

cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

L'ANMCO che cambia...
Ecco le novità!

9 mesi

Sei buoni motivi per
chiudere l'Area e-Cardio

La Campagna
Educazionale Nazionale
sull'Embolia Polmonare

Il Dipartimento
Cardiovascolare oggi

Cardionursing 2014

Area Scopenso
Cardiaco: work in
progress

Una società più sana, un
Paese più sicuro

Il nuovo Consiglio Direttivo
Regionale ANMCO
Friuli Venezia Giulia

Il programma del
Consiglio Direttivo
Regionale ANMCO
Lombardia 2014 - 2016

Congresso Interregionale
ANMCO M.U.M.A. 2014

L'ambulatorio di medicina
di montagna di Aosta

I Cardiologi di Puglia a
Firenze

La Sanità nell'Unione
Europea, in Italia e in
Umbria

La valutazione
prognostica del paziente
coronaropatico

Il Cuore nel tardo
Cinquecento

Un "ECO" dal passato

L'Anmco che cambia

MAGGIO/GIUGNO • LUGLIO/AGOSTO 2014, N°199 - 200





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

46°

Congresso Nazionale Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

2015

MILANO

4-6 Giugno 2015

Milan Marriott Hotel





In copertina: elaborazione grafica per il programma degli Stati Generali ANMCO 2014 - 2016

N. 199 - 200

maggio - giugno/luglio - agosto 2014

Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor

Maurizio Giuseppe Abrignani

Co - Editor

Federico Nardi

Comitato di Redazione

Michela Bevilacqua

Emilia Biscottini

Stefania Angela Di Fusco

Daniele Grosseto

Annamaria Iorio

Giulia Russo

Redazione

Simonetta Ricci

Luana Di Fabrizio

E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

ANMCO

Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055/51011 - Fax 055/5101350

segreteria@anmco.it

www.anmco.it

Direttore Responsabile

Gennaro Santoro

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74

Centro Servizi ANMCO srl

Stampa

Tipografia Il Bandino - Firenze

Progetto grafico e impaginazione

Studio Mirannalti - www.mirannalti.it



DAL PRESIDENTE

L'ANMCO che cambia... p. 2

Ecco le novità!

di *Michele Massimo Gulizia*

DAL GIC

9 mesi p. 10

di *Maria Frigerio*

DALLE AREE

AREA E-CARDIO

Sei buoni motivi per chiudere p. 14

l'Area e-Cardio. Pensieri condivisi con

Lorenzo Baroldi

di *Alfredo Posteraro*

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

È partita la Campagna p. 18

Educazionale Nazionale ANMCO

"Universo Trombosi. Embolia

Polmonare"

di *Michele Azzarito*

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Il Dipartimento Cardiovascolare oggi. p. 20

Tra mito e realtà

di *Giovanni Gregorio e Quinto Tozzi*

AREA NURSING

Cardionursing 2014 p. 25

di *Sabrina Barro e Gaetano Satullo*

AREA SCOMPENSO CARDIACO

I progetti dell'Area Scompenso p. 28

Cardiaco: work in progress

di *Giulia Russo, Marco Marini, Massimo*

Milli, Renata De Maria, Giuseppe Di

Tano, Nadia Aspromonte

DALLE REGIONI

BASILICATA

Una società più sana, un Paese p. 34

più sicuro con una condivisa cultura

dell'emergenza.

L'esperienza di Grassano

di *Francesco Paolo Calciano,*

Lucia Bolettieri, Damiano Cardinale,

Porzia Lacertosa

FRIULI VENEZIA GIULIA

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale p. 40

ANMCO Friuli Venezia Giulia si

presenta. Idee per il prossimo biennio

di *Matteo Cassin a nome del Consiglio*

Direttivo Regionale ANMCO Friuli

Venezia Giulia

LOMBARDIA

Il programma del nuovo Consiglio p. 42

Direttivo Regionale ANMCO

Lombardia 2014 - 2016 - Cardiologia

"a 4 C": Continuità, Coinvolgimento,

Collaborazione e Cambiamento

di *Fabrizio Oliva, Marco Ferlini,*

Francesco Melchiorre Gentile,

Luigi Moschini, Domenico Pecora,

Claudio Pedrinazzi, Pierfranco Ravizza,

Michele Romano, Roberta Rossini

MARCHE

Congresso Interregionale ANMCO p. 45

M.U.M.A. 2014

di *Ettore Savini e Domenico Gabrielli a*

nome del Consiglio Direttivo Regionale

ANMCO Marche

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Star bene in quota. L'Ambulatorio p. 46

di Medicina di montagna di Aosta

di *Marco Sicuro, Bruna Catuzzo,*

Guido Giardini

PUGLIA

I Cardiologi di Puglia a Firenze p. 49

di *Francesca Pierri e Pasquale Caldarola*

UMBRIA

La Sanità nell'Unione Europea, p. 50

in Italia e in Umbria

dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO

Umbria

FORUM

La prognosi del coronaropatico: p. 52

conta più l'estensione della malattia

coronarica o l'ampiezza dell'area

ischemica?

di *Stefano De Servi*

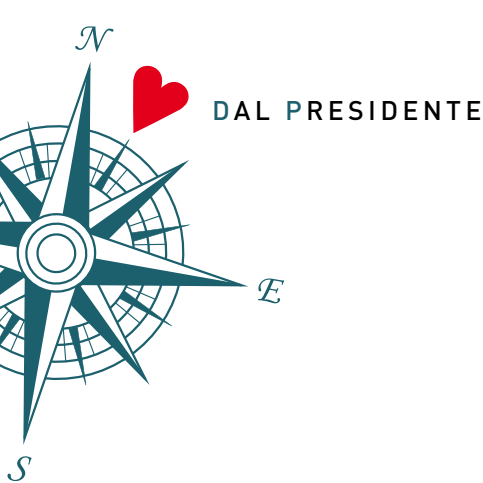
COME ERAVAMO

Il Cuore nel tardo Cinquecento p. 55

di *Maurizio Giuseppe Abrignani*

Un "ECO" dal passato p. 58

di *Federico Nardi*



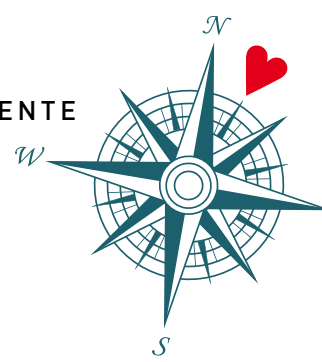
L'ANMCO che cambia Ecco le novità!

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA

In un articolo apparso su “*Cardiologia negli Ospedali*” (N. 196 novembre - dicembre 2013; pp.7-9), pochi mesi prima del mio insediamento come Presidente della nostra Associazione, mi chiedevo di che cosa avesse imminente necessità l'ANMCO. Rinnovo o cambiamento? La risposta più adeguata a questo interrogativo risulta essere, ragionevolmente, un mix tra i due termini: “*cambiare rinnovandosi*”, ovvero cercare di stare al passo con i tempi senza perdere per strada tutto ciò che di buono fino a questo momento è stato realizzato. Nel passato ANMCO è vissuta in uno stato di grazia, frutto di un trend positivo generato da una ricerca scientifica condotta con grande maestria, lusingata da prestigiosi riconoscimenti internazionali, e di una attività formativa ricca e articolata nelle proprie molteplici espressioni e ricadute sul territorio.

Tutto questo però ora non basta più, non possiamo permetterci di vivere di rendita. La crisi economica che sta attanagliando il nostro Paese e, nel contempo, quella che sta investendo la sfera sanitaria impongono l'ideazione e l'elaborazione di nuovi format di comunicazione, formativi e organizzativi, per riuscire ad ottenere gli stessi risultati di “*ieri*”. Dobbiamo trovare nuovo slancio e nuove motivazioni, stimolando i Giovani Cardiologi che credono nella possibilità di un nuovo futuro per la nostra disciplina a impegnarsi per diventare i veri “*artefici del nostro domani*”. Ed è proprio in quest'ottica che dal momento che dal mio insediamento a Presidente ANMCO a oggi sono state varate e introdotte all'interno della nostra Associazione tutta una serie di novità che sono state discusse e approvate dal Consiglio Direttivo e da quello Nazionale.

Sempre in un mio articolo, scritto successivamente per il *Congress News Daily 2014*, al primo giorno del nuovo Consiglio Direttivo, annunciavo che le cose sarebbero cambiate per la nostra Associazione e che un forte vento di rinnovamento, piuttosto che una nuova alba, iconograficamente parlando riferendomi all'immagine che avevo scelto per quell'articolo, avrebbe investito l'ANMCO nella sua totalità. Credo di aver mantenuto fede a quelle promesse. E se la cartina al tornasole del rinnovamento sono i cambiamenti, questi stessi non hanno tardato a prendere forma. Non è per autoincensarci, né per cercare uno scontato e banale proselitismo che desidero invitarvi a seguire quanto è stato fatto fino ad oggi per i nostri Soci, ma anche per il mondo ANMCO in generale. E' il risultato di un duro lavoro... Condotta in gruppo! Purtroppo alcuni di questi cambiamenti sono stati il risultato



per il tuo cuore

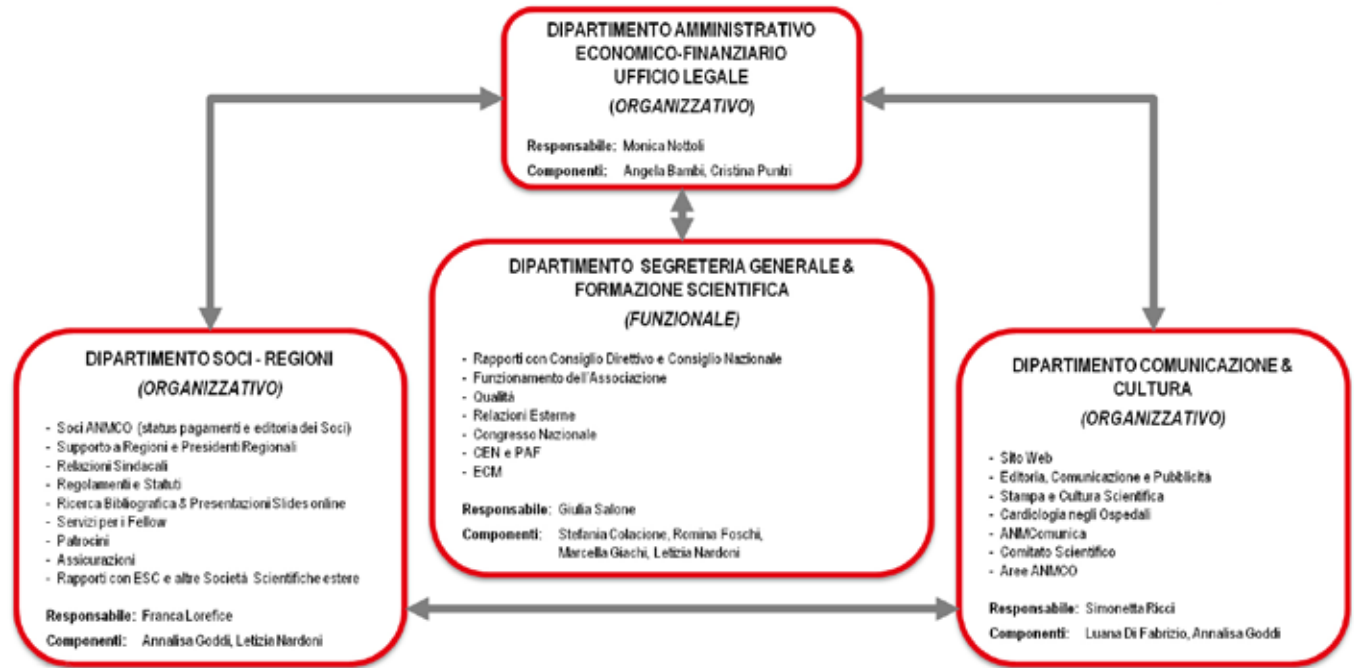
L'Anmco che cambia **Stati Generali ANMCO 2014/2016**

Figura 1

di un sofferto e difficile percorso decisionale, portato avanti insieme al Consiglio Direttivo e condiviso con il Consiglio Nazionale. Mi riferisco alla ristrutturazione organizzativa e funzionale del patrimonio lavorativo della Segreteria e dell'Amministrazione ANMCO, ristrutturazione che ha comportato una riduzione del numero dei dipendenti. Le contingenze economiche hanno costretto gli Organi Direttivi dell'Associazione a effettuare dei tagli di personale, scelta dolorosa quanto indefettibile. Non si poteva continuare a mantenere un organico di 19 dipendenti con due dirigenti, che costava annualmente

oltre 1 milione di euro, quando i nostri ricavi ne sono ben al di sotto da diversi anni. Quattro persone non lavorano più per la nostra Associazione, e nel contempo sono state abolite le figure dirigenziali. Si è deciso che come dirigenti della nostra Associazione bastano i componenti del CD, e pertanto si sono abolite le relative posizioni funzionali. Il personale della Segreteria e dell'Amministrazione è quindi attualmente composto da 12 persone, le cui attività sono state riorganizzate in quattro Dipartimenti.

I Dipartimenti

Cominciamo dalla riorganizzazione del lavoro e delle attività presso la Sede Nazionale. Come già menzionati sono stati creati quattro Dipartimenti, uno funzionale e tre organizzativi, ognuno dedicato ad uno o più settori di attività. Eccoli qui:

- **Dipartimento Amministrativo Economico - Finanziario - Ufficio Legale;**
- **Dipartimento Segreteria Generale, Formazione Scientifica;**
- **Dipartimento Soci - Regioni;**
- **Dipartimento Comunicazione & Cultura.**

L'organigramma riportato in Figura 1 precisa le attività di competenza per ciascuno di essi.



L'ANMCO CHE CAMBIA NUOVE ATTIVITÀ/INIZIATIVE

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO ECONOMICO - FINANZIARIO UFFICIO LEGALE	DIPARTIMENTO SEGRETERIA GENERALE, FORMAZIONE SCIENTIFICA	DIPARTIMENTO SOCI - REGIONI	DIPARTIMENTO COMUNICAZIONE E CULTURA
<p>Nuovo Regolamento per la Gestione Amministrativa delle Sezioni Regionali ANMCO</p> <p>Istituzione di un apposito sistema per il rispetto della sicurezza e della privacy</p> <p>Nuova gestione amministrativa dei contratti e documenti di lavoro relativi ai dipendenti ANMCO/Centro Servizi ANMCO</p> <p>Inserimento Protocollo in tutti i Dipartimenti per una migliore gestione e archiviazione documentale</p>	<p>Nuova Sede Congressuale</p> <p>Nuovo concetto di Congresso: veloce, interattivo, stimolante</p> <p>Nuove modalità formative: ANMConnect</p> <p>Corsi Mentoring per Giovani Soci all'interno del PAF</p> <p>Nuove Linee Guida 2015 per il Piano Annuale Formativo</p>	<p>Nuovo Regolamento Fellowship ANMCO e nuovi servizi per i Fellow</p> <p>Nuovo Regolamento Concessione dei Patrocini</p> <p>Bibliografia on line per i Soci</p> <p>Dipartimento Relazioni con Società Scientifiche Estere</p> <p>Assicurazione di Responsabilità Civile e Professionale e Tutela Giudiziaria</p> <p>Presentazione slide on line</p>	<p>Progetto ANMComunica</p> <p>Nuovo ANMCO WEB Site</p>

Figura 2

Le nuove attività Dipartimento per Dipartimento

(Figura 2)

• Il **Dipartimento Amministrativo** dell'ANMCO è stato riorganizzato partendo con un sistema di protocollazione, esteso a tutti i settori di attività della Segreteria, che ha permesso di migliorare sensibilmente la gestione e l'archiviazione documentale. Sempre grazie all'operatività di questo Dipartimento è stato varato un nuovo Regolamento delle Sezioni Regionali ANMCO, già approvato in Consiglio Nazionale, e che ha trovato una reale e positiva accoglienza da parte dei Presidenti Regionali ANMCO. Le novità in questo contesto, infatti, si sono sostanziate in maggiori fondi messi a disposizione delle Sezioni Regionali per dar vita alle loro progettualità e in

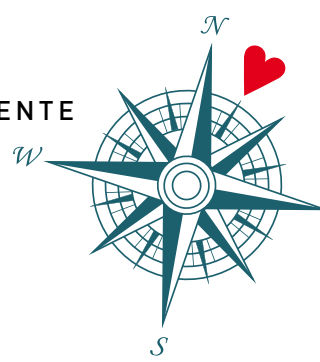
una maggiore chiarezza nelle regole che presidono l'attività formativa a livello locale.

Sempre con il supporto della nostra Amministrazione sono stati messi in atto una serie di provvedimenti a tutela della sicurezza e della privacy presso la Sede Nazionale ANMCO. Per ultimo, ma non per questo meno importante, un altro provvedimento assunto a livello amministrativo, frutto del desiderio di agire in un regime di massima trasparenza, è stato l'introduzione di una nuova gestione dei contratti e dei documenti di lavoro relativi ai dipendenti dell'ANMCO e della Centro Servizi, con la centralizzazione e il risparmio nella produzione di attività amministrative e contabili.

• Il **Dipartimento Segreteria Generale, Formazione Scientifica** è l'unico dipartimento a carattere funzionale;

rappresenta il trait d'union con gli altri e presiede all'armonizzazione dell'attività svolta da e con gli altri tre Dipartimenti. All'interno di questo settore le novità sono molte.

Partiamo dal **Congresso Nazionale ANMCO** (Figura 3). Quest'anno non si svolgerà più presso la consueta sede della Fortezza da Basso di Firenze, ma è stata scelta come nuova sede il **Marriot Hotel a Milano**. Sarà un Congresso con una struttura più snella, più dinamica, ma non per questo di minor valore. Tante saranno le novità all'interno del Congresso, veri eventi nell'evento, tra cui nuove formule comunicative e formative: **Village monotematici** per patologia, **Aule interattive** con uso di iPad e di altre nuove tecnologie come la proiezione watch out, **Meet the Expert** dentro e fuori le aule congressuali, **Face to Face Session**,



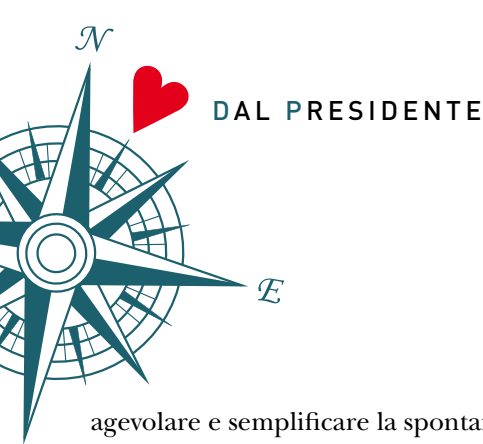
e-poster session digitali, per citare alcune tra le più innovative. Tutto questo nella speranza che possa essere un Congresso più partecipato, più coinvolgente e che permetta ai congressisti di essere, oltre che partecipanti, anche e soprattutto “attori”. Confidiamo, a breve, di ricevere conferma per il possibile svolgimento di una parte del Congresso all’interno dell’EXPO 2015. In ogni caso ci auguriamo che la concomitante presenza dell’EXPO, evento mondiale di massima rilevanza, possa essere di stimolo per un dibattito che travalichi i confini nazionali aprendo scenari cardiologici di rilevanza internazionale. Non perdetevi l’opportunità di riservare sin da adesso la vostra presenza. Le richieste aziendali stanno già arrivando copiose per garantirsi i migliori spazi congressuali e i più vicini allottment alberghieri. Altra grande novità è il progetto **ANMC@NNECT** (Figura 4), un nuovissimo format che avvalendosi di particolari tecnologie mira a creare una rete dedicata all’aggiornamento continuo professionale del cardiologo. Sarà in sostanza una piattaforma informatica, raggiungibile attraverso i più comuni social media, come Facebook e Twitter, in cui i soci avranno la possibilità di reperire materiali scientifici, app e informazioni utili di vario genere per lo svolgimento della loro laboriosa attività quotidiana. Sono state messe a punto le nuove **Linee Guida ANMCO** per la gestione degli **Eventi Formativi ECM** che rientrano nel **Piano Annuale Formativo** con lo scopo di



Figura 3



Figura 4



agevolare e semplificare la spontanea realizzazione di corsi da parte dei vari soggetti interessati. Sempre all'interno del Piano Annuale Formativo, e nell'ottica di un continuo rinnovamento partecipativo, sono state create le **"Giornate Mentoring"** per i giovani Soci con l'obiettivo di creare, attraverso adeguati incontri formativi, un "nucleus" di giovani Colleghi ben preparati e formati alle varie attività dell'ANMCO. A proposito di giovani, basti visionare la composizione della nuova redazione di *Cardiologia negli Ospedali* per rendersi conto che l'ANMCO è a loro vicina con i fatti e non solo con le parole.

• **Il Dipartimento Soci - Regioni**, la vera interfaccia e il primo concreto contatto tra la periferia e il centro, porta con sé molte novità che spero annullino pian piano quella sensazione di lontananza e distacco dall'ANMCO, di farraginosità dei percorsi, che è maturata nel tempo in alcuni Associati. Quindi una nuova ANMCO anche sotto questo profilo, in modo che ogni singolo socio si senta effettivamente il vero protagonista, al centro della

nostra grande realtà associativa. In questo settore di attività deve essere ricordato il nuovo **Regolamento** per l'ottenimento della **Fellowship ANMCO**; di pari passo con questa iniziativa è stata elaborata una nuova serie di servizi dedicati ai Fellow ANMCO ed è stata istituita anche la figura del **Fellow Emerito**. I Fellow troveranno a breve tutta una serie di servizi ad essi dedicati che vi illustrerò nel prossimo numero di questa rivista. Utilissimo il nuovo servizio gratuito per i Soci in regola con il pagamento della quota annuale: **Bibliografia on line entro 48 ore**. Questo servizio permetterà al Socio di chiedere e ottenere un pdf degli articoli richiesti, pubblicati su prestigiose riviste internazionali (tra cui: New England, JACC, Circulation, JAMA, Lancet, etc.) che assicurerà un aggiornamento gratuito e in tempi record! Un altro interessante servizio è quello dell'**Assicurazione di Responsabilità Civile e Professionale e Tutela Giudiziaria** per Medici Cardiologi dipendenti che, in contropartita a una quota economica agevolata, prevederà una copertura per cinque anni contro il rischio clinico di

malpractice e/o di colpa professionale grave. È un primo passo da parte della nostra Associazione per affrontare un tema a volte scaramanticamente allontanato ma che condiziona ormai pesantemente l'attività quotidiana dei cardiologi ospedalieri.

• **Il Dipartimento Comunicazione&Cultura** vede come due sostanziali novità il progetto **ANMComunica** e il **nuovo WEB Site** associativo.

Il progetto **ANMComunica** (Figura 5) rappresenterà uno strumento d'informazione, che opererà parallelamente ai mezzi più tradizionali quali *"Cardiologia negli Ospedali"* e lo stesso sito WEB, ma con un metodo decisamente nuovo e più dinamico, con la *mission* di essere la voce dell'ANMCO nei rapporti con i mass media e la *vision* non di un semplice ufficio stampa, ma di un mezzo potente per diffondere in tempi brevi il punto di vista dell'ANMCO su tematiche scientifiche, culturali e organizzative ai principali mezzi di informazione. Una vera rete informativa a disposizione dei nostri Soci e del mondo cardiologico in generale che vuole coniugare completezza, chiarezza, omogeneità e rapidità dei messaggi comunicativi. Una rete che si dovrà alimentare da più livelli e fonti, dal basso, ovvero a livello locale, oppure dall'alto, ovvero a livello di Istituzioni Sanitarie Nazionali oppure Organismi Internazionali. La notizia diventerà protagonista, anche se il mezzo di fruizione della stessa da parte dell'utente potrà cambiare a seconda delle circostanze. Potrà avere la veste di articolo, di contenuto WEB,

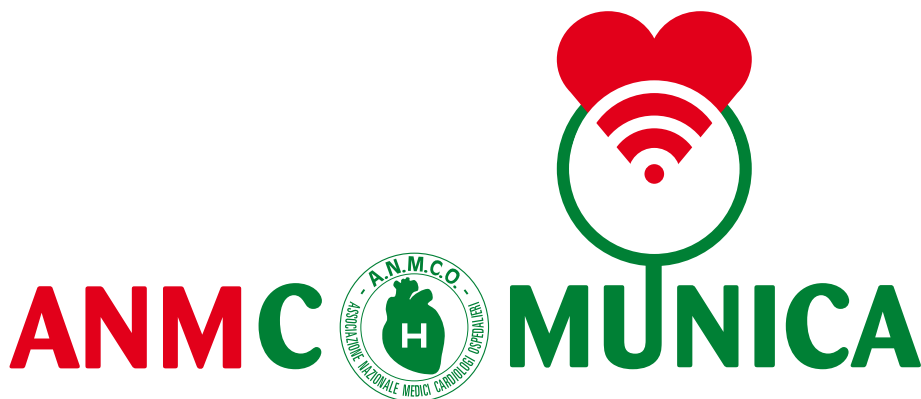
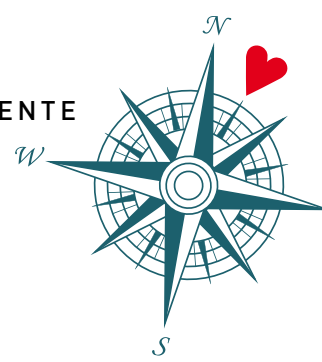


Figura 5



d'intervista scaricabile da Youtube, di breve annuncio sui Social, di APP, di format FAD. Nell'ambito della Task Force **ANMComunica**, un **Nucleus Operativo**, costituito da esperti, rappresenterà il filtro "a monte della notizia", e valuterà l'opportunità di divulgazione della stessa in base a principi etici e deontologici. Un **Nucleus Scientifico** sarà deputato a verificare la scientificità dei contenuti della notizia. Il **Nucleus Territoriale**, formato dai Rappresentanti delle Sezioni Regionali ANMCO, funzionerà come grande bacino di reperimento e proposizione delle notizie e infine il **Nucleus WEB 3.0**, più simile a un organo tecnico, disporrà le modalità di divulgazione. Un grande e ambizioso lavoro da condurre in team, una nuova sfida per ANMCO.

Il **nuovo Sito WEB** dell'Associazione é, come già esposto l'altra novità in questo settore. L'obiettivo é quello di ottenere un Sito facilmente navigabile e snello nei contenuti, che dovranno avere turnover frequentissimo. Insomma un Sito che sia veramente in grado di informare l'utente con facilità e rapidità. ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore non potranno più fare a meno di un profilo **Facebook** e un profilo **Tweeter** che ci permetteranno di somministrare ai nostri Cardiologi pillole di notizie in tempo reale.

Gli Stati Generali ANMCO 2014

(Figura 6)

E adesso vorrei augurarvi buoni **Stati Generali!** E buone novità! Sì, perché è proprio dal dibattito che, con l'entusiasmo di sempre, scaturirà

da questa **"tre giorni eugubina"** che nasceranno le vere novità per l'ANMCO. Un programma ricco e impegnativo nello svolgimento per la strategicità e la complessità delle tematiche trattate. Dopo una sessione scientifica su un tema di estrema attualità (*Nuovi anticoagulanti orali e Fibrillazione Atriale. Oltre i confini dello stroke*) parleremo di argomenti organizzativo-gestionali d'importanza vitale per il cardiologo ospedaliero nella sessione *"Esisterà ancora la Cardiologia?"*, in cui affronteremo i modelli degli ospedali per intensità di cura (che mettono in dubbio la stessa nostra ragion d'essere rischiando di azzerare i progressi della Cardiologia Italiana degli ultimi cinquant'anni), i problemi relativi alle UTIC spoke, le reti assistenziali e il PNE dell'AGENAS. Sentiamo, infatti, il bisogno di procedere rapidamente a un rinnovamento che possa permetterci di restare protagonisti in una Sanità in continua evoluzione per difendere la specificità della nostra disciplina. E' noto che non sono i più forti che sopravvivono, ma quelli che meglio sanno adattarsi alla mutazione dell'ambiente, come diceva il buon Darwin; e noi sapremo adattarci rapidamente, penetrando il Sistema per migliorarlo dall'interno. La sessione *"E' tempo di un nuovo Documento di Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia in Italia?"*, sarà dedicata invece in particolare ai delicati rapporti col mondo associativo che ci circonda. Faranno seguito altre sessioni dedicate agli approfondimenti sul futuro della nostra società: *"La nuova ANMCO: guardiamo al futuro partendo dal*

presente", in cui affronteremo le novità organizzative e nel campo della comunicazione (come ANMComunica e ANMC@onnect) e della ricerca (la nostra forza è sempre stata la coesione di tutte le Cardiologie ospedaliere nel partecipare a progetti scientifici che hanno reso l'ANMCO interlocutore privilegiato per le Istituzioni e per la Comunità Scientifica internazionale), e *"La formazione ANMCO e gli aggiornamenti per le Regioni e le Aree"*. **L'ANMCO che cambia** desidera offrire una proficua e costruttiva discussione su tutti questi temi all'interno degli Organi e degli Organismi dell'ANMCO, cui farà seguito prossimamente una grande riunione plenaria con tutti quanti tra Voi vorranno parteciparvi, in data e sede da definire e che vi verranno comunicate a breve. Gubbio, una tra le più belle città medievali in Italia, gioiello unico incastonato nel verde e testimonianza di un passato luminoso, raffinato e colto che ancora risplende sarà la sede ideale di un incontro che getterà le basi per una rinnovata Cardiologia, forte dei successi del passato, che saprà essere continuo riferimento culturale e organizzativo per le Istituzioni e per le nuove generazioni di Cardiologi. Sono convinto che con la collaborazione di ciascuno di Voi riusciremo in questo progetto per il nostro futuro.

Buon ANMCO a tutti e arrivederci al prossimo numero!



per il tuo cuore

Stati Generali ANMCO 2014/2016

Gubbio
Park Hotel ai Cappuccini
17-19 ottobre 2014

L'Anmco che cambia



Figura 6

PRESIDENTE



Michele Gulizia

MICHELE MASSIMO 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

VICE-PRESIDENTE



Antonio Amico

ANTONIO AMICO

Direttore U.O. di Cardiologia - UTIC
Ospedale San Giuseppe da Copertino
Via Carmiano, 5 - 73043 Copertino (LE)
Tel. 0832/936259 - Fax 0832/930877
afamico@gmail.com

VICE-PRESIDENTE



Furio Colivicchi

FURIO COLIVICCHI

Direttore f.f. U.O.C. di Cardiologia
Ospedale San Filippo Neri
Via G. Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062294 - Fax 06/33062489
f.colivicchi@sanfilipponeri.roma.it

PAST - PRESIDENT



Francesco Maria Bovenzi

FRANCESCO MARIA BOVENZI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale San Luca
Via G. Lippi Francesconi - 55100 Lucca
Tel. 0583/449515
f.bovenzi@usl2.toscana.it

PRESIDENTE - DESIGNATO



Andrea Di Lenarda

ANDREA DI LENARDA

Direttore S.C. Centro Cardiovascolare
Azienda Servizi Sanitari n.1 Triestina
Via Slataper, 9 - 34125 Trieste
Tel. 040/3992879 - Fax 040/3992935
andrea.dilenarda@assl.sanita.fvg.it

SEGRETARIO GENERALE



Federico Nardi

FEDERICO NARDI

Dirigente Medico - S.O.C. di Cardiologia
Azienda Sanitaria VCO - Ospedale Castelli
Via Fiume, 18 - 28922 Verbania
Tel. 0323/541302 - Fax 0323/541592
federico.nardi1@gmail.com

TESORIERE



Carmine Riccio

CARMINE RICCIO

Responsabile U.O.S.D. "Gestione del post-IMA e prevenzione secondaria"
Azienda Ospedaliera S. Anna e S. Sebastiano
Via Palasciano, 1 - 81100 Caserta
Tel. 0823/232362 - Fax 0823/232362
carmine.riccio@tin.it

CONSIGLIERI

GIANFRANCO ALUNNI



Gianfranco Alunni

Responsabile Struttura Semplice Area Scompenso - Cardiologia e Fisiopatologia Cardiovascolare
Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia
Ospedale Santa Maria della Misericordia

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

ROBERTO CAPORALE



Roberto Caporale

Dirigente Medico - U.O.C. di Cardiologia Interventistica
Azienda Ospedaliera di Cosenza
Presidio Ospedaliero dell'Annunziata
Via F. Migliori, 72 - 87100 Cosenza

Tel. 0984/681371 - Fax 0984/681374
caporale.roberto@gmail.com

GIANCARLO CASOLO



Giancarlo Casolo

Direttore S.C. di Cardiologia - Ospedale Versilia
Via Aurelia, 335 - 55043 Lido di Camaiore (LU)
Tel. 0584/6059721 - Fax 0584/6059897
g.casolo@usl12.toscana.it

GIUSEPPE DI TANO



Giuseppe Di Tano

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia
Azienda Istituti Ospitalieri Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405323 - Fax 0372/433787
giditano@tin.it

GIOVANNA GERACI



Giovanna Geraci

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia - UTIC
Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello
Presidio Ospedaliero V. Cervello
Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo

Tel. 091/6802692 - Fax 091/6802674
giovannageraci@hotmail.com

GUERRINO ZUIN



Guerrino Zuin

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia
Ospedale dell'Angelo
Via Paccagnella, 11 - 30174 Mestre (VE)
Tel. 041/9657213 - Fax 041/9657235
guerrino.zuin@ulss12.ve.it



9 mesi

DI MARIA FRIGERIO

Sono passati nove mesi dalla mia assunzione del ruolo di Editor del “Giornale Italiano di Cardiologia”. Che dire su questa nuova esperienza? Forse (sicuramente) dovrebbero essere i lettori a dire la loro e a valutare, da ora e con il passare del tempo, se il giornale risponde o meno alle loro aspettative, se invoglia a leggerlo o almeno a sfogliarlo, o se finisce presto insieme alla carta da riciclare. Mi è stato chiesto però di raccontare questo inizio ai lettori di “Cardiologia negli Ospedali”, e volentieri anche se con ritardo rispondo all’invito cominciando con qualche ringraziamento. Prima di tutto voglio ringraziare Michele Gulizia, Presidente ANMCO, che per primo ha proposto e sostenuto la mia candidatura come Editor del GIC, per la fiducia accordatami, quando si sarebbe potuto scegliere, tra i tanti rappresentanti della Cardiologia italiana, qualche persona più vicina agli organismi della nostra Associazione anziché un semplice socio quale io sono. A lui e al nuovo Consiglio Direttivo i miei auguri di buon lavoro e la promessa di una attiva collaborazione. Poi voglio ringraziare l’Ospedale dove lavoro





(potrei quasi dire dove vivo, dal momento che, avendo cominciato a frequentarlo nell'autunno del 1978, un anno prima della mia laurea, è probabilmente il luogo dove ho trascorso il maggior numero di ore della mia vita). Ai cinquant'anni dell'ANMCO, la direzione del "Giornale Italiano di Cardiologia" torna presso l'Ospedale dove alle sue origini era stata assunta dal mio maestro, il Professor Fausto Rovelli. E credo che l'Ospedale di Niguarda e il Centro De Gasperis, con le persone (colleghi, infermieri, pazienti, e molti altri) che lì ho conosciuto e che tanto mi hanno insegnato, abbiano contato nella scelta di affidarmi la direzione del GIC, oltre i miei limiti e le mie qualità personali. Credo che la Cardiologia di questo Ospedale abbia fatto e faccia tuttora (in collaborazione e in competizione con sempre più Centri, a mano a mano che la nostra specialità si è sviluppata su tutto il territorio nazionale) la storia della Cardiologia italiana, e che rappresenti bene il ruolo di servizio al malato, ricerca clinica, e formazione che appartiene alla Cardiologia ospedaliera, così come è andato maturando nel tempo, nel mutare delle condizioni di contesto. Infine voglio ringraziare tutti i membri del Comitato Editoriale che hanno accettato di condividere con me questa esperienza e che, eterogenei quali sono per età, interessi e affiliazioni, hanno da subito lavorato (e lavorano davvero) come una vera squadra, con l'esperta e vorrei dire infallibile assistenza di Paola Luciolli. Ho imparato molto ascoltandoli nelle riunioni, leggendo i loro com-

menti, valutando (insieme con loro) le loro proposte. In particolare, mi sono resa conto di quanto libero e al tempo stesso rigoroso possa essere il punto di vista dei giovani, che davvero meritano spazi di partecipazione e decisione più ampi. Che giornale voglio fare? Come renderlo interessante per i lettori e attraente per gli autori che possono fornire contributi rilevanti in termini di contenuti e di qualità? Partendo dal fatto che si tratta di un giornale a diffusione nazionale, in lingua italiana, organo della Federazione Italiana di Cardiologia, penso che il GIC possa e debba costituire prima di tutto uno strumento di formazione per i Cardiologi italiani. "Formazione" è un concetto che va oltre l'aggiornamento e, in ambiente professionale, è un processo che si svolge tra pari, quindi non può limitarsi a un passaggio unidirezionale di informazioni (dal centro alla periferia, dai maestri ai discepoli). Ben vengano dunque le raccomandazioni e i position paper delle Società Scientifiche che partecipano alla Federazione e le rassegne di esperti, ma spazio anche alle riflessioni critiche sui trial e le linee guida, e largo a interventi su temi controversi, a esperienze internazionali (tradotte a cura del Comitato Editoriale) provenienti da paesi cosiddetti emergenti (di cui avete trovato il primo esempio sul numero di marzo), a brevi messe a punto su temi "caldi" di scienze di base che il Cardiologo contemporaneo non può ignorare, nonché a punti di vista non convenzionali, purché sostanziati dalle evidenze e dal ragionamento.

Penso inoltre che i lavori originali, orientati principalmente ad aspetti epidemiologici, clinici o organizzativo - gestionali e le presentazioni di casi clinici, possano offrire ai lettori contenuti che riportano alla propria esperienza e con i quali confrontarsi e anche costituire, con l'aiuto del Comitato e dei revisori, una palestra per l'affinamento della competenza nella scrittura di articoli scientifici per gli autori. Perché se made in Italy è sinonimo di qualità (nel design, nella moda, nella gastronomia), questo può valere anche per il nostro giornale. Da ultimo, vorrei che il GIC fosse uno strumento per la circolazione delle idee e il dibattito tra professionisti. Per questo continueremo ad affiancare al Giornale materiali aggiuntivi sul sito, come ad esempio le interviste (le prime al Prof. Carlo Perucci a proposito del Programma Nazionale Esiti, che presiedeva fino a pochi mesi fa, e al direttore del Centro Nazionale Trapianti, Dott. Alessandro Nanni Costa, sul tema del trapianto di cuore e delle opportunità e nuove problematiche offerte dalla terapia di assistenza meccanica al circolo) e invitiamo i lettori a partecipare con commenti e osservazioni all'articolo del mese utilizzando la piccola posta (piccolaposta@giornaledicardiologia.it). Ringrazio gli amici di "Cardiologia negli Ospedali" per aver voluto ospitare queste mie righe, e mi aspetto di ricevere dai Soci ANMCO che avranno trovato il tempo per leggerle osservazioni, critiche e proposte che potranno contribuire a migliorare il "Giornale Italiano di Cardiologia". ♥



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)

Patrizia Pedrotti (Milano)

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

Gianluca Gonzi (Parma)

Giuseppe Musumeci (Bergamo)

Marco Poli (Roma)

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 Bongarzone (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

Francesca Cesana (Milano)

Antonella Cherubini (Trieste)

Piero Clavario (Arenzano - GE)

Anna Frisinghelli (Passirana Rho - MI)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson (ad interim)

Nadia Aspromonte (Roma)

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



Sei buoni motivi per chiudere l'Area e-Cardio Pensieri condivisi con Lorenzo Baroldi

Il continuo richiamo all'uso degli strumenti di ICT in medicina nel nostro paese rischia di diventare, alla luce della mancanza di progettazione armonica e di strumenti adeguati, stucchevole e inutile

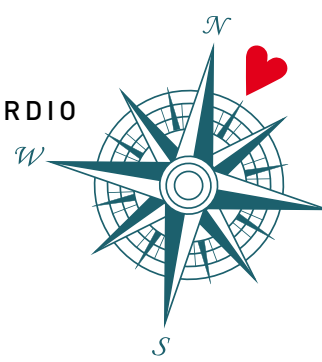
È possibile ipotizzare ancora un ruolo per la Cardiologia italiana in questo contesto?

DI ALFREDO POSTERARO

Abbiamo appena finito di cenare e stiamo godendo della brezza che spira tra gli ulivi che ricoprono la collina davanti a noi, che scivola verso la Valle Umbra. Dopo l'ultimo sorso di rhum, Lorenzo lascia cadere la frase: «*Qualche mese fa ho letto l'articolo che l'Area e-Cardio ha pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia sulla situazione dell'ICT in medicina in Italia. Non è male*». L'apprezzamento di Lorenzo Baroldi, amico e collega, senior consultant presso una delle più prestigiose strutture cardiologiche del New Hampshire, non riesce a vincere il disagio latente che l'argomento suscita in me: «Ti ringrazio, ma ho la sensazione, da qualche tempo, che con l'Area e-Cardio siamo ad un punto morto». «*Spiegati meglio*». «Il documento che hai letto è il prodotto di una esperienza

iniziata nell'Area sei anni fa con Guido Giordano, con cui abbiamo focalizzato la mission dell'Area e le motivazioni alla base della sostanziale disaffezione di noi medici verso gli strumenti informatici nella nostra attività lavorativa. Strumenti che potrebbero costituire uno strumento formidabile di semplificazione e di miglioramento della qualità delle cure, se adeguatamente progettati. L'idea alla base del manoscritto promosso da Antonio Mantero è stata quella di proporre soluzioni in questo campo». «*Da quanto ho letto ANMCO non è stata coinvolta nella progettazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), uno dei punti cardine dell'agenda digitale del Governo Italiano. Sarebbe stato utile prevedere un set minimo di informazioni cardiologiche essenziali per la gestione dei pazienti o, almeno, inserire nel Profilo Sanitario*

Sintetico l'immagine di un ECG!». «Esatto». «*In prospettiva futura invece ANMCO potrebbe farsi carico di fare sì che le direzioni delle vostre aziende acquistino sistemi informatici efficaci, efficienti e facili da usare. Avete prodotto un minimal data set dei contenuti irrinunciabili che devono essere contenuti in un sistema gestionale informatico dedicato alla Cardiologia?*». «Con Antonio abbiamo pensato di produrre questo data set con il sostegno fattivo di tutte le Aree dell'ANMCO, ognuna per la propria specifica competenza, ma abbiamo ricevuto risposte concrete solo da due di esse. Probabilmente non siamo stati in grado di far capire l'importanza del progetto». «*Scusami se insisto, ma il documento dell'Area è stato presentato agli Assessorati Regionali alla Sanità per promuovere l'acquisizione di sistemi facili da usare, interfacciabili con altri*



Negli ultimi anni si è dibattuto molto sui vantaggi, disattesi, dell'uso dell'ICT per i pazienti (avere sempre disponibili i dati sul proprio "patrimonio biologico"), per i medici (utilizzare strumenti utili per semplificare e migliorare la qualità dell'assistenza) e per il decisore pubblico (ottimizzare i costi della Sanità)
 È giunto il momento di ripensare il ruolo della
 Cardiologia in questo ambito

POSITION PAPER

Il problema della corretta implementazione dell'Information and Communication Technology in medicina nel nostro Paese: documento dell'Area "e-cardio" dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Antonio Mantero¹, Alfredo Posteraro², Guido Giordano³, Gianni Tonti⁴, Francesco Pincirolì⁵
¹Laboratorio di Ecografia Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera-Jolo Universitario San Paolo, Milano
²U.O.C. di Cardiologia, Ospedale San Giovanni Donedè, Thol (RM)
³Dirigente Medico, Divisione di Cardiologia, Azienda Ospedaliera Caremario, Catania
⁴Amministratore Delegato AMCO (Advanced Medical Imaging Development) Srl
⁵Amministratore Delegato, DIBB-Dipartimento di Diagnostica, Informazione e Biogenetica, Policlinico di Milano

In Italy, health protection is an individual right protected by the article 32 of the Constitution, granted to everyone since 1978 by the foundation of the National Health Service. However, regionalization of the health-care system has caused noticeable discrepancies among the different areas of the country. The use of the information and communication technology (ICT) may be useful to solve them. The purpose of this document is to analyze the implementation of ICT in Italy, on the basis of the suggestions given by the Italian Association of Hospital Cardiologists (ANMCO).

In 2010, the Italian government introduced the electronic health record (EHR), which includes a minimum core of essential documents that should be created and updated by general practitioners. The obvious limitations of this methodology become clear in the urgency-emergency clinical setting, where the availability of particular clinical data may influence both patient prognosis and cost reduction. Also the privacy rules, currently very restrictive, cause a drawback in reliability of the data reported in the EHR, thus arising the need for a balance shift from privacy to health rights at the level of both the individual and the community. A minimum core of mandatory clinical data to be included in the EHR should be defined.

No formal indications for filling out the medical records are available and most few experiences concern "business-like documents" on the diagnostic and therapeutic process. Conversely, we believe that medical records should become a diagnostic and therapeutic tool that makes health rights uniform across the country. Each medical record form should include the following features: a simple interface, a mandatory association of clinical findings and reports, data portability and accessibility, and adherence of the information to a minimal dataset. Additionally, medical records data should merge into a modified EHR available at any time and place through network access points with adequate connection speed. In this respect, heterogeneous availability of broadband in Italy is at present a major challenging issue.

Finally, current training programs in medicine do not allow for widespread application of ICT among young physicians. Some essential topics should be covered by university formative credits.

It is crucial to address different needs: the patient needs, making data on "biological heritage" always available; the physician needs, providing them with professional tools able to improve their daily quality of work; the managers' and public decision makers' needs, helping to optimize costs of the healthcare system.

Key words: Electronic health record; Electronic medical record; Information and Communication Technology

G Ital Cardiol 2013;14(12):867-874

© 2013 Il Pensiero Scientifico Editore
 Roma 26.08.2013; nuova stampa 01.10.2013; accettato CE 10.2013.
 Gli autori dichiarano nessun conflitto di interesse.

Per le corrispondenze:
 Dr. Antonio Mantero Piazza Giulio Cesare 7, 20145 Milano, e-mail: antonio.mantero@loso-sirquedo.it

GITALCARDIOLOGIA | VOL.14 | DICEMBRE 2013 | 867

sistemi e con il WEB ed in cui è possibile accedere ai reperti da cui sono derivati i referti degli esami diagnostici?». «I tentativi, sporadici, di presentazione del documento non hanno incontrato un favore particolare da parte del decisore pubblico. Sarà fondamentale far capire che non si vuole interferire con le scelte strategiche di quest'ultimo, ma solo fornire uno strumento utile a valutare la qualità dei prodotti che vengono proposti. Ciò è di fondamentale importanza soprattutto se consideriamo i costi necessari per l'acquisizione e la gestione di questi sistemi». «*Hai toccato un punto cruciale sul quale si gioca un enorme equivoco. Quasi non passa giorno senza che sui mezzi di informazione compaiano dichiarazioni circa gli enormi risparmi previsti per il SSN dall'adozione di sistemi informatici. Non vengono però mai citati gli investimenti iniziali necessari che, in un periodo di crisi economica quale quello attuale, sono sempre più scarsi. Ragione di più per avere a disposizione criteri che evitino perdite di risorse in sistemi inadeguati*». La chiacchierata è piacevole, ma l'aria pungente della notte ci spinge a rientrare in casa. Lorenzo riprende: «*Come è stata accolta in ambito universitario la proposta di inserire nel piano formativo delle facoltà di Medicina e Chirurgia crediti formativi (CFU) dedicati all'ICT?*».

«Bisognerà discutere questa proposta nell'ambito della FIC: formare i medici

Figura 1.
 Mantero A, Posteraro A, Giordano G, Tonti G, Pincirolì F.
 Il problema della corretta implementazione dell'Information and Communication Technology in medicina nel nostro Paese: documento dell'Area "e-Cardio" dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO). G Ital Cardiol 2013;14: 867-874



Figure 2 - Panorama della Valle Umbra da Silvignano, frazione di Spoleto (PG), luogo dove è ambientato l'incontro con Lorenzo Baroldi

di domani con basi culturali idonee per comprendere le opportunità fornite dagli strumenti informatici è il presupposto fondamentale per ottimizzarne l'utilizzo». *«Togliammi un'ultima curiosità: perché non avete analizzato l'impatto che potrebbe avere la raccolta di dati clinici di ingresso e di dati di percorso diagnostico-terapeutico da cartelle cliniche informatizzate, condivise in rete con gli organi di controllo, sull'analisi degli esiti delle cure negli ospedali italiani? Penso che fino a quando continuerete ad avere a disposizione come unica fonte di dati le SDO, non riuscirete a superare le criticità dell'attuale Piano Nazionale Esiti».* «È vero, Lorenzo,

però ritorniamo alla mancanza di progettualità su scala nazionale. La tendenza, purtroppo, è ancora quella di avviare progetti di ICT su scala locale o regionale ed in cui molti dei criteri minimi di qualità rimangono nell'ambito dei buoni intenti. Non ti nascondo che, in alcuni momenti, fatico a vedere un futuro per l'Area e-Cardio che non sia predicare nel deserto idee che nessuno vuole sentire. Forse sarebbe il caso di chiudere questa esperienza e dedicarsi ad altro». *«Non credo. L'evoluzione tecnologica, quando comporta semplificazione e miglioramento della qualità delle attività umane si impone naturalmente, soprattutto in un*

libero mercato. A nessuno oggi verrebbe in mente di vendere smartphone in grado di effettuare chiamate solo verso numeri di una stessa regione o non in grado di collegarsi al WEB perché nessuno li acquisterebbe. Allo stesso modo se fosse ben chiaro al decisore pubblico che è folle nel 2014 investire in sistemi informatici chiusi, non utilizzabili al di fuori di determinati confini territoriali, senza criteri di qualità sulle funzioni e sui contenuti (questi ultimi dettati dagli utilizzatori finali, i medici), le software house sarebbero naturalmente costrette a concorrere sul mercato con sistemi di qualità a costi progressivamente minori. Infine sui massimi sistemi ANMCO si può fare ben poco, ma



Figure 3 - Panorama della Valle Umbra da Silvignano, frazione di Spoleto (PG), luogo dove è ambientato l'incontro con Lorenzo Baroldi

qualcosa potrebbe fare al suo interno. Una delle mission è quella della ricerca cardiovascolare (il Centro Studi è uno dei fiori all'occhiello in campo internazionale): perché non utilizzare il cloud computing per l'archiviazione e l'analisi dei dati di uno dei vostri prossimi studi. Sarebbe interessante analizzare i vantaggi organizzativi, economici, di qualità dei dati e di trasparenza della ricerca, in un modello di ricerca innovativo». È arrivato il momento di congedarci: ci scambiamo un saluto caloroso, ringrazio Lorenzo per la bella serata. *«È stata una chiacchierata interessante, Alfrè. Credo che l'ANMCO abbia il dovere di fare proprie e di promuovere le istanze dell'ICT.*

L'alternativa non esiste perché vorrebbe dire non essere in grado di cogliere l'importanza che parte della cultura cardiologica italiana ha nell'evoluzione della medicina dei prossimi anni. E questo sarebbe un errore fatale che l'ANMCO sicuramente non farà».

Chi è Lorenzo Baroldi: è un medico che non è mai esistito se non nella fantasia letteraria di Claudio Coletta, lui sì amico, Cardiologo, che nel 2011 ha pubblicato, per Sellerio, il suo primo romanzo "Viale del Policlinico" di cui Lorenzo è protagonista. Ringrazio Claudio per avermi autorizzato ad utilizzare il suo personaggio per una chiacchierata immaginaria che spero

vi abbia dato un'idea delle vicissitudini condivise con Gianni Tonti, Giovanni Barbati, Nicola D'Amato, Massimo Magnacca, Francesco Pincioli e Paolo Trambaiolo nell'Area e-Cardio negli ultimi anni. Vi segnalo che da poco Claudio ha pubblicato, sempre per Sellerio, il suo secondo lavoro, "Amstel Blues", che vi invito a leggere non perché Claudio è un amico o un Socio ANMCO, ma perché si tratta di un romanzo, secondo me, straordinario, di un uomo che è stato capace di aprire un nuovo capitolo della sua vita con capacità ed entusiasmo: le qualità che, spero, caratterizzeranno sempre gli uomini dell'ANMCO. ♥



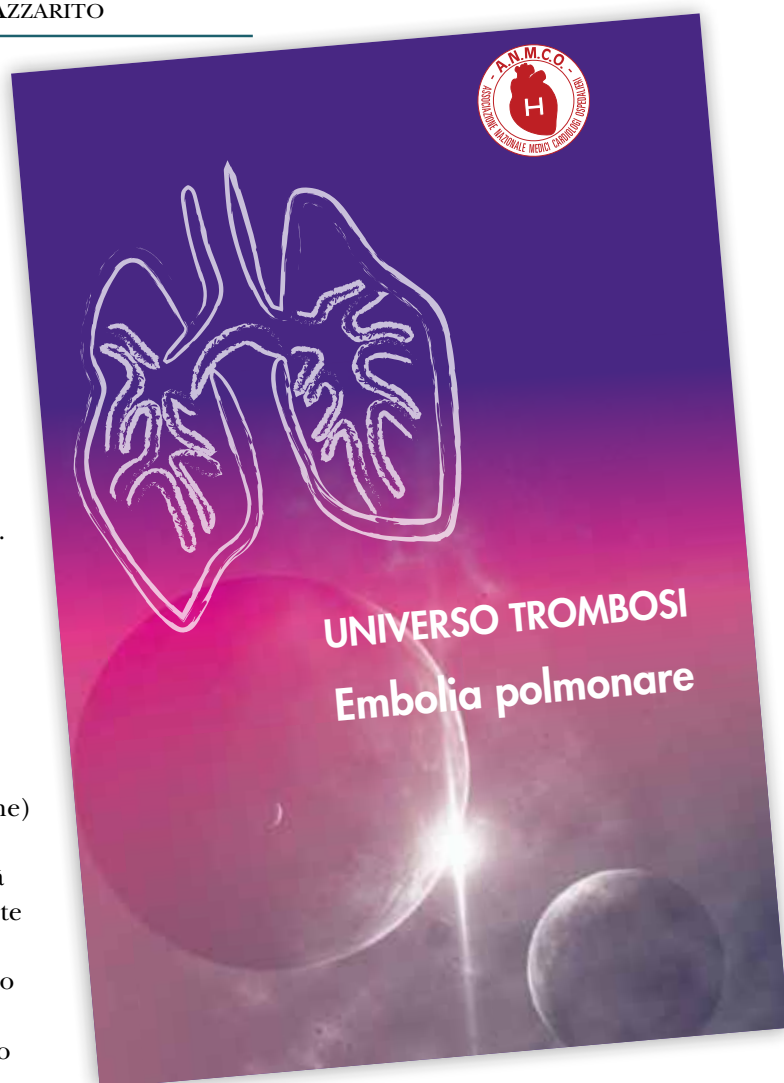
È partita la Campagna Educazionale Nazionale ANMCO “Universo Trombosi. Embolia Polmonare”

I vecchi programmi, i nuovi progetti

DI MICHELE AZZARITO

Non posso nascondere un certo orgoglio nello scrivere queste righe. L'Embolia Polmonare, uno degli oggetti precipi dell'attenzione e dell'impegno dell'Area, per la prima volta (lo scrivo senza timore di smentite) ha uno spazio a sé, un congresso dedicato, non una presentazione nell'ambito di un congresso. Non solo ma lo stesso evento viene ripetuto in cinque città in tutta la penisola. La Campagna Educazionale Nazionale sull'Embolia Polmonare promossa dall'Area, anzi fortemente voluta dall'Area, è divenuta possibile grazie all'impegno di ANMCO (specialmente all'impegno del Past President Francesco Bovenzi e all'attuale Presidente Michele Gulizia, a loro va un doveroso, sentito ringraziamento) ed è diventata reale grazie all'appoggio incondizionato (e lo ripeto, veramente incondizionato) di Bayer. Come è costume delle Campagne Educazionali Nazionali ANMCO l'evento si ripete con lo stesso format e le stesse presentazioni in tutti gli appuntamenti; descrivo di seguito il format della campagna

sull'Embolia Polmonare. Una prima sessione di presentazioni frontali mattutina con argomenti dedicati a:
- Diagnosi e stratificazione prognostica, argomento importantissimo. Vorrei ricordare che l'Embolia Polmonare è patologia molto misconosciuta (due terzi delle diagnosi sono tuttora autoptiche) e che ha uno spettro di gravità che va dalla morte improvvisa, allo shock cardiogeno (gravissimo con mortalità intorno





L'Area Malattie del Circolo Polmonare ha fortemente voluto una Campagna Educazionale ANMCO dedicata alla embolia polmonare

Grazie all'impegno dell'Area, dell'ANMCO (e segnatamente del Past President Francesco Bovenzi e dell'attuale presidente Michele Gulizia) e grazie all'aiuto incondizionato della Bayer, questo progetto è diventato una realtà. Si sono già tenuti i primi incontri a Napoli (il 21 maggio) e a Catania (il 7 giugno). I prossimi appuntamenti: Roma (7 novembre) e Bologna (8 novembre)

al 40%) sino a sottopopolazioni con mortalità bassissima in cui attualmente si discute di precoce domiciliatazione. Quindi l'argomento che riguarda la diagnosi e la stratificazione prognostica è ovviamente esiziale.

- La terapia farmacologica soprattutto alla luce dei trial recentemente pubblicati (vedi il PEITHO).

- La terapia non farmacologica che con la possibilità di intervento percutaneo sta aprendo una nuova era nel trattamento delle forme più gravi, in particolare nei pazienti con controindicazioni alla fibrinolisi. Questo argomento è caro alla nostra Area anche perché è in gestazione un registro dedicato il cui acronimo è PETER.

- L'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali nella fase acuta, anche questa una grande novità che al momento riguarda alcune, numerose, sottopopolazioni di embolia polmonare.

Questa prima sessione si arricchirà negli appuntamenti di ottobre e novembre di un'altra presentazione: le novità delle Linee Guida ESC che, come è noto, verranno licenziate nell'agosto 2014. La parte centrale della giornata prevede invece un ampio spazio di discussione di casi clinici, ed è l'appuntamento che al momento ha riscosso più successo. Nel pomeriggio seconda sessione:

- Il follow - up clinico. Mi soffermo a chiarire il senso di questo titolo. In letteratura e nelle linee guida il periodo della post acuzie viene considerato essenzialmente dal punto di vista della prevenzione della recidiva con terapia anticoagulante. Argomento importante e delicato in cui per esempio vi sono ancora molte controversie e purtroppo ampi spazi di incertezza. Ma in questo titolo vi è qualcosa di più della prevenzione della recidiva: l'assistenza clinica, la programmazione degli accertamenti per un paziente che abbia superato una embolia polmonare acuta. Tutta la materia dell'assistenza clinica in questa fase è ancora priva di evidenze e di supporto di letteratura, ma questo non vuol dire che il problema non esista; basti ricordare a mo' di esempio che questi pazienti, molto spesso non vanno incontro solo a recidiva di embolia, ma nel prosieguo hanno elevata mortalità per il manifestarsi di neoplasie occulte, per patologie cardiovascolari, e non ultimo, possono incorrere in una temibile complicanza tardiva: l'ipertensione polmonare post embolica. Va detto che anche su questo argomento l'Area si sente fortemente impegnata ed è in lavorazione un documento di "opinion expert": il documento sul follow - up clinico dell'embolia

polmonare.

- Infine la profilassi della recidiva con i nuovi anticoagulanti orali che vantano già numerosi studi tutti con pubblicazioni molto prestigiose; il punto è: ci daranno qualcosa in più del warfarin? Sembrerebbe proprio di sì. Per ultimo il management dei nuovi anticoagulanti orali, quali le controindicazioni, le precauzioni, insomma la gestione di pazienti sottoposti a questi nuovi farmaci. Sono già state tenute due sessioni, a Napoli il 21 maggio 2014, a Catania il 7 giugno 2014, a Milano il 4 ottobre 2014 le altre saranno rispettivamente: Roma 7 novembre 2014 e Bologna 8 novembre 2014. Nelle sedi dove il corso si è già svolto l'affluenza è stata alta. Non disponiamo per ora dei dati di gradimento (che per noi sono un indicatore importante), ma tutto lascia ben sperare. Si è trattato e si tratta ancora di un grande sforzo organizzativo che ha coinvolto il comitato esecutivo che mi pare doveroso citare: oltre al sottoscritto in qualità di coordinatore, la Dott.ssa Iolanda Enea in qualità di co-coordinatrice, il Dott. Amedeo Bongarzone (tutti e tre dell'Area delle Malattie del Circolo Polmonare), i Dottori Gianfranco Alunni, Roberto Valle e Angelo Sante Bongo del Consiglio Direttivo ANMCO 2012 - 2014. Che dire ancora? Alla prossima. ♥



Il Dipartimento Cardiovascolare oggi Tra mito e realtà

DI GIOVANNI GREGORIO E QUINTO TOZZI

Il mito non è una fiaba, ma piuttosto un presentare certi fatti in un idioma non appropriato.

Dunque far saltare un mito non è negare quei fatti, ma restituirli al loro idioma.

Ed è proprio questo che noi tenteremo di fare

G. RYLE,

“Lo Spirito come comportamento”
(1949)

Non c'è altra realtà fuori di questa, se non cioè nella forma momentanea che riusciamo a dare a noi stessi, agli altri, alle cose.

La realtà che ho io per voi è nella forma che voi mi date; ma è realtà per voi e non per me; la realtà che voi avete per me è nella forma che io vi do; ma è realtà per me e non per voi; e per me stesso io non ho altra realtà se non nella forma che riesco a darmi.

E come? Ma costruendomi, appunto.

LUIGI PIRANDELLO,

“Uno, nessuno e centomila”
(1925)

Lil problema del governo delle attività sanitarie ha dominato il panorama legislativo per numerosi anni e nonostante una produzione normativa di rilievo ancora non si è raggiunto un assetto organizzativo uniforme e soddisfacente. Tale affermazione è particolarmente vera per la implementazione del modello dipartimentale in generale e per il Dipartimento Cardiovascolare in particolare.

Riferimenti Normativi

Una vasta produzione normativa, sintetizzata nella Tabella I, si è sviluppata negli anni, ponendo in primo piano la necessità di implementare il Dipartimento come momento fondamentale della organizzazione sanitaria.

Il primo riferimento legislativo ai Dipartimenti si ha con il DPR 128/69 che introduce la possibilità di individuare in ambito ospedaliero “strutture organizzative a tipo dipartimentale tra divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, dell’economia di gestione

e del progresso tecnico e scientifico”. Tutta una serie di provvedimenti ha poi segnato la evoluzione legislativa fino agli anni '90, quando con i D.lvi 502 e 517 viene cancellata la organizzazione degli Ospedali in divisioni, servizi e settori, prevista dal DPR 128/1969. Il percorso si completa con il D.lvo 229/1999 che all’art. 17 bis espressamente sancisce che “L’organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie” e che “La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l’attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico - organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione della risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il Direttore di Dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell’utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell’ambito

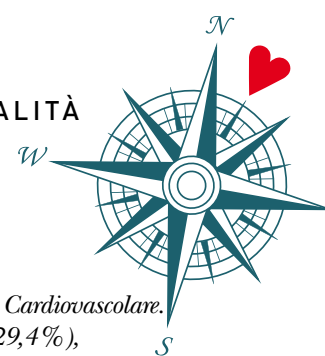


Figura 1 - Ricerca dell'Area Management & Qualità sul Dipartimento Cardiovascolare. La ricerca ha interessato 221 Aziende - 128 ASL (57,9 %), 65 A.O. (29,4%), 28 A.O.U. (12,7 %).

della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento”.

La realtà

Per verificare lo stato di implementazione del Dipartimento Cardiovascolare l'Area Management & Qualità ha compiuto una ricerca che ha interessato 221 Aziende - 128 ASL (57,9 %), 65 A.O. (29,4%), 28 A.O.U. (12,7 %) (Figura 1) ed ha evidenziato che i Dipartimenti CV sono 54 (24,4 %). I 54 Dipartimenti Cardiovascolari sono collocati 8 nelle ASL (15 %), 25 nelle A.O. (46,3 %), 21 nelle A.O.U. (38,9 %) (Figura 2). Dieci Dipartimenti (18,8%) sono configurati come Dipartimenti Cardio - Toracici o con altre specialità (in 6 - 60,9 % - sono presenti altre specialità); 13 sono medico (24,1 %) e 41 sono medico - chirurgici (75,9 %) (Figura 3). Abbiamo analizzato la distribuzione dei Dipartimenti per area geografica, verificandone le differenze con la situazione emersa nel 2005 dall'indagine condotta dal Ministero della Salute - Università Cattolica del Sacro Cuore - Centro di ricerche e studi sulla politica, la Economia e il Management in Sanità, indagine che ha coinvolto 233 Aziende ed ha rilevato 1.805 Dipartimenti (52,7% ASL, 41,5 % A.O., 4,7 % IRCCS, 1,1% policlinici, il 62,1% ubicati al Nord, il 20% al Centro ed il 17,9% al Sud e Isole). I Dipartimenti Cardiovascolari sono 70 pari al 4 % (23 ASL, 39 A.O., 8 A.O.U. e IRCCS, sono per il 58,6 % al Nord, per il 21,4 % al Centro e per il 20 %

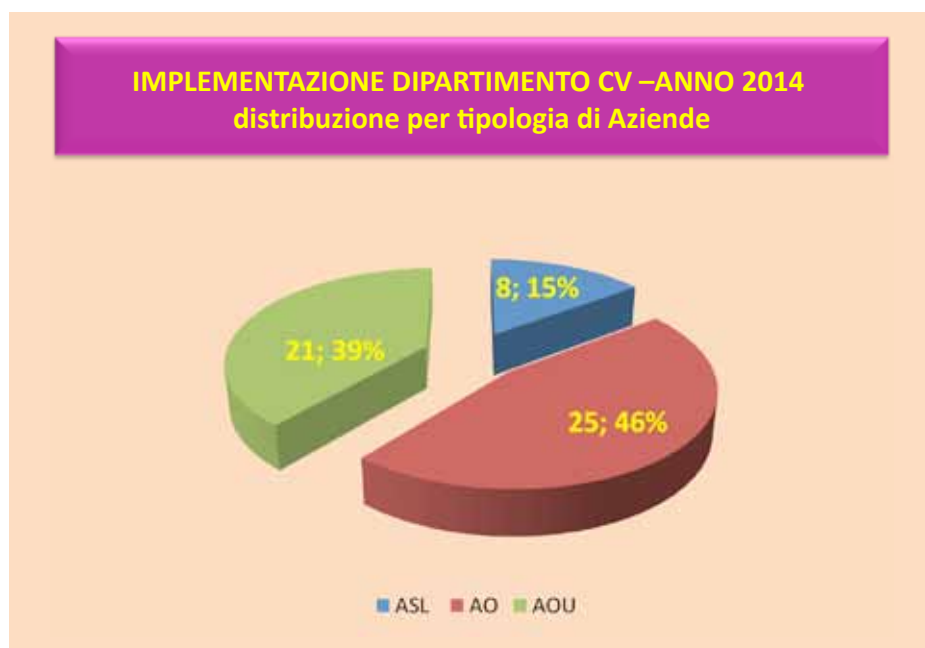
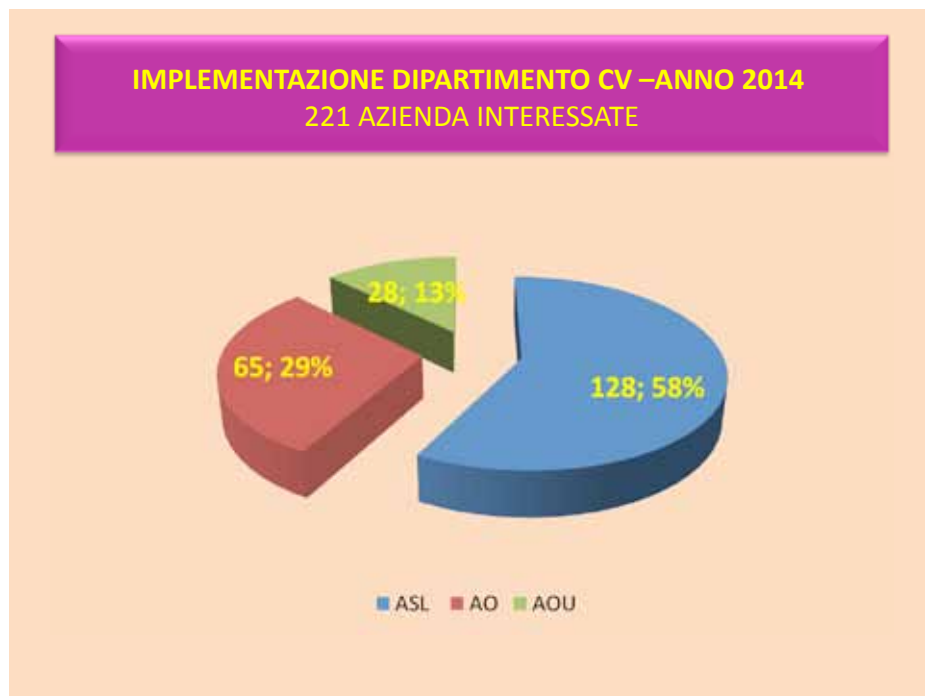


Figura 2 - Implementazione del Dipartimento Cardiovascolare. Distribuzione per tipologia di Aziende. I Dipartimenti CV sono 54 (24,4 %). Il 54 Dipartimenti Cardiovascolari si trovano 8 nelle ASL (14,8 %), 25 nelle A.O. (46,3 %), 21 nelle A.O.U. (38,9 %).



Figura 3 - Tipologia dei Dipartimenti Cardiovascolari.
Dei 54 Dipartimenti Cardiovascolari, 13 sono medici (24,1 %) e 41 sono medico - chirurgici (75,9 %).

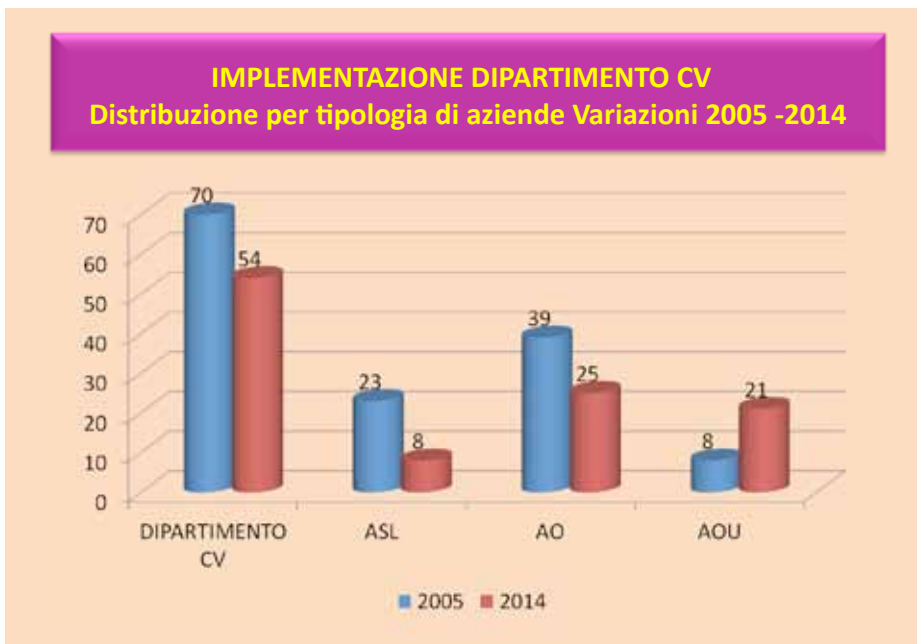
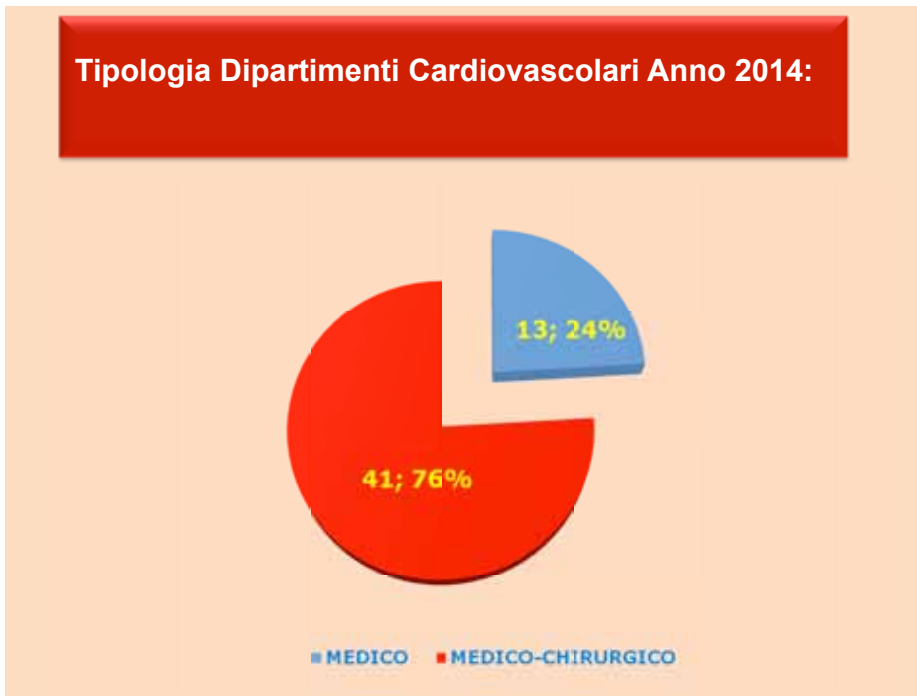


Figura 4 - Implementazione del Dipartimento Cardiovascolare Distribuzione per tipologia di aziende. Variazioni 2005 - 2014.
Dal 2005 al 2014 si osserva una diminuzione del numero dei Dipartimenti Cardiovascolari ed una diversa distribuzione per tipologia di Azienda con significativa diminuzione dei Dipartimenti cv nelle ASL.

al Sud e nelle Isole). La ricerca ha evidenziato che spesso la aggregazione delle UU.OO. è eterogenea, che il Dipartimento è allo stato embrionale, che il Comitato di Dipartimento è presente nel 91,7%, l'Assemblea nel 58,2%, la gestione secondo logiche di budget nel 65% (Figura 4). Dal 2005 al 2014 si osserva una diminuzione del numero dei Dipartimenti Cardiovascolari ed una diversa distribuzione per tipologia di Azienda con significativa diminuzione dei Dipartimenti CV nelle ASL. Riguardo alla distribuzione per area geografica i Dipartimenti Cardiovascolari per il 44,4 % sono collocati al Nord (rispetto al 58,6 % registrato nel 2005), per il 27,8 % al Centro (rispetto al 21,4 % registrato nel 2005) e per il 27,8 % al Sud e nelle Isole (rispetto al 20,0 % registrato nel 2005) (Figura 5).

Conclusioni

Dalla indagine condotta appare evidente che ad oggi "Il Dipartimento Cardiovascolare" sia più vicino al "mito" che alla "realtà". La realizzazione di un moderno sistema di cure cardiologiche richiede la implementazione di modelli organizzativi con competenze e funzioni definite, a complessità crescente la cui attività sia garantita sul piano delle risorse umane e tecnologiche in rapporto a ben definiti bacini di utenza e bisogni sanitari. Occorre che il Dipartimento Cardiovascolare cessi di essere un contenitore "vuoto" ma diventi un elemento fondamentale della programmazione sanitaria, in grado di racchiudere in sé tutti gli interventi cardiovascolari per una definita area di utenza, assicurando specificità, gradualità e continuità di

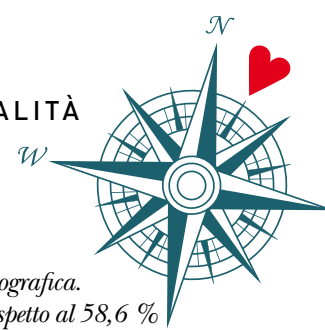


Figura 5 - Dipartimenti CV anno 2005 - 2014 Distribuzione e Area Geografica. I Dipartimenti Cardiovascolari per il 44,4 % sono collocati al Nord (rispetto al 58,6 % registrato nel 2005), per il 27,8 % al Centro (rispetto al 21,4 % registrato nel 2005) e per il 27,8 % al Sud e nelle Isole (rispetto al 20,0 % registrato nel 2005).

interventi, superando le suggestioni dell'organizzazione per intensità di cura (Tabella II). Troppe volte abbiamo assistito ad un esercizio estetico di mutamenti di etichette di modo che il selciato su cui camminare è rimasto lo stesso lastricato di approssimazione, populismo, burocrazia, confusione. Oggi la soluzione dei problemi legati alla assistenza sanitaria in generale e a quella cardiologica in particolare, passa attraverso un'opera certosina di costruzione che riesca a coniugare competenze gestionali e professionali, sulla base di analisi precise, di assetti organizzativi adeguati e di progetti definiti. La logica tradizionale di Programmazione Sanitaria parte dalla definizione, spesso approssimativa, di uno standard di P.L., per giungere alla individuazione di Ospedali e Unità Operative, come processo di base, con il Dipartimento Cardiovascolare che diviene un contenitore organizzativo «secondario», calato spesso artificiosamente sulle strutture individuate in precedenza. La logica di programmazione innovativa parte dalla individuazione di un bacino di utenza congruo e dall'analisi precisa dei bisogni. Su questa base viene dimensionato il Dipartimento Cardiovascolare, all'interno del quale vengono individuate le U.O., che sono sia ospedaliere che territoriali (Figura 6). È compito delle Società Scientifiche, in primis di FIC ed ANMCO, fare in modo che il Decisore Pubblico e la Programmazione Sanitaria punti sul dipartimento cardiovascolare, fondato su specificità, intensità e complessità di cura, con una vera trasversalità Ospedale - Territorio basata sui PDTA cardiologici. ♥

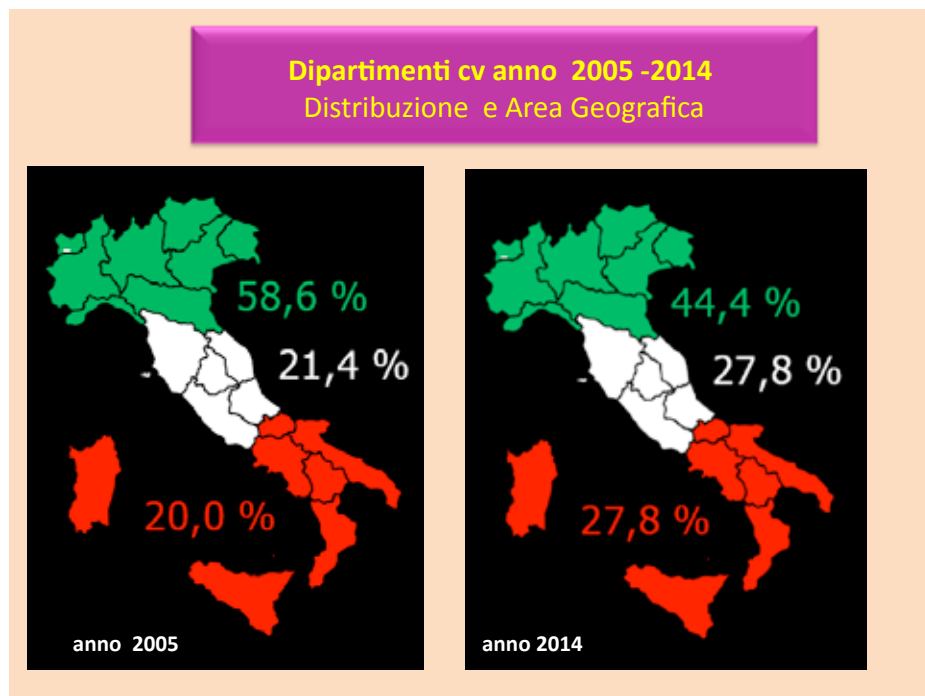


Figura 6 - Dipartimento Cardiovascolare e Programmazione Sanitaria. La logica tradizionale di Programmazione Sanitaria parte dalla definizione, spesso approssimata, di uno standard di P.L. per giungere alla individuazione di Ospedali e Unità Operative come processo di base ed il Dipartimento Cardiovascolare diviene un contenitore organizzativo «secondario», calato spesso artificiosamente sulle strutture individuate in precedenza. La logica di programmazione innovativa parte dalla individuazione di un bacino di utenza congruo e dall'analisi dei bisogni. Su questa base viene dimensionato il Dipartimento Cardiovascolare, all'interno del quale vengono individuate le U.O., che sono sia ospedaliere che territoriali.

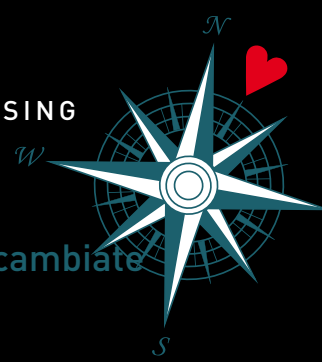


Tabella I - Cronogramma Normativo

Anno	Provvedimento	Contenuto
1789	L. 22.12.1789	Nasce in Francia «il Dipartimento»
1968	L.132	Criteri Organizzativi degli Enti Ospedalieri
1969	DPR 128	Introduzione del concetto di «Dipartimento»
1975	L.148	Delega alle Regioni a promuovere il Dipartimento
1976	DM 6.11. 1976	Indirizzi per l'attuazione dei Dipartimenti
1985	L. 595.1988	Modello delle "aree funzionali omogene"
1988	DM 13.9.1988	Riorganizzazione degli Ospedali secondo il modello dipartimentale
1991	L 833.1988	Previsione del modello dipartimentale
1991	L. 412. 1991	Ribadisce il concetto delle "aree funzionali omogene"
1992	DM. 29.01.1992	Organizzazione Dipartimentale obbligatoria per le Strutture di Alta Specialità
1992	DPR 27.3.1992	Previsione del Dipartimento di Emergenza
1992	D Lvo 512	Previsione del Dipartimento nelle A.O. di rilievo nazionale
1999	D Lvo 229	Il Dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa

Caratteristiche	Modello per specificità e gradualità di cura (Dipartimento Cardiovascolare)	Modello per Intensità di cura
Principi	Specificità, Gradualità, Continuità Assistenziale	Omogeneizzazione degli interventi per intensità e complessità assistenziale
Finalità	Prevenzione, Cura e Riabilitazione	Frammentazione assistenziale legata al singolo episodio assistenziale
Attori	Equipe rigorosamente specialistica	Equipe non necessariamente specialistica
Specificità Intervento	Sempre Assicurato	Non sempre assicurato
Ambiente	Legato alla Disciplina	Legato alla Complessità degli Interventi
Modello Organizzativo	Sperimentato e testato	In sperimentazione, non testato
Implementazione	Consolidata, da perfezionare	Iniziale
Compatibilità con l'organizzazione "a rete"	Totale	Da verificare
Risultati	Provati	Non provati

Tabella II - Confronto tra modello basato su specificità, gradualità e continuità assistenziale (Dipartimento Cardiovascolare) e modello basato sulla Intensità di Cura



Le caratteristiche del paziente cardiopatico acuto e cronico sono cambiate
Un percorso tra cardiopatia e patologie associate

Cardionursing 2014

La multiprofessionalità e la multidisciplinarietà sono indispensabili per la gestione ottimale dei pazienti cardiopatici

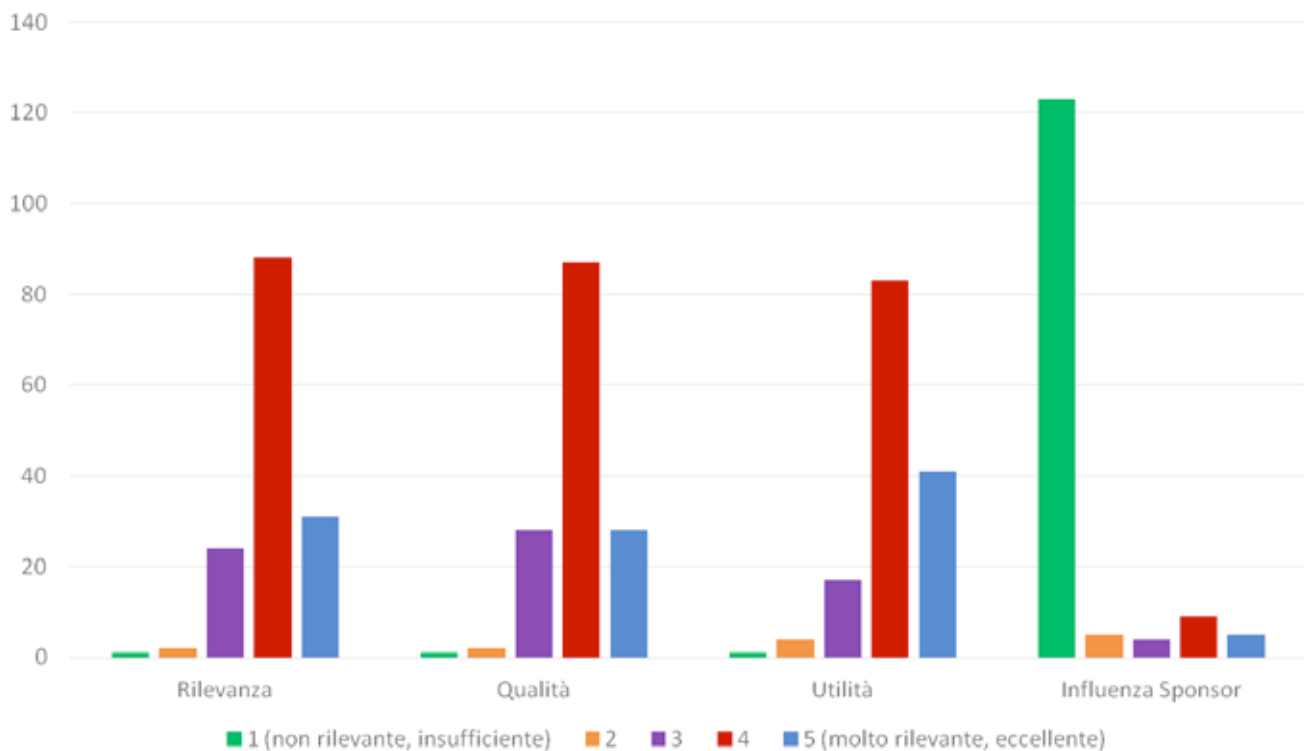
DI SABRINA BARRO E GAETANO SATULLO

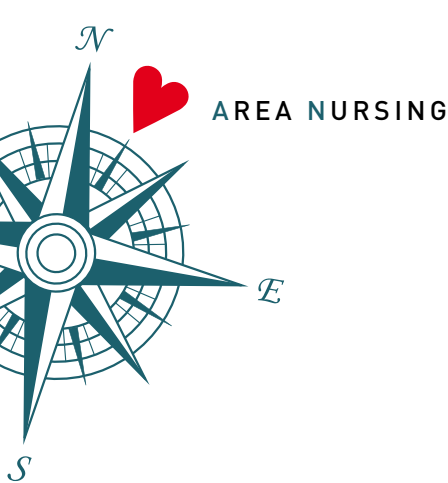
Come ogni anno i pochi giorni del Cardionursing ANMCO sono volati tra ansie che si sviluppano nella fase di attesa e riscontri positivi che si raccolgono durante e dopo il Congresso. Ci si scambia idee, ci si

scambiano esperienze, ci si scambiano indirizzi e si torna a casa quasi sempre soddisfatti e convinti di aver offerto un “prodotto” formativo adeguato ai tempi e alle richieste degli Infermieri. Indubbiamente il gradimento del Cardionursing è

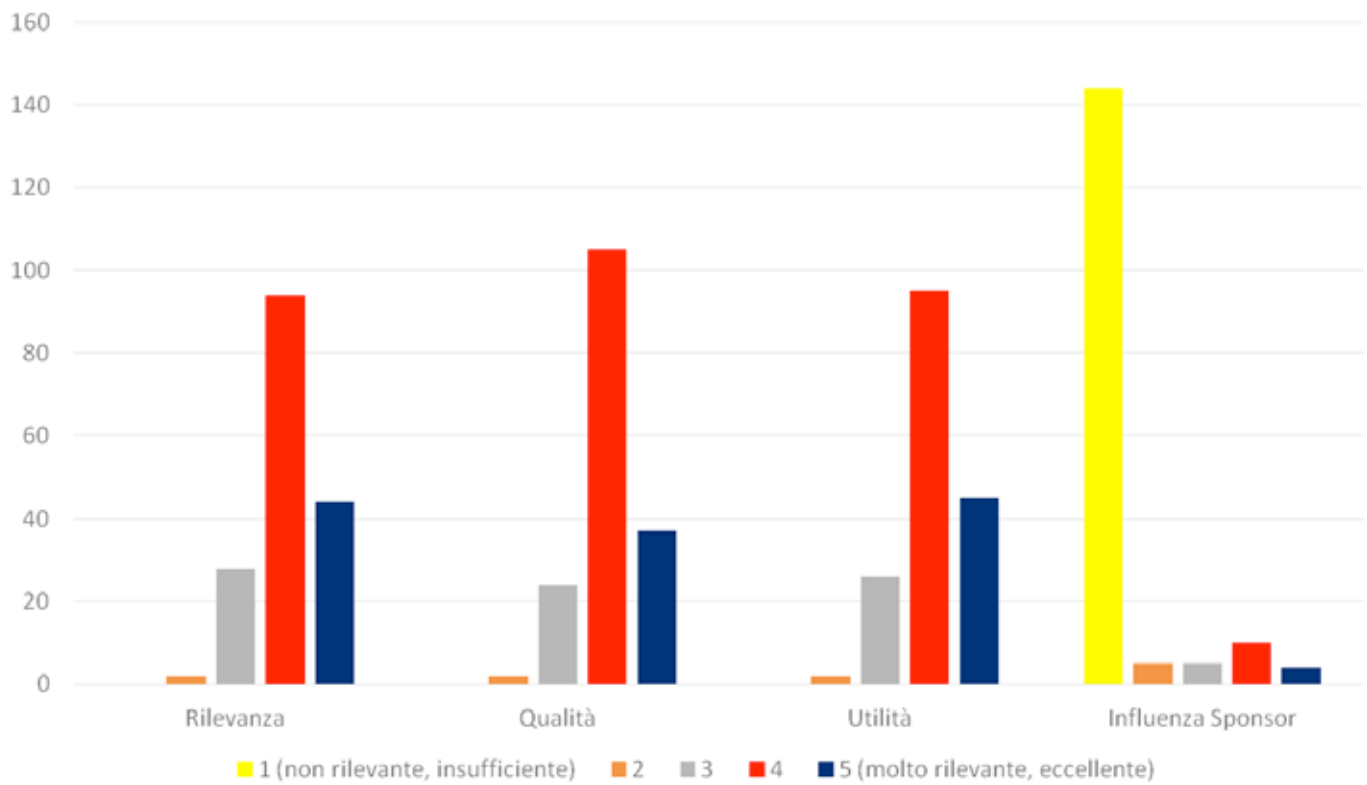
validato dai giudizi dei partecipanti sulle due giornate congressuali (Figura 1 e 2). Inoltre poi i tre Minimaster teorico - pratici non hanno avuto alcun giudizio negativo né per la rilevanza, né per la qualità, né per l'utilità degli argo-

Gradimento dei Partecipanti
30 maggio 2014





Gradimento dei Partecipanti
31 maggio 2014



menti trattati. L'interesse dei temi scelti per i Minimaster 2014 (Elettrocardiografia ed infermieri: oltre il tracciato elettrocardiografico; La gestione non invasiva delle vie aeree in UTIC; Scompenso cardiaco e continuità assistenziale) è dimostrato anche dalla partecipazione numerosa che è andata ben oltre gli ECM previsti, particolarmente per il Minimaster di elettrocardiografia e per quello sullo scompenso; in pratica sono state diverse decine gli infermieri che del tutto volontariamente, senza beneficiare degli ECM hanno partecipato ugualmente ai

Minimaster. Alcuni dei Simposi del Congresso hanno trattato temi classici della Cardiologia quali la gestione del paziente in sala di cardiologia interventistica o la gestione del paziente in sala di ecocardiografia. Lo sviluppo congressuale si è basato però sull'analisi di come siano cambiate oggi le caratteristiche del paziente cardiopatico; non solo per l'aumento dell'età media ma soprattutto per la sempre più frequente associazione tra cardiopatia e altre patologie, associate o da essa dipendenti. Ben cinque Simposi hanno cercato di analizza-

re le condizioni più frequenti che ormai da alcuni anni si osservano nelle UTIC: cuore e rene (in acuto), cuore e diabete (in cronico), cuore e oncologia, cuore e danno multi organo in acuto, la sepsi. I singoli Simposi, sviluppandosi su un caso clinico sono stati trattati in maniera multiprofessionale e multidisciplinare; sono state sentite infatti le voci degli Infermieri, dei Cardiologi e dei singoli specialisti coinvolti (Nefrologo, Infettivologo, Diabetologo, ecc). Chiaramente da collante è servita la Main Session "Opportunità e problemi del lavoro



Lo sviluppo congressuale si è basato sull'analisi di come siano cambiate oggi le caratteristiche del paziente cardiopatico

L'ANMCO dovrebbe offrire agli Infermieri che lavorano in Cardiologia un'articolata proposta formativa in modo tale che gli Infermieri e i Cardiologi che lavorano insieme nelle strutture cardiologiche italiane abbiano una stessa visione della Cardiologia Formarsi insieme per lavorare insieme

“multiprofessionale in Team” che senz'altro a parere di molti esperti, e in ogni caso dell'attuale coordinamento di Area Nursing ANMCO, rappresenta la metodologia di lavoro vincente per migliorare la qualità dei risultati e la sicurezza. A conferma della consapevolezza acquisita sull'importanza del lavoro multiprofessionale, quest'anno, oltre alla storica Convention delle UTIC che ha sempre visto insieme Cardiologi ed Infermieri, per la prima volta in un Congresso Nazionale ANMCO sono stati organizzati due Simposi Congiunti durante i quali, in maniera paritaria, hanno moderato e relazionato Medici e Infermieri; molto partecipato il Simposio Congiunto “Le 5 cose da fare in caso di...” dove ogni argomento è stato trattato da un medico e un infermiere dimostrando chiaramente che solo l'integrazione della loro attività ottimizza la cura e l'assistenza. L'importanza della multiprofessionalità è stata inoltre nuovamente ribadita nell'organizzazione congressuale, nel coinvolgimento di una Infermiera nella Convention “La gestione dell'arresto cardiaco”, evento riservato ai soli Cardiologi. Tutti questi segnali ci hanno reso convinti che l'impostazione del Cardionursing ANMCO 2014 è stata quella giusta. L'essere soddisfatti dell'evento di aggiornamento nazionale “di vetrina” è a nostro avviso limitativo. L'ANMCO dovrebbe offrire agli Infermieri che lavorano in Cardiologia un'articolata proposta formativa in modo tale che gli Infermieri e i Cardiologi che di fatto lavorano insieme nelle strutture

AREA NURSING



cardiologiche italiane abbiano una stessa visione della Cardiologia. Formarsi insieme per lavorare insieme. Gli Infermieri di Cardiologia sono in Italia certamente più di 10.000 e, come noto ai più, sono Infermieri stanziali in quanto difficilmente chi presta attività negli ambulatori non invasivi “tecnologici”, nelle UTIC, nelle emodinamiche o nell'elettrofisiologie cambia facilmente attività. È quindi evidente che il Congresso nazionale infermieristico dell'ANMCO non raggiunge neppure il 3% degli infermieri che da anni “vivono la Cardiologia”! È vero che i Congressi Regionali ANMCO, soprattutto in alcune regioni virtuose, coinvolgono una percentuale nettamente maggiore di Infermieri, ma è altrettanto vero che l'ANMCO per fornire una formazione cardiologica completa al mondo infermieristico deve trovare altri strumenti che raggiungano gli Infermieri, e possibilmente insieme a loro i Cardiologi, nei loro posti di lavoro o direttamente a casa (corsi di Formazione a distanza tramite web) o che in ogni caso, parcelizzino in periferia piani formativi costruiti centralmente. E ci riferiamo per esempio a Corsi Nazionali o Campagne Educazionali Nazionali che costruiti da esperti nazionali possano venire poi offerti, tramite i Consigli Direttivi Regionali e gli Infermieri Referenti Regionali, agli infermieri di ogni singola regione.





I progetti dell'Area Scompenso Cardiaco: work in progress

DI GIULIA RUSSO, MARCO MARINI, MASSIMO MILLI, RENATA DE MARIA, GIUSEPPE DI TANO, NADIA ASPROMONTE

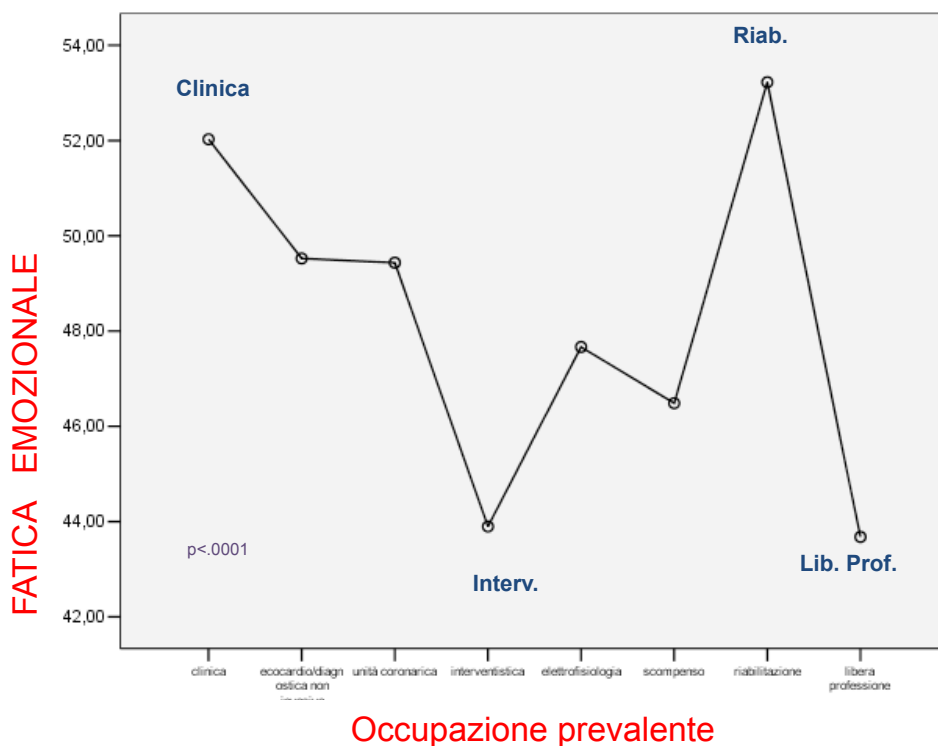
Quest'anno il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco ha voluto proporre per la riunione di Area durante il 45° Congresso Nazionale ANMCO di Cardiologia, la formula vincente dell'anno scorso dove accanto ai progetti in corso presentati dai componenti del Comitato di Coordinamento, sono state presentate delle proposte dai Soci iscritti all'Area Scompenso Cardiaco. La vitalità delle idee ha suscitato una vivace discussione e un confronto tra i Soci ma il "bottom-up" sembra funzionare dal momento che i progetti collaborativi sono ormai in fase di concretizzazione.

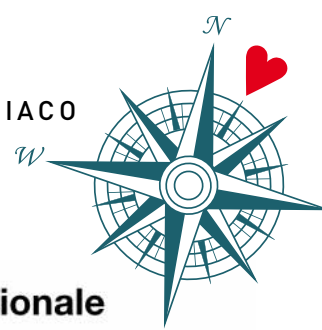
Progetto IANUS

Lo Studio, proposto della Dott.ssa Majani, responsabile del Servizio di Psicologia dell'IRCCS Fondazione Maugeri di Montescano è il primo nel suo genere in ambito cardiologico. Prende il nome di IANUS, acronimo di ItAliaN cardiologists' Undetected distress Study, e

vuole portare alla luce eventuali fonti di stress e fattori protettivi in grado di modulare il rischio di burnout tra i Cardiologi italiani. Il questionario proposto sul Sito WEB ANMCO per una compilazione in anonimato ha consentito di ottenere dati relativi a 1.064 Cardiologi impegnati in tutti gli

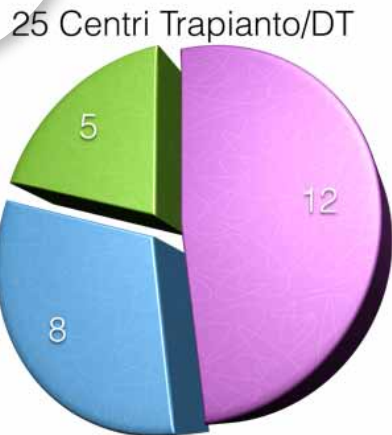
ambiti della Cardiologia: ospedaliera, diagnostica, chirurgica, riabilitativa ecc. Età media: 51,7 anni; anni di lavoro in media: 22,5. Circa l'85% dei Cardiologi riferisce di sentirsi competente nello svolgimento del proprio lavoro. Il 66% riferisce gratificazione per il significato



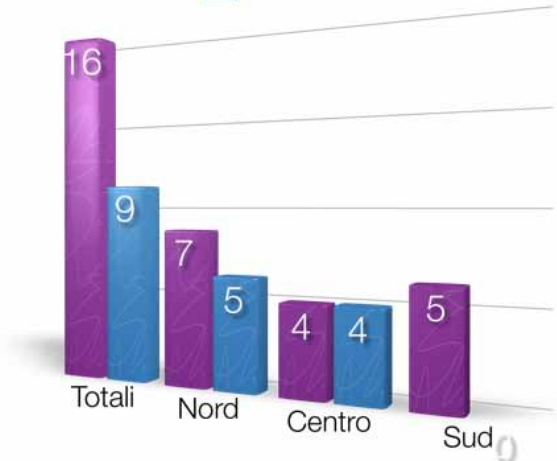


Distribuzione dei Centri sul territorio Nazionale

● Nord ● Centro ● SUD



■ Centri Trapianto
■ Centri DT

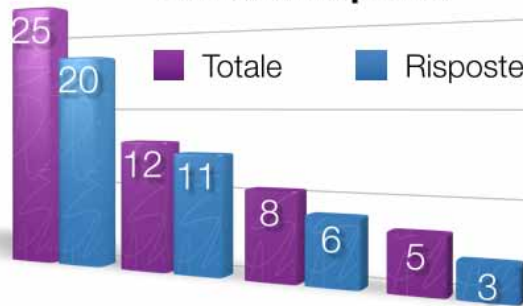


morale e umano del lavoro. D'altra parte, circa il 70% riporta la presenza di difficoltà a causa di problemi organizzativi sul lavoro e più del 48% è preoccupato per il rischio di problemi medico legali. Fortunatamente solo il 14% dei Cardiologi segnala di provare distacco emozionale, freddezza o disinteresse nei confronti del paziente. I dati in fase di elaborazione completa saranno a breve oggetto di pubblicazione.

Progetto Scompensamento Cardiaco Avanzato

In Italia non sono previsti programmi di Fellowship in SC Avanzato in modo da formare dei super - specialisti in materia. L'Area Scompensamento Cardiaco, su proposta della Dott.ssa Daniela Pini, si è fatta portavoce di tale bisogno. E' stata proposta una brevissima "Survey" ai 25 Centri Cardiologici italiani che già eseguono trapianto cardiaco e/o destination therapy per pazienti con Scompensamento Cardiaco Avanzato con lo scopo di verificare se tale necessità fosse realmente condivisa in Centri di III° livello. Il Questionario, inviato via mail ai referenti Cardiologi e

Numero risposte



Cardiologi di ogni Centro conteneva 3 domande: la prima, se si riteneva che gli attuali percorsi diagnostici e terapeutici per i pazienti con SC Avanzato fossero, sulla base delle attuali linee guida esistenti, sufficientemente omogenei sul territorio nazionale; la seconda se si riteneva utile pervenire ad una certificazione di "alta specializzazione" per i centri con maggiore competenza nella gestione dello SC avanzato; la terza se si riteneva utile pervenire ad una certificazione di "Clinical Competence" per i Cardiologi che si occupano di SC avanzato. Per tutte e 3 le risposte si chiedeva di motivare brevemente la risposta. I centri

interessati sono stati divisi in Centri Trapianto e Centri solo Destination Therapy. Hanno risposto ad oggi 20 centri su 25. Quasi unanimemente i referenti hanno condiviso la necessità di creare una Certificazione ad hoc per i Centri interessati considerando questa l'unica arma per rendere i percorsi terapeutici attuali omogenei sul territorio regionale e nazionale. Unanime è stata la risposta negativa sul fatto che gli attuali percorsi diagnostici/terapeutici non siano per nulla omogenei sul nostro territorio. Tale "survey" ha così confermato il crescente interesse e l'esigenza avvertita dall'Area del formare figure di cardiologi competenti nella gestione dello SC Avanzato.



Progetto Riospedalizzazioni precoci

La prima parte del progetto ha valutato i dati del registro IN-HF Outcome per analizzare la proporzione di pazienti che è andata incontro a decesso o nuovo ricovero entro i primi 30 giorni dalla dimissione a domicilio. A fronte di dati nazionali, indipendentemente dal reparto, del Piano Nazionale Esiti AGENAS, che riportano tassi grezzi di mortalità e di riospedalizzazione precoce nel 2008-2009, periodo di arruolamento dell'IN-HF outcome, rispettivamente pari a 10.6% e 14.6% nel database IN-HF Outcome, 7.6% dei pazienti con scompenso acuto era deceduto entro 30 giorni dal ricovero, mentre 6.1% dei soggetti di questa coorte dimessi a domicilio era andato incontro ad un nuovo ricovero. Fattori predittivi indipendenti di decesso o ricovero a 30 giorni dalla dimissione erano: una più lunga durata della degenza, lo scompenso cronico riacutizzato rispetto alla sindrome di prima insorgenza e il non trattamento con inibitori del sistema renina-angiotensina come indicatore di disfunzione renale significativa, individuando un profilo clinico di scompenso avanzato con marcata dipendenza da una gestione specialistica cardiologica e il margine per la riduzione di re-ricoveri inappropriati basso. E' in corso di valutazione la possibilità di effettuare uno studio multicentrico rivolto agli utilizzatori della scheda per identificare possibili ricadute sui reingressi ospedalieri per scompenso dopo implementazione del minimal data set di informazioni alla dimissione.

Durante il Congresso Nazionale ANMCO si è tenuta la nota Riunione degli Iscritti all'Area Scompenso Cardiaco che ha voluto ricalcare lo stesso modello dello scorso anno alla luce del successo ottenuto

Progetto "Minimal Data Set"

Il Progetto "Minimal Data Set" di informazioni da fornire alla dimissione del paziente con Scompenso Cardiaco: nel corso del 2014 sono stati organizzati 4 incontri formativi ANMCO macroregionali rivolti ai Cardiologi, su problemi di continuità assistenziale ospedale/territorio dei pazienti dimessi dopo un episodio di scompenso acuto. Nel corso di tali incontri è stata ripresentata e discussa la scheda informativa di dimissione del paziente con scompenso. Gli incontri sono stati effettuati a Milano, Firenze, Roma e Napoli ed hanno registrato una numerosa e vivace partecipazione con il coinvolgimento di 300 iscritti. I Centri che hanno attualmente scaricato la scheda dal sito dell'Area Scompenso sono 33: 27 Cardiologie e 6 Centri di Medicina Interna. 15 localizzati nel Nord Italia, 9 al Centro e 9 al Sud. Come azioni future è in programma l'invio di un breve questionario ai centri utilizzatori per rilevare eventuali aspetti positivi dell'utilizzo della scheda e criticità della sua applicazione nella pratica clinica.

Progetto Censimento sul carico di lavoro dei laboratori di Ecocardiografia sulla Cardiotossicità

Cogliendo la proposta della Dott.ssa Lestuzzi dello scorso anno, è

stato elaborato un questionario da diffondere a tutti i laboratori di Ecocardiografia cui afferisce una struttura di Oncologia per valutare il carico di lavoro che il laboratorio deve affrontare per eseguire gli esami ecocardiografici richiesti per il monitoraggio della cardiotossicità. Il questionario composto di 10 domande fotografa l'impegno dei Laboratori di Ecocardiografia nell'identificare gli effetti della cardiotossicità e magari uniformare percorsi e modalità di esecuzione. Il progetto è ormai in fase avanzata integrandosi con le iniziative dell'associazione per la Cardio-oncologia.

Progetto sulla Resistenza ai Diuretici

È on-line sul sito dell'ANMCO il Questionario sulle modalità di conduzione della terapia diuretica, mirato in particolare alla pressante problematica della Resistenza ai Diuretici. Le risposte saranno confrontate con quelle dei Nefrologi a cui viene in contemporanea proposto, e costituiranno la base informativa per un successivo Documento condiviso. Infine le 2 nuove interessanti proposte, quella sull'Ipertensione polmonare in corso di SC e quella sull'incidenza delle comorbidità, saranno a breve rivalutate dal Board, al fine di verificarne la fattibilità operativa. ♥



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

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

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

DATI ANAGRAFICI

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

DATI PROFESSIONALI

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

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

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

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

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

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

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

..... Firma

ABRUZZO

Presidente: Gerardo Rasetti (Pescara)
Consiglio Regionale:
 Marcello Caputo (Chieti)
 Alberto D'Alleva (Pescara)
 Alessandro D'Arma (L'Aquila)
 Donatello Fabiani (Teramo)
 Claudio Frattaroli (Popoli - PE)
 Luigi Leonzio (Lanciano - CH)
www.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo



Gerardo Rasetti

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Matteo Cassin (Pordenone)
Consiglio Regionale:
 Silvana Brigido (Monfalcone - GO)
 Vito D'onofrio (San Vito al Tagliamento - PN)
 Mauro Driussi (Udine)
 Elisa Leiballi (Pordenone)
 Marco Milo (Trieste)
 Giulia Russo (Trieste)
 Diego Vanuzzo (Udine)
 Olga Vriz (San Daniele del Friuli - UD)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli



Matteo Cassin

BASILICATA

Presidente: Francesco Sisto (Potenza)
Consiglio Regionale:
 Andrea Andriani (Policoro - MT)
 Giacinto Calculli (Matera)
 Vincenzo Capogrosso (Melfi - PZ)
 Maria Maddalena De Francesco (Matera)
 Eduardo Fanchiotti (Marsicovetere - PZ)
 Rinaldo Lauletta (Lagonegro - PZ)
 Maria Ausilia Petruzzi (Potenza)
 Domenico Polosa (Potenza)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata



Francesco Sisto

LAZIO

Presidente: Massimo Uguccioni (Roma)
Consiglio Regionale:
 Gerardo Ansalone (Roma)
 Andrea Avella (Roma)
 Alessandro Battagliese (Roma)
 Massimo Ciavolella (Frascati - RM)
 Andrea Ciolli (Roma)
 Stefania Angela Di Fusco (Roma)
 Fabio Ferranti (Ostia - RM)
 Angela Beatrice Scardovi (Roma)
www.anmco.it/regioni/elenco/lazio



Massimo Uguccioni

CALABRIA

Presidente: Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria)
Consiglio Regionale:
 Sergio Arena (Crotone)
 Francesco Fontana (Cosenza)
 Maria Levato (Lamezia Terme - CZ)
 Saverio Salituri (Rossano - CS)
 Giuseppe Valiante (Vibo Valentia)
 Marco Vatrano (Catanzaro)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria



Vincenzo Amodeo

LIGURIA

Presidente: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Consiglio Regionale:
 Massimiliano Basso (Savona)
 Alberto Camerini (Genova)
 Stefano Domenicucci (Genova)
 Roberto Mureddu (Imperia)
 Luca Olivotti (Pietra Ligure - SV)
 Marco Piccininno (Genova)
 Giorgio Tonelli (La Spezia)
 Alessandro Vallebona (Rapallo - GE)
www.anmco.it/regioni/elenco/liguria



Massimo Zoni Berisso

CAMPANIA

Presidente: Rosario Sauro (Avellino)
Consiglio Regionale:
 Archimede Caruso (Oliveto Citra - SA)
 Gerardo Angelo Ciampa (Benevento)
 Rodolfo Citro (Salerno)
 Luigi Raffaele Elia (Napoli)
 Domenico Miceli (Napoli)
 Antonio Palermo (Caserta)
 Francesco Piemonte (Frattamaggiore - NA)
 Bernardino Tuccillo (Napoli)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania



Rosario Sauro

LOMBARDIA

Presidente: Fabrizio Oliva (Milano)
Consiglio Regionale:
 Marco Ferlini (Pavia)
 Francesco Melchiorre Gentile (Cinisello Balsamo - MI)
 Luigi Moschini (Cremona)
 Domenico Pecora (Brescia)
 Claudio Pedrinazzi (Crema)
 Pierfranco Ravizza (Lecco)
 Michele Romano (Mantova)
 Roberta Rossini (Bergamo)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia



Fabrizio Oliva

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Stefano Urbinati (Bologna)
Consiglio Regionale:
 Stefano Cappelli (Carpi - MO)
 Ottorino Giuseppe Catapano (Forlì - FC)
 Stefano Ferraro (Piacenza)
 Marco Ferri (Reggio Emilia)
 Daniele Grosseto (Rimini)
 Alberto Menozzi (Parma)
 Biagio Sassone (Cento - FE)
 Elisabetta Varani (Ravenna)
www.anmco.it/regioni/elenco/emilia



Stefano Urbinati

MARCHE

Presidente: Domenico Gabrielli (Fermo)
Consiglio Regionale:
 Micaela Capponi (Macerata)
 Christian Corinaldesi (Ancona)
 Walid Daher (Fabriano - AN)
 Raffaele Di Pillo (Ascoli Piceno)
 Elena Falchetti (Senigallia - AN)
 Matteo Francioni (Ancona)
 Giuseppe Rescigno (Ancona)
 Giovanni Tarsi (Pesaro)
www.anmco.it/regioni/elenco/marche



Domenico Gabrielli

MOLISE

Presidente: Francesco Versaci (Campobasso)
Consiglio Regionale:
 Angela Rita Colavita (Campobasso)
 Gianludovico Magri (Campobasso)
 Alexandra Sabusco (Campobasso)
 Antonio Trivisonno (Isernia)
www.anmco.it/regioni/elenco/molise



Francesco Versaci

SARDEGNA

Presidente: Gavino Casu (Nuoro)
Consiglio Regionale:
 Simona Aramu (Oristano)
 Antonio Asproni (Sassari)
 Alberto Boi (Cagliari)
 Cristiana Montaldo (Cagliari)
 Giuseppe Pes (Cagliari)
 Isabella Simongini (Olbia)
www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna



Gavino Casu

P.A. BOLZANO

Presidente: Roberto Cemin (Bolzano)
Consiglio Regionale:
 Massimiliano Manfrin (Bolzano)
 Patrick Teja Rudolf Paulisch (Merano - BZ)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano



Roberto Cemin

SICILIA

Presidente: Giacomo Chiarandà (Caltagirone - CT)
Consiglio Regionale:
 Andrea Colletti (Sciaccà - AG)
 Nicola Giunta (Palermo)
 Giuseppe Leonardi (Catania)
 Antonino Nicosia (Ragusa)
 Giuseppe Paleologo (Messina)
 Giovanni Maria Polizzi (Partinico - PA)
www.anmco.it/regioni/elenco/sicilia



Giacomo Chiarandà

P.A. TRENTO

Presidente: Alberto Menotti (Trento)
Consiglio Regionale:
 Claudio Cemin (Rovereto - TN)
 Danila Girardini (Rovereto - TN)
 Simone Muraglia (Trento)
 Prisca Zeni (Trento)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento



Alberto Menotti

TOSCANA

Presidente: Silva Severi (Grosseto)
Consiglio Regionale:
 Toni Badia (Prato)
 Francesco Bellini (Livorno)
 Nazario Carrabba (Firenze)
 Paolo Fontanive (Pisa)
 Gabriele Giuliani (Firenze)
 Alessio Lilli (Lido di Camaiore - LU)
 Silvia Maffei (Siena)
 Paola Pasqualini (Grosseto)
www.anmco.it/regioni/elenco/toscana



Silva Severi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente: Marco Sicuro (Aosta)
Consiglio Regionale:
 Tiziana Claudia Aranzulla (Torino)
 Marialaura Buscemi (Alessandria)
 Federico Conrotto (Torino)
 Massimo Imazio (Torino)
 Paola Lusardi (Torino)
 Andrea Rognoni (Novara)
 Matteo Santagostino (Biella)
 Emanuele Tizzani (Rivoli - TO)
www.anmco.it/regioni/elenco/piemonte



Marco Sicuro

UMBRIA

Presidente: Adriano Murrone (Perugia)
Consiglio Regionale:
 Euro Antonio Capponi (Gubbio - PG)
 Marco Castronuovo (Terni)
 Paolo Chioocchi (Foligno - PG)
 Giorgio Maragoni (Spoleto - PG)
 Lina Marinacci (Città di Castello - PG)
 Gianluca Zingarini (Perugia)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria



Adriano Murrone

PUGLIA

Presidente: Pasquale Caldarola (Bari)
Consiglio Regionale:
 Angelo Aloisio (Taranto)
 Alessandra De Castro (Brindisi)
 Gabriele De Masi De Luca (Tricase - LE)
 Giuseppe Modugno (Bisceglie - BT)
 Michele Palella (Bari-Carbonara - BA)
 Francesca Pierri (Manduria - TA)
 Rossella Troccoli (Monopoli - BA)
 Massimo Villella (San Giovanni Rotondo - FG)
www.anmco.it/regioni/elenco/puglia



Pasquale Caldarola

VENETO

Presidente: Loris Roncon (Rovigo)
Consiglio Regionale:
 Cristina Andriani (Montebelluna - TV)
 Maurizio Anselmi (San Bonifacio - VR)
 Claudio Bilato (Padova)
 Giovanni Conti (Este - PD)
 Daniele D'este (Dolo - VE)
 Francesca De Cian (Feltre - BL)
 Gianfranco Frigo (Cittadella - PD)
 Giovanni Turiano (Conegliano - TV)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto



Loris Roncon



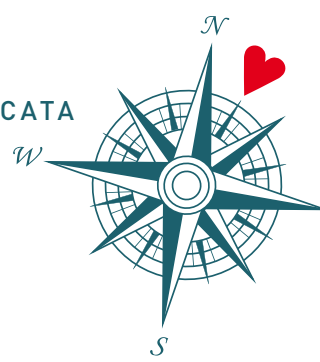
DALLE REGIONI - BASILICATA



Una società più sana, un Paese più sicuro con una condivisa cultura dell'emergenza L'esperienza di Grassano

Creare le condizioni per favorire uno Stile di Vita salutare e una Cultura diffusa dell'emergenza in modo da offrire a ogni cittadino una possibilità in più

DI FRANCESCO PAOLO CALCIANO, LUCIA BOLETTIERI, DAMIANO CARDINALE, PORZIA LACERTOSA



“2004 - 2014” dieci anni dell’Associazione Amici del Cuore di Grassano, una presenza cresciuta piano piano, operativa sui temi dell’informazione e della prevenzione cardiovascolare, con alcune peculiarità: stile di vita, alimentazione, attività fisica, alcol e fumo, cultura dell’emergenza, arresto cardiaco e ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo. Sabato 5 luglio, aderendo ai tre giorni proposti dall’Associazione Giuseppe Porsia Syskrack, una associazione di giovani di vari paesi d’Italia e d’Europa, nata nel ricordo di un ragazzo dinamico, volitivo, un sottile ricercatore e innovatore, scomparso in modo drammatico a Madrid lo scorso anno, abbiamo organizzato una Giornata di Prevenzione Cardiovascolare rivolta essenzialmente a bambini e ragazzi. Abbiamo proposto consigli di prevenzione cardiovascolare, uno screening di base relativo ad alcuni parametri, glucosio e colesterolo totale su sangue capillare, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione O₂, misurazione della circonferenza addominale, calcolo del BMI (indice di massa corporea) e dell’IRC (indice di rischio cardiovascolare, rapporto tra circonferenza addominale e altezza). Su prenotazione sono state fatte consulenze nutrizionali individualizzate con la Dott.ssa Carmela Bagnato, Presidente Regionale ADI (Associazione Italiana di Dietologia e Nutrizione Clinica). Nel pomeriggio c’è stato un corso a numero chiuso sull’emergenza con posti riservati a SYSCRACK sull’arresto cardiaco (riconoscerlo e mettere in atto le manovre di rianimazione cardiopolmonare) e sull’ostruzione



Figura 1

zione delle vie aeree da corpo estraneo (riconoscere l’ostruzione da corpo estraneo e attuare le manovre di disostruzione). Stile di vita salutare e cultura dell’emergenza i temi prioritari dell’associazione che sono stati portati avanti. Prioritari i temi legati all’informazione e alla prevenzione cardiovascolare, per cercare d’incidere in positivo su questi aspetti. L’associazione è molto viva, elaborando varie proposte. Quest’anno sono stati accettati due Poster al 45° Congresso Nazionale dell’ANMCO a Firenze, proposti dalla nostra associazione in collaborazione con la Cardiologia - UTIC dell’Ospedale “Madonna delle Grazie” di Matera, “La dieta mediterranea raccontata ai ragazzi”, “La cultura dell’emergenza” (Figure 1 e 2). In questi dieci anni fecondi d’iniziativa, abbiamo elaborato progetti e propo-

ste che abbiamo presentato anche a Congressi di Cardiologia. Molti gli articoli pubblicati su questi temi. Abbiamo scritto e pubblicato libri: “Stile di Vita e prevenzione malattie cardiovascolari”, “Isola della Prevenzione”, “Parlo con te”. L’ultimo libro è stato consigliato anche come lettura estiva da parte di un istituto scolastico. Lo studio, la ricerca, il confronto su questi temi sono elementi prioritari che guidano il percorso. L’associazione è aperta a collaborazioni con tutti quelli che vogliono interagire, nella consapevolezza che collaborazione, confronto, contaminazione tra fonti diverse sia essenziale per favorire una comune crescita e per sviluppare nuovi ambiti di approfondimento e di ricerca. Per l’attività fisica abbiamo sviluppato collaborazioni con la Medicina Sportiva, con le società che si occupano di manifestazioni sportive sia a Grassano che nei paesi limitrofi contribuendo a favorire la pratica di un’attività fisica diffusa e trasversale per quanto attiene l’età. Attività fisica, alimentazione, fumo, alcol, e negli ultimi anni anche l’arresto cardiaco con le misure di rianimazione cardiopolmonare, hanno rappresentato i tasselli di progetti scolastici portati avanti in vari istituti scolastici di Grassano, di Matera, con un istituto di Roma, con varie associazioni dei paesi limitrofi. Diverse sono state le collaborazioni importanti: con l’ANMCO su progetti scolastici, con il Direttore dell’Osservatorio sull’alcol dell’Istituto Superiore di Sanità e il Direttore dell’Osservatorio sul fumo, sempre dell’Istituto Superiore di Sanità, con il Prof. Martino, responsabile del centro per

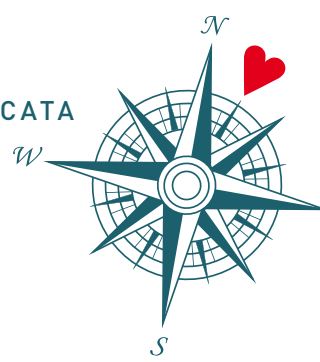


Figura 2

le dislipidemie dell'Università "La Sapienza" di Roma, e i tanti Cardiologi delle nostre strutture ospedaliere e di altre regioni; infine con altre associazioni, tra le quali "Viva la Strada", la Fondazione Giorgio Castelli di Roma, l'Associazione Nicco Testini di Firenze, oltre a quelle gemellate. Lo Stile di Vita è un tema centrale del terzo millennio, connesso strettamente al mondo della cardiologia, dell'oncologia, delle malattie dismetaboliche. La prevenzione cardiovascolare nello specifico, ma non solo, la prevenzione in senso lato, dello stato di benessere dell'individuo, non può prescindere dai temi attinenti lo "stile di vita". Tema questo essenziale e prioritario, poi ben vengano controlli clinici, di laboratorio, la prevenzione primaria e secondaria farmacologica, che va sempre affiancata alle misure riguardanti lo stile di vita con le scelte individuali, familiari in un processo dinamico, perché si ritiene oggi che la prevenzione debba iniziare sin dal concepimento e continuare per tutta la vita. Occorre lavorare molto in termini di corretta informazione per raggiungere la maggior parte delle famiglie e portare loro considerazioni e proposte salutari. È più facile che le famiglie siano raggiunte da messaggi diversi, non sempre salutari. Nel Sud

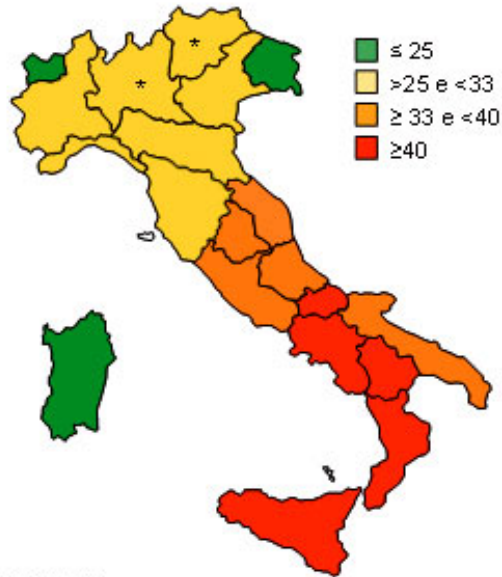
dell'Italia viviamo tra l'altro un grosso paradosso: abbiamo la regione d'Italia dove negli anni '50 è nata la dieta mediterranea, a Pioppi, frazione di Pollica nel Cilento, grazie al biologo e fisiologo americano Ancel Keys, con il suo studio che rappresenta un pilastro in Cardiologia, il "Seven Country Study". Dieta mediterranea che è stata valorizzata ampiamente: l'UNESCO l'ha riconosciuta patrimonio immateriale dell'umanità. Nel 2011 l'American College of Cardiology nel mese di marzo riconosce che «la dieta mediterranea si associa a un'espressiva diminuzione della mortalità da tutte le cause, con minor rischio di malattie cardiovascolari e cancro, e ha un ruolo benefico su diabete di tipo 2, obesità addominale, lipidi e livelli di pressione arteriosa». Di contro abbiamo i dati ISTAT che mostrano un Sud con una prevalenza assoluta d'obesità, sia per quel che attiene gli adulti - e in questo la Basilicata è all'apice - sia per l'obesità infantile con tassi del 40%. Questo potrà purtroppo tradursi in un aumento delle patologie cardiovascolari e dismetaboliche. Si ritorna all'importanza di una corretta e costante informazione, mettendo in campo tutte le forze a disposizione, le sinergie, le collaborazioni in un unico progetto, teso a invertire quest'anda-

mento, lavorando insieme, in sintonia, con l'obiettivo comune delle cose da fare, eliminando steccati campanilistici. Il lavoro costante, i progetti scolastici sviluppati durante tutto l'anno, le sfide in positivo con i ragazzi, quale ad esempio il consumo nella merenda a scuola, di bruschetta, focaccia e tanta frutta, ebbene tutto questo dà dei risultati. I ragazzi stimolati correttamente in un confronto dialettico paritario, rispondono positivamente. Altri temi importanti trattati sono stati il fumo e l'alcol, aspetti critici e importanti, perché interessano in primis gli adolescenti. Prevale l'omologazione in negativo: fumo e bevo per dimostrare d'essere più grande, pensando che con la sigaretta in bocca e un bicchiere di alcol si è più simili a chi ha qualche anno in più. Su questi temi il nostro impegno è mettere in campo progetti che possano invece favorire un'omologazione in positivo. Vogliamo trasmettere ai ragazzi il messaggio che le cattive abitudini tali restano, che sono appannaggio di una minoranza, e che per stare bene insieme non c'è assolutamente bisogno di fumare e/o ubriacarsi. Il fiore all'occhiello dell'Associazione di Grassano è la cultura dell'emergenza, che pone Grassano come punto di riferimento. Cerchiamo di potenziare



la rete di defibrillazione territoriale, ampliando il numero dei first responder e favoriamo i periodici retraining per chi partecipa al progetto “Cuore Amico Grassano” Non è semplice garantire dal 2005 la completa funzionalità del progetto, attivo 24 ore al giorno, in modo costante. Siamo anche impegnati a collaborare con i paesi limitrofi, invogliandoli a realizzare i progetti di defibrillazione. Impegno prioritario: la formazione dei ragazzi. Da oltre un anno abbiamo iniziato a occuparci sistematicamente dell'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo e delle manovre di disostruzione. Dalla primavera del 2013 prepariamo, con corsi gratuiti non certificati a numero limitato, i cittadini a riconoscere l'arresto cardiaco, attivare il sistema di emergenza - urgenza e mettere in atto le manovre di rianimazione sia nell'ambito dell'arresto cardiaco che in quello dell'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo, con una parte pratica individuale su ognuno dei temi. Il corso è struttu-

Sovrappeso e obesità per regione, bambini di 8-9 anni della 3^a primaria. Italia, 2008



* Dati stimati

zione delle vie aeree da corpo estraneo, con una parte pratica individuale su ognuno dei temi. Il corso è struttu-

rato in due giorni, il primo giorno si affronta il tema dell'arresto cardiaco utilizzando un manichino e un defibrillatore-simulatore, il secondo giorno l'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo nel lattante, nel bambino, nell'adulto, con l'ausilio di bambolotti. L'informazione si coniuga con la pratica, facendo esercitare ogni persona singolarmente. A oggi sono state formate alcune centinaia di persone di varie età. In queste emergenze il tempo è vita, occorre riconoscere i sintomi immediatamente, attivare il soccorso tramite la chiamata al 118 e mettere in atto le manovre salva-vita. Nel periodo maggio - giugno l'Associazione è stata invitata a preparare su questi temi i neo genitori, fornendo loro anche consigli di prevenzione per quel che attiene le ostruzioni delle vie aeree da corpo estraneo. Sui temi dell'emergenza



Lucia Bolettieri e Francesco Paolo Calciano

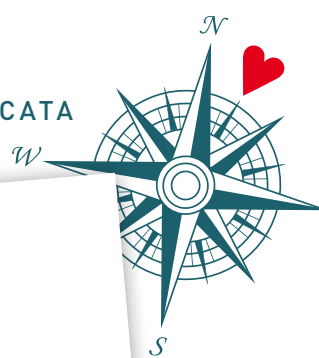


abbiamo anche inviato una lettera aperta al Presidente del Senato e alla Presidente della Camera e a vari responsabili istituzionali per chiedere misure concrete. Vogliamo porre l'accento su una proposta che riteniamo semplice nella realizzazione e che potrebbe dare un ritorno notevole a

livello nazionale: tenere nella scuola corsi annuali di formazione su questi temi, iniziando dagli insegnanti e dal personale non docente (assistenti, cuochi) della scuola materna. Avremmo così in Italia personale qualificato per intervenire nell'arresto cardiaco e nelle ostruzioni delle vie aeree da

corpo estraneo. Non ci vuole molto, idee e una corretta programmazione. Un impegno intenso il nostro, portato avanti con l'ambizione di cercare di contribuire a creare una società solidale e sicura per quel che attiene l'emergenza - urgenza. Siamo certi che quello che abbiamo realizzato a Grassano sia replicabile. L'importante è volerlo fare, mettersi in gioco. Siamo disponibili a collaborare. ♥





Al Presidente del Senato Sen. Piero Grasso
Alla Presidente della Camera On. Laura Boldrini

Inviame le nostre proposte in tema di organizzazione capillare di interventi adeguati nell'ambito della prevenzione dell'arresto cardiaco e dell'ostruzione delle vie aeree.
Ci sono ambiti della medicina in cui i minuti sono vita: arresto cardiaco, ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo. Un'organizzazione sul territorio capillare efficiente potrebbe ridurre tante morti dovute a queste patologie.
Siamo impegnati da anni sul tema della prevenzione dell'arresto cardiaco.
A Grassano, in provincia di Matera, è attivo dall'aprile 2005 il progetto "Cuore Amico Grassano", progetto di defibrillazione territoriale, in stretta sinergia con Basilicata Soccorso (118).
Siamo fortemente impegnati a favorire sul territorio non solo informazioni adeguate, ma favorendo la pratica delle manovre da mettere in atto laddove si verificano queste gravi patologie, oltre a stimolare uno Stile di Vita salutare.
Ci permettiamo d'inviarVi, le nostre proposte per favorire una discussione nelle sedi adeguate su questi temi. Siamo disponibili a illustrare personalmente.

Grassano
Distinti saluti,
Lucia Bolettieri, presidente Associazione,
Francesco Paolo Calciano, responsabile medico

Recapiti: Associazione Amici del Cuore Grassano Via Napoli, 5 75014 - Grassano (MT) mail:amicidelcuore.grassano@gmail.com Cell.3344395680

La cultura dell'emergenza. Proposte

Potenziare presenza di DAE (defibrillatori semiautomatici esterni), nei posti sensibili: manifestazioni, centri sportivi, palestre, scuole, stazioni, aeroporti, porti, stazioni di servizio autostradali, strutture turistiche, luoghi di culto importanti.
Favorire la conoscenza delle manovre di rianimazione polmonare, tramite corsi, anche non certificati, ma qualificati, di BLS/D.
Favorire la conoscenza del corretto intervento in caso d'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo nel lattante, nel bambino, nell'adulto (manovra di Heimlich).
L'informazione e la preparazione su questi temi deve essere precoce. Iniziando dalla scuola primaria di primo grado, scuole elementari (magari iniziando dalle 5 classi), partendo dal semplice allenamento dell'emergenza, imparandoli a chiamare l'uno, uno, otto (118).
Gli adolescenti, a partire dai ragazzi delle classi 3° della Scuola Secondaria di primo Grado, possono essere preparati già con corsi non certificati (la legge stabilisce l'età dei 16 anni per questo) di BLS/D. Abbiamo esperienze dirette su queste, avendo negli anni preparato alcune classi con risultati eccellenti e con una partecipazione attenta e responsabile da parte dei ragazzi.
Auspicabile nella scuola corsi annuali di formazione su questi temi, iniziando dalle insegnanti e dal personale non docente (assistenti, cuochi) della scuola materna fino all'Università.
Accordo con il CONI per preparare con corsi di BLS/D, dirigenti, allenati, preparatori, addetti ai controlli sugli spalti e alcuni atleti delle varie discipline sportive, anche delle società amatoriali, per cercare di ridurre le morti di ragazzi negli incontri sportivi, adoperandosi per favorire la presenza di DAE, durante le manifestazioni.
Preparare operatori turistici, animatori, addetti alle pulizie dei centri turistici, sia concorsi di BLS/D, sia con le manovre di disostruzione delle vie aeree.
Chiedere alle compagnie petrolifere di favorire la presenza dei DAE e personale in grado di riconoscere un arresto cardiaco o un'ostruzione delle vie aeree e poter intervenire. Iniziando dalle stazioni di servizio con maggior traffico.
Favorire la presenza di DAE e personale preparato sui mezzi di locomozione, partendo da quelli che prevedono una durata di oltre 6 ore (treni, aerei, navi).
Preparare genitori durante la preparazione al parto alle manovre di disostruzione delle vie aeree, preparare insegnanti a partire dalla scuola materna, personale addetto alla somministrazione dei pasti.
Favorire la presenza di DAE e personale preparato nei luoghi di Culto che vedono la presenza continua di numerosi fedeli e cittadini in genere.
Potenziare i corsi IRC da istruttore del BLS/D, o dare la possibilità al 118 regionale di preparare istruttori, perché una cultura diffusa necessita di un numero adeguato di istruttori.
L'esperienza maturata da circa un anno, nella preparazione, tramite corsi gratuiti, non certificati, di tanti ragazzi, insegnanti, familiari di cardiopatici, cittadini che hanno condiviso questa scelta, è positiva. Tutto richiede organizzazione, tempo, preparazione.
La preparazione necessita anche di periodiche verifiche affinché sia mantenuta una corretta capacità d'intervento nell'ambito dell'arresto cardiaco e dell'ostruzione delle vie aeree.
Favorire un ruolo attivo e diretto da parte delle Associazioni di Volontariato che operano nel campo con progetti di defibrillazione territoriali.

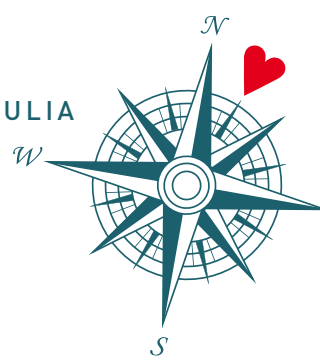


DALLE REGIONI - FRIULI VENEZIA GIULIA



Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia si presenta Idee per il prossimo biennio

DI MATTEO CASSIN A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONE ANMCO FRIULI VENEZIA GIULIA



Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia si è insediato ed ha già cominciato a lavorare e a proporre idee per il prossimo biennio

Nel corso dell'Assemblea dei Soci ANMCO Friuli Venezia Giulia, che si è tenuta a Palmanova il 21 marzo 2014, è stato eletto il nuovo Consiglio Direttivo Regionale per il biennio 2014 - 2016, che è così composto:

PRESIDENTE

Matteo Cassin (Pordenone)

SECRETARIA

Giulia Russo (Trieste)

CONSIGLIERI

Silvana Brigido (Monfalcone)

Vito D'Onofrio (San Vito al Tagliamento)

Mauro Driussi (Udine)

Elisa Leiballi (Pordenone)

Marco Milo (Trieste)

Diego Vanuzzo (Udine)

Olga Vríz (San Daniele)

Contestualmente è stata presentata, dal Presidente Alessandro Proclemer, la relazione conclusiva del Consiglio Direttivo Regionale uscente sulle

attività del biennio 2012 - 2014. Oltre al bilancio generale è stato fatto il punto sull'importante attività formativa portata a termine, sull'attività del gruppo Cardionursing, del gruppo che si è interessato dei progetti regionali di informatica (Cardionet e G2) e sul censimento delle Cardiologie del Friuli Venezia Giulia. L'11 giugno 2014 c'è stata la prima riunione del nuovo Consiglio Direttivo Regionale, dove sono state tracciate le linee programmatiche per il biennio, che in sintesi saranno improntate alla promozione dell'aggiornamento scientifico e formativo, al pieno coinvolgimento della componente infermieristica, alla collaborazione con le altre Società Scientifiche (in particolare quelle di settore GISE, AIAC, SIEC, GICR, ma anche con i Medici dell'Emergenza Urgenza, Nefrologi e Diabetologi), alla promozione dei Cardiologi più giovani, al proseguimento dell'attività

sulle problematiche dei progetti regionali informatici (Cardionet, G2, PACS). Cercheremo di attivare una collaborazione efficace con la Direzione Centrale alla Salute che sta predisponendo le linee generali della riforma sanitaria regionale. Credo che la Cardiologia del Friuli Venezia Giulia possa, a pieno titolo, dare suggerimenti utili sia nella fase di elaborazione ma anche nella fase di attuazione e implementazione, valorizzando la specificità cardiologica a tutti i livelli assistenziali senza arrenderci alla frammentazione della nostra specialità. C'è quindi molto lavoro da fare e il nuovo Consiglio Direttivo, composto da una buona sintesi di giovani e senior, di rappresentanti di Ospedali di rete e hub, e da una soddisfacente rappresentanza femminile, si impegnerà al massimo e senza timori. ♥



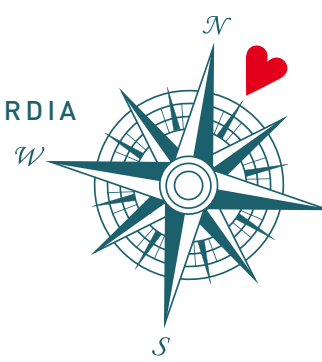
Il programma del nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lombardia 2014 - 2016 Cardiologia “a 4 C”: Continuità, Coinvolgimento, Collaborazione e Cambiamento

DI FABRIZIO OLIVA, MARCO FERLINI, FRANCESCO MELCHIORRE GENTILE, LUIGI MOSCHINI, DOMENICO PECORA,
CLAUDIO PEDRINAZZI, PIERFRANCO RAVIZZA, MICHELE ROMANO, ROBERTA ROSSINI

Con le elezioni regionali del maggio 2014, a Milano, è stato rinnovato il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Lombardia: Claudio Pedrinazzi di Crema, Francesco Gentile di Milano e Pierfranco Ravizza di Lecco sono stati confermati dal Direttivo uscente; Luigi Moschini di Cremona, Domenico Pecora di Brescia, Michele Romano di Mantova, Marco Ferlini di Pavia, Roberta Rossini di Bergamo e Fabrizio Oliva di Milano sono stati eletti come nuovi Consiglieri; Fabrizio Oliva è stato nominato Presidente, all'unanimità, nella prima riunione del Direttivo. I punti programmatici del prossimo biennio, proseguiranno in parte lungo la strada tracciata e percorsa con ottimo lavoro di squadra, dal Direttivo uscente,

coordinato da Luigi Oltrona Visconti, in particolare con l'organizzazione di iniziative culturali e scientifiche in collaborazione anche con le sezioni regionali di altre Società Scientifiche Cardiologiche. In particolare, hanno riscosso notevole successo di critica e di partecipazione la Convention UTIC e quella dei Centri Scopenso lombardi: si sta considerando l'opportunità di promuovere un grande evento della cardiologia lombarda, in tutte le sue espressioni associative, a collocazione ospedaliera e territoriale, con ampio coinvolgimento di medici, infermieri ed altri eventuali operatori sanitari interessati. Il principale compito della società, rimane sempre la promozione di aggiornamento scientifico di alto livello, specie su temi clinici innovativi

ed emergenti. A tal proposito, intendiamo innanzitutto contribuire a mettere a fuoco un argomento di estrema attualità, il corretto utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali (NAO) nel trattamento di pazienti con fibrillazione atriale non-valvolare. Alla luce della disponibilità di un crescente numero di molecole, con identica indicazione di utilizzo clinico, ma con caratteristiche di farmacocinetica e farmacodinamica non del tutto sovrapponibili, stiamo predisponendo un rassegna sintetica e pratica sull'argomento, focalizzata in particolare su metabolismo, controindicazioni e interazione con altri farmaci. Intendiamo sviluppare, in parallelo, anche una “App” per smartphone / tablet, che consenta di verificare in modo rapido e semplice



Proseguire verso il futuro con innovazioni e correttivi per poter mantenere una leadership in campo scientifico, per coinvolgere di più in modo reale i nostri iscritti, per essere più attrattivi nel confronto con i giovani cardiologi, continuando ad essere partner importanti per l'industria e contando realmente nel dialogo con i decisori ad ogni livello

l'indicazione alla molecola migliore, personalizzata sulle caratteristiche cliniche del singolo paziente. Riteniamo poi sia fondamentale continuare a favorire l'ingresso dei giovani cardiologi nell'ANMCO. Ai nostri giorni i giovani sembrano poco interessati ad assumere impegni politici o culturali, probabilmente anche per scarsa motivazione condizionata dal clima sociale. Ci piace pensare, che il modo migliore per reclutare giovani (medici e non) sia metaforicamente paragonabile alla "scelta delle mele" e, citando Brian de Palma ne "Gli Intoccabili" (1987), il suggerimento potrebbe essere "di non prenderle dal cesto, ma di coglierle dall'albero": nel caso specifico dei medici, durante la Scuola di Specializzazione o subito dopo il Diploma di Specialità. A tale proposito pensiamo di proseguire con l'iniziativa di organizzare eventi ad hoc per cardiologi under 40, in parte almeno da loro stessi ideati e coordinati, su argomenti che possano il più possibile essere di aiuto nella pratica clinica quotidiana. Una comunicazione rapida ed efficace, pensando ancora soprattutto ai giovani, non dovrebbe trascurare ormai l'utilizzo dei social network. Consci di sollevare qualche perplessità tra i meno giovani, il

dilagare di questi "media" costituisce una formidabile opportunità di comunicazione. Stiamo pertanto valutando di creare uno specifico profilo di ANMCO Lombardia per stabilire, tramite questi media, un rapporto interattivo e il più possibile continuo con i soci lombardi e non, con altri cardiologi, con altre società scientifiche o con gli interessati del mondo "laico". Riteniamo inoltre di grande interesse e stimolo il coinvolgimento diretto del Personale Infermieristico, che ha portato ad una parte dedicata al "nursing" nel programma della Convention delle UTIC, con ottimo profilo culturale e buone capacità organizzative. Intendiamo pertanto instaurare una collaborazione ancor più continuativa, favorendo e sostenendo il proseguimento dell'attività del gruppo di lavoro del Nursing, allargato agli infermieri di tutte le strutture cardiologiche lombarde al fine di organizzare ulteriori iniziative comuni. Nel 2015 si svolgerà a Milano l'evento Expo: ci siamo attivati per portare l'immagine dell'ANMCO in una finestra di rilevanza internazionale, cercando di partecipare in questo ambito ad iniziative di promozione della salute. Auspichiamo la massima collaborazione "bidirezionale" con la

Fondazione "per il Tuo cuore" - HCF Onlus, promuovendo a livello locale iniziative rivolte alla popolazione, mutate da HCF o innovative, con la finalità di far conoscere e prevenire le patologie cardiache, possibilmente partendo dalle fasce di età più giovani (primi livelli scolastici), utilizzando anche i moderni strumenti interattivi digitali. In questo campo sono in preparazione interessanti iniziative che verranno proposte alla Fondazione e che potrebbero trovare anche un più ampio respiro sul territorio nazionale. Intendiamo continuare a dare un contributo programmatico, formativo e informativo al tema della adeguatezza prescrittiva degli esami strumentali cardiologici. Il tema della "sovra-prescrizione" presenta numerosi aspetti tecnici, sociali, politici, economici e sconfinati, purtroppo, nell'appesantimento delle liste d'attesa, nelle difficoltà assistenziali per i cittadini e nello sgradevole terreno della "medicina difensiva". Questo clima ha risvolti pratici ed assicurativi sempre più onerosi e di difficile gestione, specie per i colleghi più giovani. Riteniamo prioritario perseguire iniziative volte ad un confronto sereno e costruttivo, non solo con gli organismi istituzionali e di controllo (Uffici Regionali preposti



alla gestione della sanità), ma anche con colleghi di altre specialità mediche, in particolare Medici Legali, Medici di Medicina Generale, Associazioni Professionali (Avvocati, Magistrati), Associazioni laiche della cittadinanza. E' importante attivare canali di comunicazione che sappiano trasmettere messaggi chiarificatori e rasserenanti in entrambe le direzioni: il cittadino deve essere rassicurato sull'adeguatezza delle scelte prescrittive ed il sanitario deve sentirsi sereno nella attuazione di scelte motivate esclusivamente su base clinica. Per quantificare, comprendere e indirizzare correttamente la prescrizione di esami strumentali, è nostra intenzione effettuare delle "survey" su finestre temporali anche molto brevi, nelle Cardiologie Lombarde, per valutare i criteri di prescrizione dei più comuni esami strumentali cardiologici (nello spirito di "choosing wisely"); intendiamo promuovere incontri con associazioni di cittadini, per meglio comprenderne le aspettative; speriamo di avviare un confronto sereno anche con magistratura, medici legali, avvocati e assicuratori, con specifiche sessioni o simposi durante i principali congressi ed eventualmente con iniziative

specifiche sul territorio. Negli anni 2000 sono stati fatti molti e importanti passi nella strutturazione della rete "hub - and - spoke" per la gestione dell'infarto miocardico acuto mediante angioplastica primaria. La Lombardia si conferma in sostanza adeguatamente equipaggiata per la gestione coordinata delle urgenze coronariche, grazie sia alla distribuzione delle strutture cardiologiche di vario livello, sia alla funzionalità del servizio di emergenza-urgenza (AREU). Riteniamo sia venuto il momento di rivolgere attenzione alla gestione in rete dello scompenso cardiaco acuto con/senza shock cardiogeno, anche di origine non ischemica: intendiamo concentrare una parte delle nostre attività per favorire la nascita di un modello di gestione di tali pazienti: partendo da una comunicazione tra centri spoke e hub, per gestire insieme al meglio la terapia farmacologica e decidere, sempre in modo congiunto, il momento di eventuale trasferimento a centro di livello superiore, per l'inizio di cure più aggressive, incluse quelle di supporto meccanico non-farmacologico. Allo scompenso cardiaco e shock cardiogeno cercheremo pertanto di dedicare nei prossimi due anni

Promuovere l'aggiornamento scientifico con temi e metodi innovativi, colloquiare maggiormente con i cittadini e gli altri attori coinvolti nel processo di cura per gestire al meglio le patologie cardiovascolari

«Non prendere le mele dal cesto ma coglie dall'albero»

**Brian De Palma,
Gli Intoccabili, 1987**

incontri che coinvolgano cardiologi di ogni livello, internisti, cardio-anestesiisti, rianimatori e cardiocirurghi. Infine, il Direttivo Regionale della Lombardia intende dare ampia disponibilità ad una ancor più stretta collaborazione con il Direttivo Nazionale, sia per portare alla ribalta locale le iniziative culturali promosse a livello centrale dalla nostra società, sia per contribuire fattivamente alla preparazione dei contenuti scientifici e all'auspicato successo del Congresso Nazionale che, dopo molti anni, ritornerà nel 2015 a Milano. In sintesi, le nostre linee programmatiche seguiranno una direttiva "a 4 C": in Continuità con i precedenti direttivi, cercando di mantenere gli ottimi standard raggiunti; con il Coinvolgimento reale di un numero sempre maggiore di soci, specie i più giovani; in Collaborazione con gli altri attori coinvolti nel processo di cura del paziente cardiovascolare e le società (non solo) scientifiche che li rappresentano, con le altre sezioni regionali ANMCO, le Aree ed il Consiglio Nazionale; promuovendo Cambiamenti, necessari in un mondo in rapida evoluzione, da perseguire con vivacità di iniziative e innovazione metodologica. ♥



Congresso Interregionale ANMCO M.U.M.A. 2014

DI ETTORE SAVINI E DOMENICO GABRIELLI

A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO MARCHE 2012 - 2014

“**L**a Cardiologia che ci unisce” è il motto del M.U.M.A., la aggregazione spontanea ANMCO costituita da Marche, Umbria, Molise ed Abruzzo che, proprio per essere fedele al proprio simbolo, ha come punto qualificante l’organizzazione annuale del Congresso congiunto, oltre alla armonizzazione dei comportamenti professionali tramite lo scambio culturale. L’incontro itinerante, che ha cadenza annuale, vede in qualità di ospite turnante una delle quattro regioni. Quest’anno, abbiamo avuto il gradito piacere di organizzarla nelle Marche, nella suggestiva sede dell’Hotel Royal a Casabianca di Fermo, suddividendo i lavori in 3 giornate dall’8 al 10 di maggio 2014. Il Congresso, rivolto a Cardiologi, Emodinamisti, Cardiocirurghi, Internisti, Medici di Base, Tecnici e Infermieri, ha visto una nutrita partecipazione di esperti in campo nazionale, su vari argomenti di interesse attuale, che hanno relazionato ad un attento pubblico di circa 150 Congressisti. L’incontro scientifico è stato suddiviso in 8 sessioni principali, toccando tutti i campi della cardiologia: La Cardiopatia Ischemica, Lo Scopenso Cardiaco



Acuto e Cronico, La Cardiologia Interventistica, L’Imaging Cardiovascolare, L’Aritmologia, La Cardiocirurgia e La Riabilitazione. Ogni sessione prevedeva tre relazioni, affidate essenzialmente ai Colleghi della Macroregione, seguite dalla esposizione di un “caso clinico”, finendo con il “parere di un esperto”, con l’intenzione di dare un risvolto pratico, oltre che clinico - scientifico all’argomento trattato. Il gradimento di questo tipo di logistica congressuale è stato misurato dalla qualità, nonchè dalla vivacità, delle discussioni che hanno animato i partecipanti, alla fine di ogni sessione. Molto gradita è stata l’attualità degli argomenti trattati come la gestione degli Antiaggreganti Piastrinici o dei NAO, le indicazioni e limiti della TAVI o l’organizzazione

delle Telemedicina, solo per indicarne alcuni. Si è registrata inoltre un’ampia discussione sulle ultime indicazioni da Linee Guida Internazionali dei vari argomenti trattati e sulla gestione ambulatoriale dei pazienti con Cardiopatia Ischemica e Scopenso Cardiaco. Occorre inoltre rammentare la sempre gradita partecipazione di Colleghi esterni alla macroregione come quella di Andrea Di Lenarda, che ci ha illustrato la sua chiara esperienza sulla gestione dello Scopenso

Cardiaco a livello territoriale e di Andrea Garascia sulle novità terapeutiche nello Scopenso Cardiaco Acuto. Grande impegno da parte della Segreteria Scientifico Organizzativa e dei Consigli Direttivi è stato profuso nelle relazioni riguardanti l’attività dell’ANMCO, durante le Assemblee Regionali, che sono state poi seguite dalle votazioni dei nuovi Consigli Direttivi Regionali di Abruzzo e Marche. Nell’ottica della convivialità sono state gradite da tutti sono le cene sociali, allietate da accompagnamenti musicali dal vivo, fortemente apprezzati, che hanno permesso, come sempre, l’incontro amichevole dei soci delle quattro regioni, cementando la conoscenza e la stima, fedeli al motto “la cardiologia che ci unisce”. ♥



DALLE REGIONI - PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Un gruppo di medici ospedalieri di diverse specialità,
che hanno in comune la passione per la montagna

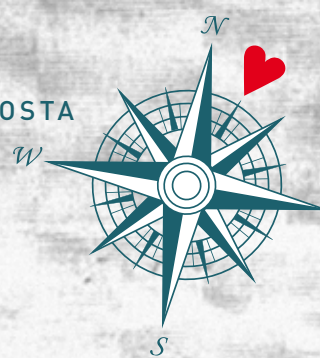
Star bene in quota

L'ambulatorio di medicina di montagna di Aosta



DI MARCO SICURO, BRUNA CATUZZO, GUIDO GIARDINI

Le parole chiave di un'idea: approccio multidisciplinare, confronto e collaborazione continui con istituzioni di ricerca sull'alta quota in Italia e all'estero, un servizio rivolto a semplici amatori, professionisti, atleti



Un po' di storia

Alla fine del XIX sec. un nostro illustre antenato, che sedeva sulla cattedra di fisiologia dell'Università di Torino, Angelo Mosso, ebbe la grande intuizione di costruire un laboratorio d'alta quota per studiare le reazioni dell'organismo umano alla carenza di ossigeno. Nacque così la "Capanna Margherita", ancora oggi il più alto rifugio alpino, situato nel massiccio del Monte Rosa a 4.559 metri di quota (Figura 1). Alla Margherita, che porta il nome della famosa regina di Casa Savoia, Mosso iniziò esperimenti di portata storica e di fatto fondò la moderna medicina di montagna. I dati da lui raccolti e le ipotesi che fece sono ancora oggi l'asse portante di questa disciplina. La Margherita fu poco utilizzata nel XX secolo, anche per la sua impervia locazione, ma venne riscoperta negli anni '80 e ben presto studiosi di tutto il mondo la frequentarono nei mesi

estivi per fare ricerche altrimenti possibili solo sulle montagne himalaiane. Ciò portò al rilancio della fisiologia d'alta quota, supportata anche da apparecchiature sempre più sofisticate e leggere, grazie allo sviluppo delle tecnologie informatiche. Il Mosso aveva già intuito che alcune osservazioni analogamente importanti potevano essere fatte anche a quote inferiori. Infatti nel 1907 fece costruire ai 2.900 m del Col d'Olen, là dove sorgeva il punto di raccolta dei materiali e il campo avanzato per la Margherita, un laboratorio che ancora oggi porta il suo nome: l'osservatorio Angelo Mosso (Figura 2). Anche questa struttura, molto attiva fino agli anni '30 del secolo scorso, ha conosciuto decenni bui e inattivi, ma di recente è stata ristrutturata con un comune sforzo dalle regioni Piemonte e Valle d'Aosta e sta per essere rilanciata nella ricerca biomedica sotto la supervisione dell'Istituto di Fisiologia dell'Università di Torino.

L'ambulatorio di Medicina di Montagna

In questo importante contesto storico nasce la passione di alcuni medici valdostani per la ricerca e le patologie d'alta quota. E così nel 2008, da un progetto della Regione Autonoma Valle d'Aosta, prende inizio presso l'Ospedale "U. Parini" di Aosta un Ambulatorio di Medicina di Montagna che si occupa di valutare e consigliare tutti coloro che frequentano la montagna e le alte quote, in particolare coloro che sono affetti da patologie croniche come diabete, ipertensione arteriosa, pregresse patologie cardio e cerebrovascolari, epilessia, emicrania, malattie renali e polmonari, ecc.). L'équipe dell'ambulatorio è multidisciplinare e comprende medici di varie specialità compresi medici dell'emergenza (cardiologi, neurologi, geriatri, intensivisti, anestesisti rianimatori dell'emergenza territoriale e dell'elisoccorso valdostano).



All'interno del gruppo si spazia dall'attività clinica (interesse e attività principale di tutti) alla ricerca, alla formazione. In questi anni sono stati valutati oltre 1.000 pazienti con le più svariate problematiche. In una normale seduta ambulatoriale si va dall'alpinista d'élite che ha sofferto di edema cerebrale d'alta quota sull'Everest, all'operaio iperteso del cantiere di Punta Helbronner, al cardiopatico che vuole consigli per recarsi a quote moderate, dalla donna incinta che gestisce un rifugio a 2.500 m ad una coppia di anziani pensionati che si vuole regalare un trekking sulle Ande e vuole consigli specifici sull'acclimatazione.

Collaborazioni

I medici dell'ambulatorio hanno partecipato in questi anni a numerosi progetti europei transfrontalieri ed è nata la rete Résamont (Rete Transfrontaliera di Medicina di Montagna tra Valle d'Aosta e Alta Savoia), che ha messo e mette tuttora in relazione i medici valdostani con i medici di Chamonix, Sallanches e Annecy. All'interno di questi progetti sono stati fatti importanti studi sull'emergenza in montagna, sulla telemedicina e sull'epidemiologia delle patologie d'alta quota.

Il cardiopatico ischemico in quota

All'interno del programma di ricerca clinica abbiamo messo in atto un percorso di valutazione di pazienti con cardiopatia ischemica stabile, che continuano a praticare attività sportiva amatoriale anche alle alte quote. Tali pazienti sono numerosi e richiedono sempre maggiormente consulti riguardanti l'altitudine. La



letteratura scientifica sull'argomento è ancora esigua e non dà sicuramente risposte definitive. Non esistono studi randomizzati e controllati ma studi su piccoli numeri di pazienti o addirittura lavori su casi aneddotici. Su questi studi e sul buon senso del medico esperto in medicina di montagna si basano le attuali raccomandazioni per pazienti affetti da cardiopatia ischemica. Solitamente si consiglia di non superare i 3.500 m di quota, di evitare le giornate molto fredde e le situazioni emotivamente forti (per esempio la forte esposizione nel vuoto). Nonostante ciò sono numerosi i pazienti cardiopatici che, in modo autonomo, si avventurano anche sopra i 4.000 m e qualcuno addirittura sopra i 5.000 m in contesti extraeuropei (trekking himalaiani o andini). Si rivolgono al proprio medico di famiglia o al proprio Cardiologo, i quali spesso non hanno risposte, anche perché risposte sicure non ne abbiamo. Per tale ragione presso il centro di Aosta è possibile eseguire un test da sforzo in ipossia normobarica all'altitudine simulata di 4.200 m. Il test fa parte di un protocollo di ricerca clinica, approvato dal comitato etico della Valle d'Aosta. Pazienti con cardiopatia ischemica stabile, trascorsi almeno sei mesi da sindrome coronarica acuta o rivascolarizzazione coronarica percutanea o chirurgica, dopo aver firmato un consenso informato all'esecuzione dello studio, eseguono un test da sforzo in normossia, un'ecocardiografia, una scintigrafia

miocardica e un ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici, per meglio valutare anche il rischio cerebrovascolare. Se tali esami sono negativi e non vi sono segni di insufficienza cardiaca accedono al test cardiopolmonare da sforzo in ipossia, per confermare l'assenza di ischemia elettrocardiografica ed aritmie a quote superiori ai 3.500 m. La contemporanea misura di consumo di ossigeno e produzione di anidride carbonica permette di valutare soglia aerobica, quoziente respiratorio, parametri ventilatori (Figura 3). Sono stati valutati fino ad ora 20 soggetti. Di questi 3 hanno presentato segni di ischemia miocardica all'ECG durante il test in ipossia, mentre quello in normossia era risultato negativo. A tali pazienti, nonostante l'assenza di sintomi durante il test, è stata sconsigliata l'attività fisica oltre i 3.500 m. Un paziente inoltre è stato indirizzato al chirurgo vascolare per eseguire una TEA carotidea per il riscontro di una stenosi emodinamicamente significativa della carotide interna di destra. In questa fase pilota l'obiettivo è di offrire al coronarico stabile, al termine del bilancio clinico e strumentale, la possibilità di continuare ad andare in montagna in condizioni di sicurezza. Con una casistica più ampia sarà possibile individuare linee più specifiche di ricerca quali l'adattamento specifico del coronaropatico all'ipossia, la fattibilità di un training specifico, differenze fra esposizione acuta e acclimatamento... Pagine aperte, che speriamo di riempire in prossime puntate.♥



I Cardiologi di Puglia a Firenze

DI FRANCESCA PIERRI E PASQUALE CALDAROLA

Tornati al proprio lavoro, dopo la tre giorni fiorentina, è piacevole ripensare al Congresso Nazionale ANMCO 2014, “L’arte di fare Cultura”, rivivere le emozioni sempre nuove derivate dall’aver partecipato come relatore, moderatore o semplice auditeore, dallo scambio di esperienze con colleghi di altre realtà regionali. Sfogliando il denso programma un’altra scena si affaccia alla mente... Immaginiamo l’insieme di Cardiologi, giovani e meno giovani, che armati di tubi colorati e manifesti di forme diverse ha allegramente invaso l’area poster della Fortezza. Sono infatti ben 31 i poster presentati quest’anno dai Cardiologi pugliesi, cui vanno aggiunti altri due poster affissi nell’area del Cardionursing. La Puglia tutta, dal Gargano al Salento, passando per le Cardiologie universitarie di Bari e Foggia, sino ai “piccoli” Ospedali Spoke, ha entusiasticamente risposto alla “chiamata poster” della nostra Associazione. E così, dalla ricerca genetica alla cardiostimolazione, dalla emodinamica alla cardiocirurgia, dalla cardio-oncologia alla prevenzione cardiologica, dalla cardiocirurgia alla cardiologia invasiva i pugliesi hanno dimostrato di occuparsi di Cardiologia in tutti i suoi vari aspetti. Nella Fortezza, durante il Congresso, si è riunito il

neo-eletto Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Puglia durante il quale è stato tracciato il programma per il prossimo biennio che prevede un maggiore coinvolgimento dei Soci potenziando il sito web ANMCO regionale, organizzando eventi formativi e promuovendo attività di ricerca, sia con la partecipazione a studi promossi dall’ANMCO nazionale, sia con l’organizzazione di registri regionali. Si aderirà alle iniziative della Fondazione “per il Tuo cuore” e si punterà al coinvolgimento degli infermieri prevedendo un Cardionursing regionale. Si continuerà a mantenere proficui rapporti di collaborazione con le altre Società Scientifiche e si proseguirà la collaborazione con l’Assessorato alla Salute e con l’ARES per il monitoraggio e potenziamento delle reti per la gestione delle Sindromi Coronariche Acute, per la definizione dei modelli organizzativi in Cardiologia, per la promozione dell’integrazione Ospedale - Territorio nel trattamento delle patologie croniche, per il potenziamento della telecardiologia. Il Presidente Pasquale Caldarola ha affidato compiti specifici a ciascun consigliere; Rossella Troccoli svolgerà funzioni di Segretario, Francesca Pierri curerà i rapporti con la redazione di “Cardiologia negli Ospedali”, Michele Palella si occu-

perà dell’organizzazione dei Corsi BLSD-ACLS e di clinical competence, Massimo Vilella coordinerà le iniziative della settimana “per il Tuo cuore”, Giuseppe Modugno curerà i rapporti con l’Area Nursing, Angelo Aloisio curerà i rapporti con le altre Società Scientifiche; Alessandra De Castro e Gabriele De Masi De Luca coordineranno le iniziative ANMCO Giovani. La folta presenza di Cardiologi pugliesi ha contribuito, in maniera compatta, alla elezione nel Consiglio Direttivo ANMCO del candidato pugliese, il Dott. Antonio Amico.

È con le sue parole, affidate ad un SMS inviato ai Soci della Puglia, che vogliamo augurarvi ed augurarci un sempre maggiore impegno nella vita associativa sia in ambito organizzativo che scientifico:

«Cari colleghi voglio ringraziarvi per il supporto che mi avete dato in occasione delle elezioni del Consiglio Direttivo Nazionale ANMCO. La vostra generosità è stata premiata con la mia chiamata alla vicepresidenza. Ciò rappresenta un importante riconoscimento del valore di tutta la Cardiologia pugliese. Spero che il mio impegno riesca a portare nuove energie alla nostra comunità scientifica regionale. Non esitate a contattarmi per qualunque iniziativa riteniate utile in questa direzione. Antonio Amico». ♥



Aspettativa di vita, mortalità cardiovascolare, costi della sanità,
€ posti letto: l'Italia tra i paesi più virtuosi dell'Unione Europea

La Sanità nell'Unione Europea, in Italia e in Umbria

DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO UMBRIA

**Anche in Umbria i dati sono confortanti:
si può migliorare ma siamo già a buon punto**

In questa breve rassegna abbiamo voluto fotografare, basandoci su statistiche derivate principalmente da Eurostat, ISTAT e OECD, alcuni indicatori sanitari dei 27 paesi dell'Unione Europea (UE), rapportando i valori a quelli della nostra Nazione e della Regione Umbria.

Le malattie cardiovascolari si confermano la prima causa di morte

Nell'UE, nel 2010, sono morte 4.85 milioni di persone, un numero sostanzialmente sovrapponibile a quello di 10 anni prima (+ 0.4%). Le malattie del sistema cardiovascolare (CV) sono numericamente al primo posto (39.1%), seguite dai tumori maligni (25.9%) e dalle malattie respiratorie (7.7%). Oltre l'80% delle morti per cause CV avviene oltre i 70 anni, mentre le morti per tumore riguardano una popolazione più giovane (37% tra 40 e 69 anni). Un dato confortante è che nel 2010, rispetto al 2000, si è verificata una riduzione delle morti CV del 9.9% e del 5.9% di quelle per malattie dell'apparato

respiratorio. In controtendenza, invece, la mortalità per tumori aumentata, nello stesso periodo, del 6.9%.

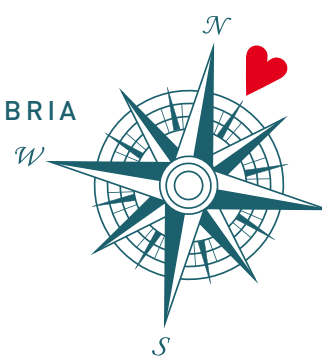
I maschi si confermano a maggior rischio di morte cardiovascolare, ma in alcune regioni la differenza con le donne si assottiglia

Nell'UE il tasso standardizzato di morte CV, tra il 2008 e il 2010, è stato di 217/100.000 abitanti, con un tasso superiore di circa il 50% tra i maschi (268/100.000) rispetto alle femmine (176/100.000). Un dato atteso ma accompagnato dall'evidenza meno ovvia che in Grecia, in alcune regioni della Spagna, Francia, Portogallo, Romania e nel Sud d'Italia si è verificata una differenza di genere relativamente bassa. La mortalità CV è più elevata nei paesi del Nord e dell'Est europeo mentre l'Italia presenta un tasso di mortalità tra i più bassi dei 27 paesi UE (di poco superiore a Paesi Bassi, Spagna e Francia). L'Umbria si pone in linea con la media delle regioni del centro (rispettivamente

305/100.000 e 304/100.000 abitanti). In Italia, ancora una volta, le differenze geografiche sono vistose: la mortalità CV maggiore si registra al Sud (344/100.000), quella inferiore nel Nord-Est (273/100.000).

Un dato di fatto: nell'UE viviamo più a lungo di tutti (o quasi)

L'aspettativa di vita alla nascita nel nostro Paese (84,5 anni per le femmine e 79,4 anni per i maschi), tra i paesi dell'UE e riferita all'anno 2011, è seconda solo alla Svezia, che ci supera di soli 5 mesi. Valori così elevati rappresentano una spia positiva della "salute" globale del nostro Paese in quanto strettamente correlati alla qualità dello stato sociale, ambientale e sanitario. Rispetto all'anno 2000 la vita media degli uomini è aumentata di 2.4 anni, quella delle donne di 1.7 anni, confermando la tendenza ad un incremento progressivo e a una riduzione della differenza di genere (di 6 anni nel 2000 e di 5.1 anni nel 2011). Sono fortunati i maschi che nascono nelle Marche, avendo l'aspettativa di vita più lunga d'Italia



A fine marzo si sono svolte a Perugia le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO, che per il biennio 2014 - 2016 risulta così composto: Adriano Murrone Presidente Regionale (Perugia), Consiglieri Euro Capponi (Branca), Marco Castronuovo (Terni), Paolo Chiocchi (Foligno), Giorgio Maragoni (Spoleto), Lina Marinacci (Città di Castello) e Gianluca Zingarini (Perugia). Il primo pensiero e ringraziamento, umano e professionale, va al precedente Consiglio Direttivo Regionale (Presidente Claudio Cavallini, Consiglieri Lina Marinacci, Antonio Pagano, Marco Cardile, Marco Castronuovo, Adriano Murrone, Paolo Chiocchi) che con volontà ed attaccamento all'Associazione, ha raggiunto gli obiettivi che si era proposto a inizio mandato.

(80.3 anni) e le donne del Trentino Alto Adige che hanno una aspettativa di vita di 85.7 anni. Anche l'Umbria presenta dati positivi, collocandosi ai primissimi posti tra le regioni italiane: i maschi vivono, in media, solo 3 mesi meno dei marchigiani e le donne 6 mesi meno di quelle del Trentino Alto Adige.

Auspicabile una razionalizzazione economica, ma spendiamo molto per la sanità?

La spesa sanitaria pubblica in Italia, nell'anno 2012, è stata pari al 7,0% del Pil, collocando il Paese, in una ipotetica graduatoria dei paesi europei, a metà classifica. La spesa procapite in parità di potere d'acquisto, è stata di 2345 dollari, nettamente inferiore a quella dei Paesi Bassi (circa 4.000 dollari), Germania (3.436 dollari) e Francia (3.204 dollari). Esistono difformità geografiche tra il Sud, che presenta la spesa più bassa (1.788 euro pro capite a prezzi correnti), ed il Centro che ha espresso la spesa più alta (1.931 euro) (dati provvisori 2011). L'Umbria, con 1.840 euro pro capite, si attesta su valori esattamente sovrapponibili alla media nazionale.

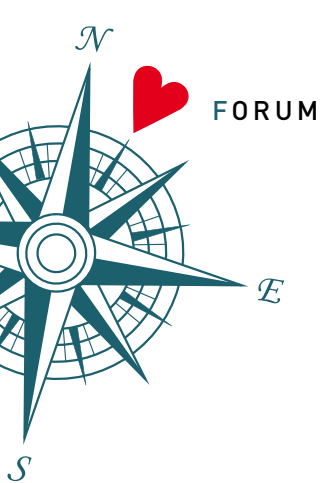
Ma in Italia ci sono così tanti posti letto ospedalieri?

Un argomento certamente attuale, in periodo (purtroppo cronicizzato) di spending review, è quello dei posti letto (PL). Nei 27 paesi dell'UE, da molti anni, la tendenza è quella di una riduzione progressiva: tra il 2000 e il 2010, il numero dei PL si è ridotto del 12,7%. Nel 2010 si sono contati nell'UE 2.7 milioni di PL, pari a 5.4/1000 abitanti. Anche in questo caso, per motivi in parte spiegabili dalla differente organizzazione sanitaria nazionale, si assiste ad un'ampia variabilità tra i paesi dell'Unione: si passa infatti dai 2.7 PL/1.000 abitanti della Svezia, agli oltre 8 PL/1.000 della Germania. L'Italia, con un valore di 3.5/1.000 abitanti, conta un numero di PL inferiore a gran parte dei paesi dell'Unione (solo 5 nazioni su 27 ci seguono in graduatoria): in Umbria il numero dei PL, sempre riferito al 2010, è tra i più bassi d'Italia (3/1.000 abitanti), pari al valore della Sicilia e superiore solo alla Campania (2.9/1.000). Una doverosa precisazione: le

statistiche riportate soffrono dell'enorme campione da analizzare e talora dall'assenza di dati omogenei e quindi comparabili, alcuni dati sono ancora provvisori e ne possono nascere, quindi, delle imprecisioni. Sarebbe auspicabile inoltre, per stessa ammissione dell'Eurostat, avere a disposizione un set di indicatori di salute omogenei nei paesi dell'UE.

Dai dati presentati, comunque, viene dipinta un'Italia che, pur tra mille difficoltà, da un punto di vista sanitario e dell'epidemiologia CV non ha nulla da invidiare ai migliori sistemi europei, ma ancora con contraddizioni e disparità geografiche così profonde da diventare una priorità di programmazione. ♥

Fonte dei dati:
EUROSTAT: Eurostat regional yearbook, 2013 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-HA-13-001)
ISTAT: Istituto nazionale di statistica - Noi Italia: 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo, 2014 (<http://noi-italia.istat.it/>)
OECD: The Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/health/health-publications.htm>)



La prognosi del coronaropatico: conta più l'estensione della malattia coronarica o l'ampiezza dell'area ischemica?

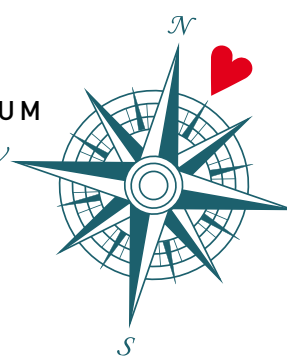
In attesa dei risultati dello Studio ISCHEMIA, ci si interroga se abbia senso andare a ricercare nei pazienti stabili una evidenza di ischemia miocardica, se essa non possiede significato prognostico

DI STEFANO DE SERVI

È noto che l'estensione della malattia coronarica rappresenta un fattore prognostico importante nella evoluzione clinica del paziente coronaropatico. La storica analisi sulla casistica di oltre 20.000 pazienti arruolati tra gli anni 1975 e 1979 nel Coronary Artery Surgery Study (CASS) e trattati con sola terapia medica, aveva ben dimostrato che la mortalità a 4 anni risultava del 92% nei pazienti con una sola arteria malata, dell'84% quando le coronarie malate erano due e del 68% se il paziente era trivascolare⁽¹⁾. Benché questa distinzione avesse il merito di permettere una stratificazione

iniziale dei pazienti, apparve subito evidente che essa era limitata e un po' grossolana. Una migliore stratificazione del rischio si otteneva infatti tramite un "jeopardy score" che teneva conto non solo del numero dei vasi malati, ma anche della sede delle lesioni, in particolare a livello della coronaria sinistra⁽²⁾. Il termine "miocardio a rischio" sottolinea l'importanza dell'area potenzialmente ischemica sottesa alla stenosi coronarica ed esprime il concetto che sia l'estensione dell'area ischemica e non la presenza di stenosi coronariche significative a dettare la prognosi nel paziente coronaropatico. Ad

avvalorare questa tesi contribuirono successivamente soprattutto i lavori del gruppo del Cedars-Sinai Medical Center di Los Angeles, in particolare di Hachamovitch e coll⁽³⁾ che analizzarono una casistica di oltre 10.000 pazienti che avevano eseguito una scintigrafia miocardica perfusionale da stress e non avevano né infarto miocardico né precedente rivascolarizzazione. Questi autori dimostrarono che la estensione dell'area ischemica documentata alla scintigrafia si correlava con il rischio di mortalità. Un guadagno in termini di sopravvivenza si otteneva con la rivascolarizzazione solo nei pazienti con area ischemica ampia mentre



nessun guadagno o addirittura un aumento di mortalità si otteneva in pazienti con aree ischemiche meno estese (Figura 1). Nonostante questo studio non fosse randomizzato, esso ha fortemente influenzato le Linee Guida, anche le più recenti. Infatti le “ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease” del 2013 riportano l’indicazione alla rivascolarizzazione nei pazienti con area ischemica superiore al 10% con una raccomandazione di classe I e con livello di evidenza B riferendosi in particolare a quell’analisi⁽⁴⁾. Questo concetto, divenuto un caposaldo anche delle nostre decisioni quotidiane, è stato tuttavia scarsamente studiato in modo prospettico e provato solo in studi randomizzati relativamente piccoli, quali il SWISSI II e lo Studio ACIP. Anche lo Studio FAME-2 ha dimostrato che la prognosi è migliore

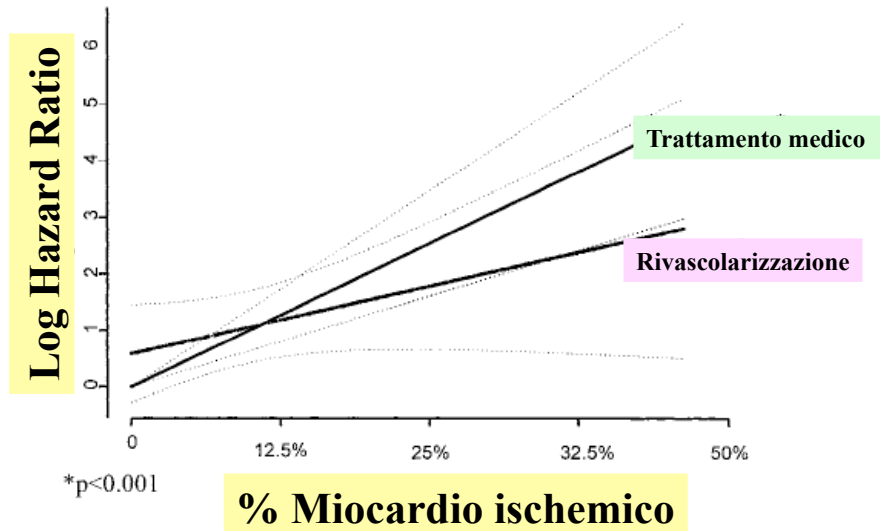


Figura 1 - Relazione tra area ischemica e mortalità in rapporto alla terapia effettuata (elaborata da Hachamovitch et al, voce bibl.)

nei pazienti rivascolarizzati con angioplastica coronarica rispetto alla terapia medica, una volta provato che la stenosi da dilatare riduca la riserva coronarica in modo

significativo attraverso l’uso delle guidine di flusso (FFR)⁽⁴⁾. A fronte di queste documentazioni, i critici contrappongono una serie di dati che mettono in rilievo come la prognosi del coronaropatico dipenda più dall’estensione della malattia coronarica (il cosiddetto “anatomic burden”) che dall’ampiezza dell’area ischemica. A sostegno di questa ipotesi, sostenuta recentemente su “Circulation” da Arbab-Zadeh⁽⁵⁾ vi sono una serie di osservazioni su ampie casistiche che dimostrano come il rischio di mortalità e/o infarto miocardico cresca proporzionalmente all’entità del “calcium score” rilevato alla TAC coronarica anche nei pazienti che hanno uno stress test negativo per ischemia miocardica. La relazione tra “calcium score” ed eventi coronarici appare lineare⁽⁵⁾, indicando un continuum di rischio dipendente dall’estensione delle calcificazioni e

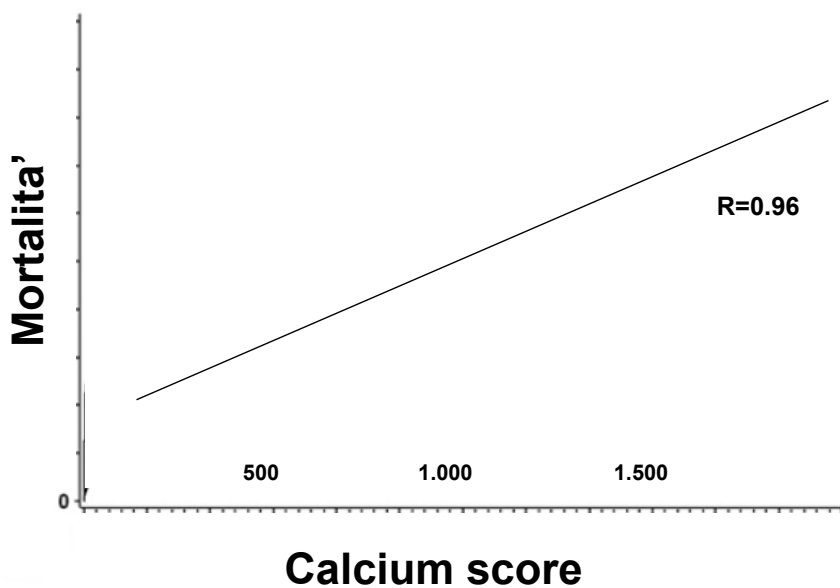
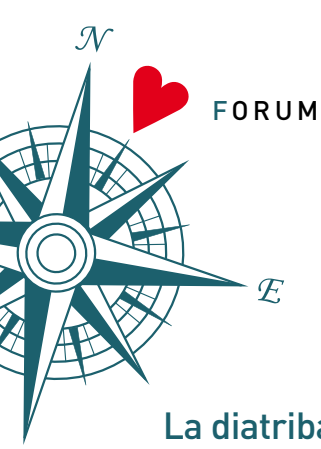


Figura 2 - Correlazione tra mortalità e calcium score in 25.253 pazienti (elaborata da Budoff et al, JACC 2007;49:1860-1870)



La diatriba non ha solo risvolti fisiopatologici, ma coinvolge anche aspetti pratici

Se non ha peso prognostico la dimostrazione di ischemia miocardica, un uso estensivo della FFR non appare giustificato e gli interventi di rivascolarizzazione andrebbero riservati ai soli pazienti con angina refrattaria e coronaropatia molto estesa

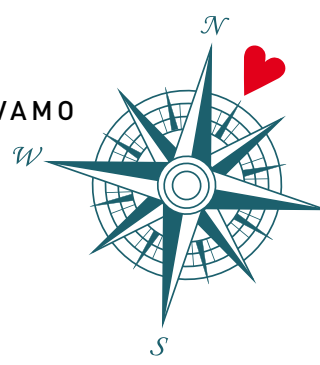
quindi della patologia aterosclerotica, mentre ci si attenderebbe una relazione diversa (con l'evidenza di un valore soglia da raggiungere per il verificarsi degli eventi) se fosse l'ampiezza dell'ischemia a determinare la prognosi dei pazienti coronaropatici (Figura 2). Una recente analisi dei dati dello Studio COURAGE ripropone questo dibattito. Mancini e coll.⁽⁶⁾ hanno confrontato il valore prognostico di uno score di estensione della malattia coronarica (che esprime quindi l'"anatomic burden" valutato con uno score angiografico) con l'estensione dell'area ischemica valutata in oltre 600 pazienti che avevano uno studio scintigrafico prima di essere randomizzati in quello studio ("ischemic burden"). La funzione ventricolare sinistra e lo score angiografico si correlavano al verificarsi di un endpoint composito (morte, infarto miocardico, sindrome coronarica acuta) nel follow-up, mentre l'ampiezza dell'area ischemica non aveva alcun valore prognostico. Questo dato troverebbe ragione nel fatto che nello studio COURAGE, sia l'utilizzo di una terapia medica ottimale che la rivascolarizzazione con PCI potrebbero avere attenuato il potenziale rischio derivante dall'area

ischemica presente al momento della randomizzazione. Peraltro una malattia coronarica estesa comporta la presenza non solo di stenosi significative, ma anche di altre lesioni non critiche, che potrebbero avere caratteristiche di vulnerabilità comportando eventi coronarici acuti nel follow-up. Nella stessa direzione vanno altre analisi dello Studio COURAGE, che non hanno mostrato relazione tra l'area ischemica iniziale e la prognosi e soprattutto i dati dello Studio STICH, in cui l'evidenza di una area ischemica ed il suo trattamento con intervento di bypass non miglioravano l'outcome di pazienti con severa disfunzione ventricolare sinistra. Questa diatriba ha risvolti pratici. Se non ha peso prognostico la dimostrazione di ischemia miocardica, un uso estensivo della FFR non appare giustificato. Secondo Arbab-Zadeh⁽⁵⁾ la maggior parte delle procedure di angioplastica coronarica in pazienti stabili non sono appropriate e gli interventi di rivascolarizzazione andrebbero riservati ai soli pazienti con angina refrattaria e coronaropatia molto estesa. Se da un lato queste conclusioni appaiono drastiche, tuttavia devono essere di stimolo per ricercare nuove evidenze che

siano di supporto scientifico al nostro operare quotidiano. In questa direzione va sicuramente lo Studio ISCHEMIA, attualmente in corso, che randomizzerà oltre 8.000 pazienti stabili (con ischemia miocardica documentata) ad un atteggiamento invasivo, consistente in coronarografia con eventuale rivascolarizzazione, nei confronti di una sola terapia medica ottimale. Sarà così possibile verificare se il "burden ischemico" iniziale influenzerà l'evoluzione clinica dei pazienti e se il suo trattamento invasivo ne migliorerà effettivamente la prognosi. ♥

Bibliografia

- 1) Mock MB, Ringqvist I, Fisher LD et al: "Survival of medically treated patients in the Coronary Artery Surgery Study (CASS) Registry". *Circulation* 1982;66:562-568.
- 2) Califf RM, Phillips HR, Hindman MC et al. "Prognostic value of a coronary artery jeopardy score". *J Am Coll Cardiol*. 1985 ;5:1055-63.
- 3) Hachamovitch R, Hayes SW, Friedman JD, et al. "Comparison of the short-term survival benefit associated with revascularization compared with medical therapy in patients with no prior coronary artery disease undergoing stress myocardial perfusion SPECT". *Circulation* 2003;107:2900 - 2907.
- 4) "2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease". *Eur Heart J*, 30 August 2013.
- 5) Arbab-Zadeh A. "Fractional flow reserve-guided percutaneous coronary intervention is not a valid concept". *Circulation*. 2014;129:1871-8.
- 6) Mancini GB, Hartigan PM, Shaw LJ et al: JACC Cardiovasc Interv. 2014;7:195-201. "Predicting outcome in the COURAGE trial (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation): Coronary anatomy versus ischemia".



Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare

Il Cuore nel tardo Cinquecento

DI MAURIZIO GIUSEPPE ABRIGNANI

«Dai polmoni al cuore attraverso la vena polmonare non passa aria semplice, ma mista a sangue; dunque la mescolanza avviene nei polmoni»

“Christianismi Restitutio”
Miguel Serveto, 1553

«Misura ciò che è misurabile, e rendi misurabile ciò che non lo è»

Galileo Galilei

Nella seconda metà del Cinquecento numerosi anatomisti si occupano del cuore e della circolazione, affiancando il loro lavoro a quello di Vesalio e preparando il terreno a William Harvey.

SERVETO

Il medico e teologo aragonese Miguel Servet enuncia per primo la teoria del circolo polmonare in un libro di teologia, *Christianismi restitutio*: «... lo spirito vitale viene generato dalla mescolanza dell'aria inspirata con la parte raffinata del sangue che il ventricolo destro invia al sinistro non attraverso la parete che divide a metà il cuore, ma per mezzo di un lungo condotto che attraversa i polmoni... Dai polmoni al cuore attraverso la vena polmonare non passa aria semplice, ma mista a sangue; dunque la mescolanza avviene nei polmoni». Purtroppo nello stesso anno della pubblicazione, nella calvinista Ginevra, assieme a numerose copie del volume, che metteva in dubbio la Trinità, viene arso vivo anche l'autore.

LUSITANUS

Joao Rodrigues de Castelo Branco (1511 - 1568), soprannominato Amatus Lusitanus in duplice onore al suo temperamento generoso e alla sua particolare provenienza

geografica, laureatosi con tutti gli onori a Salamanca dovette presto abbandonare la penisola iberica a causa delle persecuzioni anti-giudaiche della Santa Inquisizione. Dopo un breve soggiorno ad Anversa, raggiunse Ferrara, dove collaborò col celebre anatomista Giambattista Canano, e poi Ancona, famosa all'epoca per la sua sostanziale apertura religiosa. Nel 1555 l'ascesa al soglio pontificio dell'intransigente Paolo IV lo costrinse ad abbandonare in fretta l'Italia e, ricevuto un invito formale dalla Repubblica di Ragusa, principato indipendente alleato dell'Impero Ottomano, si trasferì in Dalmazia per poi stabilirsi definitivamente a Salonicco. Nonostante l'infelice condizione di esule, costretto a vagabondare da un capo all'altro dell'Europa per via delle sue scomode origini ebraiche, lasciò una traccia significativa negli studi scientifici dell'età rinascimentale. Nel 1547 raccolse i risultati dei suoi esperimenti ferraresi in una corposa opera (*Curationum Medicinalium Centuria Septem*), pubblicata per la prima volta a Firenze nel 1551, in cui descriveva la complessa struttura della circolazione sanguigna. Lusitanus aveva, infatti, scoperto l'esistenza di una vasta rete



di valvole venose che accelerava lo scorrere del sangue nell'organismo, dimostrando la relativa marginalità della vena cava nell'intero processo. Le Centuriae ebbero inizialmente una diffusione molto limitata anche a causa della fede ebraica del suo autore (non a caso la scoperta delle valvole venose fu erroneamente attribuita al Canano).

COLOMBO

Un altro personaggio accreditato come scopritore della circolazione polmonare è Matteo Realdo Colombo di Cremona (1516 - 1559), prosettore di Vesalio a Padova. Dimostrò che le vene polmonari contengono sangue piuttosto che aria, ma credette erroneamente che le vene trasportassero sostanze nutritive attraverso il corpo e che il fegato,



invece che il cuore, fosse il centro del sistema cardiovascolare, eredità degli insegnamenti di Galeno. Nel *De re anatomica*, uscito postumo a Venezia nel 1559, propose in

modo anatomicamente più corretto rispetto a Serveto l'esistenza della piccola circolazione del sangue. Il libro è privo di illustrazioni, perché in origine doveva essere il prodotto della collaborazione con Michelangelo Buonarroti, il quale appare ritratto nel frontespizio in una sorta di allegoria per il progetto fallito.

FALLOPPIO

Gabriele Falloppio (Fallopius) (1523 - 1562) fece accurate descrizioni delle vene giugulari e vertebrali e delle arterie carotidee. A lui e al Benivieni risalgono le prime raffigurazioni significative di lesioni aterosclerotiche, chiamate da ambedue ossificazione.



ANDREA CESALPINO (1519-1603).—(Photo furnished by Brooklyn Botanic Garden.)

CESALPINO

Andrea Cesalpino (1519 - 1603), professore di medicina all'Università di Pisa e poi alla Sapienza, nonché medico di papa Clemente VIII, rinomato esponente dell'aristotelismo, pose il cuore al centro

del sistema ematico. Ha pubblicato per la prima volta il suo resoconto sul transito del sangue nei polmoni nel *Peripateticarum quaestionum libri quinque*, f. 111v.

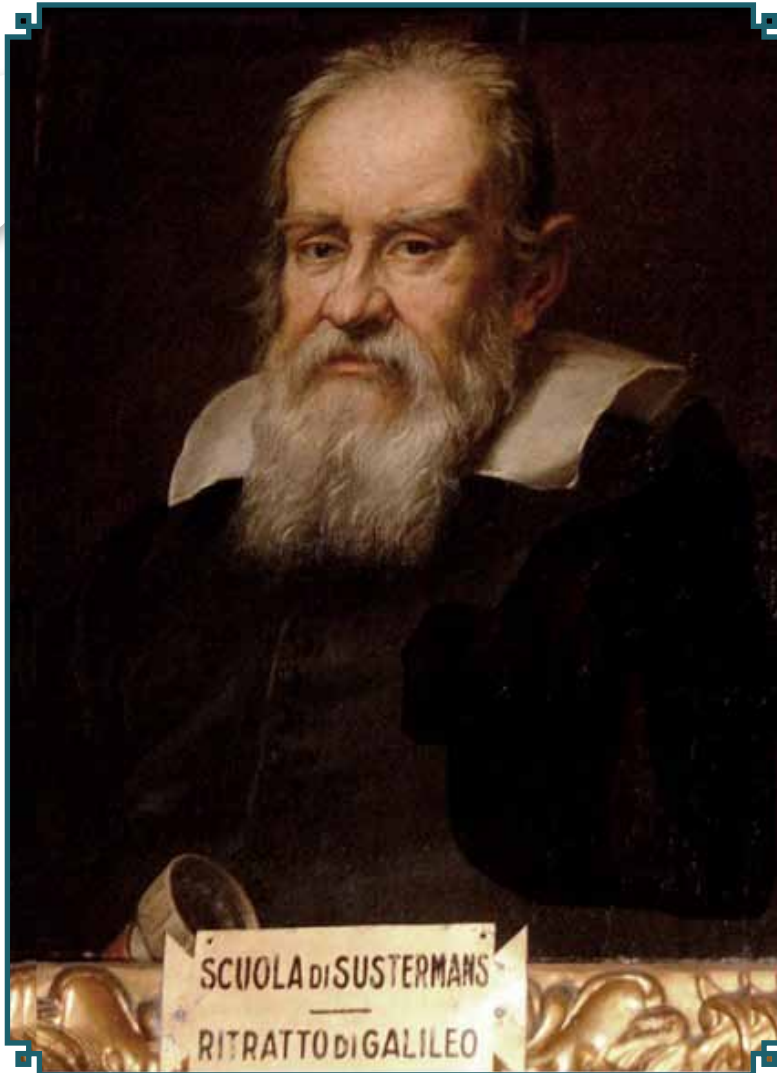
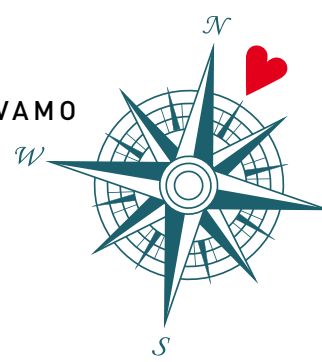
ARANZIO

Guido Cesare Aranzio (1530 - 1589) descrisse le differenze anatomiche tra il cuore dell'adulto e quello fetale, indicando la chiusura del dotto arterioso e del forame ovale (della cui esistenza furono consapevoli molti altri anatomisti, incluso Galeno) nel periodo postnatale. Fu il primo a descrivere i noduli cartilaginei delle valvole semilunari. Un altro eponimo ad egli legato è il legamento di Aranzio, il canale di comunicazione tra le vene ombelicali e la vena porta durante la vita intrauterina.

FABRICI

Girolamo Fabrizio di Acquapendente (1533 - 1619), grandissimo chirurgo, fu professore di Anatomia a Padova. Diede importanti contri-





buti all'anatomia degli organi di senso e all'embriologia e denominò *piccole porte* le valvole venose. Nel 1594 su una sua idea viene costruito a Padova il Teatro Anatomico dell'Università, il primo nel suo genere (in precedenza erano esistiti soltanto teatri provvisori). Il teatro è circolare e gli studenti stanno in piedi con il tavolo in posizione centrale, in modo da permettere una visione precisa del cadavere. A Fabrici si deve anche la produzione di un atlante anatomico interamente colorato, le cui tavole dipinte, meravigliose dal punto di vista artistico, contengono la raffigurazione di molte scoperte anatomiche ed erano assai ammirate dagli studiosi di

tutta Europa. Le tavole (oltre 200), realizzate da Dario Varotari ed altri valenti pittori rimasti sconosciuti, furono regalate alla biblioteca Marciana di Venezia, dove furono ritrovate nel 1910 dall'anatomico Giuseppe Sterzi.

GALILEO GALILEI

Novità più sostanziali per la scienza e la medicina vennero con Galileo e il suo metodo sperimentale, di cui elementi fondamentali erano le "sensate esperienze e certe dimostrazioni": *«veggano ora quanta sia la forza della verità, mentre l'istessa esperienza che pareva nel primo aspetto mostrare una cosa, meglio considerata ci assicura del contrario»*. Appellandosi alla matematica come strumento

esplicativo dell'esperienza, Galileo concorse in termini decisivi a definire la scienza come misurazione: *«misura ciò che è misurabile, e rendi misurabile ciò che non lo è»*. Comincia così la messa a punto della strumentazione medica: Galileo inventa il microscopio (attribuito anche all'olandese Zacharia Jansen) (1590) e, insieme a Santorio, il termometro (1609), un cilindro di vetro contenente un liquido la cui densità aumenta sensibilmente quando la temperatura esterna diminuisce, perfezionato poi nel 1641, con l'impiego di alcool, dal Granduca Ferdinando II. ♥



Un “ECO” dal passato

Cenni storici dell'ecocardiografia

DI FEDERICO NARDI

Quanti di noi ricordano la propria prima foto? La prima amorevole carezza? La prima volta che ci batteva il cuore sentendoci dire “non ti girare, stai fermo” e perché no “Dai sorridi che ti facciamo la foto!” Beh con un po’ di memoria, forse indiretta, ricorderemo di quella stanza spartana con una strana voce impostata interrotta spesso da altre gaudiose voci miste a felici sorrisi! Mai quanti erano ad assistere alla nostra prima immagine: il ginecologo, la mamma, il papà, magari la sorellina e/o il fratellino. Insomma, la nostra prima posa è stata immortalata da un ecografo!!! Quindi questo apparecchio con i suoi ultrasuoni sono entrati quasi nel nostro DNA, nel nostro patrimonio genetico. Sono con la stragrande maggior parte di noi da prima del nostro primo vagito! Quindi fanno parte della nostra storia. La prima volta che hanno ascoltato il nostro cuore?! Certo oggi non esistono più carte fotografiche, VHS, dischi ottici, oggi ci avvaliamo dell'ecografia tridimensionale (3D), che ci permette di vedere la morfologia del feto e del suo apparato cardiocircolatorio. Addirittura oggi si sentono le mamme dire, davanti le immagini dell'ecografia 3D in gravidanza: “Guarda caro, assomiglia proprio alla sorellina”. Ma per arri-



Figura 1 - Pitagora e il monocordo

vare ad ascoltare e visualizzare un cuore fetale con l'utilizzo della tecnica tridimensionale live, abbiamo corso e rincorso in maniera forsennata, l'evoluzione tecnologica degli ultrasuoni. Si può addirittura risalire al VI secolo a.C., quando Pitagora si rese conto, ideando uno strumento con una corda (Figura 1), che i suoni emessi da corde di diverse lunghezze avevano anche caratteristiche diverse. Potremmo affermare che da allora iniziò la scienza dell'acustica. Le basi per la conoscenza degli ultrasuoni, furono poste tra il XVII ed il XVIII secolo fino ad arrivare al 1842, quando il fisico britannico James Prescott Joule, riuscì a generare ultrasuoni convertendo l'energia

elettrica in energia meccanica. Infatti, grazie al metodo fisico chiamato “magnetostrizione”, Joule ottenne la modificazione in lunghezza di una piccola barra di nichel al variare del campo magnetico nel quale era posta⁽¹⁾. Così le variazioni di lunghezza davano origine a compressioni e rarefazioni del mezzo, generando onde acustiche. Si giunse intorno al 1880 quando i coniugi Curie misero a punto il fenomeno piezoelettrico con cui veniva prodotta energia elettrica sottoponendo una piastra di quarzo (Sale di Rochelles o tartrato di sodio e potassio) ad uno stimolo meccanico e notando inoltre, che una carica elettrica applicata sul cristallo ne determinava una deformazione tale da far vibrare il cristallo stesso. Questa scoperta fu alla base dell'impulso nella produzione degli apparecchi ultrasonografici. Nel 1883, Sir Francis Galton riuscì a produrre quello che venne chiamato il “fischio di Galton” con uno strumento che emetteva vibrazioni a frequenze di circa 20.000 cicli/sec, ideando così una sorta di primo fischietto ultrasonico (Figura 2). Mi piace evidenziare come la metodica ecocardiografica sia nata dalla intuizione e collaborazione più o meno diretta ed assolutamente multidisciplinare, non tra varie aree mediche ma addirittura tra diverse



branche della scienza, quali la chimica, la fisica, la matematica, la natura. Come spesso assistiamo nella storia, dobbiamo agli sforzi di strategia bellica l'input per la tecnologia che poi riversiamo nella vita di tutti i giorni e nella salute. Così come una sorta di araba fenice che rinasce dalle ceneri, dalla tecnologia collaudata in eventi bellici, nasce l'applicazione per la prevenzione, la cura e il mantenimento della vita stessa. Durante la prima guerra mondiale, il fisico francese Paul Langevin, produsse ultrasuoni dal cristallo di quarzo, scoprendo che, dirigendoli in acqua, erano in grado di arrecare danni, in virtù della loro elevata intensità, fino addirittura alla morte dei pesci che si trovavano nel tragitto. Durante la seconda guerra mondiale assistemmo allo sviluppo di radar che sfruttavano prevalentemente le onde elettromagnetiche contribuendo quindi alla progettazione di apparecchi ultrasonografici. Si diffuse, pertanto, l'utilizzo del SONAR che sfruttava le proprietà degli ultrasuoni da parte delle navi, per rilevare i sottomarini tedeschi. Gli ultrasuoni, inoltre, furono utilizzati dallo scienziato sovietico Sergei Sokolov, anche per individuare difetti di strutture metalliche⁽²⁾ e quindi, in seguito, utilizzati prevalentemente per la valutazione e validazione degli scafi delle navi e dei carri armati. Dopo la seconda guerra mondiale Floyd Firestone del Michigan⁽³⁾, grazie all'invenzione ed utilizzo del riflettoscopio supersonico volto alla ricerca di imperfezioni nei metalli, stimolò l'interesse per l'impiego dell'ultrasonografia in Medicina e Biologia configurando così



Figura 2 - Fischietto di Galton modificato da Edelman

quello che sarebbe stato il maggior campo di applicazione di questa nuova tecnica. Così, possiamo affermare che tra gli anni '40 e '50 iniziarono i primi tentativi di esplorazione ultrasonografica dei vari organi del corpo umano. Si deve a Wolf D. Keidel nel 1950, il primo tentativo di scandagliare l'apparato cardiaco, dirigendo un fascio di ultrasuoni attraverso il torace, provando così a misurarne le dimensioni⁽⁴⁾. Ma dobbiamo arrivare al 1953 quando Inge Edler e Carl Hellmuth Hertz (Figura 3), provarono ad utilizzare i primi rudimentali apparecchi medici ultrasonografici, utilizzati nello studio delle lesioni cerebrali da Lars Leksell in Svezia e JC Turner a Londra, per esaminare l'apparato cardiaco in maniera sistematica. L'ultrascopio,

utilizzato per tali studi, era formato essenzialmente da un trasduttore ed un oscilloscopio. Il trasduttore aveva la funzione di emettere ultrasuoni ricevendo gli echi dagli ostacoli incontrati sulla propria strada. Mentre l'oscilloscopio serviva sostanzialmente per rappresentare gli ultrasuoni riflessi dalle strutture cardiache dopo opportuna processazione. Nacque così una nuova era della diagnostica cardiovascolare, l'Ecocar-

Figura 3 - Inge Edler e Carl Hellmuth Hertz





diografia M-mode, dapprima chiamata “Ultrasound cardiography” poi denominata, dall’American Institute of Ultrasound in Medicine, “Echocardiography”⁽¹⁾. La prima struttura cardiaca che catalizzò le attenzioni degli studiosi fu la valvola mitralica sia dal punto di vista morfologico che in seguito patologico. Fu in occasione del 3° Congresso Europeo di Cardiologia del 1960 che Edler presentò il primo filmato scientifico in cui veniva descritta la tecnica ultrasonografica per la valutazione della stenosi valvolare mitralica e dei tumori dell’atrio sinistro. Ma mentre in Europa l’indagine ecocardiografica si occupava della valvola mitralica, in America la curiosità scientifica era catalizzata dal versamento pericardico⁽⁵⁾. Così, inizialmente, la sola stenosi mitralica fosse ritenuta di mero appannaggio dell’ecocardiografia, mentre si deve ad Harvey Feigenbaum, ai suoi studi e pubblicazioni l’importanza e l’espansione dell’ecocardiografia in un più ampio range di applicabilità! Arriviamo finalmente agli anni ‘70, in cui si sviluppò la metodica bidimensionale grazie alla nascita di sonde formate da più cristalli che davano luogo a una più ampia area di scansione consentendo il rilievo di immagini settoriali del cuore. L’Ecocardiografia bidimensionale, chiamata inizialmente dagli studiosi americani “Cross-Sectional Echocardiography”, rappresenta un momento magico nel processo evolutivo dell’ecocardiografia in cui da immagini acquisite “alla cieca” passiamo all’osservazione diretta durante l’acquisizione stessa, delle

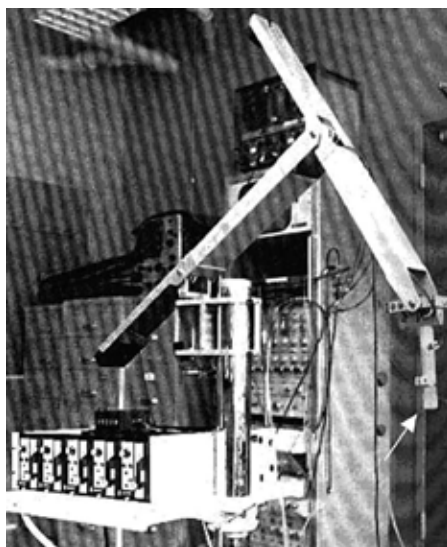


Figura 4 - Sonda applicata ad un braccio meccanico

immagini cardiache con la possibilità di osservare direttamente quelle patologie che prima venivano dedotte. Ma la realtà è tridimensionale!! Ed eccoci arrivati quasi ai giorni nostri dove ormai l’acquisizione delle immagini è diventata 3D-live. Quindi da una patologia valutata in maniera “deduttiva” siamo arrivati alla visualizzazione reale con una rappresentazione incruenta delle immagini che il cardiocirurgo può vedere solo aprendo il torace. Gli albori della ecocardiografia tridimensionale trovano dimora nei primi anni ‘70, quando D.L. Dekker riuscì a trarre dati tridimensionali dopo la rielaborazione di numerose immagini bidimensionali acquisite con l’ausilio di una sonda applicata ad un grande braccio meccanico⁽⁶⁾ (Figura 4). La storia tecnologica non conosce sosta ed arriviamo al 1979 quando F.H. Raab sviluppò una tecnica definita “free-hand scanning” (scansione a mano libera)⁽⁷⁾ che si avvaleva di un generatore elettromagnetico posizionato vicino al letto del paziente che generava, appunto, campi magnetici rilevati da un dispositivo applicato ad una sonda ultrasonografica e collegato a un computer in cui arrivavano immagini tridimen-

sionali. Ma dobbiamo ai recenti anni ‘90 lo sviluppo di sonde che permettevano acquisizioni di immagini con volumi piramidali permettendo di includere quasi interamente l’apparato cardiaco⁽⁸⁾. Ora, nonostante i nostri ricordi in bianco e nero, passando dalle polaroid attraverso le reflex, siamo arrivati ad avere delle immagini con ottime definizioni “portatili” grazie a foto digitali e cellulari che oramai non servono quasi più per telefonare. Chissà magari tra non molto tempo quando i nostri figli ci faranno l’occholino mentre noi penseremo a un gesto d’affetto, loro ci avranno fatto una foto anzi forse un ecocardiogramma. ♥


Bibliografia

1. Nicolosi G.L., “Manuale di ecocardiografia clinica”, ed. Piccin.
2. Sokolov S.: Flek Nachr. Tech. 1929; 6: 451.
3. Firestone F.A.: “The supersonic reflectoscope, an instrument for inspection of the interior of solid parts by means of sound waves”. J. Acoust. Soc. Amer. 1945; 17: 287.
4. Keidel W.D.: “Ubereine Methode zur Registrierung der volumende Kungen des Herzen AM Menchen 2z”. Kreislforschen 1950; 39: 257.
5. Soulen R.H., Lapayowker M.S. and Gimenez J.L.: “Echocardiography in diagnosis of pericardial effusion”. Cardiology 1966; 86: 1047.
6. Dekker D.L., Piziali RL, Dong E Jr. “A system for ultrasonically imaging the human heart in three dimensions”. Comput Biomed Res 1974;7:544-53.
7. Raab F.H., Blood E.B., Steiner T.O., et al. “Magnetic position and orientation tracking system”. IEEE Trans Aerospace Elec Sys 1979;15:709-18.
8. Smith S.W., Pravy H.G. Jr, von Ramm O.T. “High-speed ultrasound volumetric imaging system, I: transducer design and beam steering”. IEEE Trans Ultrason Ferroelectr Freq Control 1991;38:100-8.



Seminario di Aggiornamento ANMCO

DA NON PERDERE


Seminario di Aggiornamento ANMCO

UNIVERSO TROMBOSI
Embolia polmonare

ROMA
7 novembre 2014

SAVE THE DATE


Seminario di Aggiornamento ANMCO

UNIVERSO TROMBOSI
Embolia polmonare

BOLOGNA
8 novembre 2014

SAVE THE DATE

L'Amico che cambia

