cardiologie Spoke 2 e Spoke 3 hanno maturato esperienza nella gestione della trombolisi pre - ospedaliera effettuata sul mezzo di soccorso avanzato. Su tutta la superficie territoriale sono presenti sei mezzi di soccorso avanzato con rianimazione cardiopolmonare nel turno diurno (in associazione ad un mezzo di elisoccorso) e quattro in quello notturno; la centrale operativa del SET 118 prevede un’organizzazione centralizzata per tutto il quadrante e sovrintende anche i trasferimenti secondari da centro Spoke a centro Hub. A decorrere dal 2010 tutti i mezzi di soccorso avanzato (sia ambulanza che elisoccorso) sono stati equipaggiati con il sistema informatico denominato MobiMed; tutte le unità coronariche di riferimento territoriale sono state dotate, inoltre, dei Client (computer di ricezione elettrocardiografica) atti alla ricezione delle tracce elettrocardiografiche con un software dedicato. MobiMed è un sistema avanzato

di supporto medico che permette sia la registrazione dei parametri clinici del paziente sia dell’elettrocardiogramma a 12 derivazioni in tempo reale a traccia continua con la sua successiva trasmissione, secondo rete GSM, alla centrale operativa ed alle Unità Coronariche; permette anche l’invio di messaggi tra l’equipe di soccorso territoriale ed il Cardiologo del centro Hub/Spoke al fine di poter condividere le indicazioni terapeutiche. In caso di diagnosi elettrocardiografica di conferma di STEMI, il Cardiologo può indicare il migliore e più rapido percorso clinico del paziente. In tal modo si permette un accesso diretto (senza triage di Pronto Soccorso [DEA]) alla sala di emodinamica Hub. Sono stati arruolati nel registro tutti i pazienti con diagnosi di STEMI con esordio dei sintomi entro le 12 h, giunti consecutivamente all’osservazione diretta del centro Hub (con i propri mezzi o tramite rete) e dei centri Spoke (accesso diretto) e trasportati con mezzo di soccorso avanzato per angioplastica primaria al centro Hub a decorrere dal gennaio 2011 al novembre 2013. La diagnosi elettrocardiografica di STEMI è stata posta in accordo con le indicazioni delle Linee Guida internazionali. Abbiamo, inoltre, proposto un protocollo operativo omogeneo per

l’antiaggregazione piastrinica che ci consentisse di operare scelte uniformi nei pazienti che afferiscono alla nostra Divisione per SCA - STEMI. Nonostante gli sforzi profusi per il perfetto funzionamento della rete integrata, i risultati del nostro registro confermano che i limiti temporali di DTB consigliati dalle Linee Guida non abbiano una completa applicazione nel mondo reale soprattutto per la scarsa omogeneità geografica e territoriale della nostra zona; la correlazione tra incremento del DTB ed incremento della mortalità confermano la necessità di contenere al massimo possibile il “ritardo evitabile”. Nella nostra realtà nel corso di più di due anni di registrazione dell’attività si è sicuramente osservata una progressiva ottimizzazione del coordinamento, dopo una prima fase di difficoltà. L’attivazione di una rete integrata per il trattamento dello STEMI è un processo organizzativo molto complesso che prevede un coordinamento tra soggetti e strutture anche culturalmente distanti; i risultati non possono essere, pertanto, immediati ma progressivi e sono conseguenti alla corretta percezione degli obiettivi comuni ed integrazione delle diverse figure professionali sia mediche che infermieristiche. Questa sarà la sfida dei prossimi anni. ♥



In tour per la Puglia durante la settimana “per il Tuo cuore”

DI FRANCESCA PIERRI, ANTONIA MANNARINI, PASQUALE CALDAROLA

La Puglia terra di arte, di mare, di sole, di cibo e vino, ma anche di... CUORE. Si è svolta anche in Puglia la Settimana “per il Tuo cuore”. Percorriamo le strade pugliesi attraverso le tante iniziative che dal Salento al Gargano hanno sensibilizzato soprattutto i giovanissimi su tematiche inerenti la prevenzione cardiovascolare e la morte improvvisa così come auspicato dalla Fondazione “per il Tuo cuore”. A pochi chilometri dal

Finis Terrae della Puglia incontriamo l’Ospedale di Scorrano che ha organizzato presso il Liceo Classico “Francesca Capece” di Maglie un incontro con gli studenti di Scuola Superiore che ha previsto, dopo una lettura del Prof. Matteo di Biase sulla Morte Improvvisa, uno screening cardiovascolare per tutti gli intervenuti. Simile iniziativa è stata svolta dai Cardiologi dell’Ospedale di Casarano con un incontro presso il Liceo “Stampicchia”

volto alla discussione sulla “prevenzione della morte improvvisa in giovane età”. A pochi chilometri la Cardiologia dell’Ospedale Cardinale Panico di Tricase, diretta da Michele Accogli, ha posto particolare attenzione alla eziopatogenesi della morte improvvisa nel giovane e nell’atleta, alla prevenzione e alle manovre di rapido riconoscimento e trattamento della stessa; l’incontro si è svolto nel polo didattico dell’Ospedale e si è rivolto alle

Figura 2



Figura 4



Figura 1



Figura 6



Figura 3



Figura 5



associazioni sportive operanti sul territorio sensibilizzandole sulla importanza di fornirsi di defibrillatori impiantabili (Figura 1). Copertino, città a soli dieci chilometri da Lecce, ha “occupato” il palazzetto dell’Istituto di Istruzione Superiore “Bachelet”; di fronte ad un nutrito gruppo di giovani studenti si sono svolti interventi da parte dei Cardiologi Antonio Amico, Direttore della Cardiologia dell’Ospedale cittadino, Eupremio Greco e Francesco Tarantino su “Prevenzione della morte improvvisa e dell’arresto cardiaco nei giovani e nello Sport”, “Personalità e cambiamento degli stili di vita e tabagismo” e “Un’epidemia moderna: l’obesità” (Figura 2). Risalendo lungo la costa adriatica, tra ulivi centenari e antiche masserie arriviamo a Bari dove l’U.O.C. di Cardiologia “Luigi Colonna”, diretta da Riccardo Guglielmi, durante l’intera giornata del 9 febbraio (Figura 3) è rimasta aperta al pubblico che ha potuto visionare video sulla rianimazione cardiopolmonare. L’iniziativa è stata anche spontaneamente supportata dalla Associazione A.M.A. Cuore Bari, fondata proprio da un paziente resuscitato da arresto cardiaco. Il giovane studente Alessan-

dro Giammaria del Liceo Classico “Socrate” si è fatto promotore di un incontro tra Antonia Mannarini e i suoi compagni di scuola, che hanno così ricevuto i primi rudimenti di rianimazione cardiopolmonare, ma soprattutto sono stati sensibilizzati alla necessità, di fronte ad un arresto cardiocircolatorio, di attivare la catena della sopravvivenza fornendo al 118 informazioni semplici e mirate. L’Ospedale “Di Venere” ha organizzato un “Concerto del Cuore” (Figura 4) tenuto dai violoncellisti Gianlorenzo Sarno e Giovanni Astorino, momento di gioia e sensibilizzazione per pazienti, parenti, personale e pubblico laico. Carlo D’Agostino, con i Cardiologi Luigi Mancini, Paolo Brindicci e Nica De Laura hanno tenuto un Corso BLS-D che ha promosso venti studenti al ruolo di “esecutori della rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione”, premiati nella sala consiliare del Comune di Bari (Figura 5). La Cardiologia dell’Ospedale San Paolo, con il suo Direttore Pasquale Caldarola e molti dei suoi collaboratori, ha sensibilizzato la popolazione sui temi della Prevenzione e della Morte Improvvisa in occasione della rappresentazione di un classico della letteratura teatrale

italiana: l’associazione teatrale “Noi la raccontiamo così” ha messo in scena “Natale in Casa Cupiello” di Eduardo de Filippo, devolvendo parte degli incassi alla Fondazione “per il Tuo cuore” (Figura 6). Continuando la nostra passeggiata tra mare ed ulivi, costeggiando il golfo di Manfredonia e risalendo lungo i monti, giungiamo infine a San Giovanni Rotondo fine del nostro Tour, dove la Cardiologia di casa Sollievo della sofferenza ha organizzato un incontro per la provincia di Foggia dal titolo “Adelante Pedro... cum iudicio” ovvero come praticare lo sport in sicurezza e vivere felici. Massimo Vilella e Giovanni de Luca hanno tenuto relazioni incentrate sui benefici della attività motoria per prevenire le malattie cardiovascolari nei giovani e sulla rianimazione cardiopolmonare. Il nostro Tour per la Puglia ha certamente tralasciato molte altre Cardiologie che, presenti sul territorio, si sono preoccupate di organizzare iniziative sui temi suggeriti dalla Fondazione “per il Tuo cuore”. Proporremo un nuovo viaggio in terra pugliese in occasione delle prossime attività.♥

La medicina di genere è l'approccio della medicina che considera l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociale) sulla fisiopatologia e clinica di tutte le malattie, per giungere a decisioni terapeutiche specifiche per l'uomo e per la donna

Il cuore delle donne

La differenza c'è... E si DEVE vedere

DI PAOLA PASQUALINI, TIZIANA SAMPIETRO, SABRINA MOLINARO, MICHELA FRANCHINI

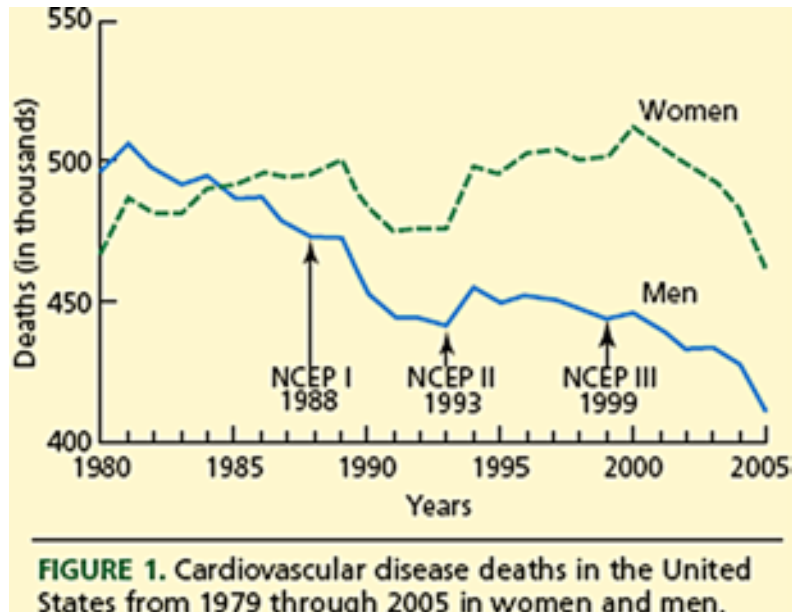
La medicina di genere è l'approccio della medicina che considera l'influenza del sesso (accezione biologica) e del genere (accezione sociale) sulla fisiopatologia e clinica di tutte le malattie, per giungere a decisioni terapeutiche specifiche per l'uomo e per la donna. Da anni è ormai noto come vi sia nelle cause, nella fenomenologia clinica e nella prognosi delle malattie una significativa diversità tra il genere maschile e il genere femminile. Ciò è soprattutto vero nelle malattie cardiovascolari (MCV). La realtà, infatti, ci dice che le MCV sono la prima causa di morte nella popolazione femminile nel mondo, Italia inclusa. Ad esempio è noto che la prevalenza della MCV nelle donne > 75 anni supera quella degli uomini, che la letalità a breve termine risulta superiore nelle donne rispetto agli uomini, che il 36% delle donne muore entro 28 gg. dall'insorgenza di un IMA contro il 27% degli uomini. Da

un punto di vista patofisiologico la MCV colpisce le donne soprattutto in fase post - menopausale, quindi circa 10 anni dopo l'età media maschile di prevalenza della SCA, e in questo caso sono presenti maggiori comorbidità (ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia, obesità). Inoltre da un punto di vista patogenetico la malattia coronarica è caratterizzata prevalentemente da processi di erosione di placca (piuttosto che da instabilità o rottura di placca, tipici del sesso maschile), da processi infiammatori e da disfunzione microvascolare e dal cosiddetto processo di "rimodellamento positivo". Tali processi si realizzano in maniera più diffusa e su vasi di calibro minore. Quindi la prognosi è peggiore proprio per età avanzata e presenza di molte comorbidità, per differente patofisiologia, per differenza e atipicità nella presentazione clinica, che spesso determina un ritardo di riconoscimento e trattamento. L'introduzione

ne del concetto di genere, anche in medicina, ha consentito alla ricerca scientifica di tentare di superare il modello "maschile", tuttavia ancora oggi la maggior parte dei trial clinici viene eseguita su popolazione maschile con popolazione femminile < 30% e quindi con scarso potere statistico. La comunità scientifica sembra non curarsi abbastanza di questo aspetto, che spesso viene dimenticato nei convegni, talora trattato in maniera superficiale e distratta con divulgazioni tipo "cronaca rosa". La realtà è che esiste un bias culturale che induce una scarsa percezione del rischio per MCV da parte sia delle donne che dei medici stessi con tendenza a sottostimare le donne nella loro specificità di genere. Evidenziare e descrivere sistematicamente le differenze è condizione necessaria per una buona clinical governance. Per tale motivo il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana ha ritenuto importante sponsorizzare un



Morte cardiovascolare



Bellasi A et al., *Cleveland Clinic Journal Med*, 2007

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di mortalità nel genere femminile in tutto il mondo, Italia compresa

progetto finalizzato a conoscere la diffusione delle MCV nelle donne toscane, in un'ottica di gender medicine. Il progetto sarà svolto come lavoro pilota, senza finanziamenti, in collaborazione tra diversi soggetti operanti a diverso titolo nella Regione Toscana (Paola Pasqualini, ANMCO Toscana; Tiziana Sampietro, Centro Regionale Dislipidemie - Fondazione Toscana G. Monasterio; Sabrina Molinaro e Michela Franchini dell'Unità di Epidemiologia e ricerca sistemi sanitari - IFC CNR Pisa). Questo lavoro vuole approfondire il tema relativo alla diffusione delle patologie cardiovascolari utilizzando flussi sanitari per

valutare la differenza tra uomini e donne in termini di prevalenza e specifiche MCV. Il fenomeno morbile verrà valutato attraverso tutti i parametri che ne potranno descrivere le diverse sfaccettature allo scopo di meglio evidenziare differenze come l'età di insorgenza, l'evoluzione, la ricorrenza di ricoveri, i fattori di rischio ecc, con particolare attenzione anche alle forme genetiche di dislipidemie. In una prima fase il progetto prevede l'analisi dei dati della Fondazione G. Monasterio e della ASL di Arezzo. Perché la differenza c'è e... Va vista! ♥

**Stiamo implementando correttamente,
sul territorio, le Linee Guida ESC sulla
fibrillazione atriale?**

Dall'Umbria un Registro Osservazionale “a tappeto” per i pazienti con fibrillazione atriale

**In pieno svolgimento, in Umbria, lo studio Osservazionale Umbria-FA
Coinvolti Centri di Cardiologia Ospedaliera ed Ambulatoriale, Medicina,
Neurologia e Centri TAO**

DI PAOLO VERDECCHIA E FABIO ANGELI

Le più recenti Linee Guida europee sulla gestione dei pazienti con fibrillazione atriale raccomandano l'istituzione di registri osservazionali allo scopo di valutare le caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti con fibrillazione atriale e di controllare il grado di implementazione delle Linee Guida nell'attività clinica quotidiana. La Regione Umbria ha sempre rappresentato, per le sue particolari caratteristiche geografiche, di stabilità residenziale e di organizzazione sanitaria, un bacino con caratteristiche favorevoli all'esecuzione di studi epidemiologici di popolazione. In Cardiologia,

precedenti esperienze nel settore delle Sindromi Coronariche Acute (Progetto Umbria-STEMI) e dell'ipertensione arteriosa (Progetto PIUMA) sono state molto incoraggianti in questo senso. Si stima che in Umbria poco più di 10.000 pazienti con fibrillazione atriale non valvolare siano in trattamento anticoagulante orale con antagonisti della vitamina K e, più recentemente, con i “nuovi” anticoagulanti orali. Poiché, a livello di popolazione, circa un paziente italiano su due con fibrillazione atriale non è in trattamento anticoagulante, si può stimare che in Umbria esistano circa 20.000 - 25.000 pazienti con

fibrillazione atriale. Quali sono le caratteristiche demografiche e cliniche di questi pazienti? A quali Centri specialistici si rivolgono? Come vengono trattati? La strategia di trattamento di questi pazienti è costante nel tempo o sta mostrando variazioni, anche per effetto delle Linee Guida? Qual è l'incidenza di complicanze tromboemboliche ed emorragiche in assenza ed in presenza di terapia antiaggregante ed anticoagulante? Per rispondere a questi quesiti, alcuni Cardiologi ANMCO della Regione Umbria, con il supporto della Fondazione ONLUS Cuore e Ipertensione, hanno iniziato un registro osserva-



zionale a tappeto su questi pazienti. Il registro, formalmente una ricerca clinica epidemiologica osservazionale aperta, e non comparativa, denominata Umbria-Fibrillazione Atriale (Umbria-FA), dopo alcuni mesi di preparazione ha preso il via alla grande e vede attualmente arruolati 640 pazienti. È stata ovviamente ottenuta l'approvazione del Comitato Etico Regionale delle Aziende Sanitarie della Regione Umbria. È stato costituito uno Steering Committee composto da Medici Cardiologi ed Internisti particolarmente attivi e preparati nel settore delle malattie cardiovascolari e della fibrillazione atriale in particolare ed è stata preparata una Cartella Clinica online (www.umbriafa.it). Il Progetto ha ottenuto il patrocinio di varie prestigiose Società Scientifiche (ANMCO, FADOI, ARCA, AIAC, SIMG).

Quali pazienti reclutare

Vengono reclutati pazienti con fibrillazione atriale non valvolare e documentazione obiettivo dell'aritmia (all'ECG standard, all'Holter o all'interrogazione di dispositivi) in almeno un'occasione nel corso dei 365 giorni precedenti l'arruolamento. Si tratta quindi di pazienti con fibrillazione atriale di nuova diagnosi, parossistica, persistente, permanente o "long-standing persistent".

Come avviene la registrazione

Il paziente deve anzitutto firmare il modulo di consenso informato, che autorizza il medico sperimentatore ad inserire i propri dati nel registro.

Figura 1
Cartella clinica on-web

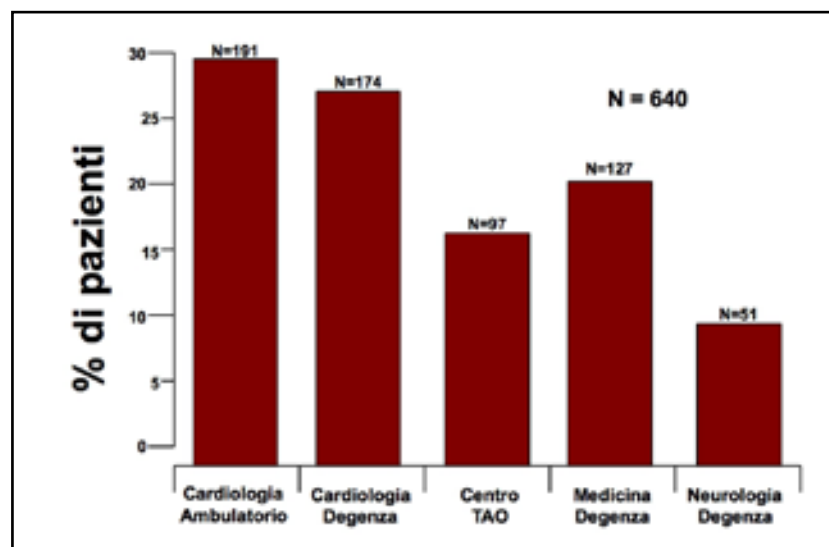


Figura 2

Si entra nella home page della cartella clinica elettronica (Figura 1). Dopo inserimento di User Name e Password, strettamente personalizzate e fornite dalla segreteria organizzativa, è possibile visualizzare i pazienti presenti nel registro ed inserirne di nuovi. Grazie all'inserimento preliminare del codice fiscale, il sistema riconosce se quel paziente è stato già inserito da altri Centri Umbria-FA, o se si tratta del primo inserimento. Nel primo caso, il sistema offre l'opportunità di inserire una visita di follow-up. La cartella clinica elettronica propone diverse "pagine" (anagrafica, caratteristiche del paziente, caratteristiche della fibrillazione atriale, patologie concomitanti, ECG, esami di laboratorio, ecocardiogramma e punteggi di rischio tromboembolico ed emorragico). Sulla base di questi dati, il sistema esegue il calcolo automatico dei principali punteggi di rischio tromboembolico (CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc) ed emorragico (HAS-BLED), della velocità di filtrazione glomerulare (metodo di Cockcroft-Gault) e dell'ipertrofia ventricolare sinistra all'elettrocardiogramma.

In quali Centri vengono arruolati i pazienti

Lo studio viene condotto presso Centri di Cardiologia Ospedaliera ed Universitaria, ambulatori ASL di Cardiologia, Centri TAO, Reparti di Medicina e Reparti di Neurologia. Sono stati coinvolti anche i Medici di Medicina Generale, secondo un progetto in via di perfezionamento che prevede gruppi di pazienti con fibrillazione atriale esaminati presso

gli stessi ambulatori dei medici di famiglia, con ECG e raccolta dati eseguiti in loco. Come si vede in Figura 2, poco più del 50% dei pazienti è stato arruolato presso ambulatori di Cardiologia (indipendentemente dal fatto che questi fossero affiliati a Reparti di Cardiologia o di Medicina), ed i rimanenti presso Centri TAO, Reparti di Medicina e Reparti di Neurologia.

Caratteristiche della popolazione arruolata

Alla data odierna risultato arruolati 640 pazienti. Le caratteristiche demografiche principali della

popolazione sono riportate in Figura 3. Il 19% dei pazienti sono stati arruolati per fibrillazione atriale di nuova diagnosi, il 9% per fibrillazione atriale parossistica, il 26% per fibrillazione atriale persistente, il 3% per fibrillazione atriale "long-standing persistent" ed il 43% per fibrillazione atriale permanente. Come riportato nelle figure, si tratta di una popolazione a rischio tromboembolico piuttosto elevato, di età media pari a 77 anni e con alta prevalenza di ipertensione arteriosa (81,9%), scompenso cardiaco congestizio (21,5) e diabete mellito

Età (anni)	77 ± 10
PA sistolica (mmHg)	129 ± 19
PA diastolica (mmHg)	76 ± 13
Frequenza cardiaca (batt/min)	83 ± 22
Indice di massa corporea (Kg/m ²)	27,3 ± 5
Fumatori abituali (%)	3,2
Precedente ictus (%)	15,0
Precedente embolia sistemica (%)	1,2
Precedente sindrome coronarica acuta (%)	15,0
Scompenso cardiaco congestizio (%)	21,5
Diabete mellito (%)	22,0
Ipertensione arteriosa (%)	81,9
Broncopneumopatia cronica ostruttiva (%)	16,2
Storia di sanguinamento maggiore (%)	4,7
Colesterolemia totale (mg/dl)	164 ± 42
Colesterolemia HDL (mg/dl)	47 ± 14
Colesterolemia LDL (mg/dl)	96 ± 34
Na (mmol/L)	140 ± 3,6
K ⁺ (mmol/L)	4,3 ± 0,5
Hb (g/dl)	13,2 ± 2,2
Glicemia (mg/dl)	112 ± 39
Creatininemia (mg/dl)	1,09 ± 0,61
Velocità filtrazione glomerulare (ml/min)	67,6 ± 33

Figura 3



Punteggio CHA₂DS₂VASc

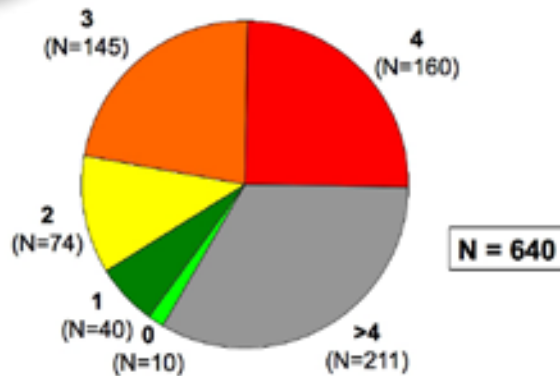


Figura 4

(22,0%). Solo l'8% dei pazienti presenta un punteggio CHA₂DS₂VASc compreso tra 0 ed 1. Il punteggio CHA₂DS₂VASc risulta pari a 2 nel 12% dei pazienti, 3 nel 25% dei pazienti e superiore a 3 nei restanti pazienti.

Trattamenti antitrombotici

La cartella clinica di Umbria-FA prevede non solo la registrazione dei trattamenti in atto, compresi quelli antitrombotici, ma anche la registrazione dei trattamenti prescritti al termine della visita. In questo modo, abbiamo potuto documentare che la visita clinica coincidente con l'arruolamento ad Umbria-FA ha comportato una riduzione dell'uso di antiaggreganti dal 22,6% al 14,% ed un parallelo aumento dei farmaci anticoagulanti orali (warfarin o NAO) dal 56,7% al 79,7%, in linea con le raccomandazioni della Società Europea di Cardiologia.

Follow-up

Stiamo valutando l'esecuzione di un follow-up sistematico periodico,

con cadenza almeno biennale, di questi pazienti. Tuttavia, la maggior parte delle informazioni di follow-up, in particolare quelle riguardanti l'insorgenza delle più gravi complicanze della fibrillazione atriale, sarà possibile grazie all'esame dei Registri Regionali di mortalità e dalle schede di dimissione ospedaliera.

Steering Committee:

Giancarlo Agnelli, Gianfranco Alunni, Giuseppe Ambrosio, Gennaro Arcuri, Giuseppe Bagliani, Enrico Boschetti, Giovanni Carreras, Claudio Cavallini, Oriana Garognoli, Paolo Gresele, Sara Mandorla, Elmo Mannarino, Giorgio Maragoni, Gabriella Molini, Pasquale Parise, Federico Patriarchi, Maria Gabriella Pinzagli, Stefano Ricci, Giuseppe Schillaci, Paolo Verdecchia (Coordinatore), Gianluca Zingarini. Segreteria organizzativa: Carla Jaspers.

Data management: Fabio Angeli, Gianpaolo Reboldi. ♥

I principali score di rischio trombo-embolico (CHADS₂, CHA₂DS₂VASc) ed emorragico (HAS-BLED) sono calcolati automaticamente dal sistema, così come altri parametri (velocità filtrazione glomerulare, ipertrofia ventricolare sinistra)

Responsabilità medica Il cambio di passo... Inevitabile e ineludibile

Riflessioni sull'incontro promosso dal Consiglio Sanitario Regionale con la collaborazione di componenti dell'ANMCO Toscana in tema di responsabilità medica

DI GIANCARLO CASOLO, ALESSIO LILLI, TIZIANA GIOVANNINI
A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO TOSCANA

**Il confronto
interdisciplinare
tra Medici, Giudici
Inquirenti e Giudicanti
durante un incontro
diretto dal Consiglio
Direttivo Regionale
ANMCO Toscana,
apre nuovi scenari
per la responsabilità
professionale, con nuovi
diritti e doveri del Medico
ospedaliero**

Questa volta il cambio di passo si è sentito. Era inevitabile, ed ora, come ben emerso, ineludibile per tutti. L'incontro in tema di responsabilità professionale tenuto a Firenze il 26 novembre 2013 ha varcato alcuni confini fino ad ora poco immaginabili. Il primo: tutti erano presenti, pazienti, medici, esponenti della magistratura giudicante ed inquirente. Ognuno ha potuto esprimere i propri bisogni ed ha potuto muovere le proprie osservazioni. Il secondo: si sono affrontate soluzioni al problema della medicina difensiva (offensiva nei confronti dei sanitari!) in maniera causale e non sintomatica. Il cambio di passo per noi è chiaro: verificare e soppesare concretamente il peso penale degli errori medici che, seppur tecnicamente presente nel nostro codice, non riveste una reale utilità sanzionatoria per "tutti". Per i magistrati ad esempio che nell'ultimo decennio hanno dovuto "combattere" attraverso le insidie del nesso di causalità e della colpa

in ambito penale affrontando un dibattito interno ampio e difficile, dal caso Massimo alla sentenza del 30%, estremamente pesante per la nostra professione in cui la responsabilità penale è stata considerata ai più alti livelli. Arriviamo oggi alla sostanziale consapevolezza che è molto complesso in campo sanitario escludere il ragionevole dubbio che ad ogni cittadino imputato (e pertanto anche i medici) è concesso in merito di restrizione della libertà personale (in dubio pro reo). Non è utile ai pazienti ed ai loro familiari che meritano, oltreché un ruolo importante nel processo decisionale (vedi oltre), un adeguato e rapido risarcimento in caso di sinistro con responsabilità medica. Non è utile ai medici che affrontano complesse situazioni processuali e mediatiche a risvolto penale ("omicidio colposo") che poi si dimostrano a fondo cieco e giungono ad assoluzione costante per il sostanziale recupero della verità. E cioè che il comportamento, seppur sbagliato, influisce sulla malattia, di per sé letale, con



percentuali scientificamente significative (e quindi risarcibili) ma non penalmente rilevanti. Il cambio di passo è venuto dal concetto che gli esperti e i consulenti devono fornire elementi tecnici nelle aule di tribunale e non giudizi di responsabilità e di colpa che spettano soltanto ai giudici, proprio per la peculiarità e le regole del diritto ben diverse da quelle della scienza. Il cambio di passo è divenuto un importante slancio verso un tangibile futuro, quando il lato giuridico del consenso ha confermato l'inizio di un percorso legislativo (attualmente in corso) in merito di definizione della responsabilità, e soprattutto ha auspicato una definizione in termini di legge di questo parziale allontanamento del lato penale dei nostri errori. La sensazione è che tutti iniziamo a guardare lo stesso orizzonte. Il panorama, si auspicano tutti, dovrebbe anche essere costellato di risarcimenti più immediati, commisurati e garantiti alle vittime di errori medici senza che questo ricada in un sempre spiacevole contraddittorio nonché nella ricerca (inutile) del capro espiatorio la cui testa viene costantemente offerta alla pubblica piazza. In altri termini è necessario accelerare verso una giustizia civile "giusta". Il cambio di passo è quindi inevitabile ed allo stesso ineludibile... Anche e soprattutto per noi.

«La falsificazione della cartella e degli atti è un reato più grave dell'omicidio colposo... E costituisce inoltre un importante indizio contro il sanitario».

Sta a noi perseguire nuove meto-

dologie nel percorso di cura che includano comportamenti leali e sicuri per tutti. Quello che ci viene chiesto per cambiare passo è semplice ed al tempo stesso complesso perché coinvolge un percorso culturale. La semplicità è legata ad atti che tecnicamente sono molto meno complessi dei percorsi diagnostico - terapeutici che solitamente affrontiamo. Compilare contestualmente il diario ed i referti, usare la chiarezza del ragionamento che si è intrapreso, applicare strumenti di sicurezza come la check - list operatoria, lavarsi accuratamente le mani, ecc. Una categoria forte culturalmente e con spirito di servizio quale la nostra non può esimersi dal perseguire risultati così semplici. Dimostrandoli. Ogni giorno combattiamo battaglie ben più difficili. L'altro cambio di passo è più complesso, poiché frutto di un mutamento culturale ancora immaturo: l'alleanza terapeutica con i pazienti.

«Le scelte non sono più esclusivo appannaggio del sanitario...».

Tutti sappiamo che i pazienti che prediligiamo sono coloro che si «rimettono completamente nelle nostre mani» e magari non ne vogliono sapere niente. Ognuno di noi faccia un piccolo sondaggio e verifichi il grado di estinzione di questa tipologia di pazienti, si accorgerà che i medici della prossima generazione non potranno beneficiare di questa storica delega in bianco alla cura. Questo fatto ha implicazioni fondamentali: i pazienti vogliono comprendere ed essere compresi. Così come fac-

ciamo noi in altri ambiti, quando i pazienti sentono un termine che non capiscono aprono Google e ce lo infilano dentro. Parlargli in maniera semplice eviterebbe questo "temibile ed incontrollato" filtro tecnologico. Il consenso informato non è un foglio, è una chiacchierata che non riguarda la nostra difficoltà nel posizionare un catetere o evitare di rompere una coronaria, ma riguarda le scelte diagnostiche e terapeutiche che facciamo, le alternative, il perché accollarsi dei rischi (da parte dei pazienti...). Riguarda la risposta alla storica domanda «se fosse sua madre lei che farebbe?» a cui oggi si aggiunge «perché?». L'entità del consenso richiesto dai magistrati ad ogni livello e dai pazienti a gran voce non è numericamente pesato in caratteri, parole, dizioni, ma è tarato su ragionamenti clinici, valutazione dei rischi e soprattutto empatia. In altre parole il nostro lavoro, ma più trasparente. Non possiamo fare come se la nostra professione fosse solo confrontarci con una protesi da mettere o una parete da ricucire, perché tanto più saremo tecnici tanto più l'errore diverrà non accettabile (poiché legato a semplice meccanica). Quanto più saremo umani tanto più "l'umano" che abbiamo davanti guarderà all'impegno più che al risultato. Il nostro cambio di passo si chiama alleanza terapeutica e trasparenza.

«Perché il medico per essere difeso... Deve essere difendibile». ♥

Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare

Il Cuore nel Cinquecento: Vesalio

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Il "De humani corporis fabrica"



Frontespizio del "De Humani Corporis Fabrica"



L'anatomista fiammingo André Vésale, discendente da una famiglia di medici, frequentò l'Università di Parigi (dove, allievo di Dubois e Guinter, fu formato nella più stretta osservanza galenica), e, laureatosi nel 1537 all'Università di Padova, vi fu subito nominato professore di medicina e di anatomia (*explicator chirurgiae*). Nel 1543 divenne medico di corte dell'imperatore Carlo V. Ritornato in Italia, ebbe purtroppo un incidente di percorso (praticò una dissezione su un giovane nobile, ritenuto morto, fino alla scoperta, all'apertura del torace, che il cuore batteva ancora), per cui fu processato dall'Inquisizione (il suo protettore era morto e il successore Filippo II non gli era molto affezionato) ma ottenne il perdono grazie alla promessa di fare un pellegrinaggio in Palestina. Morirà, forse di peste, nel viaggio di ritorno, all'attracco della nave all'isola greca di Zante.

Nel 1543, anno da ricordare perché, nel *De revolutionibus orbium caelestium* di Nicolò Copernico, viene confutato un altro importante mito scientifico, la concezione geocentrica, Vesalio pubblica a Basilea il monumentale *De humani corporis fabrica libri septem*, uno dei capolavori dell'editoria cinquecentesca, illustrato dalle famose tavole del pittore fiammingo Jan Stephan von Kalcar, allievo di Tiziano, una delle massime realizzazioni non solo dell'iconografia anatomica, ma più in generale della storia della xilografia.

Nel frontespizio dell'opera si osserva Vesalio che opera direttamente



Andrea Vesalio
(Bruxelles 1514 - Zante 1564)
Tiziano, Palazzo Pitti, Firenze

sul cadavere, orgogliosa affermazione dell'uomo rinascimentale: le cose che descrivo sono quelle che vedo Io! La lezione di anatomia è rappresentata in modo radicalmente diversa rispetto all'iconografia precedente e alle regole stabilite dagli statuti universitari: la scena si svolge all'aperto, in un cortile del Bo, sede dell'Università di Padova, dove è stata sistemata una struttura teatrale in legno; un pubblico estremamente composto di settanta o ottanta persone, anche laici, assiste alla lezione. Al centro è posto uno scheletro con in mano una canna magistrale, riferimento al tema del *memento mori* e, insieme, all'importanza dello scheletro in anatomia. Vesalio è ritratto con una mano nell'addome di una donna, mentre gesticola con l'altra: l'anatomista è insieme *lector*, *demonstrator* e *sector* (i barbieri sono invece relegati ai piedi del tavolo settorio, intenti a litigare per un rasoio da affilare). Sul tavolo

compaiono non solo gli strumenti chirurgici, ma anche una penna nel calamaio e un foglio di carta, ponendo l'accento sull'indissolubile duplice natura dell'anatomia, frutto insieme di abilità pratica e di elaborazione teorica. Al tempo stesso, Vesalio indica, in polemica con i suoi predecessori, che se nella lezione di anatomia classica è il testo a produrre la dissezione, la scrittura della *Fabrica* è, invece, guidata dalla dissezione.

La prefazione, in cui non solo informa i lettori della sua giovane età, ma scrive anche di essere *nato con la camicia*, segno di doti e capacità straordinarie, è un vero e proprio manifesto programmatico. Secondo Vesalio la stagnazione del sapere anatomico dai tempi eroici di Galeno è dovuta al discredito in cui è caduta presso i medici (che si occupano sostanzialmente della prescrizione di diete e medicine) la *manus opera*, delegata ai chirurghi e ai barbieri, la bassa manovalanza dell'arte medica. Tale deprecabile costume ha indotto la netta separazione dell'attività teorica dalla pratica terapeutica e, conseguentemente, l'accantonamento della *naturae speculatio*. La lezione d'anatomia, così com'è ancora celebrata nelle università del Rinascimento, è il risultato inevitabile di questa situazione: i *sectores* lacerano le carni del cadavere senza alcuna conoscenza dell'anatomia umana, mentre dall'alto della cattedra l'anatomista *come una cornacchia* ripete a memoria quanto ha appreso leggendo i testi altrui; *in anatomia, un qualunque macellaio sarebbe più competente*

di costoro. La dissezione per Vesalio non è più soltanto uno strumento didattico finalizzato a mostrare quanto è contenuto nei libri, ma anche l'unico mezzo per verificare la veridicità del contenuto dei testi canonici, strumento conoscitivo che consente di sviluppare un'anatomia finalmente fondata sull'osservazione diretta del corpo umano. Infatti, egli auspica che agli studenti sia data l'occasione, almeno una volta, di aprire qualcuna delle parti del corpo umano con le proprie mani, al di fuori del vacuo rituale che vincola lo svolgimento dell'anatomia pubblica. Nella trattatistica rinascimentale è ripresa più volte la questione se Galeno, fonte del sapere anatomico, abbia mai veramente potuto osservare un cadavere umano. Vesalio si dichiara convinto di no, imputando gli errori nei suoi scritti, sovente anche grossolani (soltanto nell'indice il nome di Galeno ricorre 265 volte, la maggior parte delle quali per correggerlo), proprio al fatto che le sue osservazioni fossero interamente inferite per analogia dalla dissezione degli animali, non tenendo conto delle molteplici differenze che distinguono il corpo umano da quello animale. Minando così alla base la credibilità stessa dell'intera produzione anatomica di Galeno, propone una ridefinizione complessiva dei modi di apprendere, insegnare e indagare la composizione



Miguel Servet da Villanova (1511-1553)

del corpo umano; in tal modo apre una breccia verso un ripensamento complessivo della fisiologia umana. Vesalio riconosce però che Galeno ha svolto un ruolo decisivo nella storia dell'anatomia e della medicina in generale, tanto che lo definisce *post Hippocratem medicinae princeps*. Sono, inoltre, tributi a Galeno la scelta adottata nella terminologia e quella dell'ordine che scandisce l'esposizione delle parti anatomiche (osteologia, miologia, vene e arterie, nervi, organi), preso a prestito dal *De anatomicis administrationibus*, e preferito al piano organizzativo

usualmente utilizzato nella trattatistica quattro-cinquecentesca derivata da Mondino de' Liuzzi (ventre inferiore, mediano e superiore dall'esterno verso l'interno). Vesalio si proponeva anche di istituire una coerente nomenclatura anatomica grazie all'invenzione di un sistema di numerazione (anziché di denominazione) dei muscoli e alla compilazione di liste di nomi per le ossa equivalenti nelle diverse lingue. La *Fabrica* è un atlante-compendio di 7 libri, di cui il terzo è dedicato al sistema vascolare, mentre il sesto tratta principalmente del cuore ed in misura minore dei polmoni. Sebbene la descrizione del cuore sia abbastanza buona, essa non è comunque eccezionale, essendo Vesalio ancora

influenzato dai concetti fisiologici galenici. Nella prima edizione pose in dubbio l'esistenza dei mitici pori di Galeno, anche se il sangue poteva *essudare* dal ventricolo destro al ventricolo sinistro, mentre nella seconda edizione (1555) li rifiutò in quanto vide in ripetute dissezioni il setto interventricolare anatomicamente integro. Anche se non seppe trarne le debite conseguenze fisiologiche (*esito a tentare una descrizione completamente nuova delle funzioni del cuore*), mise in dubbio l'idea di un sistema circolatorio unico, intravedendo la grande scoperta anatomica e fisiologica dell'epoca: la circolazione polmonare, che sarà



Modello del teatro anatomico di Fabrizio D'Aquapendente

formulata in modo più completo da Serveto e Colombo. Nello stesso spirito di progressivo affrancamento dal modello anatomofisiologico di Galeno, Vesalio contesta l'esistenza nell'uomo della *rete mirabilis*, un reticolo di minuscoli vasi sanguigni posti alla base del cranio che egli stesso aveva in precedenza descritto nelle *Tabulae anatomicae sex*, serie di illustrazioni anatomiche pubblicate a Venezia nel 1538. La rete mirabile, presente negli ungulati, era uno degli elementi chiave su cui poggiava la fisiologia galenica, in quanto si reputava che lo *spiritus vitalis*, contenuto nel sangue proveniente dal cuore, si trasformasse per suo tramite in *spiritus animalis*, diffuso nel corpo attraverso i nervi. Vesalio descrisse le *arteriae coronales* epicardiche e chiamò *arteriae soporiferae* le carotidi, aderendo alla convinzione che la loro compressione provocasse torpore (l'uso del termine carotide, attribuito a Rufo di Efeso, deriverebbe dal termine greco per il sonno profondo *karosis*), nonostante il fatto che Curtius nel 1551 avesse mostrato che la loro legatura negli animali non determinava questo effetto. Alcune strutture anatomiche furono nominate col suo eponimo, come il *foro di Vesalio* (orifizio dell'osso sfenoide) e la *vena di Vesalio*, che vi passa. Contemporaneamente alla *Fabrica* furono stampate due edizioni, una in latino e un'altra in tedesco, del *De humani corporis fabrica librorum Epitome*, una sorta di compendio da utilizzare come introduzione alla

lettura dell'opera maggiore e, in genere, allo studio dell'anatomia, accompagnato da figure incise e stampate in modo tale da poter essere ritagliate e incollate le une sulle altre, così da formare un'unica immagine anatomica.

L'opera di Vesalio suscitò le ire dei galenisti. Il suo maestro Jacques Dubois è il primo a schierarsi pubblicamente a difesa di Galeno con un pamphlet amaro e violento, pubblicato a Parigi nel 1552, in cui Vesalio è trattato come un folle calunniatore (parafrasandone il nome, lo definì *vesanus*, cioè insensato), che ha insozzato la scienza anatomica mettendo in dubbio la veridicità dei testi sacri. La polemica tra fautori della tradizione e sostenitori della revisione operata da Vesalio durerà, a colpi di libelli, fino alla metà degli anni Sessanta del XVI secolo.

Nonostante le resistenze dei galenisti, tuttavia, a partire dalla pubblicazione della *Fabrica* e grazie alla sua repentina diffusione, l'intera trattatistica anatomica europea deve necessariamente fare i conti con l'opera di Vesalio. La maggior parte degli autori di anatomia del XVI sec. vi si ispira al punto, talvolta, da rasentare il plagio. Nelle loro opere e nella loro attività d'insegnamen-

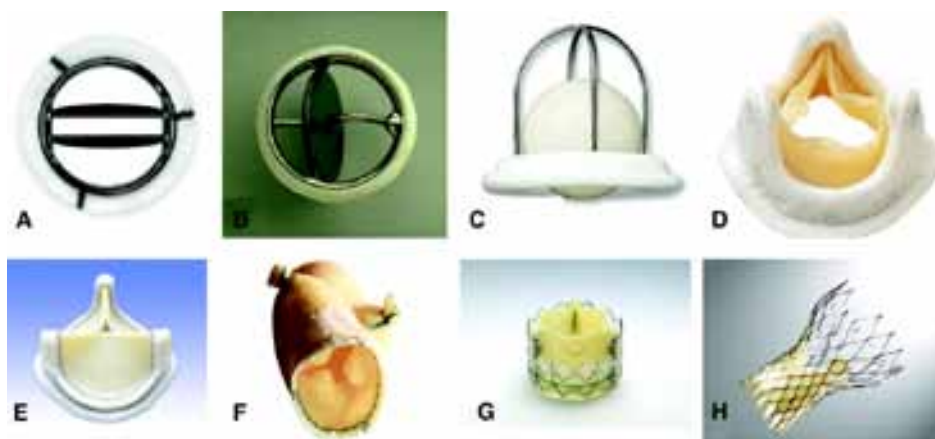
to, gli anatomisti italiani Colombo e Falloppio, lo spagnolo Juan de Valverde, i tedeschi Volcher Coiter e Leonhart Fuchs, lo svizzero Felix Platter, gli anglosassoni Thomas Geminus, John Caius e John Banister, in un modo o nell'altro, si dicono debitori dell'anatomia vesaliana, e più in particolare della *Fabrica*, che fu successivamente utilizzato come manuale imprescindibile per gli studenti di medicina dei successivi quattro secoli e continuò ad essere stampato fino al 1782.

Bisogna tuttavia precisare che nell'insegnamento universitario l'anatomia vesaliana non soppiantò subito l'anatomia galenica. Ancora fino alla metà del XVII sec., almeno formalmente, la pratica dissectoria resta infatti vincolata da norme statutarie che, se da un lato la legittimano, dall'altro la svuotano di ogni efficacia didattica e investigativa. Ciò accade a dispetto della crescente disinvoltura con cui gli anatomisti si vantano di osservazioni fatte in segreto su cadaveri di assai dubbia provenienza. Queste *anatomie private* sono tollerate dalle istituzioni, con un'implicita ammissione dell'incontestabile inutilità delle lezioni pubbliche, ormai poco più che rituali finalizzati alla gestione del disagio religioso e antropologico generato dalla dissezione e all'organizzazione delle solenni cerimonie attraverso le quali annualmente è riaffermato il prestigio professionale e sociale della medicina universitaria. ♥

Un giusto tributo al passato: la protesi valvolare di Starr-Edwards Un passo storico nella Chirurgia cardiaca

«Semplifica, modifica, applica, c'è ancora vita nel vecchio cane»
Sir Isaac Newton

DI SABINO SCARDI



Il recente decesso per bronco-polmonite di una nostra carissima paziente portatrice per 45 anni di una protesi mitralica di Starr Edwards, impiantata nel 1968 a Milano, per correggere una severa insufficienza mitralica, da Renato Donatelli pochi mesi prima che morisse, mi ha spinto a preparare questo contributo per ricordare la figura di Albert Starr, Cardiocirurgo e in parte anche Ingegnere che insieme all'Ing. Lowell Edwards ide-

arono la prima vera protesi valvolare cardiaca attualmente ancora in uso in alcuni paesi a basso reddito. La possibilità di correggere la valvulopatia mitralica con valvuloplastica era stata stabilita già negli anni '20, però il trattamento chirurgico del rigurgito mitralico fu utilizzato per la prima volta da Walton Lillehei nel 1956. Solo nel 1954 Charles Hufnagel con l'inserimento di una valvola a sfera nell'aorta discendente iniziò l'era della protesi valvolare

(aortica), mentre la Dott.ssa Nina Starr Braunwald praticò la prima sostituzione valvolare mitralica con un dispositivo artificiale realizzato in poliuretano e teflon. Lo sviluppo successivo è stato sostenuto da un chirurgo cardiaco che spesso ha collaborato con gli Ingegneri. Infatti, nel 1960 Albert Starr e Lowell Edwards (S-E) applicarono la prima valvola in posizione mitralica, aprendo un nuovo corso nel trattamento delle valvulopatie cardiache. In seguito Dwight Harken sostituì la valvola aortica e nel 1962 Robert C. Cartwright eseguì con successo la sostituzione valvolare multipla. Dopo diversi tentativi con sostituti biologici, alla fine del 1960 Alain Carpentier introdusse nella cura delle valvulopatie la protesi biologica costituita da una valvola porcina montata su stent con un anello di cucitura per facilitare l'impianto. La successiva evoluzione, nota a tutti, è rappresentata dall'utilizzo



di nuove procedure minimamente invasive ed endovascolari per la sostituzione o la riparazione valvolare. La protesi di S-E è stata accettata per la sostituzione valvolare da 54 anni e i risultati hanno cambiato la scena della malattia valvolare cardiaca. La prima valvola a sfera in gabbia è stata utilizzata il 25 agosto 1960 (54 anni fa) in un paziente di 33 anni con valvulopatia mitralica che morì improvvisamente la notte successiva per embolia gassosa. Il 21 settembre 1960 fu operato il secondo paziente, un uomo di 52 anni con stenosi mitralica calcifica in precedenza sottoposto a due interventi di riparazione (sola complicazione un ittero transitorio probabilmente secondario a tossicità da farmaci). Dei primi 8 pazienti (tutti in classe funzionale NYHA IV) 6 sopravvissero, lasciarono vivi l'ospedale e ritornarono ad una vita attiva. La serie di interventi proseguì nei mesi successivi (2 pazienti al mese) con progressiva riduzione della mortalità che passò dal 50% del 1960 al 10% del 1965. Fra il 1960 e il 1964 furono apportate molte modifiche alla prima protesi per ridurre l'emolisi e la tromboembolia. Il modello 6120 "extended-cloth prosthesis" impiantato anche alla nostra paziente fu utilizzato nel 1966. Il modello 6120 è una gabbia metallica in Stellite composta da 3 - 4 montanti monocast uniti all'apice che alloggia una palla di gomma siliconata, l'anello di teflon poroso e panno di polipropilene. Studi di follow - up hanno documentato l'eccellente durata di questa protesi e la sopravvivenza a

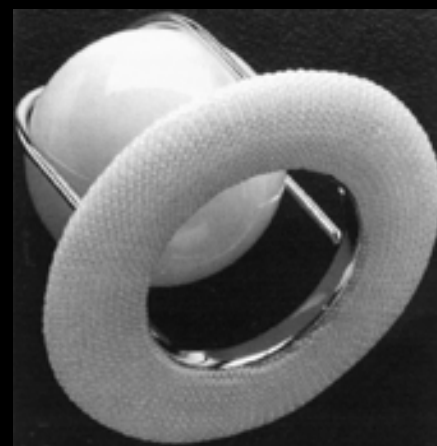
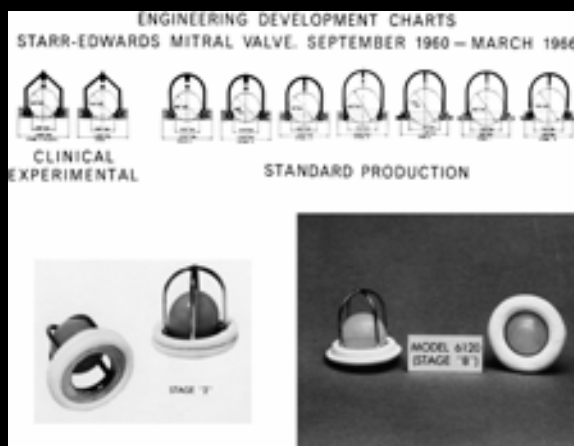
Autori	Anno	N° pazienti	Sopravvivenza
Godje O	1997		22.6 %
Tarzia V	2000		31 a
Goshima M	2003		31 a
Gao G	2004	1.406	8%
Sezai A	2005	58	25%
Miller MM	2008	senza TAO	30 a
Shiono M	2005	74	31.2%
Tarzia V	2007		31 a
Mariscalco G	2010		34 a
Ata Y	2010		35 a
Peterman MA	2006		38 a
Piazza N	2008		38 a
Bockeria L	2008	senza TAO	39 a
Misawa S	2011		39 a
Suezawa T	2008		40 a
Ferbandez J	2010		44 a
Azuma S	2013		45 a
Ayub B	2014		48 a
Scardi S	2014		45 a

Tabella I

Sopravvivenza di alcuni pazienti con protesi di Starr-Edwards

lungo termine rappresenta il fine principale della sostituzione valvolare cardiaca (Tabella I). Oltre 250.000 protesi valvolari di S-E sono state impiantate in tutto il mondo, nonostante le pertinenti complicazioni legate alla sua struttura (assenza di flusso centrale, orifici meno efficaci, gradienti importanti trans valvolari con emolisi, trombosi, crescita del panno fibroso, frattura della palla, stenosi e blocco della valvola, lesioni dell'aorta e della parete posteriore del ventricolo sinistro, ecc.). Il rischio embolico della protesi è del 2.5% con sequele a lungo termine del 39% (Groves P. Heart 2001, 86, 715, mentre quello annuale di sanguinamento da warfarin è del 2.7% (Cannegieter S. NEJM 1995, 333.11). Perciò, per ridurre il rischio tromboembolico e quello emorragico, che rappresentano una fonte importante di mor-

bilità e mortalità, è necessaria una corretta terapia anticoagulante con i farmaci antivitamina K. In accordo con altri autori anche noi abbiamo rilevato che, nei soggetti opportunamente addestrati e complianti, l'autogestione, adoperando il coagulometro portatile, migliora nettamente i risultati del trattamento (time spent nel range terapeutico assegnato è superiore al 70%). Per le protesi meccaniche invece non sono indicati i nuovi anticoagulanti orali. Il rischio di complicazioni e la sopravvivenza nei pazienti con protesi mitralica meccanica dipendono dalle dimensioni dell'atrio sinistro, dall'indice cardiaco, dalla presenza di una sottostante coronaropatia e dalla funzione ventricolare sinistra e destra. La sostituzione valvolare è stata uno dei progressi più importanti nella gestione dei pazienti con valvulopatia. Infatti,



nei pazienti con stenosi aortica o rigurgito mitralico la protesi di S-E ha migliorato la funzione ventricolare riducendo la massa ventricolare sinistra e l'ipertensione polmonare, ma soprattutto ha favorito un netto miglioramento della sintomatologia, della classe funzionale NYHA, dello stato di salute, della qualità della vita e della sopravvivenza.

Conclusioni

La sostituzione della valvola non fornisce una cura definitiva e la prognosi dei pazienti sottoposti a sostituzione valvolare è influenzata dall'emodinamica del device, dalla sua durata e trombogenicità. Una selezione della protesi più adatta al singolo paziente, l'attenta gestione e il puntuale follow - up dopo l'impianto possono aiutare, come nella nostra paziente, a prevenire

eventuali complicazioni e a favorire una sopravvivenza fino a 45 anni. Anche se sostituita da nuove protesi valvolari in questi decenni la protesi di S-E ha raggiunto un eccellente track record con caratteristiche uniche, poche protesi valvolari possono vantare un follow - up di 45 anni. La longevità della protesi di S-E dovrebbe essere utilizzata come standard nella valutazione dei risultati a lungo termine della funzione valvolare delle future valvole meccaniche e biologiche anche se oggi la tendenza è la riparazione. L'evoluzione della riparazione della valvola mitralica da Lillehei, che nel 1956 ha praticato il primo intervento sulla mitrale, a Starr che ha eseguito il primo intervento con la sua protesi nel 1960 sono passati più di 50 anni. Oggi però

con la valvuloplastica si ottengono spesso risultati migliori anche perché l'eziologia dell'insufficienza mitralica è diversa. Le procedure di Carpentier e la tecnica edge-to-edge del nostro Ottavio Alfieri sono le basi per i nuovi approcci terapeutici. La chirurgia interventistica sta già compiendo i primi passi con la Mitra-Clip da utilizzare soprattutto nei pazienti anziani con comorbilità e ad alto rischio di chirurgia tradizionale. La correzione del rigurgito mitralico è un campo complesso in crescente evoluzione. Nel settembre 2007 fu assegnato ad Albert Starr e Alain Carpentier il Lasked Award per il loro contributo straordinario allo sviluppo della valvola cardiaca protesica che ha segnato una pietra miliare nella chirurgia cardiaca. ♥



«L'ultimo passo della ragione è riconoscere
che ci sono infinite cose che la sorpassano»
(Blaise Pascal, "Pensieri" 267)

“Il pensiero del cuore” I miei primi dieci anni all'UTIC dell'Ingrassia

Letto per voi

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

Come insegnano gli anglosassoni, i conflitti di interesse vanno declinati subito. E allora nel recensire “Il pensiero del cuore - I miei primi dieci anni all'UTIC dell'Ingrassia” di Sergio Fasullo non posso non ricordare che conosco l'autore da tempo e ho per lui la stima che si deve a un professionista serio e di spessore scientifico non indifferente, che lo ha portato ad essere uno dei più giovani Fellow siciliani dell'ANMCO. Questo libro mi ha però confermato anche le sue qualità culturali e umane (in verità anticipate proprio su questa rivista con l'articolo *Giovani Cardiologi e relazione medico-paziente: il saper fare il buon medico*); mi sovviene, a questo proposito, quanto affermava il Professore Dardanoni, che mi ha



instillato la passione per l'epidemiologia: «Un medico deve essere innanzitutto un uomo di cultura». Quest'opera nasce dai ricordi di una vita in Cardiologia, comunità di cura alla ricerca di un destino che le dia una dimensione più profonda, conducendo le anime ferite dal dolore alla soglia dell'attesa e della speranza: strutture portanti

della condizione umana, radicalmente intrecciate con l'esperienza del tempo vissuto. Il titolo allude al fatto che ci sono le ragioni del cuore (nel senso attribuito da Pascal) e quelle della ragione calcolante: il cuore inteso, cioè, come metafora e immagine interiore di emozioni alte e vibranti. Il volume sottolinea come, nella relazione medico-paziente, la mera competenza professionale non basti, dovendo essere accompagnata dalla consapevolezza che i termini Io e Altro possono essere solo artificialmente dissociati. Scrive l'autore nella prefazione: «Ogni scienza non può esaurirsi nel suo discorso “tecnico” (freddo e “neutrale”): qui lo sguardo medico non incontra il malato ma la sua malattia, e nel suo corpo non legge una biografia,

ma una patologia dove la soggettività del paziente scompare dietro l'oggettività di segni sintomatici che non rinviano a un ambiente, a un modo di vivere, a una serie di abitudini contratte, ma a un quadro clinico, dove le differenze individuali, che si ripercuotono nell'evoluzione della malattia, scompaiono in quella grammatica dei sintomi con cui il medico classifica le entità morbose, come il botanico le piante». La prima parte del libro verte su una breve storia della Cardiologia dell'Ospedale Ingrassia, (definita anche "cardiologia dei pazzi" perché allocata nell'ex Ospedale psichiatrico di Palermo), presso la quale l'autore si è trasferito dal 2004, proveniente dall'Ospedale "B. Nagar" dell'isola di Pantelleria e dove in atto ricopre la carica di Responsabile della Terapia Intensiva Cardiologica. Affettuose parole sono rivolte a tutto il personale del reparto e in particolare all'attuale primario, Pietro Di Pasquale, di sanguigna vivacità e genialità interpretativa («Sa curare e gli piace farlo»). Ricordo che questa Unità Complessa di Cardiologia, dedicata al grande Magistrato e vittima della mafia Paolo Borsellino, già fraterno amico del Direttore, è uno dei punti di riferimento palermitani per la Rete dell'IMA per l'angioplastica primaria. Il secondo (La malattia è il nostro destino: il compito difficile del Cardiologo), il terzo (Il sorriso come donazione di senso: e il

tuo sorriso mi cadeva in volto) e il quarto (Una moltitudine di mani che cercano altre mani: la sapienza del cuore) capitolo sono orientati alla riflessione sulla fenomenologia della malattia e sui modi con cui si è curati quando ci si ammala. Alcune "forme di vita" aiutano a riconoscere e a rispettare le attese, le angosce e le speranze degli altri: il sorriso (che aggiunge un filo alla tela brevissima della nostra vita), la gentilezza d'animo (la quale crea relazione), la mitezza (che è apertura all'altro) e la speranza, la quale rende ancora desiderosi di una nuova aurora. A riprova della competenza e dell'umanità del personale dell'U.O. sono riportati varie lettere, mail e sms di ringraziamento ricevuti. L'ultima parte, Ipse dixit, contiene una sintetica raccolta di strafalcioni dei pazienti, «che spesso cospargono le nostre giornate di sorriso»: ho l'elicottero piluso nello stomaco - a mio padre le devono togliere il blechendecher - mi puoi dire quanto ciò di topolina? - cercavo il caposala per il permesso di soggiorno - suo padre è caduto? ma era vigile? No, operaio - scusi dottore, lei è il medico di ricambio? Nonostante questa parte, il libro non può essere certamente considerato una lettura amena e superficiale; anzi è densamente popolato da tutta una serie di dotte citazioni letterarie (che vanno da Rilke a Saba, da Quasimodo a Virginia Woolf,

da Sciascia a Emily Dickinson, da Thomas Mann a Goethe, da Canetti a Kafka, da Stendhal a de Saint-Exu-



pery), filosofiche (Eraclito, Spinoza, Heidegger e Kant) e religiose (Isaia, Bernardo di Chartres e Papa Francesco), non risparmiando nemmeno Gandhi, Steve Jobs e Guccini. Un piccolo appunto, Sergio: Origene e non Origine (anche tu sei rimasto vittima del correttore automatico di Word!). Leggere allora "Il Pensiero del cuore" è un'occasione di approfondimento per tutti i professionisti della salute attenti alla dimensione psicologica dei pazienti affetti da malattie organiche. Solo meditando su questo libro si coglierà fino in fondo la radicale profondità e la struggente bellezza delle riflessioni di Sergio Fasullo, con la speranza creatrice che, in chi cura e in chi è curato, deve costituirsi in una reciproca circolarità salvifica. Non si può non essere affascinati da una lettura che ci invita a guardare alle aree sconfinite della solitudine e della sofferenza d'ogni persona debole, malata o anziana. ♥



Gli affanni dello scrittore di scienza

Tratto da “Il Rientro dell’Impulso”
di Marcello Costantini, Lupo Editore (2008)

DI MARCELLO COSTANTINI

Nella vita dello scrittore di scienza, il revisore dei lavori scientifici inviati per la pubblicazione su riviste blasonate occupa un ruolo ingombrante, eccessivo, straordinariamente patogeno, fonte di amarezze e crisi inenarrabili, tanto da portare il derelitto scienziato a impulsi suicidi o, all’opposto, alla delirante idea dell’omicidio premeditato, magari tramite pacco - bomba. Quando lo scienziato appone il suggello ad un lavoro scientifico, battendo al computer la pagina del titolo e degli autori e stampando il manoscritto in tre copie, belle, pulite, vestite da prima comunione, egli ha il cuore gonfio di gioia. Eppure, il misero sa quello che lo attende, ma non rinuncia a quel momento, a quel piccolo sapore di trionfo, seppure virtuale, che comporta il mettere nella borsa

il faldone, per recarsi all’ufficio postale e spedirlo, per raccomandata AR. Il manoscritto vagherà purtroppo come la navicella di Ulisse, tra tempeste e maghe Circe, tra Ciclopi e perdiballe. Se ha fortuna arriverà da qualche parte, magari non ad Itaca. Spesso si frangerà tra i flutti di un mare reso tempestoso da qualche Nettuno di turno. Queste divinità malvagie, questi odiosi rivali di Atena, si chiamano referee. Sono loro che, inquisendo in modo rigorosamente anonimo il lavoro, stabiliscono il “livello di priorità” per cui il lavoro inviato può o meno essere accettato per la pubblicazione. L’esito possibile dell’inquisizione è triplice: accettato; rifiutato; rinviato all’autore per una revisione maggiore, dopo la quale ci sarà una nuova inquisizione. Le prime due possibilità, seppure opposte,

comportano meno traumi esistenziali al povero scrittore di scienza. L’accettazione (magari aggiungendo, dietro suggerimento disinteressato del referee, un paio di voci bibliografiche giudicate dall’autore poco attinenti, magari firmate dalla stessa persona, tanto che lo scienziato malignamente dice «Ah! Ecco chi è quello stronzo del revisore!»), comporta sempre tripudio e l’autore ne mena vanto per due settimane in istituto con il proprio gruppo, e una sera paga la pizza agli amici nella migliore pizzeria della città (per l’occasione, pizza a metro). Il rifiuto comporta sì frustrazione, ma è una frustrazione permeata di quel sentimento di vendetta che dà energia e che mitiga gli effetti nefasti del diniego. Lo scienziato, infatti, già dopo avere letto la gentile quanto ipocrita lettera dell’editore

già medita con orgoglio la seconda rivista alla quale inviare il lavoro, sicuro che i referee di questa saranno meno asini o meno disonesti. Questo orgoglio sostiene l'autore e gli instilla la forza che gli permette, nel giro di un paio di settimane, di ricomporre il testo, adattarlo alle norme editoriali della nuova rivista scelta, e rispedirlo fiducioso. La richiesta di una revisione maggiore, con subordine di nuovo giudizio dei revisori, è invece quanto di peggio possa capitare allo scienziato. Il lavoro, così com'è, viene giudicato non pubblicabile, ma l'autore potrà emendare il suo manoscritto, modificando radicalmente lo stile troppo retorico dell'introduzione, descrivendo meglio il metodo, evitando accuratamente di mischiare metodo e risultati, rifacendo di sana pianta la tabella n. 2, eliminando il caso n. 3, ma soprattutto facendo un'analisi supplementare dei dati e magari integrando la discussione con l'analisi di altri casi simili, pubblicati da altri gruppi e sfrondandola da eccessiva ridondanza e da uno stile letterario troppo da libro giallo. La bibliografia deve naturalmente pur essa essere rivista, con l'aggiunta di una dozzina di lavori, suggeriti sottovoce a grandi linee, senza entrare nello specifico, visto ancora il carattere sub iudice di tutta la faccenda.

Lo scienziato che riceve un giorno in Istituto o in Ospedale un voluminoso pacco giallo con un sacco di timbri, e l'intestazione della rivista, già trema, all'idea della richiesta di revisione maggiore. Quando è certo oramai della pena comminata, si aggira infelice per i corridoi: gli sembra tutto fatica vana; non ha più risorse; pensa a come ha trascurato la famiglia, a quante sere ha passato a casa a lavorare "extra" per quel dannato articolo, chiuso nello studio fino alle 3 del mattino, a studiare la casistica, ad analizzare i dati, a compilare le tabelle con quella Olivetti lettera 32 mezza sgangherata o, in epoche più recenti ed umane, con excel, a fare le figure, a studiare tutti i peli della bibliografia, a scrivere il testo, mentre la moglie e i figli quasi lo deridevano alle 7 del mattino a colazione, mentre con la faccia stralunata non riusciva nemmeno a centrare la tazza del tè per affondarvi una fetta biscottata, cercando di ricomporsi per affrontare un'altra giornata infernale di lavoro. Come si può pensare di passare altri due mesi simili? Che ne sarà del matrimonio? E del rapporto con i figli? Ma soprattutto, non ce la farò mai ad accontentare quei succhia sangue, quelle belve assetate di linfa umana! La depressione avanza nel cuore dello scienziato,

che diviene fiacco e scontento e trascina per mesi questo stato d'animo, con effetti a volte devastanti. Qualsiasi referee, anche non troppo cattivo, avrebbe già categoricamente bocciato questo manoscritto che tu, bonariamente, o lettore, stai leggendo con il sorriso sulle labbra, ma questo mi avrebbe se non altro risparmiato dagli effetti nefasti della revisione maggiore, e avrei tentato all'infinito con altri editori, sino alla consunzione totale delle dita sul computer, fino all'esaurimento dei francobolli della posta. ♥

Dona per il Tuo cuore



5xMille



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



**PERCHÉ DEL CUORE
BISOGNA AVERNE CURA SEMPRE**

**UNA FIRMA PER IL TUO CUORE
E PER TUTTI I CUORI, PICCOLI E GRANDI**

**Dona il 5xMille alla Fondazione
per il Tuo cuore - HCF Onlus
indicando il codice fiscale 94070130482
nella dichiarazione dei redditi.**

**Senza costi, sosterrai
la ricerca sulle malattie cardiovascolari.**

I  **5xMille**
codice fiscale
94070130482

www.periltuocuore.it

