

Cardiologia negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Pacta sunt servanda

Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi ANMCO

L'esperienza del Tako-tsubo
Italian Network

La primavera nell'Area...
Emergenza - Urgenza

Nasce l'Area Giovani

Trombectomia percutanea:
alea iacta est o alea iacta esto?

Area Nursing: crescere
insieme

Area Prevenzione:
la mission e il programma

Convention Ambulatori
Scopenso: la Rete possibile

Un nuovo approccio al
cardiopatico anziano

La Rete Cardioncologica
ANMCO: Ready to Start!!

L'arcobaleno nella Sanità

La beffa della Cardiochirurgia
a Reggio Calabria

Defibrillatore nelle scuole:
CosenzAcuore c'è

A Cariatì tra mare, storia,
tradizioni... e Cardiologia

Il Friuli Venezia Giulia e le
Cardiologie Aperte

News dalla Sicilia

Il "versante civilistico"
della legge Balduzzi

La Medicina di genere
in Cardiologia

Non
m
ANMCO
di certo!

MARZO • APRILE 2015 N° 204



Dona per il Tuo cuore



5xMille



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

www.periltuocuore.it



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

**PERCHÉ DEL CUORE
BISOGNA AVERNE CURA SEMPRE**

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

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

I  5xMille
codice fiscale
94070130482



In copertina

ADV "Non mANMCO di certo"

N. 204

marzo / aprile 2015

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

**Organizzazione con Sistema di Gestione
Certificato da KIWA CERMET secondo
la norma UNI EN ISO 9001:2008**

Direttore Responsabile

Mario Chiatto

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

Pacta sunt servanda pag. 3

di Michele Massimo Gulizia

DAL CENTRO STUDI

**Il punto sugli Studi Clinici del Centro
Studi ANMCO** pag. 11

DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

La sindrome Tako - Tsubo: pag. 16

**l'esperienza del Tako - Tsubo Italian
Network (TIN)**

*di Rodolfo Citro, Guido Parodi e
Fausto Rigo*

AREA EMERGENZA - URGENZA

La primavera nell'Area pag. 19

*di Serafina Valente a nome
del Comitato di Coordinamento dell'Area
Emergenza - Urgenza*

AREA GIOVANI

C'è profumo di un'Ar(e)a Giovane pag. 22

*di Marco Marini, Fabiana Lucà,
Gabriele Vianello, Giorgio Caretta,
Vincenza Procaccini, Letizia Riva, Emilia
Biscottini, Alberto Lavorgna, Fabio
Vagnarelli, Luca Poggio*

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Trombectomia percutanea: pag. 25

alea iacta est o alea iacta esto?
di Iolanda Enea

AREA NURSING

Crescere insieme: pag. 28

l'Area Nursing nel 2015 - 2016
*di Sabrina Egman, Massimo Imazio,
Vjerica Lukic, Mauro Mennuni,
Donatella Radini, Fabiola Sanna, Sonia
Tosoni*

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Area Prevenzione pag. 32

Cardiovascolare 2015 - 2016
*di Gian Francesco Mureddu a nome
del Comitato di Coordinamento
dell'Area Prevenzione
Cardiovascolare*

AREA SCOMPENSO CARDIACO

**Obiettivo Convention Ambulatori
Scompenso:** pag. 37

lavoriamo per la Rete
*di Nadia Aspromonte, Daniela Pini,
Renata De Maria, Ilaria Battistoni,
Alessandro Navazio, Massimo Iacoviello,
Michele Gabriele, Andrea Mortara*

Cardio
La salute del



DALLE TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA pag. 44
L'Anziano cardiopatico: è tempo di nuovi paradigmi di cura
di Giovanni Pulignano

CARDIONCOLOGIA
La Rete pag. 48
Cardioncologica ANMCO: Ready to Start!!
di Luigi Tarantini



DALLE REGIONI

BASILICATA



L'arcobaleno nella Sanità pag. 52
di Francesco Paolo Calciano

CALABRIA pag. 56
La beffa della Cardiocirurgia a Reggio Calabria e la posizione critica dell'ANMCO Calabria, aperta al dialogo per la realizzazione del Progetto Cuore
di Vincenzo Amodeo

"Defibrillatore nelle scuole": pag. 57
CosenzAcuore per gli studenti
di Roberto Caporale



A Cariati, nell'alto Ionio pag. 61
calabrese: tra mare, storia, tradizioni... e Cardiologia
di Nicola Cosentino

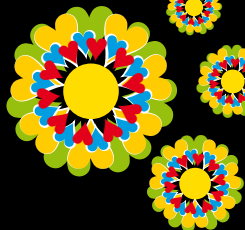
FRIULI VENEZIA GIULIA pag. 65
Il Friuli Venezia Giulia e la Settimana delle Cardiologie Aperte
di Giulia Russo e Matteo Cassin a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia

SICILIA pag. 68
News dalla Sicilia
di Giacomo Chiarandà

OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO pag. 71
Il "versante civilistico" della legge Balduzzi
di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone

FORUM pag. 74
La Medicina di genere in Cardiologia: conoscere le differenze e superare le disparità
di Stefania Angela Di Fusco e Massimo Uguccione





«Pacta sunt servanda»

La celebre locuzione latina, attribuita a Eneo Domizio Ulpiano, celebre giurista romano (170 - 228 d.C.), ci ricorda come non ci si possa liberare unilateralmente dagli obblighi assunti per contratto. Essendomi impegnato, all'inizio del mio mandato, a lavorare fattivamente per ANMCO e a divulgare capillarmente ai Soci tutte le iniziative rese possibili per il grande impegno mio e del Consiglio Direttivo tutto, è indispensabile continuare quindi il mio colloquio con voi dalle pagine di questa Rivista.



Eneo Domizio Ulpiano (170-228 d.C.)

Formazione

Mentre fervono i preparativi per il nostro attesissimo **46° Congresso Nazionale** (Milano, 4 - 6 giugno), punta di diamante della nostra sempre rilevante offerta formativa e di cui accennerò nuovamente al termine di questo articolo, si è recentemente tenuto a Firenze il 24 marzo l'evento **Food Science & Food Ingredients: The need for reliable scientific approaches and correct communication**, organizzato insieme a Fondazione "per il Tuo Cuore", in cui sono stati coinvolti i massimi specialisti europei e statunitensi sull'alimentazione e la nutrizione. Nell'anno dell'EXPO (il cui slogan

è a ragione nutrire il pianeta, energia per la vita), l'ANMCO non poteva omettere di occuparsi di questo tema fondamentale per la salute. È ai nastri di partenza la nuova Campagna Educazionale Nazionale ANMCO **I bisogni insoddisfatti della cardiopatia ischemica: siamo in linea con le linee guida: possiamo fare meglio?**, che ha visto ad aprile due incontri, il primo a Roma presso il Rome Marriott Park Hotel (10 - 11) e il secondo a Firenze, presso il Grand Hotel Mediterraneo (23 - 24), in attesa degli altri due eventi che si terranno a Catania (22 - 23 maggio) e Milano (29 - 30 maggio). Sono imminenti anche gli incontri, che si svolgeranno in 12 sedi italiane di diverse regioni, del **Cardiomab Educational**, incentrata sulla necessità del raggiungimento del target di colesterolo LDL e sull'uso dei nuovi anticorpi monoclonali della PCSK9. Sta per partire anche la grande **Survey AF - NAO Shot** sulle abitudini dei nostri Cardiologi italiani nella gestione del paziente con fibrillazione atriale e sui nuovi anticoagulanti orali, i cui risultati (regionali e

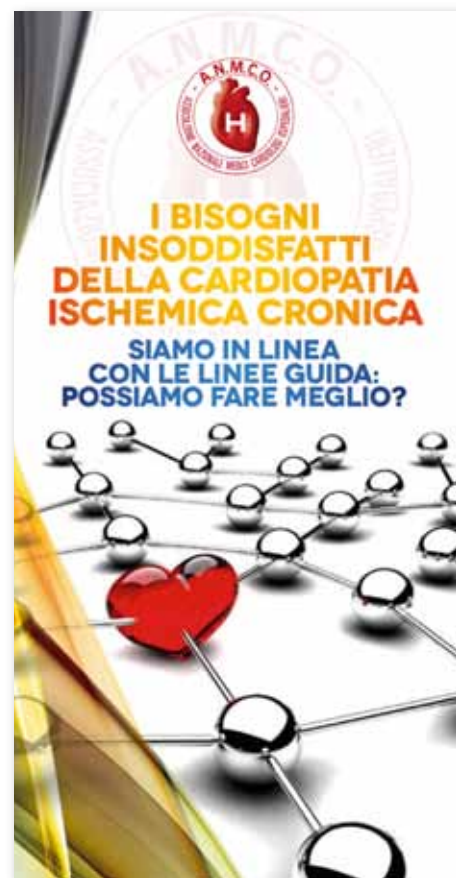
nazionali) discuteremo in occasione delle successive riunioni scientifiche (almeno 11 sparse per tutta Italia). A breve riceverete il link per potervi esprimere sul questionario.





È alle battute finali anche la **Campagna Formativa per la Certificazione di Provider BLS** di oltre 600 agenti della Polfer, a conclusione del progetto ANMCO/Agenzia Nazionale per la Sicurezza delle Ferrovie/Polfer che ha previsto la donazione di 60 defibrillatori nelle principali Stazioni Ferroviarie italiane. A tale proposito sono orgoglioso di citare un recente fatto di cronaca, verificatosi sul marciapiede del binario 3 della Stazione Ferroviaria di Pisa il 19 marzo 2015. Un uomo di 44 anni, che accompagnava la moglie in attesa di prendere un treno, è stato colpito da un attacco cardiaco. Il personale della Polfer, avvertito dalla coniuge, è prontamente intervenuto osservando alla perfezione il protocollo di intervento, appreso pochi giorni prima al Corso di Formazione ANMCO. L'infor-

tunato si è risvegliato alla seconda scarica del DAE e l'assistenza in RCP è continuata fino all'arrivo dell'Ambulanza del 118. Senza l'intervento dell'agente Polfer Valerio Perondi, e la providenziale presenza del defibrillatore, l'uomo sarebbe certo deceduto. È con enorme piacere e orgoglio che guardo a questa vicenda: ancora una volta è evidente come le sinergie vengano sempre premiate. L'episodio è la dimostrazione tangibile che il Progetto è stato un vero successo... e grazie di cuore all'agente Valerio Perondi, che a dire il vero durante il Corso di Formazione aveva manifestato alcune perplessità circa la "responsabilità" nell'uso del DAE, ma che poi ha commentato alla presenza dell'Ing. Antonio Pagano, Responsabile dell'Agenzia Nazionale per la Sicurezza delle Ferrovie, «Quando ho

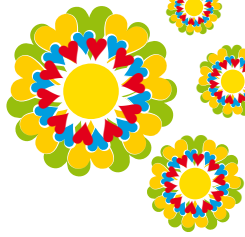


visto la persona a terra ho sentito che la mia responsabilità era quella di salvarla, in tutti i modi possibili». Voglio da queste pagine ringraziare di cuore tutti i Responsabili e gli Istruttori dei Corsi ANMCO (Tabella 1) che con il loro

DATA	Sede	Direttore	Istruttore
14 gennaio 2015	Roma	Mauro Mennuni	Roberto Caserini
16 gennaio 2015	Cagliari	Paolo Bonomo	
16 gennaio 2015	Palermo	Giovanna Geraci	Andrea Guarneri
16 gennaio 2015	Palermo	Andrea Guarneri	Giovanna Geraci
19 gennaio 2015	San Benedetto del Tronto (Ap)	Mauro Persico	Stenio Amabili
20 gennaio 2015	San Benedetto del Tronto (Ap)	Mauro Persico	Stenio Amabili
21 gennaio 2015	Firenze	Giuseppe Fradella	Abukar Aweis Mohamed
21 gennaio 2015	Roma	Mauro Mennuni	Carmela Bisconti
23 gennaio 2015	Messina	Salvatore La Rosa	Antonino Mondì
23 gennaio 2015	Messina	Salvatore La Rosa	Antonino Mondì
28 gennaio 2015	Firenze	Giuseppe Fradella	Abukar Aweis Mohamed
2 febbraio 2015	Catanzaro	Eliseo Ciccone	Domenico Schirripa
9 febbraio 2015	Catanzaro	Domenico Schirripa	Eliseo Ciccone
11 febbraio 2015	Bologna	Alessandro Capecchi	Antonio Silvestrin
12 febbraio 2015	Roma	Mauro Mennuni	Roberto Caserini
19 febbraio 2015	Napoli	Domenico Schirripa	Leonardo Pilo', Francesco Stanganello
20 febbraio 2015	Napoli	Domenico Schirripa	Leonardo Pilo', Francesco Stanganello
20 febbraio 2015	Napoli	Domenico Schirripa	Leonardo Pilo', Francesco Stanganello
24 febbraio 2015	Firenze	Giuseppe Fradella	Abukar Aweis Mohamed
24 febbraio 2015	Bologna	Antonio Silvestrin	Francesca Mingardi
3 marzo 2015	Verona	Silvana Boni	Antonietta Giacoppo, Paolo Tosi
3 marzo 2015	Firenze	Giuseppe Fradella	Riccardo Baroni

DATA	Sede	Direttore	Istruttore
3 marzo 2015	Milano	Gianluca Gonzi	Luca Bianchi, Alessandro Capecchi
3 marzo 2015	Milano	Alessandro Capecchi	Luca Bianchi, Gianluca Gonzi
4 marzo 2015	Verona	Paolo Tosi	Silvana Boni, Antonietta Giacoppo
4 marzo 2015	Milano	Luca Bianchi	Roberta Peroni, Manuela Saleri
4 marzo 2015	Milano	Luca Bianchi	Roberta Peroni, Manuela Saleri
5 marzo 2015	Trento	Silvana Boni	Antonietta Giacoppo
5 marzo 2015	Milano	Luca Bianchi	Roberta Peroni, Manuela Saleri
5 marzo 2015	Milano	Giuseppe Fradella	Luca Bianchi, Manuela Saleri
6 marzo 2015	Milano	Giuseppe Fradella	Luca Bianchi, Roberta Peroni
10 marzo 2015	Firenze	Giuseppe Fradella	Riccardo Baroni
12 marzo 2015	Trieste	Serena Rakar	Davide Nait
13 marzo 2015	Trieste	Serena Rakar	Fulvia Longaro
23 marzo 2015	Trieste	Serena Rakar	Massimiliano Forza
24 marzo 2015	Trieste	Serena Rakar	Davide Nait
31 marzo 2015	Venezia	Silvana Boni	Antonietta Giacoppo, Paolo Tosi
1 aprile 2015	Venezia	Paolo Tosi	Silvana Boni, Antonietta Giacoppo
21 aprile 2015	Bari	Eliseo Ciccone	Leonardo Pilo'
21 aprile 2015	Bari	Eliseo Ciccone	Leonardo Pilo'
19 maggio 2015	Genova	Claudio Peila	Gennaro Mormone
19 maggio 2015	Genova	Claudio Peila	Gennaro Mormone
20 maggio 2015	Genova	Claudio Peila	Gennaro Mormone
25 maggio 2015	Torino	Laura Pozzo	Davide Forno
8 giugno 2015	Torino	Laura Pozzo	Davide Forno

Tabella 1 - CORSI BLS LAICI PROGETTO ANSF-POLFER-ANMCO



ADESIONI A CARDIOLOGIE APERTE 2015



226 Cardiologie

impegno e la loro dedizione hanno contribuito al successo di questa iniziativa.

La Ricerca

A questo proposito avremo modo di parlare a breve del **BLITZ - AF**, ampio studio osservazionale, multicentrico che coinvolgerà oltre 200 ospedali in tutta Italia, con un follow - up di due anni, e che rappresenterà pienamente la realtà ospedaliera italiana in termini di distribuzione geografica e di livelli tecnologici inerenti la diagnosi e la gestione dei pazienti affetti da fibrillazione atriale da parte dei medici dell'emergenza e dei cardiologi dall'esordio della patologia alla gestione a lungo termine. Dopo tanti sforzi e peripezie siamo riusciti a rendere concreta anche la firma

sul contratto dello studio **START**, studio nazionale, osservazionale, prospettico, multicentrico, che ha la potenzialità di essere il maggior registro sulle modalità di trattamento di pazienti consecutivi ricoverati con diagnosi di coronaropatia stabile. Tale registro potrà fornire una dettagliata e attendibile valutazione del management pre - ospedaliero di pazienti ospedalizzati giacché, a oggi, mancano dati epidemiologici aggiornati sulla cardiopatia ischemica cronica, rappresentativi della realtà italiana. Inoltre è al via (dopo aver ricevuto formale approvazione dallo sponsor estero) anche il **PROGRESS**, studio prospettico, multicentrico, per l'implementazione delle strategie terapeutiche in pazienti con diagnosi di Non - ST

ADESIONI A



69 Cardiologie

elevation (NSTE) - ACS gestiti clinicamente durante l'ospedalizzazione, che prevede programmi di intervento volti all'implementazione delle Linee Guida internazionali nella realtà clinica quotidiana. Grande fermento in Consiglio Direttivo anche per quanto riguarda i **Documenti Scientifici di ANMCO**. Nel prossimo numero pubblicheremo i Titoli e le Commissioni degli oltre 15 Position Paper e Documenti di Consenso su cui stiamo lavorando con i massimi esperti del settore.

La Fondazione per il Tuo cuore: Cardiologie Aperte e la Banca del Cuore

Si sono da poco spenti i riflettori su Cardiologie Aperte 2015, cui hanno aderito 226 Cardiologie (nelle pagine regionali di questo numero



troverete diversi ampi e circostanziati report su questa iniziativa, che gode sempre di un grande interesse da parte della popolazione italiana), nel cui contesto è stata lanciata anche la **Banca del Cuore**, altra fondamentale e innovativa attività, già presente in 69 Cardiologie (ad oggi sono pervenute ulteriori 10 richieste di adesione da parte di altri reparti cardiologici, che sono in lista di attesa per ricevere le attrezzature in comodato d'uso). Ricordo brevemente (rimando per una descrizione più completa al mio precedente articolo su "Cardiologia negli Ospedali") che la **Banca del Cuore**, novità assoluta nel panorama sanitario, è un enorme registro elettronico, una "banca virtuale" senza limiti temporali né data di scadenza, in grado di raccogliere i dati sanitari più importanti (anamnesi cardiologica, ECG e pressione arteriosa) di ogni cittadino italiano che vorrà aderire gratuitamente. Si tratta di un progetto, per ora unico al mondo, che permetterà al cittadino di consultare personalmente o di mettere a disposizione del medico che lo ha in cura informazioni che, in alcuni casi, possono rivestire un'importanza vitale e che vengono conservate nella "cassaforte del cuore", sempre disponibili e consultabili grazie al **BancomHeart**, una card consegnata al cittadino in occasione della visita e riportante le credenziali individuali: un User Id (il proprio codice fiscale) e una password segreta, conosciuta solo dal paziente. Una vera e propria rivoluzione che semplificherà, come ha ribadito anche



L'iniziativa «Cardiologie aperte» una settimana di visite gratuite

Controlli cardiologici gratuiti, incontri, dibattiti, attività di educazione sanitaria dal 9 al 15 febbraio, per la settimana di «Cardiologie Aperte». L'appuntamento annuale (ormai da 5 anni) coinvolge tutti i cardiologi ospedalieri dell'Anmco (Ass. Naz. Medici Cardiologi Ospedalieri, presieduta dal dottor Michele Gulizia) e oltre 600 strutture con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione nei confronti dei problemi cardiovascolari e di tutti gli

atteggiamenti e stili di vita pericolosi per il cuore. Quest'anno, Anmco e Fondazione per il Tuo cuore (presieduta dal professor Attilio Maseri) lanciano «La Banca del Cuore», registro elettronico dei dati clinici dei cittadini che vorranno usufruirne, per consultarla e metterla a disposizione del proprio medico grazie al «BancomHeart», card con password segreta. La lista delle strutture coinvolte (anche per aderire alla «La Banca del Cuore») sul sito www.anmco.it, consultabile sul sito www.anmco.it.



Mettiamo il cuore in cassaforte «Ecco la banca dati degli esami»

Il presidente dei cardiologi ospedalieri: i test in una tessera

INCONTRI, dibattiti, educazione sanitaria, gazebo in piazza in cui si potranno effettuare gratuitamente screening cardiologici: riparte da domani a domenica prossima la settimana di «cardiologie aperte». L'appuntamento annuale, giunto alla sesta edizione, coinvolge i cardiologi www.anmco.it

e oltre 600 strutture con l'obiettivo di sensibilizzare la popolazione nei confronti dei problemi cardiovascolari e degli atteggiamenti e stili di vita pericolosi per il cuore. Quest'anno sarà anche presentata la «banca del cuore», una card che contiene i dati clinici sulla salute cardiovascolare.



Salute. Nasce in Italia la "Banca del cuore" Fino a domenica 600 "cardiologie aperte"

Roma. Oltre 600 strutture ospedaliere e sanitarie parteciperanno in tutta Italia, fino a domenica 15 febbraio, alla sesta edizione della settimana delle "Cardiologie aperte". L'evento, promosso dall'Associazione nazionale www.anmco.it (Anmco) attraverso incontri, attività educative, gazebo in cui si potranno effettuare gratuitamente screening cardiologici, si prefigge di sensibilizzare la popolazione nei confronti delle malattie cardiovascolari e di tutti gli atteggiamenti e stili di vita pericolosi per il cuore.

Quest'anno inoltre, Anmco e la Fondazione "per il Tuo cuore" lanciano una novità assoluta: "La Banca del cuore", un enorme registro elettronico in grado di raccogliere i dati clinici, dell'elettrocardiogramma e della pressione arteriosa di ogni cittadino. Le informazioni saranno conservate in una "cassaforte del cuore", consultabili in ogni momento grazie al "BancomHeart". Indirizzabili sul BancomHeart e strutture aderenti alla settimana delle "Cardiologie aperte" sono disponibili sul sito www.anmco.it.

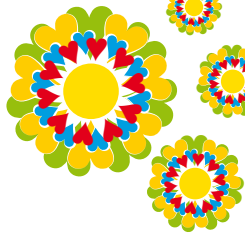
il Presidente della nostra Fondazione, Prof. Attilio Maseri «la gestione della propria salute ai cittadini e il lavoro ai medici». Grazie a questo sistema, le informazioni sulla propria salute cardiovascolare sono al sicuro in caso di smarrimento della documentazione cartacea e accessibili in qualunque momento, anche dall'estero. Queste attività hanno goduto di

un'ampia diffusione presso i mass media: nel solo periodo dal 16 al 18 febbraio abbiamo registrato 16 lanci di Agenzia, 121 uscite su web, 78 uscite su quotidiani, 5 uscite su periodici, 11 passaggi radiofonici, 5 passaggi televisivi nazionali e 5 pubblicazioni ADV su periodici (tra cui Freccia di



Cuore

Un enorme registro elettronico per raccogliere dati clinici, elettrocardiogramma e pressione arteriosa di ogni cittadino italiano. È il progetto, unico al mondo, chiamato «La Banca del Cuore» presentato ieri dall'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri e della Federazione per il Tuo cuore, in occasione dell'inizio della settimana "Cardiologie aperte" in cui 600 strutture cliniche eseguiranno gratuitamente controlli medici (Info: www.anmco.it) Le informazioni della Banca saranno sempre disponibili e consultabili grazie al «BancomHeart», una card personale con User Id (il proprio codice fiscale) e una password segreta, conosciuta solo dal paziente. Un progetto unico al mondo: permetterà di creare e usufruire di una banca dati sconfinata, che il cittadino potrà consultare personalmente o mettere a disposizione del proprio medico.



Trenitalia, rivista mensile; Italo “I Viaggi del gusto”, rivista mensile; Il Tempo, quotidiano; “Pianeta Donna” inserto de Il Tempo, quotidiano; Newsletter Cardioline) per un totale di 241 citazioni. A questo si devono aggiungere il servizio del TG1 alle ore 16.30 del 16 febbraio 2015 e altre mie interviste: a Elisir, Rai Uno, Italia 7 e RTV38.

La Convenzione con ASSITA

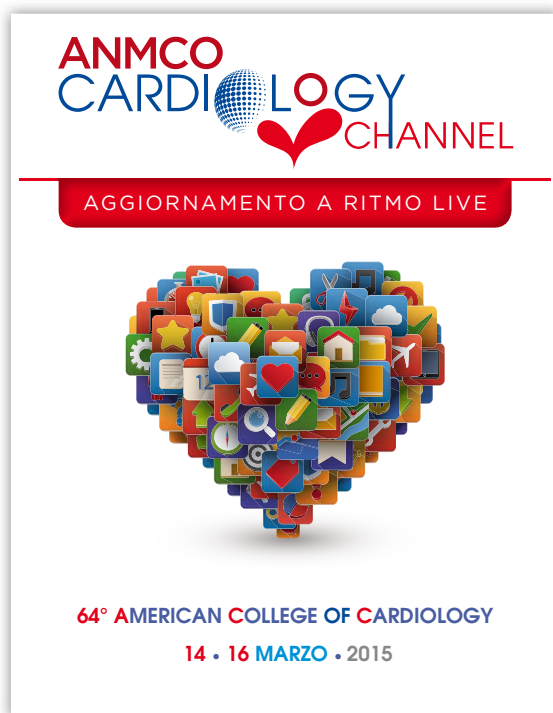
Come anticipato, abbiamo mantenuto la promessa di definire un accordo commerciale per la stipula di una convenzione per l'Assicurazione di Responsabilità Civile Professionale dedicata ai Cardiologi ANMCO, di cui troverete anche in questo numero la Circolare esplicativa. La convenzione assicurativa è esclusivamente riservata agli iscritti ANMCO, e copre qualsiasi attività clinica e/o interventistica e/o amministrativa del Cardiologo dipendente ospedaliero (compresa intramoenia allargata e responsabilità primaria) per colpa professionale grave. La polizza comprende due diversi moduli, che si possono contrarre disgiuntamente o congiuntamente:

- 1) la polizza tutela legale, con copertura immediata delle spese legali (avvocati, periti, ecc.), indispensabile in caso di avviso di garanzia per tutelarsi da procedimenti penali dolosi e colposi, chiamata in causa da compagnie assicurative di responsabilità professionale e per la resistenza alle sanzioni amministrative;
- 2) la polizza colpa grave per azioni di rivalsa esperite dalla propria azienda o dall'impresa assicurativa della struttura, con possibilità di

scegliere due diversi massimali (5 milioni con limite di 2 milioni e mezzo per sinistro o 5 milioni per sinistro e per anno assicurativo) e con garanzia retroattiva e postuma illimitate. Questa polizza ha un premio bloccato per 5 anni; si può scegliere di aderire con contratto annuale (rinnovabile) o quinquennale, con un premio complessivo davvero basso e assolutamente concorrenziale, per qualità e quantità di servizi offerti, rispetto a tutte le altre polizze professionali attualmente rintracciabili sul mercato. È compresa in ambedue i casi una consulenza legale telefonica e/o per email gratuita. È infine previsto un ulteriore sconto di 26.00 euro per chi si avvale di entrambe le polizze (tutela legale e colpa grave). Confido possiate apprezzare il grande risparmio effettivo di cui potrete godere in questi tempi di spending review, in cui però i costi delle assicurazioni incrementano sempre più. Abbiamo ricevuto numerose richieste di adesione e molte altre stanno pervenendo adesso in ragione della scadenza dei premi assicurativi dei Colleghi, spesso elevatissimi e anche superiori ai 2.000 euro annui! Inoltre, facendo seguito alla richiesta da numerosi Soci che lavorano in extramoenia o fuori dall'ospedale e di numerosi giovani specializzandi, stiamo elaborando un nuovo prodotto assicurativo, anch'esso concorrenziale, che tuteli anche queste attività. La novità al prossimo numero di CNO e comunque allo Stand ASSITA al nostro Congresso Nazionale a Milano.

Le iniziative comunicazionali

Ogni anno nel mondo vengono presentati numerosissimi studi che aprono nuove possibilità terapeutiche nella Cardiologia. Una mole di informazioni che è sempre più difficile filtrare e approfondire individualmente. In linea con le finalità della nostra Associazione, per la quale riveste un ruolo centrale la promozione dell'attività didattica, culturale e formativa dei Soci, abbiamo pensato di creare uno strumento che, grazie alle possibilità delle tecnologie digitali, permetta a chiunque di noi, dovunque si trovi, di poter essere informato sulle novità della Cardiologia: **ANMCO Cardiology Channel**. È un servizio gratuito di “Live News” in diretta dai più importanti congressi internazionali di Cardiologia che permette di accedere tramite computer o dispositivo mobile, grazie a un Sito e ad una **APP** appositamente progettata, a report quotidiani in lingua italiana redatti in tempo reale dalla nostra Redazione Scientifica, sempre presente in quella che di volta in volta è la sede dell'evento. Un'opportunità per arricchire il nostro personale corpus di conoscenze e competenze perfettamente compatibile con i ritmi e le esigenze dell'attività lavorativa. La prima diretta è stata quella dal 64° Congresso dell'American College of Cardiology (ACC), in programma dal 14 al 16 marzo a San Diego, Stati Uniti, dove la nostra Redazione Scientifica si è recata di persona per seguire i lavori congressuali. A tal proposito desidero

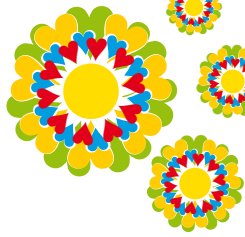


ringraziare particolarmente Angela Stefania Di Fusco e Daniele Grosse-
to per l'entusiasmo, la passione e la
grande professionalità con le quali
hanno affrontato questo oneroso
impegno oltreoceano allo scopo di
rendere possibile la prima realizza-
zione del format scientifico. Invito
tutti voi a cogliere anche questa
importante opportunità, aderendo
gratuitamente al servizio per poter
accedere agli approfondimenti e
aprirsi a nuovi orizzonti nello svol-
gimento della propria professione.
Basta collegarsi al Sito ANMCO e
cliccare sul banner ANMCO Car-
diology Channel oppure scaricare
gratuitamente la **APP Cardiochannel**
dall'Apple Store (per chi usa Apple
o un dispositivo IOS) o da Google
Play (per chi usa Samsung o comun-
que un sistema Android). Avrete
modo di scaricare in tempo reale le
grandi novità del nostro imminente
46° Congresso Nazionale ANMCO
e di quelle del prossimo Congresso
dell'ESC a Londra a fine agosto.

**E ora... arrivederci a
Milano!**

Infine, ma non in ultimo per im-
portanza, vi ricordo che il *4 giugno*
avrà inizio il nostro **46° Congresso
Nazionale ANMCO** che continuerà
sino a tutto il 6 giugno. Non perde-
tevi questa ricca offerta formativa
che sarà unica tra quelle svolte
sinora, con una forte caratteriz-
zazione multimediale e che vedrà
coinvolti un altissimo numero di
Fellow ANMCO con una Faculty
d'eccezione. Quest'anno per la pri-
ma volta nella storia dell'ANMCO
e a testimonianza dell'interesse per
il congresso e le attività formative





ANMCO, abbiamo ricevuto lo straordinario numero di 1.050 Abstract, una grandissima parte dei quali di elevata qualità e solo pochissimi sotto la sufficienza. Non è stato ovviamente possibile accettarli tutti, ma ampio spazio è stato lasciato alle numerosissime Sessioni di Comunicazioni orali (per un totale di oltre 280 Abstract comunicati) e alla presentazione di oltre 600 Poster in formato elettronico con un moderatore/proattivatore che coordinerà ciascuna singola sessione da 8 Relatori ciascuna. Grande rinnovamento anche da parte degli sponsor che hanno creduto in questa nuova edizione del nostro Congresso, partecipando con ampi spazi espositivi e Hospitality Suites dedicate. Un particolare benvenuto va alla **Littmann®** che quest'anno per la prima volta in Italia ha deciso di accogliere il mio invito a partecipare al Congresso mettendo i propri tecnici a disposizione dei Soci ANMCO che vorranno portare i propri fonendoscopi per piccole riparazioni meccaniche e soprattutto offrendo ai nostri Associati uno sconto eccezionale del 40% per tutti i prodotti venduti durante i tre giorni congressuali. Altra grande novità, a parte la possibilità di scaricare già da pochi giorni prima del Congresso la **APP ANMCO2015** con cui navigare dentro il programma scientifico e la possibilità di ricevere informazioni e tweeter durante l'evento, sarà il **1° Campionato di Refertazione ECG** riservato esclusivamente ai Soci Ordinari in regola con la quota associativa 2015. Il Campionato si svolgerà solo nella

giornata del 4 giugno, dalle 9:00 alle 15:00, e metterà alla prova l'abilità del partecipante di saper riconoscere ECG complessi (16 in totale) in un breve lasso di tempo (8 minuti complessivamente), rispondendo elettronicamente tramite pc dedicati (leggete l'apposito regolamento di partecipazione sul Sito Web dell'ANMCO). Il sistema elaborerà automaticamente il punteggio a fine seduta (non ripetibile) e ai primi 4 classificati, durante la Cerimonia Inaugurale del pomeriggio, saranno donati da ANMCO 4 moderni Elettrocardiografi ToucheCG package HD+, messi a disposizione dalla Cardioline. Si tratta di un PC - ECG (software e unità di acquisizione) ad alte prestazioni, un nuovo prodotto di altissima tecnologia, in linea con le novità interattive dell'edizione ANMCO 2015 del nostro Congresso.

Bene, che altro dirvi. Vi aspetto tanti, vi aspetto numerosi, carichi di domande per le Sessioni scientifiche e di proposte per l'Assemblea per rendere sempre più forte, più coesa e scientificamente sempre al top questa nostra grande Associazione.

Buon ANMCO a tutti. ♥

16 ECG da valutare
5 risposte possibili
30 secondi per decidere

ANMCO
ASSOCIATO ITALIANO
NOMINATO MEDIO CARDIOLOGO
ESPERTO

1° Campionato di Refertazione ECG
Il successo è tracciato!

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 Uni-
versitaria 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 Cre-
mona
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



Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento	
STEM-AMI OUTCOME	46	1.530	250	2 anni	in corso	Newsletter
GISSI Outliers VAR	10	60	62	3 anni	chiuso	Newsletter
GISSI Outliers CAPIRE	11	800	544	5 anni	chiuso	Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	22 (460)	861 (21.400)	827 (14.170)	Event driven	in corso	
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26 (444)	1.300 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso	
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	16 (288)	378 (8.000)	82 (1.572)	Event driven	in corso	
TOSCA.IT In collaborazione con Società Italiana Diabetologi	61	3.371	3.012	Event driven	chiuso	

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/centro-studi/ricerca

Studi di prossima attuazione

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz previsti da protocollo Italia (tutto il mondo)	N° paz arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato dell'arruolamento
DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi	20	186	-	48 settimane	-

■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ OUTLIERS

FOCUS ON

Studio STEM-AMI: Emendamento 2

Il Direttivo dello studio, accogliendo il suggerimento del DSMC, ha preparato l'emendamento 2 al protocollo, con l'intento di potenziare l'arruolamento, mantenendo invariato il rationale scientifico iniziale dello Studio. L'emendamento prevede una modifica nei criteri di inclusione/esclusione e più precisamente:

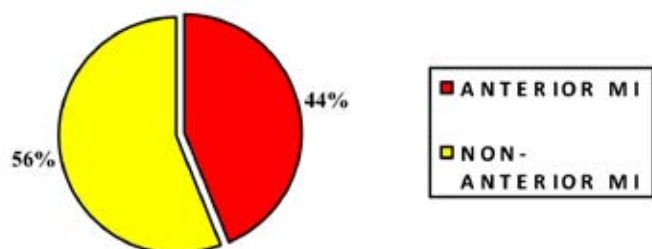


• **Criteri di inclusione**

- Estensione della popolazione dei pazienti arruolabili anche agli STEMI non a sede anteriore, ma con disfunzione Vsx (FE biplana $\leq 45\%$) post PTCA efficace (TIMI flow ≥ 2)
- "Symptom to balloon time" $\leq 12h$ o ≤ 24 se persistenza di sintomi.

• **Criteri di Esclusione**

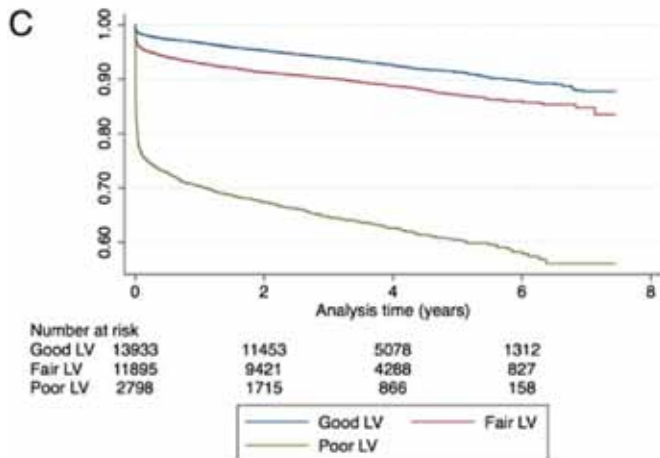
- Pazienti con recidiva di STEMI omosede
- Pazienti con pregressa rivascolarizzazione chirurgica o meccanica (PCI) su arteria culprit nei 6 mesi precedenti



Estensione della popolazione arruolabile anche a STEMI non anteriori

L'epidemiologia dello STEMI si è significativamente modificata negli ultimi anni, **con una riduzione degli STEMI** rispetto agli infarti non-STEMI (1). Inoltre, all'interno della popolazione degli STEMI, **la numerosità degli infarti non coinvolgenti la discendente anteriore è ormai prevalente (>50%)**, come attestato dal recente registro italiano LombardIMA (2):

Inoltre, le evidenze più recenti indicano che **la funzione ventricolare sinistra dopo STEMI appare il fattore largamente determinante la prognosi, indipendentemente dalla sede dell'infarto**. La recente pubblicazione dei dati del British Cardiovascular Intervention Society (3), documenta la relazione esistente tra funzione Vsx e mortalità a 30gg, 1 aa e 5 anni in una ampia popolazione di Pazienti "real world" tra il 2006-2011, nei diversi "setting clinici" della cardiopatia ischemica, compresi i Pazienti con STEMI.



Nel lavoro si documenta come la presenza di **disfunzione Vsx** e la sua severità, sia il **predittore indipendente di mortalità più importante** sia a breve (30gg) che a lungo termine (5aa): a 30gg il tasso di mortalità nei Pazienti con moderata disfunzione Vsx (FE tra 30-49%) era 2.91; 95%CI: 2.43-3.49, $p < 0.0001$, diventava 7.25; 95% CI: 5.87-8.96, $p < 0.0001$ nei soggetti con severa disfunzione (FE $< 30\%$). Tale osservazione è ancora più significativa nella sottopopolazione dei Pazienti STEMI: 8.18; 95% CI: 5.62-11.92, $P < 0.0001$. Gli Autori concludono confermando la stretta relazione esistente tra funzione Vsx ed "out come" a breve e a lungo termine dopo PTCA, sottolineando come il maggiore impatto sulla mortalità sia documentabile nei Pazienti con STEMI.

Fig. Curve di sopravvivenza (Kaplan Mayer Unadjusted curves) nei Pazienti STEMI sottoposti a PTCA primaria per grado di disfunzione Vsx. (EHJ 2014 35, 3004-3012)

Infine, appare in tale contesto rilevante l'osservazione del CathPCI Registry **che la riduzione dei tempi di riperfusione coronarica dopo infarto non è in grado di modificarne la mortalità**⁽⁴⁾.

Bibliografia

- 1) Mcmanus DD, Gore J, Yarzebki J, et al Recent Trends in the Incidence, Treatment, and Outcomes of Patients with ST and Non-ST-Segment Acute Myocardial Infarction. Am J Med. 2011 January ; 124(1): 40-47.
- 2) Politi A, Martinoni A, Klugmann S, et al. LombardIMA: a regional registry for coronary angioplasty in ST-elevation myocardial infarction. J Cardiovasc Med 2010; 12:43-50.
- 3) Mamas MA, Anderson SG, O'Kane PD et al. Impact of left ventricular function in relation to procedural outcomes following percutaneous coronary intervention: insights from the British Cardiovascular Intervention Society. European Heart Journal (2014) 35, 3004-3012.
- 4) Menees DS, Peterson ED, Wang Y et al. Door-to-Balloon Time and Mortality among Patients Undergoing Primary PCI. New Engl J Med 2013;369:901-9.



AREA ARITMIE

Chairperson

Renato Pietro Ricci (Roma)

Co - Chairperson

Achille Giardina (Cagliari)

Comitato di Coordinamento

Donato Melissano (Casarano - LE)

Gabriele Zanotto (Legnago - VR)

Massimo Zecchin (Trieste)

Gianluca Zingarini (Perugia)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-aritmie



AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Michele Portoghese (Sassari)

Co - Chairperson

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

Comitato di Coordinamento

Samuele Baldasseroni (Firenze)

Davide Pacini (Bologna)

Bruno Maria Passaretti (Bergamo)

Gennaro Santoro (Firenze)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardiochirurgia



AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Fausto Rigo (Mestre - VE)

Co - Chairperson

Paolo G. Pino (Roma)

Comitato di Coordinamento

Rodolfo Citro (Salerno)

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Antonella Moreo (Milano)

Danilo Neglia (Pisa)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-cardioimaging



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Serafina Valente (Firenze)

Co - Chairperson

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

Comitato di Coordinamento

Luisa Cacciavillani (Padova)

Giuseppe Ferraiuolo (Roma)

Alberto Menozzi (Parma)

Roberta Rossini (Bergamo)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-emergenza-urgenza



AREA GIOVANI

Chairperson

Marco Marini (Ancona)
Co - Chairperson
 Fabiana Lucà (Marsala - TP)

Comitato di Coordinamento

Giorgio Caretta (Cremona)
 Vincenza Procaccini (Benevento)
 Letizia Riva (Bologna)
 Gabriele Vianello (Chioggia - VE)
www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-giovani



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Iolanda Enea (Caserta)
Co - Chairperson
 Amedeo Bongarzone (Milano)

Comitato di Coordinamento

Francesca Bux (Bari Carbonara - BA)
 Maria Paola Cicini (Roma)
 Matteo Rugolotto (Treviso)
 Marco Vatrano (Catanzaro)
www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-malattie-circolo-cardiopulmonare



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

Giovanni Gregorio
 (Vallo della Lucania - SA)
Co - Chairperson
 Antonia Mannarini (Bari)

Comitato di Coordinamento

Giovanni De Luca (Palermo)
 Sergio Macciò (Vercelli)
 Luciano Moretti (Piceno)
 Carmelo Massimiliano Rao (Reggio Calabria)
www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-management-qualita



AREA NURSING

Chairperson Medico

Mauro Mennuni (Colleferro - Roma)
Co - Chairperson Medico
 Massimo Imazio (Torino)



Chairperson Infermiera

Donatella Radini (Trieste)
Co - Chairperson Infermiera
 Sabrina Egman (Palermo)

Comitato di Coordinamento

Giuseppina Maura Francese (Catania)
 Vjerica Lukic (Roma)
 Fabiola Sanna (Novara)
 Sonia Tosoni (Brescia)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-nursing



AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

Gian Francesco Mureddu (Roma)
Co - Chairperson
 Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice - TP)

Comitato di Coordinamento

Fabio Angeli (Perugia)
 Paolo Fontanive (Pisa)
 Annarita Pilleri (Cagliari)
 Paolo Silvestri (Benevento)
www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson (ad interim)

Nadia Aspromonte (Roma)
Co - Chairperson
 Andrea Mortara (Monza - MB)

Comitato di Coordinamento

Ilaria Battistoni (Ancona)
 Massimo Iacoviello (Bari)
 Alessandro Navazio (Guastalla - RE)
 Daniela Pini (Rozzano - MI)
www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOLOGIA PEDIATRICA



INNOCENZO BIANCA
(Catania)

CARDIOGERIATRIA



GIOVANNI PULIGNANO
(Roma)

CARDIOLOGIA DELLO SPORT



FRANCO GIADA
(Noale - VE)

CARDIONCOLOGIA



LUIGI TARANTINI
(Belluno)

CARDIONEfrologia



GENNARO CICE
(Napoli)

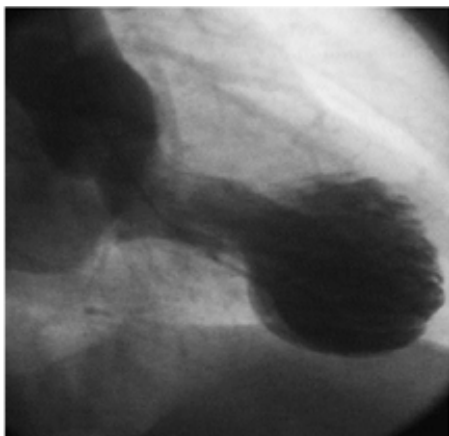


La Sindrome Tako-tsubo: l'esperienza del Tako-tsubo Italian Network (TIN)

La Sindrome Tako-tsubo (TTS), anche nota come cardiomiopatia da stress, è una patologia cardiaca acuta caratterizzata da una severa, ma transitoria e reversibile, disfunzione sistolica del ventricolo sinistro. Da un punto di vista clinico è sovrapponibile ad un infarto miocardico acuto, in assenza però di lesioni critiche delle coronarie e

2006 è stato istituito un registro multicentrico che raccoglie i dati provenienti da diversi istituti italiani, chiamato Tako-tsubo Italian Network (TIN). La TTS rappresenta circa il 2.2% di tutti i pazienti con presunta sindrome coronarica acuta, e colpisce prevalentemente il sesso femminile specialmente in età post-menopausale, pur non mancando casi di giovani donne in età fertile,

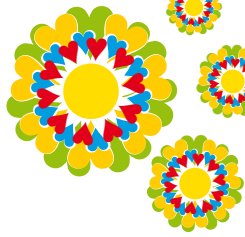
Almeno nell'80% dei casi è possibile individuare un evento stressante (trigger) che precede la comparsa dei sintomi e che può essere di natura emotiva o fisica. Il meccanismo patogenetico della TTS non è stato ancora definito, ma sono stati proposti diversi modelli, tra i quali si ricordano: danno miocardico diretto mediato da catecolamine; "stunning neurogeno"; disfunzione del microcircolo coronarico; transitoria ostruzione dinamica del tratto di efflusso del ventricolo sinistro (LVOTO)¹. Ad oggi però lo stunning miocardico secondario all'iperincretazione catecolaminergica stress-indotta sembrerebbe essere l'ipotesi patogenetica più valida. Un evento stressante, emotivo o fisico, sarebbe infatti responsabile di un'iperattivazione simpatica, e quindi di un forte incremento dei livelli di catecolamine circolanti, che causerebbero il transitorio stunning miocardico attraverso l'azione esercitata sui recettori -adrenergici espressi a livello miocardico, la cui densità è maggiore nei segmenti apicali, spiegando così la tipica morfologia dell'apical ballooning. La presentazione clinica all'esordio è caratterizzata da dolore toracico retrosternale e/o dispnea, modifiche elettrocardiografiche



Ipercinesia dei segmenti basali e tipico "ballooning" apicale del ventricolo sinistro (pannello sinistro). La forma assunta alla ventricolografia in sistole ricorda il vaso giapponese (tsubo) per catturare i polpi (tako) a collo stretto e base anforica (pannello destro)

con un recupero spontaneo della contrattilità miocardica nel giro di giorni o settimane dall'esordio^{1,2}. Essendo la TTS una patologia a bassa incidenza, ed allo scopo di analizzarne le caratteristiche su un'ampia popolazione, nel

persino nel postpartum^{1,2}; nel 9 - 10% dei casi arruolati dal TIN però è interessato anche il sesso maschile. Dal punto di vista cronobiologico la TTS ha la particolarità di avere una variabilità stagionale con un picco di incidenza nei mesi estivi³.



Essendo la TTS una patologia a bassa prevalenza, al fine di analizzarne le caratteristiche cliniche in un'ampia popolazione, nel 2006 è stato istituito un registro multicentrico che raccoglie i dati provenienti da diversi Ospedali italiani, chiamato Tako-tsubo Italian Network

indicative di ischemia miocardica (generalmente è possibile documentare un soprasslivellamento del tratto ST in sede anteriore benché sia anche frequente il reperto di sottoslivellamento ST e/o di T negative) e lieve incremento dei marker di necrosi miocardica¹. Ai fini diagnostici è raccomandata l'esecuzione di un esame coronarografico con l'obiettivo di documentare l'assenza di lesioni coronariche "colpevoli" ed escludere di fatto una sindrome coronarica acuta (SCA) su base ateromasica. Sebbene però nella maggioranza de casi le coronarie risultino integre o prive di lesioni significative, nell'esperienza del TIN, in circa un 10% dei casi, è possibile rilevare la coesistenza di stenosi coronariche critiche. Questo concetto è stato introdotto nella recente proposta del TIN di modifiche dei criteri diagnostici della TTS⁴. Lo studio sistematico della contrattilità miocardica mediante ventricolografia ma soprattutto attraverso l'ecocardiografia rivela come la porzione di miocardio interessata dallo stunning transitorio si estenda ben oltre il territorio di distribuzione di una singola arteria coronaria⁵. L'esame ecocardiografico permette, peraltro, di documentare un pattern di contrattilità

assolutamente caratteristico, con una distribuzione delle aree di asinergia regionale pressoché simmetrica e che viene indicata con "pattern circonferenziale"⁵. È possibile, inoltre, descrivere la localizzazione del "ballooning" ventricolare sinistro e distinguere così differenti fenotipi morfologici: il classico apical ballooning, con coinvolgimento prevalentemente dei segmenti medio-apicali; il mid-ventricular ballooning, con acinesia isolata dei segmenti medi; l'inverted ballooning, con acinesia dei segmenti basali del ventricolo sinistro; il biventricular ballooning, con coinvolgimento di entrambi i ventricoli⁵. Oltre che nell'inquadramento iniziale, l'ecocardiografia si rivela fondamentale anche nella documentazione del successivo recupero della funzione miocardica, necessario per confermare la diagnosi. La TTS è ritenuta una sindrome generalmente benigna, con ripristino completo della funzione del ventricolo sinistro, nella gran parte dei casi entro pochi giorni o settimane dall'esordio (recupero completo entro un mese nel 73% dei casi), ed una mortalità a breve termine di circa il 2%¹. Ciononostante nella fase acuta intraospedaliera possono insorgere complicanze potenzialmente letali. Nell'esperienza

del TIN, in una popolazione di 227 pazienti, sono stati riscontrati nel decorso intraospedaliero: edema polmonare acuto in 45 pazienti (19.6%), shock cardiogeno in 18 (7.8%), morte cardiaca in 4 (1.7%), aritmie ventricolari minacciose in 11 (4.8%), fibrillazione atriale in 15 (6.6%), stroke in 3 (1.3%) e trombosi intracardiaca in 3 (1.3%)⁶. In genere tali complicanze si verificano con maggiore frequenza nei pazienti più anziani (≥ 75 aa), che pertanto presentano una degenza ospedaliera prolungata². Ancora una volta, l'ecocardiografia può essere utile per stratificare la prognosi di questi pazienti ed individuare i soggetti a più alto rischio. Infatti,

Sebbene la prognosi a lungo termine sia favorevole, nella fase acuta in circa il 20% dei pazienti sono possibili complicanze maggiori quali: edema polmonare acuto, shock cardiogeno e morte intraospedaliera. L'ecocardiografia è utile non solo per porre il sospetto diagnostico ma anche per identificare i pazienti a più alto rischio e per monitorare il recupero della funzione cardiaca



l'insufficienza mitralica reversibile di grado moderato-severo, la frazione di eiezione ed il rapporto E/e' alterati correlano in maniera indipendente con una peggiore prognosi intraospedaliera⁶. La prognosi a lungo termine è favorevole e sovrapponibile nei pazienti con e senza complicanze maggiori in fase acuta. È interessante notare che la mortalità a lungo termine appare significativamente più elevata nei pazienti con TTS rispetto a quella attesa nella popolazione generale con

caratteristiche demografiche simili, risultando condizionata soprattutto dalle più frequenti comorbidità presenti nei pazienti con TTS. ♥

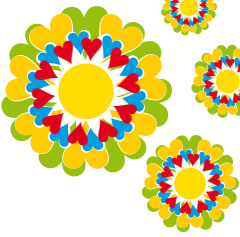
Bibliografia

1. Parodi G, Del Pace S, Carrabba N, Salvadori C, Memisha G, Simonetti I, Antonucci D, Gensini GF. Incidence, clinical findings, and outcome of women with left ventricular apical ballooning syndrome. *Am J Cardiol.* 2007 Jan 15;99(2):182-5.
2. Citro R, Rigo F, Previtali M et al. Differences in clinical features and in-hospital outcomes of older adults with tako-tsubo cardiomyopathy. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:93-8.
3. Citro R, Previtali M, Bovelli D et al.

Chronobiological patterns of onset of Tako-Tsubo cardiomyopathy: a multicenter Italian study. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:180-1.

4. Parodi G, Citro R, Bellandi B, et al. Revised clinical diagnostic criteria for Tako-tsubo syndrome: the Tako-tsubo Italian Network proposal. *Int J Cardiol.* 2014;172:282-3
5. Citro R, Lyon AR, Meimoun P et al. Standard and Advanced Echocardiography in Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy: Clinical and Prognostic Implications. *J Am Soc Echocardiogr* 2015;28:57-74.
6. Citro R, Rigo F, D'Andrea A et al. Echocardiographic correlates of acute heart failure, cardiogenic shock, and in-hospital mortality in tako-tsubo cardiomyopathy. *JACC Cardiovasc Imaging* 2014;7:119-29.

In genere tali complicanze si verificano con maggiore frequenza nei pazienti più anziani (≥ 75 aa), in quelli con frazione di eiezione severamente ridotta e nei pazienti con ostruzione del tratto di efflusso del ventricolo sinistro ed insufficienza mitralica transitoria



Sintesi programmatica degli obiettivi del Comitato di Coordinamento dell'Area Emergenza - Urgenza per il biennio 2015 - 2016

La primavera nell'Area... Emergenza - Urgenza

Ambizione del Comitato di Coordinamento: elaborare un percorso formativo per garantire l'acquisizione di "Competence" del Cardiologo dedicato all'Emergenza - Urgenza e alla Terapia Intensiva

Obiettivi e prospettive

Obiettivo primario del Comitato di Coordinamento dell'Area Emergenza - Urgenza (E-U) è un più attivo coinvolgimento degli iscritti alle iniziative dell'Area. A tale scopo sarà prioritario utilizzare tutti gli strumenti a disposizione, organizzando un sistema comunicativo

in grado di garantire un continuo e vivace confronto intellettuale, professionale, scientifico e umano, con la massima partecipazione degli iscritti. Di fondamentale importanza è pertanto, l'interfaccia comunicativa, rappresentata dalla piattaforma informatica del sito dell'ANMCO, che deve evolvere in

uno strumento di facile utilizzo, anche da chi è meno avvezzo ai sistemi informatici di comunicazione al fine di partecipare attivamente con proposte, aggiornamenti scientifici, critiche costruttive e propositive e fare così cultura medica condivisa. *Secondo obiettivo* sarà quello di potenziare la collaborazione scientifica con le altre Aree ANMCO, elaborare e ottimizzare percorsi diagnostici e terapeutici di interesse comune, come ad esempio lo shock cardiogeno, le sindromi coronariche acute, le patologie acute dell'aorta, ecc. Infine, la più ambiziosa prospettiva del nostro gruppo è di elaborare, ciascuno con la propria expertise e i propri ambiti di interesse, un percorso formativo per garantire l'acquisizione delle "Competence" del Cardiologo dedicato all'Emergenza - Urgenza e alla Terapia Intensiva. In questa direzione sono molti i progetti attualmente in fieri nella realtà italiana, e l'Area Emergenza - Urgenza potrebbe rappresentare una fucina ideale per corroborare e formalizzare tali percorsi formativi.





Associazione
Nazionale
Medici
Cardiologi
Ospedalieri

Area Emergenza-Urgenza
Biennio 2015-2016

UTILIZZO DI UNA PIATTAFORMA INFORMATICA ATTIVA



Proposte

1. Progetto Area case report

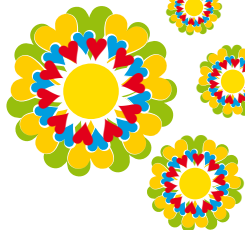
Periodicamente verranno presentati, sul sito web, casi clinici di interesse intensivologico che si prestano alla discussione collegiale e a molteplici snodi decisionali. Dopo aver raccolto le vostre osservazioni seguirà la soluzione del caso con revisione della letteratura e, nei casi più interessanti, uno schema operativo con flow chart di facile consultazione per il Cardiologo di guardia. I primi casi verranno presentati dal Comitato di Coordinamento ma è atteso un vostro coinvolgimento attivo e la proposta

dei vostri casi più interessanti.

2. Progetto Area Forum e paper

La piattaforma informatica accoglierà anche L'Area Forum, dedicata alla discussione di molteplici tematiche, come ad esempio gli aspetti controversi delle Linee Guida e della medicina basata sulle evidenze rispetto alla pratica clinica. Alcuni aspetti che ben si prestano a questo tipo di controversia sono l'uso del contropulsatore aortico nello shock cardiogeno, gli inotropi nell'insufficienza cardiaca avanzata, la ventilazione non invasiva nell'edema polmonare acuto ecc.

Il filo conduttore del nostro biennio sarà la condivisione, con tutti gli iscritti, di temi e progetti per migliorare la formazione e l'aggiornamento del Cardiologo che si occupa di Emergenza - Urgenza e di Terapia Intensiva



In questo articolo presentiamo una sintesi del programma dell'Area Emergenza - Urgenza per il biennio 2015 - 2016. L'ambizioso progetto per realizzarsi prevede la partecipazione attiva e propositiva di tutti gli iscritti alla nostra società

3. Progetto registri

Uno dei nostri progetti prevede la realizzazione di un "Registro Italiano per la diagnosi di NSTEMI" con l'obiettivo di migliorare l'accuratezza diagnostica e la strategia terapeutica di questi pazienti.

4. Progetti Inter-Area

In collaborazione con l'Area Scopenso Cardiaco e con l'Area Giovani iniziare un percorso formativo e la produzione di documenti programmatici sulla gestione dello Shock Cardiogeno nonché proposte per la realizzazione di nuovi modelli di rete inter-ospedaliera.

5. Proposta di un documento di consenso sulla Riorganizzazione Funzionale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica in Italia

L'obiettivo dei Cardiologi intensivisti è di continuare ad occuparsi dei cardiopatici critici e complessi. I

modelli ospedalieri in evoluzione (vedi Ospedali per intensità di cure) e l'organizzazione della rete per lo STEMI hanno modificato profondamente l'organizzazione e la casistica delle vecchie UTIC. Le UTIC spoke, non dotate di laboratorio di emodinamica, gestiscono casistiche di pazienti meno gravi e le sindromi coronariche acute trattate con terapia medica. Le UTIC con laboratorio di emodinamica h 24 (centri Hub) sono per lo più dedicate al monitoraggio post-riperfusion e al trattamento delle complicanze peri-procedurali. Esistono poi delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, ad alta specializzazione intensivologica, dove vengono gestiti cardiopatici critici che necessitano di assistenza meccanica di uno o più organi. Alla nostra Società Scientifica spetta il compito di ridisegnare i modelli di terapia intensiva di cui i nostri malati hanno davvero bisogno. La nostra Area Emergenza - Urgenza dovrà essere attiva e propositiva per non perdere la specificità che ci compete di Cardiologi intensivisti e pertanto accanto a documenti programmatici e strutturali sui nuovi modelli di UTIC dovremo puntare sulla "competence" che è specifica del Cardiologo e che sarà la nostra forza nella discussione con amministratori e decisori pubblici. In conclusione, il filo conduttore del nostro biennio sarà la condivisione, con tutti gli iscritti, di temi e progetti per migliorare la formazione e l'aggiornamento del Cardiologo che si occupa di Emergenza - Urgenza e di Terapia Intensiva. Sono sicura del vostro entusiasmo partecipativo che ci sosterrà in questa avventura insieme! ♥

La piattaforma informatica accoglierà anche l'Area Forum, dedicata alla discussione di molteplici tematiche, come ad esempio gli aspetti controversi delle Linee Guida e della medicina basata sulle evidenze

Il nostro progetto prevede la presentazione in rete di casi clinici di interesse intensivologico a cui seguirà una discussione aperta alla partecipazione di tutti gli iscritti



20 marzo 2015: prima riunione del Comitato di Coordinamento dell'Area Giovani

C'è profumo di un'Ar(e)a Giovane

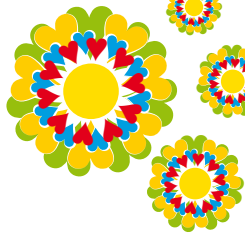
Il giovane Cardiologo come “cuore pulsante”,
protagonista nel presente e nel futuro dell'Associazione

Roma, Eclisse parziale di sole del 20 marzo 2015

Sensazioni, speranze, aspettative e proposte della nascente Area Giovani

Si parte: grazie alla volontà dell'attuale Presidente e di tutto il Consiglio Direttivo inizia una nuova ed entusiasmante avventura. Da quest'anno l'ANMCO si arricchisce di una nuova Area, la più Giovane. Non un'Area tematica ma “anagrafica”, che siamo stati chiamati ad “educare” e far crescere. Tutti noi del Comitato

Partendo dal presupposto che la percentuale di Cardiologi under 40 iscritti alla nostra Associazione non è rappresentativa della realtà demografica nazionale, nasce l'Area Giovani con l'intento di dare una forte motivazione alla partecipazione, interpretando i bisogni e le aspettative che un “nuovo” Cardiologo ha prima e dopo essersi inserito fattivamente nel mondo lavorativo



Il nostro intento sarà non tanto quello di portare i “giovani Cardiologi” in ANMCO, quanto piuttosto quello di portare l’ANMCO tra loro

di Coordinamento ci siamo fatti le più semplici delle domande: “ed ora? Cosa dobbiamo fare? Come ci comportiamo? In cosa consiste quest’Area Giovani?”. Onestamente non abbiamo impiegato molto per darci una risposta. Senza conoscerci più di tanto ci siamo accorti che avevamo le stesse aspettative, le stesse idee, le stesse paure ma soprattutto lo stesso enorme entusiasmo nel cogliere questa bellissima opportunità che ci veniva data. Qualcuno ha affermato: “mi sembra di partire alla ricerca di un nuovo continente” ... ed è questo lo spirito del gruppo, impazienza, trepidazione, curiosità, ansia, vivacità, entusiasmo. Chiunque di noi, membro di questa grandissima Associazione, sa che purtroppo la percentuale di Cardiologi under 40 iscritti all’Associazione è esigua e sicuramente non rappresentativa della realtà demografica nazionale. Perché? Molti se lo chiedono da tempo e forse chi meglio di un gruppo di under 40 può rispondere a questo quesito? Probabilmente le ragioni sono molteplici e questa scarsa appetibilità dell’associazionismo affonda le proprie radici fin dagli inizi del percorso formativo universitario. Inizialmente ogni giovane Cardiologo ha un’incontenibile

voglia di apprendere il più possibile, di prepararsi al mondo del lavoro proiettato anche alla ricerca sperimentale o clinica. Questo spesso però si scontra con la cruda realtà; a volte ci si sente schiacciati, con le ali tarpate, le aspirazioni ed i nobili intenti subiscono il controllo di meccanismi basati su gerarchie e passaggi obbligati. Si lavora senza il dovuto riconoscimento. Inizia un percorso di anni, in cui spesso, poco a poco, gli entusiasmi si spengono. I più intraprendenti, con un po’ di fortuna, riescono a vivere esperienze altamente professionalizzanti, benché temporalmente limitate. Ma ad un certo punto finiscono. Frequentemente ci si sente inadeguati e sfruttati e si inizia a fare i conti con le esigenze concrete. Così la maggioranza dei giovani Cardiologi entra a far parte del mondo del lavoro, quello reale, fatto di guardie di dodici ore, di turni di notte, di reperibilità. Si ha l’impressione che nessuno abbia mai curato la tua formazione, neanche te stesso, ti guardi intorno alla ricerca di aiuto, alcune volte lo trovi, altre

no. Allora via a testa bassa, lavori, leggi, studi, ti fermi in Ospedale oltre l’orario di lavoro per fare ricerca, per portare avanti qualche studio clinico al grido “ma se non lo fai tu che sei giovane chi lo fa!?”. Continui a credere che puoi investire questo trend ma il tempo passa. Ti ritrovi quarantenne, poi quarantacinquenne e qualcuno ancora continua a definirti giovane e per la prima volta inizi ad apprezzare e pensi “almeno ora è un complimento!”. Ma in fondo cosa distingue chi è giovane (non per forza anagraficamente)? Sono le idee, la voglia di fare e conoscere, la sensazione che niente sia impossibile, la “necessità” di confrontarsi e mettersi in gioco senza pregiudizi. Delle associazioni scientifiche tutti i giovani Cardiologi hanno sentito parlare magari però solo partecipando a congressi organizzati sotto il loro patrocinio. L’Associazione rimaneva un’entità lontana, costituita prevalentemente da personaggi autorevoli ed esperti, che non riusciva a far parte della vita dei giovani Cardiologi, almeno non in maniera fattiva, non soddisfacendo i bisogni reali. Alla domanda “ma perché non ti iscrivi all’ANMCO?” la risposta più frequente era: “perché lo dovrei fare?”. Molti tra i più giovani osservavano un’Associazione

Ogni giovane Cardiologo ha un’incontenibile voglia di apprendere il più possibile, di prepararsi al mondo del lavoro proiettato anche alla ricerca sperimentale o clinica



isolata, ingessata e in deficit di iscritti e di idee in un contesto nazionale in cui la Cardiologia sta venendo fagocitata da una organizzazione sanitaria che sembra impazzita. Il problema di uno scarso coinvolgimento dei giovani e di un loro fattivo impegno nell'Associazione è stato in passato evidente e palpabile e pochi giovani significa poco sviluppo. Detto questo però, crediamo che il "supporto" in un'Associazione dei colleghi più esperti e anziani sia determinante e fondamentale: non si può crescere senza essere sostenuti e guidati, senza conoscere l'esperienza precedente che può e deve essere stimolante e non vincolante. I colleghi con esperienza lavorativa, di ricerca, organizzativa sono una risorsa al pari dei giovani. È per questo che noi dobbiamo e vogliamo integrarci nell'Associazione sapendo essere spalla ed ariete allo stesso tempo. Crediamo che tutti i componenti di una grande Associazione, indipendentemente dall'età, debbano recitare i ruoli necessari come nella staffetta in cui non è detto che si vinca solo con gli "uomini veloci" ma anche con coordinazione, automatismi di squadra e spirito di gruppo. Questo pensiamo sia l'unico modo per far crescere l'ANMCO, la Cardiologia e le competenze di tutta la nostra classe medica. Non possiamo pertanto che essere onorati, felici e motivati a partecipare a questo nuovo intrigante progetto. Il nostro

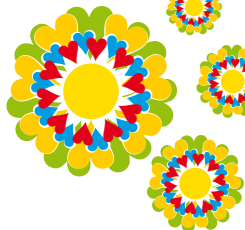
Una nuova Area in ANMCO che possa realizzare il desiderio di conoscenza, formazione e ricerca scientifica dei giovani Cardiologi

intento sarà non tanto quello di portare i "giovani Cardiologi" in ANMCO, quanto piuttosto quello di portare l'ANMCO tra loro. Rendere l'associazionismo entusiasmante, dare una forte motivazione alla partecipazione, rinnovare la nostra Associazione perché sia capace di interpretare i bisogni e le aspettative che un "nuovo" Cardiologo ha prima e dopo essersi inserito fattivamente nel mondo lavorativo. Rendere il giovane Cardiologo la parte più viva, "il cuore pulsante", la fucina di idee e proposte ed allo stesso tempo renderlo visibile e protagonista nel presente e nel futuro dell'Associazione stessa. Siamo certi che questo sia l'unico modo per rendere un'Associazione cardiologica importante come l'ANMCO viva, vivace e capace di "auto mantenersi" al di là dei Presidenti, Consiglieri o Chairperson di turno.

Progetti biennio 2015 - 2016

Basandoci su questi presupposti e considerazioni, la nostra idea progettuale in primis è quella di metterci all'ascolto del territorio. Vorremo pertanto fare questo proponendo una SURVEY tra gli iscritti (under 40) ANMCO su quelle che possono essere le esigenze e le proposte da portare all'attenzione del Consiglio Direttivo facendoci portavoce

di tali esigenze e richieste se ampiamente condivise. Inoltre è nostra intenzione promuovere iniziative "interarea" d'interesse trasversale, facendoci promotori di progetti formativi comuni e partecipando, eventualmente in modo concreto, a progetti già in essere, cercando una collaborazione fattiva e più ampia possibile. Non dimenticando inoltre che la nostra Area è "giovane" sia per gestazione che per età, e paga inevitabilmente un peccato originale di "inesperienza", crediamo utile relazionarci e prendere in considerazione tutte le iniziative locali già esistenti in tema di coinvolgimento "giovanile" per enfatizzarle, sostenerle e promuoverle a livello nazionale, in modo che progetti locali di indiscusso interesse non rimangano confinati in piccole realtà per difficoltà di diffusione. Proprio in relazione a questa nostra intenzione sarà creare una sorta di Community su social network dove poter discutere, confrontarci, esprimere opinioni e promuovere iniziative di interesse culturale. Non per ultimo ci impegneremo nel proporre articoli su argomenti d'interesse pratico del tipo "expert opinion" coinvolgendo colleghi di assoluto valore. ♥



L'Area Malattie del Circolo Polmonare e la implementazione della cultura della trombectomia percutanea

Trombectomia percutanea: alea iacta est o alea iacta esto?

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare appena insediatosi desidera promuovere la conoscenza e la applicazione della metodica interventistica per la terapia della trombo-embolia polmonare

“Alea iacta est” o “alea iacta esto”? “il dado è tratto” o “sia lanciato il dado”? La reale dizione della locuzione latina non è poi così scontata: “Alea iacta est”, “il dado è tratto” è quanto abbiamo imparato a conoscere nei secoli dalla traduzione latina tramandataci da Svetonio, che riprende, nel suo *De Vita Caesarum*, quanto scritto da Plutarco in greco, nelle sue Vite Parallele, allorché fa dire a Cesare “Ἀνεροίφθω κύβος” la cui traduzione corretta sarebbe stata “alea iacta esto” sia lanciato il dado, per errore di trascrizione, nei secoli, la perdita di una “o” avrebbe trasformato “esto” in “est” e dato luogo al motto latino a noi noto. La diatriba sulla locuzione latina, qualunque sia la corretta dizione, ci trasmette l'inesorabilità dell'azione, se infatti “alea iacta est” “il dado è tratto” sottolinea una azione cui si è già dato inizio e da cui non si può tornare indietro, insomma uno dei punti di non

ritorno, “alea iacta esto” “sia lanciato il dado” come imperativo futuro indica una azione cui si deve dare inizio. Cesare nell'attraversare il Rubicone diede consapevolmente inizio alla seconda guerra civile e lo fece per il futuro di Roma. In questo caso all'indomani della prima riunione del Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare desideriamo poter dire “Ἀνεροίφθω κύβος” anche per la trombectomia percutanea. In gioco non c'è sicuramente il futuro di Roma ma sicuramente il modo di assistere gli ammalati con trombo-embolia polmonare. Perché promuovere la cultura e la diffusione di tale metodica interventistica la cui finalità, lo ricordiamo, è quella di ottenere, per via percutanea, la rivascolarizzazione delle arterie polmonari e, quindi, il recupero della funzione del ventricolo destro migliorando la sintomatologia e la sopravvivenza?

Le nuove Linee Guida ESC 2014 sulla embolia polmonare, nel sottolineare l'importanza della stratificazione prognostica del rischio sin dall'ingresso in Ospedale dei pazienti con trombo-embolia polmonare, indicano la presenza della instabilità emodinamica quale fattore discriminante fra l'alto rischio e il non alto rischio e, nel gruppo di pazienti a non alto rischio, aiutano, attraverso la applicazione del PESI index, a identificare un rischio intermedio alto rispetto a uno intermedio basso ai fini di un corretto approccio diagnostico terapeutico. In particolare, nelle forme ad alto rischio rimane la raccomandazione della trombolisi (classe Ib) e il consiglio dell'utilizzo della trombectomia percutanea in caso di controindicazione o inefficacia della trombolisi (classe IIa/c); nelle forme a rischio intermedio alto continua a essere raccomandato il



“*Ἀνεροίφθω κύβος*” la cui traduzione corretta sarebbe stata “*alea iacta esto*” sia lanciato il dado, per errore di trascrizione, la perdita di una “o” avrebbe trasformato “*esto*” in “*est*” e dato luogo al motto latino noto

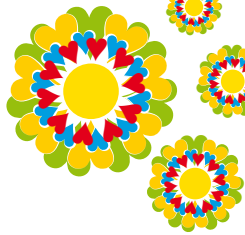
monitoraggio attento del paziente con la possibilità di ricorrere alla trombolisi (IIa/b) o a trombectomia (IIb/b) nel caso di instabilità clinica; in particolare nel caso in cui si preveda una imminente instabilizzazione del quadro clinico e si abbia un alto rischio di sanguinamento alla trombolisi. Quindi rimane chiaro che la trombectomia percutanea, qualunque sia la tecnica utilizzata, frammentazione del trombo con catetere pigtail, trombectomia reolitica, trombectomia per suzione o trombectomia rotazionale, viene vista come una alternativa valida alla trombolisi nel momento in cui questa è controindicata o non ha sortito l'effetto desiderato. Altre possibilità offerte dalla metodica interventistica sono la trombolisi a dosaggio ridotto catetere diretta o la trombolisi a dosaggio ridotto accelerata da ultrasuoni catetere diretta ancora oggi oggetto di promettenti studi clinici. La



“*Cesare attraversa il Rubicone*” in “*Histoire Ancienne jusqu'à César*” (15th secolo), Jean Fouquet

tecnica, come qualsiasi metodica interventistica, non è priva di possibili complicanze che vanno dalla morte alla embolizzazione distale, alla perforazione della arteria polmonare, al tamponamento cardiaco etc. I dati statunitensi sull'utilizzo della metodica (Stein PD Am J Med 2012) indicano che vi si ricorre nello 0.3% dei casi, quelli del Registro italiano IPER (Casazza

F Thromb Res 2012) ne danno un utilizzo nel 3%. La Survey “PETER” proposta da L. Roncon e P. Zoncin in seno all'Area Malattie del Circolo Polmonare e portata avanti in casa ANMCO (risposte 54 centri di emodinamica in Italia 36 al Nord, 6 al Centro, 12 al Sud) ha mostrato che solo 19/54 avevano la possibilità di effettuare trombectomia nella loro struttura (12 al Nord, 4 al Centro, 3 al Sud)



Chiamata alle armi: il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare in occasione della prima riunione svoltasi a Firenze il 5 marzo 2015, all'indomani della Survey PETER, rilancia il Registro PETER per la creazione di una rete per la trombectomia percutanea invitando, quanti fra gli emodinamisti, fossero interessati a rispondere al questionario che sarà rivolto loro dall'Area

e in totale nel corso di un anno erano stati trattati 28 pazienti con una evidente disomogenea distribuzione geografica sia dei centri partecipanti sia dei centri arruolatori attivi. Se i numeri sono così esigui, vale la pena di dire “Ανεροίφθω κύβος”? La risposta è sicuramente sì perché quei pazienti ad alto rischio con controindicazione alla trombolisi si giovano sicuramente della metodica se correttamente utilizzata. Inoltre, probabilmente, la trombectomia può trovare maggiore applicazione nei pazienti a rischio intermedio alto (che anche la nostra esperienza conferma essere sicuramente numerosi), dove la trombolisi quando usata presenta un alto rischio emorragico (PEITHO NEJM aprile 2014) in considerazione dell'età media piuttosto avanzata. Quindi, ancora una volta secondo la tradizione educativa ANMCO in seno al Comitato di Coordinamento appena riunitosi, nel corso di una discussione collegiale, abbiamo cercato di individuare le criticità per la implementazione della

metodica, la strategia da seguire per facilitarne la diffusione al di là dei pochi centri che in Italia la praticano routinariamente, in modo da far decollare la iniziativa “PETER” Pulmonary Embolism Thrombectomy Registry di un registro italiano per la trombectomia percutanea il cui fine educativo è quello di creare una rete con centri hub e spoke. Nella discussione, sono emerse, soprattutto attraverso la esperienza della survey e del registro lombardo per la trombectomia percutanea implementato dal dottor F. Casazza, alcune difficoltà oggettive che possono essere così schematizzate: scarsa conoscenza della metodica soprattutto negli ambienti di medicina d'urgenza pronto soccorso, scarsa diffusione della

metodica, mancanza di percorsi diagnostico terapeutici per i casi complessi di embolia polmonare all'interno degli Ospedali e sul territorio. È emersa la necessità, prima di poter affrontare il registro, di fare ancora un lavoro di sensibilizzazione culturale sul territorio nazionale. A tal fine la prossima iniziativa sarà quella di sottoporre un questionario ai centri che hanno già partecipato alla survey e a centri di emodinamica interessati alla metodica con l'obiettivo di identificare le difficoltà oggettive locali che ne impediscono o limitano l'uso e, contemporaneamente, invitare quanti fossero interessati a esprimere la propria disponibilità come eventuale centro hub o spoke. Detti centri saranno chiamati a farsi promotori, nella propria struttura, di un team dedicato alla risoluzione di casi complessi di TEP. È nato, contestualmente, un gruppo di lavoro costituito dai dottori F. Casazza, M. Vatrano, E. Vinci, L. Roncon che elaborerà il questionario da sottoporre alle emodinamiche interessate in Italia. La chiamata alle armi è dunque per tutti i Cardiologi: *alea iacta est!* ♥

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare rilancia la iniziativa del Registro PETER per la trombectomia percutanea in Italia con un imminente apposito questionario
La chiamata alle armi è per tutti i Cardiologi: *alea iacta est!*



AREA NURSING

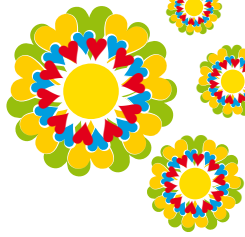
DI SABRINA EGMAN, MASSIMO IMAZIO, VJERICA LUKIC, MAURO MENNUNI,
DONATELLA RADINI, FABIOLA SANNA, SONIA TOSONI



«Da soli possiamo fare così poco, insieme possiamo fare così tanto»
Helen Keller, scrittrice sordo-cieca

Crescere insieme: l'Area Nursing nel 2015 - 2016

Idee e programmi dell'Area Nursing per il biennio 2015 - 2016
nell'ottica della continuità



La Cardiologia ospedaliera italiana è cambiata. La popolazione ricoverata è sempre più anziana, più malata e con comorbidità rilevanti, che comportano un aumento nella complessità assistenziale ed una maggiore necessità di un approccio multidimensionale e multiprofessionale. Contemporaneamente, l'Ospedale deve far fronte ad una ormai cronica e sempre più accentuata carenza di risorse, soprattutto umane. Inoltre, sono imposte nuove sfide logistiche e gestionali, quale l'organizzazione per intensità di cura. Da tali premesse, risulta evidente che i progressi nella pratica professionale e i nuovi sviluppi nelle modalità di assistenza siano possibili solo se i ruoli tradizionali si trasformino e nuove competenze si sviluppino, coinvolgendo trasversalmente le professioni. Infatti, la chiave per fornire un'assistenza di qualità è rappresentata dalla collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale, che richiede la condivisione delle conoscenze e delle competenze per facilitare decisioni congiunte prese sulla base di punti di vista professionali condivisi. In tale ambito, l'istruzione e la formazione sono fondamentali per fornire le condizioni e le competenze necessarie per una collaborazione duratura, consentendo ai professionisti di acquisire la comprensione dei reciproci ruoli. L'obiettivo principale dell'Area in questo



biennio è pertanto quello di “crescere insieme” e di lavorare allo sviluppo del team assistenziale, utilizzando tutte le risorse disponibili sia a livello periferico sia a quello centrale. In quest'ultimo ambito, si rafforzerà la cooperazione con le altre Aree ANMCO, considerando che l'Area Nursing è assolutamente trasversale in quanto ha

È impegno dell'Area Nursing ottenere la presenza di infermieri all'interno dei coordinamenti delle Aree, la creazione di una rete periferica di Referenti Regionali, come pure il riconoscimento degli infermieri come soci quantomeno aggregati

capacità ad ampio spettro, non specifiche di un solo ambito o ambiente organizzativo ma applicabili a compiti e a contesti diversi. A livello periferico, la costruzione di una rete di multiprofessionalità ha l'intento di promuovere una nuova cultura organizzativa, mediante l'empowerment dei Referenti Regionali dell'Area. Ricordiamo che già nel precedente biennio sono state teorizzate e poste in essere alcune fondamenta dell'organizzazione periferica. Nel primo numero del 2013 di “Cardiologia negli Ospedali”, il Comitato di Coordinamento dell'Area enunciava le linee programmatiche. Tra queste, spiccava la creazione di una rete ufficiale di Referenti Regionali di Area e di consulenti infermieri – in prospettiva partecipanti attivi – nell'ambito delle altre Aree ANMCO. Inoltre, si voleva stimolare un rapporto preferenziale con i



Referenti Regionali tenendo una convention annuale nell'ambito del Cardionursing. Nel medio termine, si voleva realizzare una forma di associazionismo infermieristico. Tali obiettivi sono stati in parte raggiunti. In ogni Consiglio Regionale è ora presente almeno un Referente Regionale dell'Area nominato dal Consiglio Direttivo Regionale. Inoltre, nel Cardionursing 2015 è prevista una riunione organizzativa con i Referenti Regionali, indirizzata alla costruzione della rete e oltre il 60% dei referenti sono stati coinvolti nel Congresso come moderatori o relatori. È impegno del presente Comitato di Coordinamento di Area ottenere la presenza di infermieri all'interno dei Coordinamenti delle Aree, la creazione di una rete periferica, come pure il riconoscimento degli infermieri come soci perlomeno aggregati. In particolare, la creazione di una rete periferica dei Referenti Regionali dell'Area Nursing – attualmente almeno 50 tra infermieri e medici – permetterà di ri-formulare i modelli organizzativi per rendere l'organizzazione dell'Area più flessibile, più competitiva, più attenta alle relazioni umane e alla soddisfazione dei partecipanti. Ci aspettiamo che la creazione di tale network possa incrementare il livello di comunicazione e di scambio d'informazioni, utilizzando al meglio le potenzialità insite nella dinamica

degli scambi intersoggettivi con responsabilizzazione, riconoscimento di potenzialità e valorizzazione. Si vuole ottenere la partecipazione attiva dei Referenti Regionali e, tramite loro, dei team assistenziali ospedalieri, garantendo l'accesso alle informazioni, includendoli nei processi decisionali dell'Area, lasciando libera capacità organizzativa locale e sostenendo

L'obiettivo principale dell'Area in questo biennio è quello di "crescere insieme" e di sviluppare il team assistenziale, utilizzando tutte le risorse disponibili sia a livello periferico sia a quello centrale

una partecipazione organizzata e cooperativa. Alcune proposte concrete giacciono sul tavolo del Consiglio Direttivo. Poiché l'obiettivo prioritario dell'Area è la crescita della cultura multiprofessionale, tali progetti saranno totalmente inclusivi, con il coinvolgimento in primo luogo delle altre Aree ANMCO, e anche dei Referenti Regionali e di altre Società Scientifiche.

Progetto "Cultura Organizzativa"

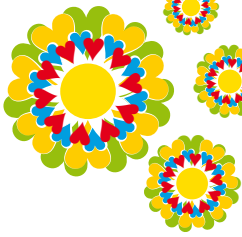
La cultura di un'organizzazione è l'insieme di assunzioni condivise

che un gruppo ha appreso in quanto capaci di risolvere i propri problemi di adattamento esterno e di integrazione interna. Tale cultura influenza le modalità con le quali le persone ed i gruppi interagiscono tra di loro, con i pazienti e con l'esterno. È strettamente correlata con la capacità del team di migliorarsi e di innovare. Vogliamo acquisire informazioni sulla cultura organizzativa delle UTIC/ Cardiologie italiane, mediante la somministrazione di un questionario a tutto il personale. Sarà interessante poter valutare intere strutture cardiologiche, coinvolgendo le varie figure professionali (responsabili di struttura, medici, infermieri, OSS, ecc.) e avere un quadro d'insieme nazionale.

Documento condiviso Infermieri/Cardiologi sul "Ruolo infermieristico nella gestione del paziente Cardiopatico dall'acuto al cronico"

Il paziente cardiopatico è sempre più complesso, sempre più anziano, con molteplici comorbidità e con multiple recidive di ricovero. Tale paziente necessita di una valutazione multidimensionale con percorsi assistenziali sia in terapia intensiva sia in degenza in un'ottica multiprofessionale, integrando i bisogni socio-sanitari in continuità assistenziale, comunità e domiciliarità.

Position Paper su "Pianificazione della



«**Mettersi insieme è un inizio, restare insieme un progresso, lavorare insieme un successo**»
Henry Ford

Dimissione Ospedaliera”

I rischi inerenti la dimissione o il trasferimento dei pazienti e, in particolare, le problematiche indotte dalla scarsa comunicazione durante l'hand-off, sono stati descritti in dettaglio in numerose pubblicazioni. La pianificazione della dimissione è un processo complesso che consiste nel determinare la destinazione post-ospedaliera appropriata per un paziente, nell'identificare i pazienti che necessitano di una transizione graduale e sicura dall'Ospedale e nell'iniziare il processo di soddisfazione dei bisogni di cura/assistenza post-dimissione. Limitarsi a riempire una lettera di dimissione, seppure completa ed esaustiva, non esaurisce il

compito del team assistenziale nei confronti del paziente e del caregiver. L'Area Nursing propone un position paper da stilare di concerto con tutte le altre Aree ANMCO sulle Linee Guida/standard per la pianificazione della dimissione ospedaliera.

Cardiopedia

Progetto di enciclopedia cardiologica online collaborativa e gratuita per tutti gli iscritti ANMCO. Pubblicata sul sito ANMCO, raccoglie informazioni, esperienze, commenti e dibattiti. La sua redazione è affidata ad esperti da un comitato di redazione formato dai rappresentanti delle Aree/Comitato Scientifico/Referenti Regionali, e consente ampie modifiche da parte di tutti i

fruitori mediante pubblico confronto nella sezione chat. L'aspetto è multimediale con possibilità di inserire filmati, suoni, immagini. Raccoglie e pubblica materiali di uso clinico quotidiano, quali protocolli, flow chart, eccetera. Presenta link con i principali siti d'interesse per l'argomento.

I progetti che speriamo possano essere posti in cantiere quanto prima sono ambiziosi e di rilevanza pratica per la Cardiologia ospedaliera. Occorrerà un grande impegno collettivo per portarli a compimento. Come componenti dell'Area siamo entusiasti e motivati a portare a compimento i compiti descritti, con l'aiuto di tutti. ♥



La nuova Area Prevenzione Cardiovascolare 2015 - 2016 è al nastro di partenza

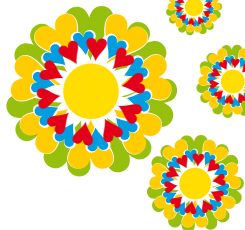
Area Prevenzione Cardiovascolare 2015 - 2016

Il 6 marzo 2015 si è svolta in Sede ANMCO la prima riunione del Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare 2015 - 2016. Ci è sembrata una corretta manifestazione di *glasnost* diffonderne i contenuti a tutti i Soci ANMCO interessati, e in particolare a tutti i membri della nostra Area. Erano presenti il *Chairperson*, Gian Francesco Mureddu (Roma), il *Co - Chairperson*, Maurizio G. Abrignani (Erice), i Componenti del Comitato di Coordinamento per il 2015 - 2016 Fabio Angeli (Perugia), Paolo Fontanive (Pisa), Annarita Pilleri (Cagliari), Paolo Silvestri (Benevento) ed il Consulente Francesco Fattirolli (Firenze). Assente giustificata la Consulente Francesca Cesana. Dopo il benvenuto e i saluti si è passati alle presentazioni degli intervenuti, ognuno dei quali ha spiegato brevemente il proprio background culturale, i principali campi d'interesse e le attività cliniche/assistenziali e culturali in cui è impegnato. L'Area in questo biennio rappresenta in maniera abbastanza omogenea le diverse anime dell'epidemiologia, della prevenzione e della riabilitazione

**La mission dell'Area
Prevenzione
Cardiovascolare è quella
di proporre e realizzare
iniziative scientifiche,
formative, educazionali o
culturali che promuovano
la buona pratica clinica in
prevenzione primaria e
secondaria e di garantire
attenzione e iniziative nei
campi della Cardiologia
di maggior rilevanza in
termini di salute pubblica
e di vasto interesse
epidemiologico**

cardiovascolare, che in Europa sono espresse dalla European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EAPCR). Il *Chairperson*, Gian Francesco Mureddu, ha esposto la *mission* generale dell'Area e i principi del Regolamento della stessa. In sostanza la finalità dell'Area Prevenzione

Cardiovascolare è quella di proporre e realizzare iniziative scientifiche, formative, educazionali o culturali che promuovano la buona pratica clinica in prevenzione primaria e secondaria. Inoltre, come proprio lo Statuto associativo recita, *mission* dell'Area Prevenzione Cardiovascolare è garantire attenzione e iniziative nei campi della Cardiologia di maggior rilevanza in termini di salute pubblica e di vasto interesse epidemiologico. In questo settore sono comprese le iniziative educazionali o divulgative nelle Scuole o in altre Comunità e la collaborazione con la Fondazione "per il Tuo cuore" e con l'Istituto Superiore di Sanità. Una delle peculiarità che ha caratterizzato l'Area Prevenzione Cardiovascolare è la continuità progettuale che si è svolta nell'arco degli ultimi anni. I progetti iniziati da un Comitato di Coordinamento sono stati presi in carico e portati avanti, per quanto possibile, da quello successivo, con una continuità progettuale che è garantita, come in tutte le Aree, dalla presenza del *Co - Chairperson*. Esposti questi principi generali, si è passati a esporre il piano degli



studi in corso o in via di realizzazione. Il primo progetto presentato è lo Studio VASTISSIMO (Valutazione dell'Appropriatezza gestionale della fase preclinica dello Scompenso cardiaco - stadio A e stadio B - nell'ambulatorio medico). Lo studio, condotto in collaborazione con l'Area Scompenso Cardiaco e ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali), che ha valutato l'approccio del Cardiologo agli stadi iniziali dello scompenso cardiaco, si è da poco concluso. I principali risultati sono stati presentati a Venezia il 16 e 17 gennaio 2015 nell'Investigator Meeting finale dello studio, che ha coinvolto 60 Centri di Cardiologia di tutta Italia. Il primo lavoro (descrittivo del disegno dello studio) sarà proposto per la pubblicazione al Journal of Cardiovascular Medicine. Per il 2015 sono previste iniziative locali con formazione a cascata su questo tema, da svolgersi nei centri più meritevoli dal punto di vista del reclutamento. Sulla base dell'interesse suscitato, si è discusso della possibilità di sostenere un registro permanente sulla gestione dello scompenso cardiaco preclinico, almeno nei Centri selezionati che hanno mostrato una particolare attenzione e consapevolezza verso la diagnosi precoce dello scompenso preclinico. Il secondo argomento affrontato è quello del rischio peri - operatorio in pazienti candidati ad intervento di

Area Prevenzione Cardiovascolare 2015 - 2016



chirurgia non cardiaca. È un tema di grande attualità, perché, sebbene siano state pubblicate di recente le nuove Linee Guida europee, vi sono tuttora controversie aperte sia sui farmaci cardioprotettivi sia per la mancanza di dati sull'impatto di fattori di rischio non cardiaci (ad esempio la fragilità, l'anemia, l'obesità o la denutrizione) soprattutto nei pazienti anziani, che rappresentano la realtà epidemiologica e clinica maggiormente rilevante ai nostri giorni. Su quest'argomento l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha già in passato e a lungo lavorato, partecipando alla creazione di un format educativo itinerante, di indiscusso successo. Il progetto

attuale è quello di costruire un nuovo progetto formativo per il lavoro in team di Chirurghi, Anestesiisti e Cardiologi, ma anche tentare di elaborare un registro dedicato in particolare ai pazienti nella fascia d'età a rischio più elevato⁽¹⁾. I dati dello studio Orion, condotto a Cagliari, che conta oltre 8.000 pazienti, serviranno come guida per creare un registro, che vorrebbe essere rappresentativo dell'intera popolazione italiana. Nel corso della riunione sono state discusse e approvate altre iniziative divulgative per l'implementazione delle Linee Guida europee. La collaborazione sul tema "anziani" con la Società Italiana di Cardiologia Geriatrica (SICGe)



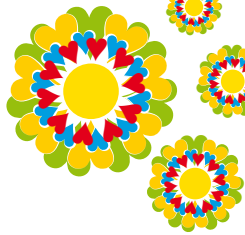
prevede inoltre una sessione congiunta con ANMCO sul tema al prossimo Congresso della SICGe, che sarà curata dall'Area Prevenzione Cardiovascolare. Un terzo punto dell'attività dell'Area è rappresentato dall'impegno nella diffusione della cultura dell'appropriatezza della diagnostica strumentale cardiologica. Nel corso del 2014, il precedente Comitato di Coordinamento ha pubblicato sul *Giornale Italiano di Cardiologia* un *position paper* sulle metodiche diagnostiche a rischio di non appropriatezza in prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria⁽²⁾. Su questo argomento si è discusso e concordato l'utilità di portare avanti iniziative formative collaborando con altre Aree ANMCO. Con l'Area CardioImaging, ad esempio, c'è già l'impegno di produrre materiale editoriale dedicato all'Imaging in prevenzione, facilmente fruibile e disponibile. Il tema acquista rilevanza sanitaria, soprattutto in relazione al costo di prescrizioni diagnostiche eccessive, spesso eseguite a scopo di tutela legale, che pesano sui costi sanitari. L'Area Prevenzione Cardiovascolare è il braccio operativo della Fondazione "per il Tuo cuore" e partner dell'Istituto Superiore di Sanità per quanto attiene alle attività educazionali sulla popolazione; in questo contesto sono state presentate due iniziative. La prima è chiamata Nutriscout ed è effettuata in

collaborazione con l'Associazione Guide e Scout Cattolici Italiani (AGESCI), l'Associazione "Salute e Società Onlus", l'Istituto Superiore di Sanità e la stessa Fondazione "per il Tuo cuore". Lo scopo dell'iniziativa, per ora "pilota" nel Lazio, è quello di fornire ai giovani scout consigli alimentari utili per preparare le loro "cambuse" con cibi sani (acqua e non bibite gasate e zuccherate, frutta e verdura, pasta e fagioli, giornata senza sale). L'obiettivo è di estendere il progetto a tutti gli scout italiani (una popolazione di circa 200.000 giovani). La proposta nutrizionale si deve al Prof. Marcello Marcelli, nutrizionista ospedaliero romano ed è stata condivisa dall'Istituto Superiore di Sanità. Il primo incontro si è tenuto a Roma il 5

marzo 2015 con la partecipazione di diversi capi scout dell'AGESCI, coordinati da Mauro Del Giudice e del Dott. Alessandro Boccanelli (Salute e Società). La seconda iniziativa è il *Cardiorun 2015*, che quest'anno è collegato alla Maratona di Roma. Il 19 marzo, dalle 14.45 alle 17.00, si è tenuto presso l'auditorium del Palazzo dei Congressi dell'EUR a Roma un incontro divulgativo dal titolo "La salute del Cuore". Nel corso dell'evento, presieduto dal Presidente dell'ANMCO, Dott. Michele Massimo Gulizia e dal Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore" Attilio Maseri, sono stati trattati i temi dei corretti stili di vita, in particolare l'esercizio fisico e l'alimentazione. La Dott.ssa Paola Nardone, del Centro Nazionale di Epidemiologia,

Lo studio VASTISSIMO - Investigator meeting finale Venezia, 16 e 17 gennaio 2015





Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) ha presentato a nome del gruppo diretto dalla Dott.ssa Angela Spinelli, gli interessanti risultati del sistema di sorveglianza “OKkio alla SALUTE”, esponendo dati sull’obesità infantile e le abitudini alimentare dei bambini e dei ragazzi in Italia. All’incontro hanno partecipato anche il Dott. Pier Luigi Temporelli (Fondazione “per il Tuo cuore”), il Dott. Massimo Uguccioni (Presidente ANMCO Lazio) e il Prof. Marcello Marcelli (primario di Nutrizione Clinica a Roma). Chi scrive ha presentato, in rappresentanza dell’Area Prevenzione Cardiovascolare, il progetto Nutriscout. La discussione è stata interessante e partecipata. Si è pensato di ripetere un format simile in occasione di Cardiologie Aperte 2016 e a una sua eventuale diffusione nelle scuole. Altri progetti iniziati con il biennio precedente saranno oggetto di particolare attenzione nel corso dei prossimi due anni. Tra questi il progetto educativo “Informazione alla dimissione” rivolto a team medico - infermieristici sul tema della corretta comunicazione col paziente alla dimissione, tenutosi con grande successo nel corso del precedente biennio in Campania, Liguria e Toscana. Infine, grazie all’apporto di Francesca Cesana, è terminata la prima elaborazione dei dati relativi alla Survey “I Cardiologi e il fumo” tenutasi al



Da sinistra: Dott. Gian Francesco Mureddu (Chairperson Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO), Dott. Alessandro Boccanelli (Presidente Associazione Salute e Società Onlus), Erika Grazi (AGESCI), Mauro Del Giudice (AGESCI), Prof. Marcello Marcelli (Primario Nutrizione Clinica, Ospedale San Giovanni - Addolorata, Roma)

Congresso ANMCO 2013. Il lavoro è stato di recente accettato dal *Giornale Italiano di Cardiologia*. La sensazione, che ho condiviso con i membri del Comitato di Coordinamento, è quella di grande motivazione e impegno a

finalizzare i progetti in corso e a realizzarne di nuovi, che come sempre nascono dalle esperienze lavorative e dai campi di interesse professionale personali. Auguri e buon lavoro a tutti! ♥

Il rischio peri - operatorio in pazienti candidati a intervento di chirurgia non cardiaca è un tema di grande attualità
Mancano dati sull’impatto di fattori di rischio non cardiaci (ad esempio la fragilità, l’anemia, l’obesità o la denutrizione) soprattutto nei pazienti anziani, che rappresentano la realtà epidemiologica e clinica maggiormente rilevante ai nostri giorni



Il 19 marzo a Roma, nell'ambito dell'incontro divulgativo "La salute del Cuore" sono stati presentati i dati del sistema di sorveglianza "OKkio alla SALUTE" dell'Istituto Superiore di Sanità, che fotografano lo stato dell'obesità infantile e le abitudini alimentari dei bambini e dei ragazzi in Italia

CardioRun
La salute del Cuore

GIOVEDÌ 19 MARZO 2015
AUDITORIUM
PALAZZO DEI CONGRESSI
Piazza John Fitzgerald Kennedy

14.45-17.00
Moderano: Michele Massimo Gulizia (Presidente ANMCO)
Attilio Maseri (Presidente Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus)

Come stanno i nostri ragazzi: i risultati dell'indagine OKKIO alla salute
Angela Spinelli (Istituto Superiore di Sanità)

Cambiare stile di vita: si fa sempre in tempo
Luigi Palmieri (Istituto Superiore di Sanità)

Attività fisica: perché, chi, quando?
Pier Luigi Temporelli (Fondazione "per il Tuo Cuore" Onlus)

Come cambia il corpo e come farselo piacere
Marcello Marcelli (Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma)

Alimentazione sana: il cuore nel piatto
Massimo Uguccioni (Presidente ANMCO Regione Lazio)

Progetto Nutriscout Gian Francesco Mureddu
(Chairperson Area Prevenzione ANMCO)

Dibattito

Comitato organizzatore:
Alessandro Bocconelli (Presidente Associazione Salute e Società Onlus),
Gian Francesco Mureddu (Chairperson Area Prevenzione ANMCO),
Pier Luigi Temporelli (Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus), Massimo Uguccioni (Presidente ANMCO Lazio).

A cura di: ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri),
Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus,
Associazione Salute e Società Onlus,
Istituto Superiore di Sanità.

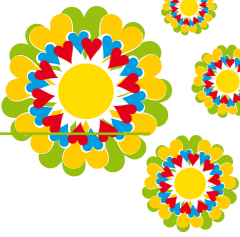
MARATONA DI ROMA

Progetto grafico di: AITEP Studio srl
www.aitepstudio.it - aitepstudio@tecom.it

Per approfondire

1. Mureddu GF, Faggiano P, Fattiroli F. Consulenza cardiologica preoperatoria e rischio cardiovascolare peri-operatorio in pazienti ultrasessantacinquenni candidati a chirurgia non cardiaca: dalla teoria alla pratica. *Monaldi Arch Chest Dis* 2014; 82: 23-28.
2. Cherubini A, Mureddu GF, Temporelli PL, Frisinghelli A, Clavario P, Cesana F, Fattiroli F. Appropriatelyzza delle procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare: di che cosa possiamo fare a meno? *G Ital Cardiol* 2014;15(4):253-263.
3. Frisinghelli A, Cesana F, Clavario P, Mureddu GF, Temporelli PL, Cherubini A, Mocini D, Fioravanti P, Fattiroli F. Cardiologi italiani e fumo di tabacco. Survey su prevalenza e conoscenza del tabagismo e delle strategie antifumo di una coorte di cardiologi italiani. *G Ital Cardiol* 2015, in corso di stampa.





Obiettivo Convention Ambulatori Scompenso: lavoriamo per la Rete

La Rete per coniugare equità, efficienza e corretta allocazione delle risorse



Mappa Ambulatori Scompenso 2010

Curare lo Scompenso Cardiaco: la transizione degli obiettivi

Lo Scompenso Cardiaco (SC) rappresenta nel mondo occidentale una delle principali cause di mortalità e morbilità e la sua prevalenza è in continuo aumento. Lo SC è caratterizzato da fasi di stabilità clinica alternate a episodi di riacutizzazione, che spesso richiedono il ricovero con frequenti riammissioni a breve termine. Nel corso degli anni si è assistito a un cambiamento

nel processo di cura dei pazienti affetti da questa patologia. Si è infatti passati da un modello più tradizionale volto alla semplice cura delle riacutizzazioni a

un modello maggiormente improntato sulla prevenzione di tali eventi. Questo secondo modello si basa principalmente sulla gestione ambulatoriale attraverso l'affiancamento e la guida del paziente in un percorso complesso costellato di snodi difficili.

Il percorso del paziente con Scompenso Cardiaco cronico

Questo lungo iter parte dalla verifica della diagnosi eziologica e si completa con la stratificazione del rischio che richiede un'attenta personalizzazione. Si fonda sull'impostazione e sulla paziente titolazione della terapia

Il riconoscimento della centralità degli ambulatori nella cura dello Scompenso Cardiaco e della necessità di una loro organizzazione in rete ha portato l'Area a proporre in occasione del Congresso Nazionale ANMCO 2015 una Convention degli Ambulatori Scompenso, che si inserisce nel progetto organizzativo dell'Area Scompenso Cardiaco 2015 - 2016



farmacologica evidence-based combinata con l'educazione continua dei malati e dei loro caregiver in particolare sulla conoscenza della patologia. Passa per la rivalutazione periodica della compliance dei pazienti alla terapia farmacologica prescritta e alle corrette abitudini comportamentali. Si snoda attraverso le complicate interazioni con il mondo dell'elettrofisiologia per la corretta indicazione alla terapia elettrica (impianto di ICD, terapia di resincronizzazione cardiaca) e la sua competente gestione. Si districa nel riconoscimento precoce e nel trattamento delle instabilizzazioni, passaggio irrinunciabile per la prevenzione delle ospedalizzazioni. Giunge infine alla tempestiva identificazione dell'evoluzione della malattia verso la fase avanzata, riconoscimento che fa avviare percorsi "speciali" ancor più irti di difficoltà, quali la valutazione per terapia sostitutiva cardiaca (che sia essa il trapianto o l'impianto di apparecchi di assistenza meccanica al circolo), l'attivazione delle cure palliative, o l'arruolamento in studi in cui vengono testate nuove terapie. Alcune terapie, come i sistemi di assistenza meccanica al circolo, hanno costi elevati e richiedono, per esiti ottimali a breve e a lungo termine, una notevole competenza gestionale. Tutte queste componenti del percorso, dalle più semplici alle più sofisticate, sono essenziali

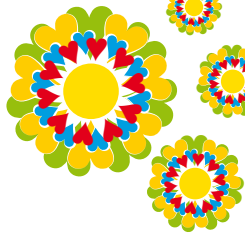
La prevenzione delle riacutizzazioni sta assumendo un'importanza crescente nella cura dello Scompenso Cardiaco (SC) e riconosce nell'ambulatorio dedicato lo strumento assistenziale efficace per l'affiancamento e la guida del paziente in un percorso sanitario complesso. Da qui l'esigenza di una rete dove gli ambulatori, di diversa complessità strutturale, possano offrire diversi livelli di cure interagendo tra loro e generando un costante flusso di informazioni agli operatori e ai pazienti con l'obiettivo di garantire pari opportunità di accesso a tutte le opzioni terapeutiche e, nel contempo, una miglior gestione delle limitate risorse economiche disponibili. Il riconoscimento della centralità degli ambulatori nella cura dello SC ha portato l'Area a proporre in occasione del Congresso Nazionale ANMCO 2015 una Convention degli Ambulatori Scompenso, primo appuntamento del progetto finalizzato alla definizione di una rete regionale e nazionale.

per il buon esito del complesso processo di cura dei pazienti con Scompenso Cardiaco.

Come gestire la complessità del percorso assistenziale nello Scompenso Cardiaco? Gli Ambulatori Scompenso

Emerge da quanto espresso in precedenza che l'organizzazione ambulatoriale della cura dello Scompenso Cardiaco debba fondarsi su *una rete funzionale ed organizzativa*, dove ambulatori che offrono diversi livelli di assistenza (ambulatori di I, II e III livello) possono interagire

tra loro generando un costante flusso di informazioni e di pazienti garantendo pari opportunità di accesso a tutte le opzioni terapeutiche e, nel contempo, una miglior gestione delle limitate risorse economiche ed umane. A tale riguardo i dati più recenti sull'attività degli Ambulatori Scompenso a livello nazionale risalgono ad una specifica survey condotta da Gianfranco Alunni e dal Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco nel 2005, cui avevano risposto 593 delle 861 strutture cardiologiche



italiane censite all'epoca. Dichiaravano la presenza di attività dedicata allo SC 324 centri (55% dei rispondenti): 61% delle Cardiologie del Nord rispetto al 52% del Centro ed al 48% del Sud. L'attività era istituzionalmente riconosciuta in circa metà delle strutture, con personale dedicato nel 65%, mentre meno di un terzo aveva una degenza dedicata o uno specifico incarico professionale. La frequenza di attività dedicata allo SC nelle Cardiologie di I livello era del 48% rispetto al 74% delle Cardiologie di livello superiore.

Guardare oltre: il progetto dell'Area Scompensato Cardiaco 2015 - 2016

A distanza di 10 anni è quindi opportuno rivalutare la distribuzione territoriale e la tipologia di attività ambulatoriale dedicata ai pazienti con SC. Le innovazioni assistenziali che ci prepariamo ad affrontare, dall'assistenza per intensità di cure alle nuove aggregazioni territoriali della medicina generale, alla creazione di unità di cura di comunità dove coesistono cure primarie e cure specialistiche avranno un forte impatto sulla gestione dei pazienti con patologie croniche, fra cui lo SC. Se saremo in grado di adattare con flessibilità le professionalità del Cardiologo alla nuova organizzazione e alle esigenze del paziente di fronte al ventaglio di opportunità terapeutiche, l'Ambulatorio Scompensato a

Le innovazioni assistenziali che ci prepariamo ad affrontare avranno un forte impatto sulla gestione dei pazienti con patologie croniche fra cui lo Scompensato Cardiaco, ma possono essere l'occasione per far diventare l'Ambulatorio Scompensato ancora di più il perno dell'assistenza

L'ambulatorio ha un ruolo centrale nell'accompagnare i pazienti con scompensato cardiaco nel loro complesso percorso di cura, di cui tutte le componenti, dalle più semplici alle più sofisticate, sono essenziali per il buon esito. Ecco il perché di una rete per la gestione ambulatoriale dello scompensato cardiaco e di una Convention degli Ambulatori Scompensato

gestione ma anche consulenza specialistica diventerà ancora di più il perno di un'assistenza in grado di coniugare *equità, efficienza e corretta allocazione delle risorse*. Il riconoscimento della centralità degli ambulatori nella cura dello SC e della necessità (diremmo quasi ineluttabilità) di una loro organizzazione in rete ha portato l'Area a proporre in occasione del Congresso Nazionale ANMCO del 2015 una **Convention degli Ambulatori Scompensato, che si inserisce nel progetto dell'Area denominato "Documento organizzativo degli Ambulatori Scompensato e definizione della Rete"**. Il documento organizzativo **Ambulatori Scompensato** è un "work in progress" che raccoglierà il contributo degli attori interessati durante il Congresso. I 100 partecipanti invitati attraverso la rete dei Consigli Direttivi

Regionali siederanno a tavoli di confronto per modellare la bozza che verrà inviata per la discussione. Nel corso della Convention ci si propone di giungere a criteri condivisi su:

- i requisiti che gli Ambulatori dedicati allo SC dei diversi livelli devono soddisfare;
- la tipologia dei pazienti che devono afferire ai diversi livelli;
- le modalità di raccordo tra le diverse componenti della rete.

L'auspicio del Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensato Cardiaco è che tale iniziativa possa essere raccolta con entusiasmo da tutti gli iscritti all'Area e che possa tradursi in un documento utile per la riorganizzazione e il miglioramento delle strutture ambulatoriali per lo Scompensato Cardiaco. ♥



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri



ANMCO DOMANDA DI ISCRIZIONE

per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

La Domanda di Iscrizione (scaricabile alla pagina www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/isciversi-all-anmco del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale **insieme al Curriculum Vitae in formato Europeo** al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO - Via Alfonso La Marmorata, 36 50121 Firenze - e anticipata per fax al numero 055/5101350 o per e-mail all'indirizzo soci@anmco.it. Lo Statuto dell'ANMCO è consultabile alla pagina www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/cos-e-l-anmco del Sito WEB ANMCO e i relativi Regolamenti alla pagina www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/chi-siamo/regolamenti-e-procedure.

DATI ANAGRAFICI

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

DATI PROFESSIONALI

Ospedale/Reparto
Indirizzo
Città Prov. [][] CAP [][][][][][]
Tel./Fax E - mail Reparto:
Specializzato in Cardiologia: Sì No Altre Specializzazioni
Appartenente ad **altra Società Scientifica Cardiologica** Sì No

Se Sì indicare quale.....

Struttura Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata*
 Altro *indicare se accreditata da SSN SI NO

Tipologia

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiocirurgia |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Altro |

Anno di assunzione nella struttura indicata [][][][]

Nome del Primario o facente funzione

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Specificare da quando viene svolto il ruolo indicato [][] / [][][][][]
mese anno

Qualifica

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Direttore di dipartimento | <input type="checkbox"/> Direttore Generale | <input type="checkbox"/> Direttore Sanitario |
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore | <input type="checkbox"/> Borsista | <input type="checkbox"/> Specializzando |
| <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> Libero professionista | <input type="checkbox"/> Altro |

In quiescenza

Non di ruolo



www.anmco.it

**Convenzione Assicurativa Esclusiva
riservata agli iscritti ANMCO**



www.assita.com

**CARDIOLOGI
Dipendenti Ospedalieri**

comprese

Intramenia Allargata e Responsabilità Primariale

1) **Consulenza Legale telefonica /e-mail**
Linee Verdi 800 237220 - ufficiolegale@assita.com

Gratuita

Polizza Tutela Legale indispensabile in caso di Avviso di Garanzia

2) **Garanzie**

- procedimenti Penali Colposi / Dolosi
- chiamata in causa Compagnia R.C. Professionale
- resistenza sanzioni amministrative

**Durata
contratto
1 anno**

MASSIMALE € 31.000,00
per sinistro
senza limite annuo

Premio Annuo Lordo
€ 110,00 ★

Polizza Colpa Grave per Azioni di Rivalsa esperite:

- dall'Azienda di appartenenza
- dall'Impresa di Assicurazione che garantisce la Struttura
- Massimale **NON** aggregato per struttura e/o regione

3) ★

GARANZIE: RETROATTIVITÀ e POSTUMA ILLIMITATE • TUTELA LEGALE Civile e Penale Illimitata		
PREMIO ANNUO LORDO	MASSIMALE	PREMIO ANNUO LORDO
Durata contratto 5 ANNI	€ 5.000.000,00 con limite di € 2.500.000,00 per sinistro	Durata contratto 1 ANNO
Premio e Condizioni invariati per 5 anni		€ 576,00 € 800,00
	€ 5.000.000,00 per sinistro e per anno assicurativo	Art. 2 Durata e proroga della Assicurazione

★) **Sconto complessivo di € 26,00**
valido per contemporanea stipula di entrambe le Polizze
Tutela Legale e Colpa Grave (durata 5 anni)

PARTNER ASSICURATIVO Esclusivista della Convenzione

4) **Assita S.p.A.**
RUI A000012675

Sede e Direzione:
MILANO - Via E. Toti, 4

Ufficio:
ROMA - Via Paolo Emilio, 7

Per assicurarsi



Numero Verde
800-237220

e-mail: medicaldivision@assita.com



In 596 alla Bavisela Family di Trieste

Cardiorun

La Salute del Cuore 2015

Il Centro Cardiovascolare ha raggiunto l'obiettivo di Cittadinanza Attiva, che sarà riconosciuto con la consegna della coppa per il gruppo più numeroso.

Cardiorun
La salute del Cuore
DOMENICA 3 MAGGIO 2015
TRIESTE

GREEN EUROPE MARATHON - SI PARTE DA LIPIZZA IN SLOVENIA
Domenica 3 maggio 2015
Nuovo appuntamento irrisolto e con un percorso più impegnativo: 42 Km (corsa di livello internazionale) partirà da Lipizza nella vicina Slovenia, per arrivare in Piazza Unità d'Italia.

GREEN EUROPE HALF MARATHON - SI PARTE DAL CASTELLO DI DUINO
Domenica 3 maggio 2015
La tranquilla camminata di 7 Km partirà dalla splendida cornice del Castello di Duino, per continuare verso Sottana e proseguire lungo tutta la strada Costiera, verso Piazza Unità d'Italia.

BAVISELA WIND FAMILY 2015
Domenica 3 maggio 2015
La tranquilla camminata di 7 Km partirà dalla splendida cornice del Castello di Miramare per finire in Piazza Unità d'Italia.

Eventi collaterali
Dal 28 aprile al 3 maggio 2015
Il Gruppo Bavisela organizza uno stand in cui il personale sanitario sarà disponibile per fornire informazioni, consigli e materiale informativo.

Per informazioni ed iscrizioni
• Contattare il Comitato Organizzatore cellulare 3296344144, fax 0403992935
• email: covid@bavisela.org, il sito: www.bavisela.org
• iscrizioni a prezzo agevolato di 10,00 Euro per il Gruppo Cardiorun del territorio, informati e operatori saranno due di diritto al pacco gara, ticket, posturale ed ai servizi della manifestazione.
• Per altre informazioni ed appuntamenti consultare il sito www.bavisela.it

Comitato organizzatore:
Dott. Andrea Di Leonardo, Trieste
Dott.ssa Donatella Radici, Trieste
Dott.ssa Giulia Russo, Trieste
Dott. Pier Luigi Temporini, Trieste

EUROPE MARATHON TRIESTE

per il tuo cuore

GRUPPO ITALIANO DI CARATTERI SOCIALI E PREVENTIVI

Centro Cardiovascolare Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 7 Umbria

Alla manifestazione hanno partecipato cardiologi ed infermieri di Trieste e del Friuli Venezia Giulia.

Eventi collaterali:
Dal 28 aprile al 3 maggio 2015

stand in cui il personale sanitario sarà disponibile



L'attuale trend demografico ed epidemiologico impone
una evoluzione dell'approccio clinico tradizionale

L'Anziano cardiopatico: è tempo di nuovi paradigmi di cura

«It's been a long time comin'. It's going to be a long time gone.»

David Crosby

L' **invecchiamento** demografico costituisce ormai un problema di salute pubblica in tutto il mondo. In Italia gli ultrasessantacinquenni sono già oltre il 20% e supereranno il 30% entro i prossimi due decenni. Il segmento dei grandi anziani crescerà in modo ancor più marcato, con gli ultraottantenni destinati a raddoppiare. Con l'avanzare dell'età, le malattie cardiovascolari si fanno più frequenti e

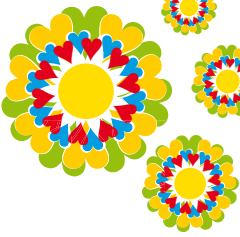
Assistiamo a una evoluzione della domanda di salute: l'aumento di cronici e disabili e l'insufficienza dell'assistenza "familiare" si confrontano con l'esigenza stringente di contenimento della spesa

Determinanti della complessità del paziente anziano

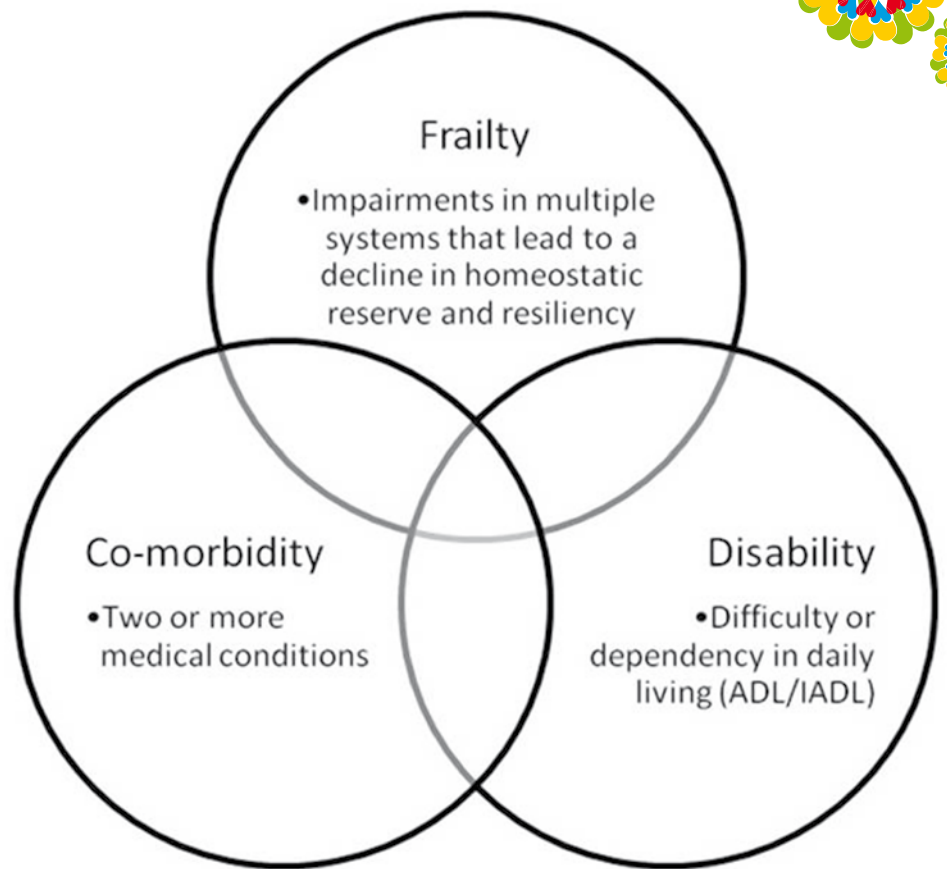
1. Invecchiamento e progressiva riduzione delle funzioni d'organo e di apparato
2. Conseguenze della malattia sui diversi organi e apparati
3. Coesistenza di più condizioni morbose
4. Caratteristiche peculiari del paziente e sua storia clinica
5. Possibile comparsa di complicanze
6. Trattamenti, loro effetti specifici diretti e indiretti ed effetti collaterali

rappresentano la principale causa di morbilità e mortalità. Assistiamo a una evoluzione della domanda di salute: l'aumento di cronici e disabili e l'insufficienza dell'assistenza "familiare" si confrontano con l'esigenza di contenimento della spesa. Il Cardiologo ospedaliero è ormai quotidianamente chiamato a confrontarsi con pazienti molto anziani, nei quali multimorbosità, disabilità e fragilità rendono il processo decisionale più difficile, accrescendo il rischio di errori diagnostici e terapeutici e di uso inappropriato delle risorse. Quali sono le conseguenze

sull'organizzazione della Cardiologia? Quasi venti anni orsono, ormai, W.W. Parmley⁽¹⁾, alla domanda: "Do we practice Geriatric Cardiology?" rispondeva: "sì e no, sì perché ormai noi Cardiologi curiamo una popolazione di età geriatrica, e no perché non siamo ancora preparati a gestire in modo appropriato l'anziano fragile". Lo stesso quindi concludeva: "noi dobbiamo apprendere dai geriatri quegli elementi dell'assistenza all'anziano che ci potranno qualificare pienamente a praticare la Cardiologia geriatrica." Gli anziani, rappresentando una



popolazione con un elevato profilo di rischio, necessitano di un trattamento appropriato e, se necessario, anche tecnologicamente avanzato. Trattamento che spesso, nella pratica clinica e nei registri, si è dimostrato addirittura più efficace rispetto ai più giovani, in termini di riduzione assoluta di rischio. Nonostante ciò, i trial continuano ad arruolare sessantenni maschi e di conseguenza non esistono Linee Guida specifiche e le indicazioni disponibili si limitano a sintetici paragrafi di quelle generali o a consenso di esperti. Dopo decenni di “desistenza” da parte degli Editor delle riviste cardiologiche, il numero di lavori pubblicati in cui si tratta di fragilità e disabilità nel cardiopatico sono ormai in crescita esponenziale. La cura di questi pazienti richiede nuovi paradigmi, basati su un approccio specifico e molti Cardiologi iniziano a familiarizzarsi quotidianamente con termini come ADL, Mini Mental, gait speed, Mini Cog, Clock drawing test. Non si tratta di applicare all'anziano solo le conoscenze specialistiche e le tecnologie biomediche più



avanzate, basti pensare ai nuovi farmaci anticoagulanti e alle nuove tecniche chirurgiche e interventistiche, ma occorre offrire una medicina specificamente elaborata per un soggetto che non esaurisce in ambito ospedaliero il suo ciclo terapeutico e per il quale la cronicità rappresenta la realtà quotidiana. Da un punto di vista pratico, non si tratta ovviamente né di affidare tutti i cardiopatici anziani ai soli geriatri né di diventare noi stessi geriatri, ma di acquisire nella

pratica cardiologica strumenti e modalità gestionali adatti a curare in modo appropriato questi pazienti. La caratteristica peculiare del cardiopatico anziano è sintetizzata in due termini: eterogeneità fenotipica e complessità (Figura 1). In queste due dimensioni convergono gli effetti dell'invecchiamento cardiovascolare, delle cardiopatie, delle comorbidity, della disabilità e fragilità, dello stile di vita e di fattori socio - ambientali e spiegano le profonde differenze biologiche esistenti fra individui

Valutazione multidimensionale delle sindromi geriatriche

- a. Impiegare strumenti standardizzati (velocità di marcia, test "alzati e cammina", *Mini Mental State Examination* o MiniCog)
- b. Valutare la dipendenza nelle attività quotidiane (scala ADL)
- c. Valutare ansia e depressione (*Geriatric Depression Scale* o GDS)
- d. Valutare il supporto domiciliare e lo stress del *caregiver*



anagraficamente coetanei. Negli ultimi anni la *fragilità*, in particolare, è divenuta un tema emergente in Cardiologia. Si tratta di un'entità multidimensionale ancora non perfettamente delineata che rappresenta la perdita di riserva funzionale in diversi organi e sistemi. Il soggetto fragile, in sintesi, è vulnerabile, presenta una ridotta risposta agli agenti stressogeni e ha quindi un più alto rischio di prognosi avversa e di sviluppo di disabilità. A differenza del passato, oggi si tende a differenziare la fragilità dalla disabilità e dalla comorbidità, considerandola come uno stato funzionale che precede la disabilità stessa, e che quindi talora si sovrappone ma non coincide con essa (Figura 2). La disabilità rappresenta invece la non autosufficienza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, con conseguente necessità di assistenza. L'implicazione pratica è che i nostri sforzi devono tendere non solo ad identificare i pazienti fragili, ma soprattutto quelli *pre-fragili*, in cui è auspicabile che un intervento mirato possa prevenire o rallentare il declino funzionale. Fragilità e disabilità condizionano l'approccio cardiologico, in modo particolare quando si tratta di scegliere le modalità di follow - up ⁽²⁾ o porre indicazione a procedure a elevato costo e contenuto tecnologico per le quali il profilo di costo/efficacia è più sfumato. Ciò che è importante è che finalmente si è compreso che

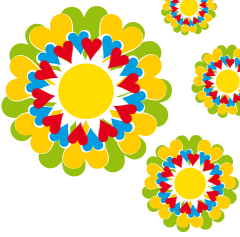
Nuovo paradigma di cura per il cardiopatico anziano.

- a. Riconoscere eterogeneità e complessità del paziente anziano
- b. Enfatizzare la centralità del paziente e la valutazione globale
- c. Riconoscere le difficoltà diagnostiche
- d. Identificare le sindromi geriatriche e le comorbidità
- e. Sviluppare strumenti specifici di valutazione della prognosi
- f. Personalizzare e ottimizzare il trattamento farmacologico e non
- g. Enfatizzare l'importanza dei percorsi clinico assistenziali e dell'educazione

se le variabili tipiche dell'anziano (Figura 3) non vengono sistematicamente ricercate, i rischi di formulare una diagnosi incompleta, non somministrare trattamenti appropriati, non scegliere giuste modalità di follow - up, indurre reazioni avverse sono elevati, cadendo di volta in volta o nel nichilismo terapeutico o, all'opposto, nella futilità. Una facile obiezione, già sollevata più volte in passato, è che un siffatto approccio è sicuramente dispendioso in termini di tempo rispetto al classico ma spesso fallace "colpo d'occhio", considerando gli organici ed i carichi di lavoro attuali. Tuttavia, la necessità di selezionare in modo appropriato – con relativi risvolti medico - legali e di economia sanitaria – coorti di ottuagenari

per terapie complesse come quelle per lo scompenso cardiaco e la fibrillazione atriale, interventi cardiocirurgici, procedure interventistiche o impianto di dispositivi ha convinto ormai anche i più scettici. Altri aspetti meritevoli di maggiore attenzione sono l'assistenza domiciliare e la telemedicina, la riabilitazione e le cure palliative ⁽³⁾. In tale ottica, la messa a punto di strumenti efficaci e snelli di assessment, i database dedicati e la collaborazione fra tutti gli stakeholder sono condizioni indispensabili per ottenere risultati positivi. Compito della neonata *Task Force di Cardiogeriatrics* dell'ANMCO è pertanto quello di dare supporto trasversale di idee e competenza agli organismi/Aree/Task Force per le progettualità che

L'anziano cardiopatico possiede peculiarità che condizionano l'approccio assistenziale sia dal punto di vista clinico che gestionale - organizzativo
Il miglioramento della qualità di cura in questi pazienti richiede appropriatezza dei processi diagnostico - terapeutici e presa in carico del paziente in un percorso di cura organizzato e personalizzato



coinvolgono specificamente le competenze cardiogeriatriche, in particolare per la formazione mirata dei Cardiologi e l'attuazione di studi e registri dedicati. **Altro compito della Task Force sarà quello di collaborare con le altre Associazioni Scientifiche che si occupano**

di cardiopatie dell'anziano. In tale ambito dovrebbero essere identificate aree di comune interesse per la stesura di documenti di consenso o position paper. Al lavoro! La strada è ancora lunga. ♥

Bibliografia

- 1) Parmley WW. Do we practice geriatric cardiology? J Am Coll Cardiol. 1997; 29: 217-8.
- 2) Pulignano G, Del Sindaco D, Di Lenarda A, et al. Usefulness of frailty profile for targeting older heart failure patients in disease management programs: a cost-effectiveness, pilot study. J Cardiovasc Med 2010; 11: 739-47.
- 3) Pulignano G, Del Sindaco D, Di Lenarda A, Sinagra G. The evolving care of the elderly with heart failure: from the 'high-tech' to the 'high-touch' approach. J Cardiovasc Med. 2006; 7: 841-6.

Non dobbiamo affidare tutti i cardiopatici anziani ai soli geriatri o diventare noi stessi geriatri, ma acquisire nella pratica cardiologica strumenti e modalità gestionali adatti a curare in modo appropriato questi pazienti

Il miglioramento della qualità di cura dell'anziano cardiopatico richiede appropriatezza dei processi di diagnosi e cura, e presa in carico del paziente stesso in un modello gestionale organizzato e personalizzato

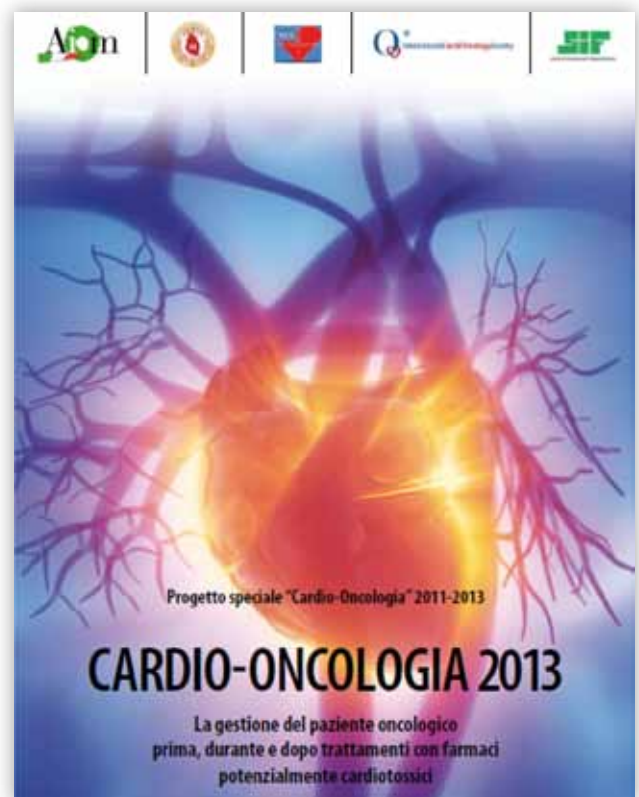


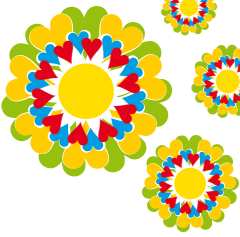
La Rete Cardioncologica ANMCO: Ready to Start!

In Italia circa il 70% delle cause di morte nella popolazione adulta è rappresentato dalle Malattie Cardiovascolari e dai Tumori (Figura 1). La relazione tra malattie cardiovascolari e tumori non è casuale, vi è spesso un comune “background” di fattori di rischio (fumo di sigaretta, abuso alcolico, sedentarietà, dieta ricca di proteine e grassi, sovrappeso - obesità, diabete mellito) e l’associazione è ulteriormente arricchita dai possibili effetti, anche a lungo termine, della terapia oncologica. Molti pazienti con neoplasia, di fatto, sono diventati un gruppo di soggetti “ad alto rischio cardiovascolare” e la Cardioncologia è ormai un settore della Cardiologia clinica in rapida espansione. Ne sono testimonianza ineludibile la produzione di documenti ufficiali delle Società Scientifiche Europee, l’avviamento di un Registro Europeo sulla Cardiotossicità avviato dalla Società Europea di Cardiologia, la volontà da parte della Associazione Italiana di Oncologia di proseguire permanentemente il progetto speciale “Cardio-Oncologia”, la crescita diffusa di aggregazioni spontanee regionali o di società

di settore, la realizzazione di percorsi “ad hoc” per i pazienti oncologici in molte Cardiologie ospedaliere nazionali. La neonata Task Force di Cardioncologia si pone l’obiettivo di rendere l’ANMCO protagonista nel governo di tale settore che ormai ha travalicato gli aspetti puramente scientifici e culturali ed impatta sempre più consistentemente con gli aspetti organizzativi e l’attività delle Cardiologie nazionali. Dal 2011 la nostra Associazione ha avviato un dialogo collaborativo con la maggior società oncologica italiana, l’Associazione di Oncologia Medica (AIOM), finalizzata alla gestione condivisa del rischio cardiaco nel paziente oncologico. Negli anni precedenti sono stati realizzati incontri macroregionali e la prima di una serie di dispense monografiche “Cardioncologia 2013” (Figura

2), liberamente disponibile sul sito web della nostra associazione e su quella dell’AIOM (<http://www.aiom.it/area+pubblica/area+medica/prodotti+scientifici/position+paper/Progetto+speciale+Cardio-Oncologia+2011-2013/1%2C3175%2C1%2C>). È ora in preparazione il secondo volume che vedrà la luce nel prossimo autunno. Il prossimo





impegno è quello di fornire una risposta ai problemi rilevati da Maria Laura Canale e Gianfranco Casolo nella Survey condotta nelle Cardiologie Toscane ⁽¹⁾ e che ben si estende alla realtà nazionale: vi è un forte bisogno di comunicare e condividere tra centri allo scopo di confrontarsi con colleghi, condividere le esperienze, stabilire i percorsi di monitoraggio e cura. Un'altra esperienza stimolante e molto promettente è quella avviata in Piemonte dove i Cardiologi interessati alla Cardioncologia sono di fatto inseriti nella rete oncologica regionale (<http://www.reteoncologica.it/>). In Sicilia, Puglia, Emilia Romagna ed altre regioni sono nati gruppi di studio ANMCO sulla Cardioncologia. È

giunto il tempo di riunire insieme queste iniziative e a tale scopo sta per essere aperta una sezione "Ad Hoc" sul sito Web della nostra Associazione (<http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/task-force-cardioncologia>) che può diventare un valido strumento per:

- creare una "Rete" di Cardiologi con competenze specifiche volte al miglioramento continuo della propria competenza nella sorveglianza, diagnosi, gestione e cura del danno cardiaco nei pazienti oncologici;
- raccogliere documenti organizzativi delle realtà regionali più avanzate e offrire spunti per organizzare modelli/percorsi di cura interdisciplinari;

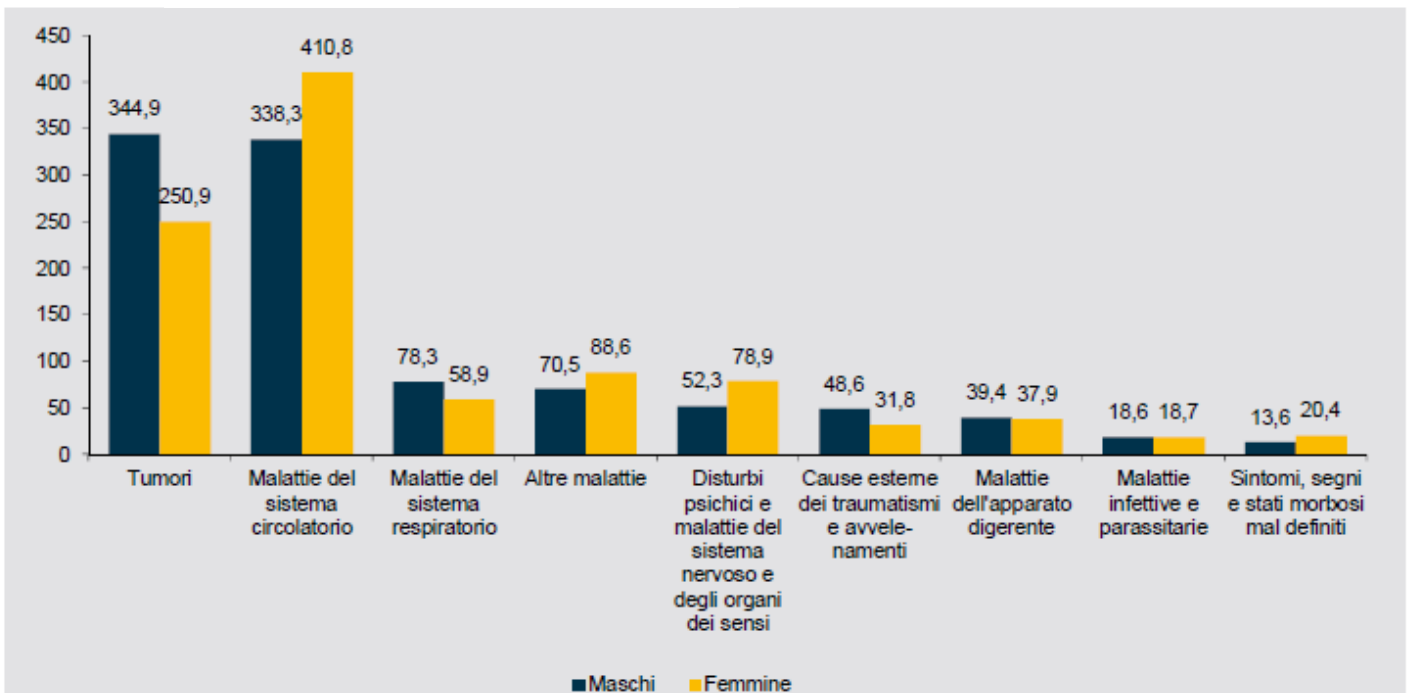
- arricchire la conoscenza mediante raccolta di casi clinici, letteratura, atti congressuali, news;

- aprire Forum di discussione. Parallelamente verranno prodotti e resi disponibili alcuni Documenti di Consenso e/o Position Paper sui principali snodi critici clinici ed organizzativi di questo nuovo grande campo di interesse cardiologico. Invitiamo gli interessati a collaborare a registrarsi nei prossimi mesi sulla pagina del sito ANMCO dedicata alla Cardio-Oncologia. ♥

Bibliografia

1) Canale ML, Camerini A, Magnacca M, Casolo G; Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) Tuscany. A cardio-oncology experience in Italy: results of a Tuscany regional-based survey. J Cardiovasc Med 2014; 15: 135-40.

Figura 1 Mortalità per gruppi di cause e sesso
Anno 2011, rapporti per 100.000 abitanti



Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte (R)

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

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

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

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

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

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

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/laio



Massimo Uguccioni

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

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

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



Il Sistema Sanitario Nazionale è un'eccezione da salvaguardare e potenziare

L'arcobaleno nella Sanità

**Contrastare il degrado e porre le condizioni per rendere più solido, più forte il SSN
Indispensabile un patto tra i professionisti della sanità, i medici, che devono riavere
un ruolo primario ed essere uniti**

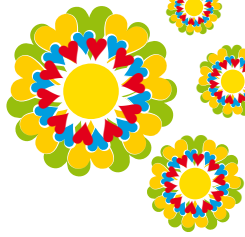
Servizio Sanitario Nazionale
SSN eccellenza da salvaguardare e potenziare. Un Sistema Nazionale che garantisca ogni cittadino a prescindere da reddito, cultura, provenienza per qualsiasi patologia. Un sistema che valorizzi sempre il dettato della costituzione che garantisce la tutela della salute di ogni cittadino (art. 32): "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun

caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana." Un principio di civiltà.

Prologo - La cronaca

Episodi drammatici in sanità sono correntemente elemento di cronaca e di discussione. Non sempre la drammatica cronaca sanitaria, la morte di una persona, ancor più se lattante, bambino, ragazzo sono da riportare a quella che con molta enfasi è chiamata "malasanità". L'episodio accaduto a Catania è emblematico di un problema che non è squisitamente sanitario ma d'organizzazione del sistema. Se le strutture d'urgenza sono piene, i respiratori sono impegnati, non si può garantire

un posto e un respiratore a chi ne ha necessità. Sgombriamo il campo dalla facile accusa, si vuole giustificare il sistema, facendone parte. Assolutamente no. La neonata di Catania avrebbe dovuto comunque avere a disposizione un posto letto e un respiratore o un'ambulanza attrezzata per l'emergenza neonatale grave. Un intervento transitorio in ospedale pediatrico doveva essere garantito nell'attesa di liberare un posto, decidere di far giungere in elicottero un respiratore o inviare la neonata in eliambulanza o con ambulanza attrezzata per l'emergenza del caso. Non è accettabile che chi



s'appresta a cercare l'arcobaleno, chi s'appresta ad aprire gli occhi all'orizzonte, debba prendere l'aquilone che la riporta al di là dell'umano sentire. Cercare le responsabilità mediaticamente è un artificio tipicamente nostrano. Quanto più il caso desta emozione nel pubblico tanto più occorre dare in pasto un colpevole. La giuria in poltrona attende l'agnello sacrificale per poterlo infilzare e farlo rotolare sui carboni ardenti. L'accertamento delle responsabilità spetta alle autorità predisposte. Ci sono poi delle notizie che per il popolo dei giurati hanno poca importanza, non raggiungono il pathos, non stimolano l'istinto del pollice in alto o del pollice verso. Dovrebbero costoro azionare qualcosa di molto particolare: i neuroni, la capacità di discutere, discettare, razionalizzare, porsi il perché e il percome. Troppo per chi ha la bramosia di condannare e magari poter vedere al Colosseo l'esecuzione della sentenza. Se in questo Paese si riducono sempre i posti letto e le risorse da destinare alla Sanità, deve esserci poi un problema in termini di disponibilità di posti letto e di disponibilità d'assistenza sanitaria. La logica dice questo. Partire da due capisaldi, risorse e funzionalità del sistema. Si afferma che le risorse sono limitate. Di certo parte delle risorse sono "distolte" dal loro corretto utilizzo per impropri e individuali utilizzi. La cronaca a livello regionale è desolatamente chiara.

La sanità a cui tendere

Chiudiamo gli occhi e immaginiamo per un istante come potrebbe essere questo Paese con l'utilizzo appropriato dei fondi disposti dall'autorità centrale. Immaginate gente, immaginate. In controtendenza si può potenziare l'offerta, la qualità, la disponibilità per tutte le prestazioni, sanitarie e non sanitarie.

Le liste d'attesa

Non è eticamente accettabile un'offerta di prestazioni sanitarie, che veda tempi drasticamente e diametralmente opposti tra una prestazione richiesta in regime di SSN e una prestazione in intra moenia. La diversità potrebbe essere di qualche giorno, non di diversi mesi. Bisogna dare spazio non alla fantasia utopistica ma ad un approccio diverso che porti a risultati non sovraumani, semplicemente fattibili. Ad esempio ampliare l'offerta con ambulatori aperti 12 - 14 ore al giorno, avere medici del SSN a tempo pieno con adeguata retribuzione, condividere i percorsi tra MMG e specialisti, misura indispensabile per agire a monte delle liste d'attesa e per far sì che le richieste siano appropriate. Altra misura indispensabile per governare al meglio le prestazioni di secondo livello e per sviluppare una rete territoriale efficiente ed efficace, il passaggio alla dipendenza dei Medici di Medicina Generale, che devono organizzare unità diurne sempre disponibili in stretta relazione

con la continuità assistenziale e con il Distretto per l'assistenza domiciliare integrata o l'assistenza domiciliare programmata. La dipendenza dei MMG toglierebbe al paziente il ricatto sottile, ma non troppo, che "o fai quello che ti chiedo o cambio medico", dando comunque la possibilità ad ogni cittadino di rivolgersi al professionista che ritiene meritevole della sua fiducia. Dobbiamo dare ai medici la possibilità di fare i medici, togliendo tutti i pesi e contrappesi che attualmente limitano nella realtà questa situazione ed eliminare l'enorme carico burocratico. I medici non possono né devono fare i gabellieri, ma devono "in scienza e coscienza visitare e curare chi si rivolge a loro". Le strutture sanitarie, ospedaliere, riabilitative, diagnostiche, territoriali devono funzionare dalle 12 alle 14 ore al giorno e nei giorni festivi per almeno sei ore. Le strutture devono essere centri multifunzione in ambito sanitario dove il confronto e la collaborazione siano elemento centrale dell'azione quotidiana dei professionisti e della struttura.

Gli aspetti gestionali para sanitari

Dobbiamo guardare anche ad aspetti gestionali ed organizzativi para sanitari. Nelle grandi strutture pediatriche va prevista la presenza d'insegnanti (anche con l'ausilio del volontariato), per mantenere il contatto sociale con la scuola. Le strutture devono



Un primo contributo di un'analisi complessa su un SSN che ancor oggi rappresenta un punto di riferimento positivo per una gestione della salute rivolta a tutti i cittadini

prevedere spazi per lo studio, per il gioco, per la socializzazione. L'ospedale non va visto come corpo estraneo ma integrato alla vita quotidiana e in grado di mettere a proprio agio chi ha necessità di ricovero. È necessario rivedere l'aspetto organizzativo, abolendo le gestioni esterne dei servizi, e ritornando alla gestione diretta, per cucine, lavanderie, servizi (tipo OSS, pulizie). L'affidamento esterno in un'ottica squisitamente economica del massimo ribasso non può alla fine che offrire servizi di qualità non eccelsa. Occorre la gestione diretta di questi servizi, con pasti caldi provenienti dalla cucina, che garantisca anche una tavola calda a disposizione di coloro che si trovano a pranzo o per cena nella struttura e desiderino usufruire del servizio. Si può pensare a un servizio di qualità tale da offrire un catering esterno per chi lo desidera. "Utopia" potrà dire chi non ha fantasia ed è più propenso a fare il giudice seduto sul divano. E ancora: un servizio di lavanderia aperto anche all'esterno, il servizio sanitario relativo all'OSS e alla pulizia gestito in modo diretto. Bisogna evitare la mancanza o la diminuzione di garanzie lavorative che l'affidamento esterno con il massimo ribasso può al contrario favorire. Non solo: l'esternalizzazione può favorire maggiormente l'acquisizione di questi servizi da parte della delinquenza organizzata. Nella vita occorre volare in alto, ma molto in alto e credere che un

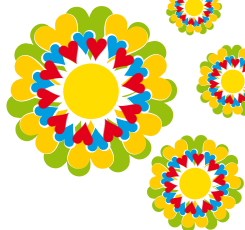
sogno si possa realizzare. Se questo non accade, non è un buon segno, nella migliore delle ipotesi è una mediocre vita senza costruito.

Pensare in grande

A chi non riesce a immaginare un mondo migliore, un'organizzazione diversa e fattiva sono dedicate altre riflessioni collegate all'ipotesi di un sistema sanitario, ospedaliero d'eccellenza e anche visivamente soddisfacente. Non sogni ma proposte che in altri contesti sono oggi realtà. Va previsto il divieto di fumare non solo nelle strutture sanitarie, ma anche nei perimetri delle stesse (non è concepibile vedere pazienti magari con una flebo o su una sedia a rotelle, all'ingresso della struttura con una sigaretta). È possibile eliminare i dispenser di merendine e altri alimenti o bibite non propriamente salutari da sostituire con dispenser di frutta e verdura.

Hall disegnate potrebbero mettere più a proprio agio chi entra nella struttura e venga accolto da un ambiente con piante, poltrone, tavoli adeguati, disponibilità di rete wi fi per l'accesso a internet, postazioni per computer, sala lettura, spazio intrattenimento bambini etc. Ambienti multifunzione insomma ed una hall centrale con spazio informatico e casse per l'aspetto burocratico amministrativo, dove sia possibile individuare in modo immediato orario, stanza, medico che effettuerà la prestazione in tempi codificati (urgenze

escluse). Una organizzazione capillare ai vari livelli per le visite, può garantire il comfort di chi attende la prestazione o del ricoverato. La consegna del referto se non avviene dopo la prestazione deve essere prevista con invio telematico o per posta. Per il completamento dell'iter diagnostico con esami richiesti dallo specialista, in relazione all'ipotesi diagnostica, va valutata la fattibilità immediata o a breve, o nei tempi da stabilire in corso di visita fissando già un appuntamento. Bisogna prevedere un contatto telefonico dopo giorni o settimane per valutare patologia, terapia, eventuali effetti indesiderati e rendere normali i contatti con il medico di riferimento per la gestione domiciliare, utilizzando anche i mezzi che la tecnologia mette a disposizione (da internet a skype a consulti telematici tra centro e periferia). È necessario programmare ricovero e tempi d'accesso, eventuale date di esami di 2 livello e data d'intervento. Per il post intervento, stabilire percorso, continuità assistenziale in struttura riabilitativa, lungodegenza, domiciliare o assistenza integrata a casa o semplice dimissione, stabilendo tempi dei controlli post intervento o post ricovero se richiesti dalla patologia. Infine prevedere spazi adeguati per parenti di pazienti in condizioni critiche; spazio anche all'approccio psicologico sia per i pazienti (soprattutto quelle patologie che evocano timori



Chiudere gli occhi

Immaginare per un istante come potrebbe essere questo Paese con l'utilizzo appropriato dei fondi disposti dall'autorità centrale

particolari) sia per i familiari, con l'ausilio di associazioni di volontariato che possano fornire un contributo fattivo in vari ambiti.

Aziendalizzazione, uno sguardo al pianeta sanità

Ha senso parlare d'aziendalizzazione in quest'ambito? La salute non è una merce, le ragioni di un'azienda che produce manufatti non può mai applicarsi al prodotto salute, pur in un ambito di regole e d'indirizzi definiti. La sanità non può, né deve essere regionale, il quadro di riferimento deve essere nazionale, anzi per alcuni ambiti è utile una valutazione europea, ad esempio per le malattie rare. È indispensabile una politica nazionale per l'ubicazione dei servizi ad altissima tecnologia, prevedendo, contestualmente, pari opportunità d'accesso in ogni parte d'Italia per ogni cittadino. Favorire una politica della qualità certificata delle prestazioni, tale da indurre un miglioramento complessivo dell'offerta salute in ogni regione, che riduca in modo fisiologico la migrazione sanitaria. Il SSN è un sistema che ha retto finora, ha garantito tutti i cittadini - seppure va migliorato, potenziato e razionalizzato - garantendo l'unitarietà e la sussidiarietà del Sistema Sanitario Nazionale. La lotta agli sprechi interessa il cittadino come gli stessi operatori del pianeta sanità: lotta agli sprechi = maggiori risorse da investire nel Sistema Sanitario. Occorre un patto tra

i professionisti della sanità, i medici, che devono riavere un ruolo primario. Patto tra medici di famiglia, medici ospedalieri e del territorio per elaborare insieme strategie che vadano nella direzione dell'appropriatezza delle cure, dei percorsi diagnostici, nell'ottica di offrire la migliore prestazione con il prezzo più contenuto.

La programmazione dei professionisti

La programmazione universitaria è un elemento centrale per una corretta gestione del SSN. Strategico è il Ministero dell'Istruzione che, d'intesa con quello della Sanità, dello Sviluppo Economico e delle Finanze deve organizzare e preparare in modo adeguato il personale sanitario e non sanitario che rientra nel SSN. È indispensabile investire sulle nuove generazioni in modo adeguato con una corretta valutazione e programmazione dei flussi in entrata e in uscita dai corsi universitari. La disoccupazione intellettuale con il suo percorso formativo è uno spreco che non può essere accettato. Che ci sia uno scambio con gli altri Paesi di altre nazioni è un bene. L'emigrazione unidirezionale verso altri Paesi depaupera la nazione di professionalità in loco, impoverisce l'intera nazione e favorisce i Paesi destinatari, i quali possono avere alte professionalità a costo di formazione zero. Un assurdo. Ad ogni medico laureato occorre offrire la possibilità di

completare il proseguimento della formazione per lavorare, sia con l'accesso alla specialistica che ai corsi di medicina generale. Indispensabile, in una corretta programmazione di flussi e sbocchi, una valutazione sia nel medio che nel lungo periodo, valutando il fabbisogno dei medici specialisti per singola disciplina, il fabbisogno della medicina generale, della continuità assistenziale, della medicina territoriale, dell'emergenza - urgenza. Garantire sin dall'immatricolazione a tutti la possibilità di completare il percorso con la specializzazione post laurea. Oggi vi è un imbuto nel post laurea in medicina, perché i posti disponibili per entrare nella specialistica o per i concorsi per la formazione di medicina generale sono inferiori ai laureati. Annualmente l'imbuto si restringe perché alla sperequazione annuale tra laureati e posti messi a concorso per le specialità, occorre aggiungere i laureati che non sono riusciti a entrare negli anni precedenti. È indispensabile aumentare le borse di studio. Valutare anche le proiezioni future. Nei prossimi cinque - sette anni ci sarà una richiesta probabilmente maggiore per il naturale ricambio nell'ambito della medicina generale. Valutare il problema, quantificare il fabbisogno e agire di conseguenza. Lo stesso percorso va proposto per le professionalità para sanitarie. ♥

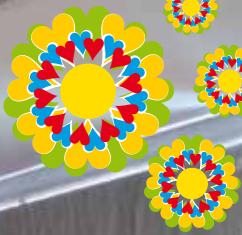


La beffa della Cardiocirurgia a Reggio Calabria e la posizione critica dell'ANMCO Calabria, aperta al dialogo per la realizzazione del Progetto Cuore

La Cardiocirurgia di Reggio Calabria è uno dei tanti esempi di sperpero di denaro pubblico, in questo caso, a danno della salute degli utenti. La Struttura, all'avanguardia della tecnologia, è stata ultimata, collaudata ed inaugurata circa tre anni fa e mai utilizzata. Poche ed amare considerazioni che spingono ad una attenta riflessione sul futuro della sanità calabrese e, in particolare, di quella reggina. La gestione dell'intero comparto è avvenuta in maniera disarticolata, con un comportamento schizoide e mai finalizzata alla realizzazione di un progetto serio e funzionale al risultato: cioè la creazione di una rete assistenziale degna di un paese civile, pronta ad affrontare le emergenze - urgenze, nel rispetto delle Linee Guida che l'Associazione che presiedo ha ben chiare, essendo promotrice di incontri scientifici per l'applicazione ed il perfezionamento delle stesse. L'ottimizzazione delle risorse, è stata intesa come la necessità di tagliare indiscriminatamente, sopprimendo strutture e servizi già collaudati e di grande utilità e creandone di nuove

ed inutili, seguendo la logica dell'accorpamento, inutile ai fini della razionalizzazione della spesa e dannosa per l'utenza che si trova costretta a convergere verso strutture ospedaliere già pletoriche ed inaccessibili, anche per mancanza di spazi ed aree di parcheggio, mentre gli operatori sanitari, stremati dai carichi di lavoro, in assenza di turnover, invecchiano sotto la minaccia del rischio clinico che li vede esposti, per primi e spesso da soli, unici responsabili dei casi di malasanità derivante dalla disorganizzazione. Gli ultimi e recenti atti deliberati dalla Direzione aziendale ospedaliera, peraltro, non sono andati in direzione della apertura della cardiocirurgia, se è vero che parte dei locali viene già utilizzata dalla Neonatologia, qualche sala chirurgica è già impegnata e, la strumentazione, in disuso da quando è stata acquistata, rischia di diventare obsoleta ed inservibile. Un danno all'erario quantificabile intorno ai 40 milioni di euro, ma soprattutto, per ciò che prioritariamente riguarda il ruolo della nostra Associazione, un danno alla salute dei pazienti cardiopatici privati di un servizio così importante, anche

in considerazione dell'aumento esponenziale delle malattie cardiovascolari. L'auspicio è che con il nuovo Governatore della Calabria, in ragione dell'impegno già da lui assunto a dialogare con l'Associazione dei Cardiologi Ospedalieri Calabresi, per la formulazione delle nuove Linee Guida che saranno emanate dalla Regione Calabria, specificatamente per la realizzazione della rete dell'emergenza - urgenza cardiologica, di cui la Cardiocirurgia è anello indispensabile della catena della salute, si possa finalmente portare a compimento un percorso virtuoso, finalizzato alla realizzazione di un progetto indispensabile per l'utenza calabrese e dell'intera popolazione dell'area dello stretto. Per queste ragioni, il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria ha discusso approfonditamente sulla questione e sul ruolo che potrà avere, non solo di stimolo, ma di interlocutore valido e qualificato per le Istituzioni preposte alla realizzazione del progetto. ♥



La ONLUS CosenzAcuore contribuisce a mettere in sicurezza le scuole cittadine dotandole di defibrillatori semiautomatici

“Defibrillatore nelle scuole”: CosenzAcuore per gli studenti

L'impegno della ONLUS nella lotta alla morte improvvisa porta alla dotazione di defibrillatore per 12 scuole e alla formazione in BLS-D di 100 unità del personale

Nel ricordo di una giovane di recente morta improvvisamente...



Un primo contributo di un'analisi complessa su un SSN che ancor oggi rappresenta un punto di riferimento positivo per una gestione della salute rivolta a tutti i cittadini

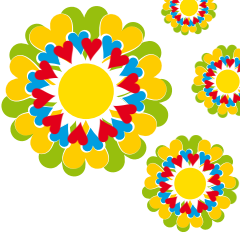
Sulla scia della Campagna nazionale indetta dalla Fondazione “per il Tuo cuore”, la ONLUS CosenzAcuore sta portando avanti un progetto di dotazione di defibrillatore semiautomatico in tutte le scuole cittadine. Roberto Caporale, presidente del comitato scientifico della ONLUS e componente del Consiglio Direttivo ANMCO illustra così il progetto: “È da tempo che siamo impegnati nella diffusione dei defibrillatori semiautomatici in città ed in provincia, e nella formazione dei laici al BLS-D. Nella settimana delle Cardiologia Aperte abbiamo tenuto incontri nelle principali scuole cittadine con dimostrazioni pratiche di massaggio cardiaco, respirazione bocca a bocca e defibrillazione. Purtroppo, pochi mesi fa, a campagna avviata ma a dotazioni non ancora disponibili,



si è registrata proprio nella nostra città la morte improvvisa di una giovane studentessa, volontaria della Croce Rossa. La

drammaticità dell'evento, che ha toccato tutta la città, ci ha spinti ad accelerare i tempi della campagna. Oggi siamo in grado di concedere in comodato d'uso a dodici scuole cittadine, quelle con la popolazione studentesca più numerosa, un defibrillatore semiautomatico ed un totale di cento corsi di formazione per BLS-D destinati al personale delle scuole. Ciò ci consentirà





di rendere più tutelata una popolazione studentesca di oltre 7.000 unità.”

Gianfranco Misuraca, Presidente di CosenzAcuore aggiunge: “Questa fase del progetto ‘defibrillatore nelle scuole’ è stata

resa possibile dalla sensibilità dei responsabili della Solution Devices, una società fornitrice di tecnologie ospedaliere che ha donato alla nostra ONLUS i 12 defibrillatori. Stiamo raccogliendo ulteriori fondi per completare

CosenzAcuore è una ONLUS impegnata nella prevenzione cardiovascolare ed in programmi di supporto alle cure cardiologiche in città. In continuità con la Campagna della Fondazione “per il Tuo cuore” per la prevenzione della morte improvvisa, si sono tenuti incontri nelle principali scuole cittadine con dimostrazioni pratiche di massaggio cardiaco, respirazione bocca a bocca e defibrillazione. Le 12 scuole a maggior popolazione studentesca sono state dotate poi di defibrillatore ed hanno avuto finanziati 100 corsi di formazione in BLS-D.



la dotazione in tutte le scuole cittadine e poi nel maggior numero possibile di quelle della provincia.”

“Il ruolo del volontariato ed il coinvolgimento della società civile – aggiunge il Dott. Caporale – devono necessariamente assumere un peso crescente in una sanità che in Calabria vive un periodo di drammatica contrazione delle risorse, spesso utilizzate per la semplice sopravvivenza di strutture non funzionali o per finanziare consulenze di dubbia utilità, come le cronache tristemente evidenziano. Non possiamo solo attendere che le istituzioni risolvano una tale mole di problemi, che esse stesse hanno contribuito a creare con una programmazione assolutamente carente. Lo dobbiamo alle generazioni future, che dobbiamo cominciare a tutelare nelle scuole e nelle attività sportive. CosenzAcuore accoglierà volentieri quanti avranno voglia di impegnarsi con noi, dedicando tempo, impegno o fondi a progetti di indubbio valore sociale, dei quali è evidente la grande ricaduta.” ♥

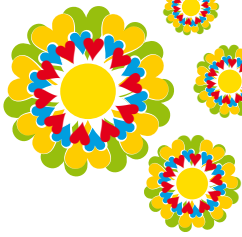


Forniti da CosenzAcuore 12 defibrillatori e 100 corsi di formazione in BLS-D
Più tutelata una popolazione studentesca di oltre 7.000 unità

Il volontariato e la società civile devono necessariamente assumere un peso crescente in una sanità che in Calabria vive un periodo di drammatica contrazione delle risorse

La ONLUS CosenzAcuore si è impegnata nella diffusione dei defibrillatori semiautomatici nelle scuole cittadine, dotandone le 12 scuole con maggior popolazione studentesca e finanziando 100 corsi di formazione in BLS-D
Nel ricordo di una studentessa di recente morta improvvisamente...





A Cariati, nell'Alto Ionio calabrese: tra mare, storia, tradizioni... e Cardiologia

Gli Amici del cuore impegnati in numerose iniziative per diffondere la cultura e la pratica della prevenzione cardiovascolare

A Cariati, ridente centro turistico situato sulla costa ionica calabrese, nel cuore della Magna Grecia, a metà strada tra le antiche Sibari e Crotona, gli incontri pubblici di informazione sanitaria in ambito cardiovascolare sono, ormai, una tradizione. Dal 2004, prima edizione di Cardiologie Aperte, tutti gli anni, puntualmente, il personale medico e infermieristico che opera nella locale struttura cardiologica incontra la popolazione per discutere problemi e concetti della prevenzione. Le iniziative hanno poi assunto un rilievo particolare ed una più ampia risonanza negli ultimi tempi, da quando, cioè, la loro organizzazione è curata, con la forza e l'entusiasmo proprie del volontariato, dagli "Amici del cuore di Cariati", guidati dalla professoressa Diamantina Ricciardelli. L'associazione, costituitasi nel 2010, è presente nel territorio con tanti e diversi impegni. Innanzitutto periodici convegni

sulle più diverse tematiche: stile di vita, alimentazione, obesità infantile, alcol, droga e fumo, cultura dell'emergenza. Ma non solo. Vengono tenute lezioni per gli studenti nelle scuole di ogni ordine e grado e, poi, la tradizionale "passeggiata del

cuore" di fine maggio che si chiude sempre con un colorito buffet di frutta; il corso di acquagym che, nelle splendide acque del mare locale, dura l'intero mese di agosto, le dimostrazioni ginniche in palestra per insegnare agli associati a

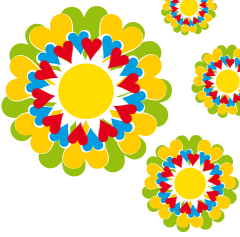




“mantenersi in forma”, gli itinerari storico - culturali offerti ai turisti per coniugare una salutare attività fisica con l’ammirazione del patrimonio monumentale e paesaggistico della cittadina. E ancora, a cura di soci infermieri, sono stati eseguiti, lo scorso anno, gli elettrocardiogrammi per un progetto provinciale di screening nelle scuole. “Il cuore dello Sport” è il filone di recente individuato per avvicinare i giovani alla cultura della prevenzione delle malattie cardiache. La formula scelta per queste manifestazioni è quella di associare la trattazione di un argomento medico - scientifico e la partecipazione di un personaggio, di livello nazionale, del mondo dello

sport, che racconta la sua vita e la sua esperienza. Per essere efficaci, quando ci si rivolge alle nuove generazioni, infatti, occorre dare messaggi chiari e comprensibili, ma che siano anche attraenti e, possibilmente, veicolarli con testimonianze positive ed esempi concreti, in grado di stimolare, nei ragazzi, una certa voglia di emulazione. Sono state svolte, finora, due edizioni, davvero molto gradite, almeno a giudicare, in entrambi i casi, dal numeroso pubblico presente in sala. La prima, nel dicembre 2013, durante la quale si è parlato della “morte improvvisa nel giovane atleta”, con una relazione introduttiva del Dott. Francesco Borrello,

noto elettrofisiologo calabrese e che ha visto la partecipazione di Massimo Taibi, ex portiere del Milan e campione del mondo con il Manchester United. La seconda, lo scorso 10 febbraio, nell’ambito della settimana “per il Tuo cuore” 2015. Questa volta si è trattato il tema “la defibrillazione precoce e la catena della sopravvivenza” con l’intervento del Dott. Riccardo Borselli, direttore della centrale SUEM-118 della Provincia di Cosenza. Sono stati illustrati i principi basilari del primo soccorso in caso di evento cardiaco acuto e l’importanza della diffusione sul territorio e dell’utilizzo dei DAE, anche per attuare le disposizioni della più recente legislazione in materia.



Durante la settimana “per il Tuo cuore” 2015 è stata organizzata la seconda edizione di un convegno dedicato al tema “Il cuore dello sport” in cui si è trattato il tema “la defibrillazione precoce e la catena della sopravvivenza” e si è avuta la partecipazione di mister Emiliano Mondonico, attuale opinionista della Domenica Sportiva di RAI 2. La manifestazione si inserisce nel quadro delle tante iniziative organizzate tutto l’anno da “Gli Amici del cuore di Cariati”

Eccezionale e ricco di significato è stato poi il contributo di idee e di esperienze portato da mister Emiliano Mondonico, attuale opinionista della Domenica Sportiva di RAI 2 e già giocatore e allenatore di varie squadre di calcio di serie A, intervistato dal Dott. Andrea Russo, team manager del Modena calcio, di origini cariatesi. Raccontando la sua storia personale, il percorso sportivo che ha vissuto, le sue vittorie ma anche le sconfitte subite, mister Mondonico ha dato

un’autentica lezione di vita. “Se volete affrontare il futuro che vi aspetta – ha detto rivolgendosi ai numerosi giovani sportivi intervenuti e ai loro allenatori – bisogna imparare a far fatica; credetemi senza fatica non si ottiene niente; fatica è anche stare qui questa sera ad ascoltare tante cose; con la fatica di ogni giorno, anche se le cose non vanno bene, si trova dentro di sé la forza per lottare, per combattere e vincere”. Tra gli applausi, la serata si è conclusa con la premiazione delle scuole giovanili di calcio del territorio e con la consegna di targhe - ricordo ad alcune vecchie glorie sportive locali, degli anni 60 - 70. Lo svolgimento della manifestazione è stata la giusta introduzione al corso di BLS-D per laici non sanitari, che si è tenuto due giorni dopo presso i locali del distretto sanitario, a cura del personale medico del Centro di Formazione della Centrale operativa 118 dell’ASP di Cosenza. Questo evento formativo





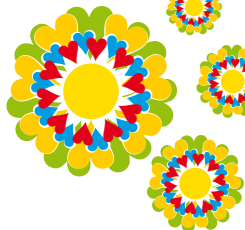
“Il cuore dello Sport” è il filone individuato per avvicinare i giovani alla cultura della prevenzione delle malattie cardiache

La lezione di vita ai giovani sportivi nelle parole di mister Emiliano Mondonico: “bisogna imparare a far fatica”

Alle nuove generazioni occorre dare messaggi chiari e comprensibili, attraenti e, possibilmente veicolarli con testimonianze positive ed esempi concreti

è stato strutturato in due parti, la prima solo teorica, la seconda pratica sui manichini. Alla fine, ai partecipanti è stato consegnato un patentino di “autorizzazione operatore DAE”, legalmente valido ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale e, perciò, riconosciuto su tutto il territorio italiano. Insomma, la settimana “per il Tuo cuore” 2015 è stata particolarmente intensa a Cariati ma, a quanto si sa, “Gli Amici del cuore” già pensano e lavorano alle successive iniziative. ♥





Il Friuli Venezia Giulia e la Settimana delle Cardiologie Aperte



Figura 1 - Una paziente mostra il materiale divulgativo dopo un incontro sulla prevenzione cardiovascolare

La regione Friuli Venezia Giulia ha aderito con entusiasmo e partecipazione alla settimana delle Cardiologie Aperte. A livello regionale i vari programmi si sono diversificati a seconda delle caratteristiche delle varie realtà locali, ma la settimana è stata intensa in ogni provincia delle regione. Il Friuli Venezia Giulia ha dato piena adesione all'iniziativa, infatti le strutture sanitarie coinvolte in Cardiologie Aperte sono state: Ospedale S. Antonio di San Daniele Del Friuli, AAS I Triestina di Trieste,

AAS 5 Friuli Occidentale, P.O. di Pordenone, A.O.U. Ospedali Riuniti di Trieste, Ospedale Santa Maria dei Battuti di San Vito al Tagliamento, Ospedale di Palmanova, Ospedale Civile San Polo di Monfalcone, ASS 4 Medio Friuli di Udine Istituto di Medicina Fisica per Riabilitazione di Udine, A.O.U. Santa Maria della Misericordia di Udine, Ospedale Civile San Michele di Gemona del Friuli, Ospedale Civile Sant'Antonio Abate di Tolmezzo. A Trieste, il Centro Cardiovascolare dell'Azienda

per i Servizi Sanitari n. 1, diretto dal Dott. Di Lenarda, si è impegnato nel progetto della Banca del Cuore con l'esecuzione di elettrocardiogrammi, la misurazione della pressione e la valutazione dei fattori di rischio cardiovascolari. Il tutto si è svolto in due giornate, presso la sede del Cuore Amico a Muggia e presso il Comune a Trieste. La partecipazione della cittadinanza è stata notevole. A seguire sono stati presentati due incontri educativi di promozione della salute. Sabato 14 febbraio a Barcola, il lungomare di Trieste, si è svolta la Camminata "per il Tuo cuore". Erano presenti le più alte cariche del comune e i Medici delle due Strutture Complesse di Cardiologia del capoluogo che hanno camminato per circa 5 km con i pazienti, i loro familiari e i cittadini che sono intervenuti alla manifestazione. La Struttura Complessa di Cardiologia dell'Azienda Ospedali Riuniti di Trieste, diretta dal Prof. Sinagra, ha organizzato invece due incontri nei quali veniva insegnato dai Cardiologi a eseguire il massaggio cardiaco: l'invito è stato rivolto soprattutto a parenti e amici di



pazienti ricoverati o seguiti negli ambulatori. Ad Udine presso l’Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia diretta dal Dott. Proclemer e l’ASS 4 Medio Friuli presso il Centro di Prevenzione Cardiovascolare, diretto dal Dott. Vanuzzo, durante l’intera settimana è stato dato ampio spazio a livello ambulatoriale per educare la popolazione circa la prevenzione cardiovascolare. In

Figura 3 - La stampa e la settimana delle Cardiologie Aperte



Figura 2 - Comunicato stampa

Provincia di Udine, sia il Dott. Proclemer che il Dott. Vanuzzo hanno partecipato a trasmissioni televisive e radiofoniche dedicate. Stessa situazione è stata creata a San Vito al Tagliamento, presso l’Ospedale Santa Maria dei Battuti, Responsabile la Dott.ssa Pavan, ed anche presso gli altri presidi cardiologici della regione. A Pordenone, presso

la SC di Cardiologia diretta dal Dott. Cassin si sono organizzati incontri di sensibilizzazione della popolazione. Durante tutta la settimana delle Cardiologie Aperte si sono offerte informazione ai pazienti e familiari visitati nella settimana sulla prevenzione cardiovascolare, attraverso la diffusione degli opuscoli e materiali messi a

Figura 4 - Un momento educativo con le scuole superiori



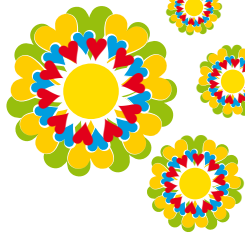


Figura 5 - La Cardiologia di Pordenone del Dott. Cassin e i manifesti ANMCO



Figura 7 - La Camminata "per il Tuo cuore" a 'Barcola' Trieste



Figura 6 - Un momento di incontro con il Dott. Di Lenarda e la cittadinanza di Muggia

disposizione da ANMCO. Inoltre sono stati organizzati due incontri, il 10 e 12 febbraio 2015 con classi dell'Istituto Tecnico presso la SC di Cardiologia (a cura del Dott. Umberto Grandis) sul tema: "Prevenzione delle malattie cardiovascolari". Inoltre a livello della stampa locale è stato dato ampio spazio ai singoli eventi. ♥

Centro Cardiovascolare
Newsletter

newsletter 04/02/2015

Il Centro Cardiovascolare organizza sabato 14 febbraio la "Camminata del cuore"

Buongiorno

Sabato 14 febbraio il Centro Cardiovascolare di Trieste e la Fondazione "per il Tuo Cuore" organizzano la "Camminata del Cuore", una passeggiata, aperta a tutti e gratuita, sul lungomare di Barcola per sensibilizzare la popolazione sui benefici dell'attività fisica e degli stili di vita sani.

L'evento, in collaborazione con il Comune di Trieste, l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.1, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ed il Comune di Trieste, le Società Trieste Atletica, Ginnastica Triestina e Baisela e gli Amici del Cuore di Trieste, si inserisce nella **campagna nazionale** promossa dal 9 al 15 febbraio prossimo dalla Fondazione "per il Tuo cuore" e dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) per sensibilizzare la popolazione alla prevenzione delle patologie cardiovascolari.

La "Camminata del Cuore" è l'evento centrale di una settimana ricca di interessanti appuntamenti organizzati dalla Cardiologia e dalla Cardiocirurgia triestina e dal Centro Cardiovascolare.

Per visualizzare gli appuntamenti ed il programma [clicca qui](#) >



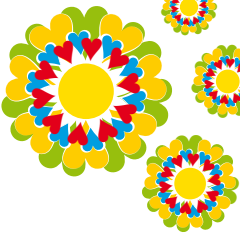
Un aggiornamento sulle attività regionali

News dalla Sicilia

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Sicilia è già in fase operativa per l'organizzazione del futuro Congresso Regionale ANMCO, che si terrà il 2 - 3 ottobre 2015 a Trapani presso la splendida sede della Tonnara di Bonagia. Ancora, si sta adoperando per implementare, nell'ambito della Sezione Regionale, l'innovativo programma già elaborato e promuovere così un allargamento delle varie attività alla base dei Soci. Tra gli obiettivi più rilevanti per il biennio in corso vi è quello di stimolare l'attività culturale - scientifica delle strutture cardiologiche siciliane e migliorare l'indubbia qualità che la Cardiologia siciliana ha da tempo raggiunto. Per questo motivo il Consiglio Direttivo Regionale ha creato una serie di "Gruppi di Lavoro", individuando alcuni esperti nei vari campi della Cardiologia, e attribuendo loro il compito di farsi promotori di alcune iniziative in grado di aggregare i Colleghi interessati a specifici progetti culturali e scientifici, secondo il rispetto della solida tradizione dell'ANMCO nell'ambito della ricerca. Tali Gruppi di Lavoro, formati da un board di 4 - 5 Medici guidati da un Coordinatore, sono già in fase operativa per la promozione e sviluppo di vari campi cardiologici

di particolare interesse. Segnaliamo di seguito l'attività dei gruppi che hanno già avviate le loro iniziative. Il Gruppo di Lavoro Emergenza - Urgenza, coordinato da Alberto Carrubba (Ospedale Civico di Palermo) sta rivolgendo la propria attenzione alla Rete regionale dell'Infarto, ormai prossima all'avvio. La prima iniziativa intrapresa è stata quella di elaborare una scheda di rilevazione sulle disponibilità logistiche della rete per ricavare i potenziali indicatori per mappare il territorio provinciale. La suddetta scheda è stata già inviata ai Responsabili delle Macroaree per censire il numero di ambulanze medicalizzate fornite di lifepack, la dislocazione di tali ambulanze sul territorio, il numero dei PTE in grado di inviare un ECG al centro hub, il numero di UTIC spoke presenti, il numero di Ospedali in grado di inviare un elettrocardiogramma ad un centro hub o spoke, la percentuale di pazienti trasferiti al centro hub rispettivamente dal centro spoke, la percentuale di pazienti che dal centro hub ritorna al centro spoke e l'individuazione di zone del territorio particolarmente "disaggiate". Le informazioni ricavate saranno essenziali per implementare le determinazioni delle Macroaree e per valorizzare

l'interazione tra esse e le Unità di Rete per il monitoraggio del funzionamento della Rete, l'individuazione delle criticità e delle azioni di miglioramento e per giungere a precisazioni pratiche sui protocolli terapeutici, in modo da potere implementare gli stessi nelle varie realtà locali della rete. Tale gruppo sta lavorando per valutare la possibilità futura di utilizzare la rete dello STEMI anche per creare una rete per il NSTEMI, in particolare per i casi a elevato profilo di rischio e per i pazienti in shock cardiogeno. Sempre con l'attenzione all'area Emergenza-Urgenza, l'ANMCO sta favorendo lo sviluppo di un importante progetto, della durata di un anno, finalizzato al miglioramento delle cure offerte ai pazienti affetti da SCA-NSTEMI, denominato "IRIS project" (Inside NSTEMI Route and Inside patient's Satisfaction). È noto come il recente Registro EYESHOT ha dimostrato che i pazienti NSTEMI nell'83% dei casi vengono sottoposti a coronarografia, il 55% di questi viene trattato con PCI mentre, il 3% viene rivascolarizzato con CABG e il rimanente 42% di tali pazienti non viene rivascolarizzato. Alla dimissione circa 2/3 dei pazienti NSTEMI non ricevono un trattamento con i nuovi P2Y12. Tali dati dimostrano un notevole



scostamento tra la pratica quotidiana e le raccomandazioni scientifiche. Il progetto, che sarà operativo già da aprile - maggio 2015, utilizzerà la metodologia della survey e prevederà anche l'applicazione e l'adesione ad un protocollo regionale condiviso. Siamo certi che tale progetto potrà migliorare l'aderenza alle raccomandazioni scientifiche per il trattamento dei pazienti SCANSTEMI e contribuire a incrementare l'aderenza al trattamento antiaggregante. Il Gruppo di Lavoro Scompenso Cardiaco, coordinato da Francesco Clemenza (ISMETT di Palermo) ha elaborato e già avviato come primo progetto una

survey conoscitiva sulla gestione (diagnosi, stratificazione prognostica e trattamento) dello scompenso cardiaco nelle Cardiologie ospedaliere siciliane. Sarà condotta con il consueto strumento del questionario, che è stato pensato cercando di coniugare l'esigenza di una sufficiente completezza con la necessità di una strutturazione che non richieda un tempo eccessivo per la compilazione. Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO è certo che le informazioni desumibili dalla survey possano essere la base conoscitiva indispensabile sia per un'interazione più efficace con le Istituzioni sanitarie regionali sia,

per restare in un ambito più scientifico, per futuri progetti di ricerca, basati sui punti di forza o – al contrario – di debolezza delle nostre strutture in questo campo, che emergeranno dai dati raccolti. Va aggiunto che una survey “parallela” sarà condotta dalle strutture cardiologiche delle Case di cura aderenti alla SICOA; il quadro conoscitivo sulla gestione dello scompenso cardiaco che ne deriverà sarà quindi estremamente completo, e del tutto inedito per quanto riguarda la nostra regione. Il Gruppo di Lavoro Cardiologia Pediatrica, coordinato da Enzo Bianca (U.O. Cardiologia Pediatrica Ospedale Garibaldi-Nesima di Catania), nuovo



referente nazionale della omonima Task Force ANMCO, si sta adoperando per la Strutturazione di una rete di assistenza diagnostica/terapeutica pediatrica in Sicilia. Nella nostra regione sono presenti un Centro di III livello di Cardiologia e Cardiochirurgia Pediatrica ed una serie di realtà ospedaliere, nelle quali la Cardiologia Pediatrica è più o meno strutturata, spesso grazie alla buona volontà di singoli operatori. La “precarietà” di questa assistenza diagnostica/terapeutica periferica provoca non di rado situazioni di disagio per gli operatori sanitari e un rischio di pericolo di vita per il paziente affetto da una patologia cardiaca malformativa, sia in età pediatrica che adulta. Il Gruppo di Lavoro si è così assunto il compito di “disegnare” una ipotetica organizzazione di rete, che permetta una tempestiva assistenza cardiologica (diagnosi e stabilizzazione medica), al neonato con problemi malformativi cardiaci, soprattutto nei casi in cui il parto avvenga lontano dagli Ospedali nei quali esiste una Cardiologia Pediatrica. Il progetto già avviato mira, in prima istanza, a fotografare, in modo particolareggiato, la situazione attuale, per poi proporre possibili soluzioni, in accordo con le esigenze espresse dalle varie Cardiologie intervistate. Il risultato ultimo si concretizzerà in un documento ufficiale che verrà proposto all’attenzione dell’Assessorato alla Salute della

Regione Sicilia. Particolarmente attivo il Gruppo di Lavoro sull’Area Nursing (Referenti ANMCO Sicilia: G. Paleologo, M. Francese e E. Arena) che ha ideato un corso teorico/pratico sulla gestione delle apparecchiature utilizzate per lo scompenso cardiaco: CPAP, ultrafiltrazione, contropulsatore, VAD. La diagnosi di scompenso cardiaco acuto mette in moto nelle sue fasi di gestione nelle nostre UTIC un percorso in cui diverse specialità e professioni sono implicate nella presa in cura attiva e globale del paziente. È dunque necessario un approccio ben articolato mediante l’attivazione di percorsi predefiniti, che garantiscano per questi pazienti ad alta complessità, una valutazione multidimensionale con interventi di molteplici figure sanitarie di tipo medico specialistico, infermieristico e assistenziale. La realizzazione di questo corso ha l’obiettivo di offrire agli infermieri, nel processo di assistenza della patologia, linee di comportamento semplici ma altamente specializzate al fine di uniformare l’assistenza legata alla strumentazione di supporto presente nelle nostre UTIC. È stata prevista, quindi, una collaborazione attiva di più specialità, quali nefrologia, pneumologia, emodinamica e cardiochirurgia, in modo tale da istruire l’infermiere nella gestione quotidiana di apparecchiature quali ultrafiltrazione, CPAP,

contropulsatore, VAD al fine di renderlo professionalmente competente e specializzato. Il corso si articola in due fasi; nella prima si dà spazio alla parte teorica (Linee Guida sul trattamento dell’assistenza infermieristica del paziente con diagnosi di scompenso cardiaco e conoscenza teorica delle apparecchiature), in cui si approfondiranno le già tante conoscenze sull’assistenza infermieristica al paziente con diagnosi di scompenso cardiaco acuto. Tale fase prevede, anche, un confronto multiprofessionale in cui gli infermieri chiederanno ai medici specialisti presenti in sala delucidazioni su eventuali dubbi clinici relativi alla patologia. La seconda parte è gestita da medici specialisti, presenti in quattro diverse aule così da realizzare dei veri training di simulazione attiva, che guidano gli infermieri alla corretta gestione delle apparecchiature di supporto. Il corso teorico/pratico è già stato accreditato come ECM; il 24 gennaio 2015 si è tenuta a Messina la prima edizione e il 21 febbraio 2015 si è tenuta la seconda edizione, rivolte a 40 infermieri dell’area cardiologica. La brillante riuscita delle due edizioni ci sta invogliando a dare al suddetto corso teorico/pratico una struttura itinerante per permettere alle diverse Unità Operative cardiologiche siciliane di trarre giovamento dallo stesso. ♥



La formulazione dell'art. 3, co. 1, l. n. 189 e gli interrogativi
sulla natura della responsabilità civile del medico

Il “versante civilistico” della legge Balduzzi

Rilevanza della colpa lieve ai fini della configurabilità
della responsabilità civile e obbligo risarcitorio

Apparenti incertezze e conferme di principi consolidati

Di che cosa parleremo in questo incontro?

Come anticipato nel precedente numero, si proseguirà nella breve illustrazione dei principi posti dall'art. 3 della legge Balduzzi (l. n. 189 del 2012) in tema di responsabilità medica con particolare riferimento al c.d. “versante civilistico”. Abbiamo visto come, nell'escludere la rilevanza penalistica della condotta del medico contrassegnata da colpa lieve, il secondo inciso della norma in analisi faccia salvo l'obbligo risarcitorio di cui all'art. 2043 c.c. Tale affermazione ha suscitato una serie di interrogativi nella dottrina relativamente alla natura – se contrattuale o aquiliana – della responsabilità medica.

Che cosa si intende, in ambito civilistico, per responsabilità contrattuale e responsabilità aquiliana?

In ambito civilistico, sulla scorta delle scelte operate dallo stesso codice e coerenti

con risalente e consolidata elaborazione, si distingue tra due forme di responsabilità: quella contrattuale e quella aquiliana o extracontrattuale.

Quando si ha la responsabilità contrattuale?

La prima, come intuibile, consegue alla violazione di obblighi derivanti dalla previa instaurazione di un rapporto, per l'appunto contrattuale, tra due soggetti, in forza del quale l'uno – il debitore – è tenuto ad adempiere l'obbligazione assunta nei confronti dell'altro, il creditore. Tra le fonti della responsabilità medica tuttavia – e specie in ambito medico – figura anche il c.d. contatto sociale: con tale espressione ci si riferisce a relazioni che, pur in assenza di un formale vincolo contrattuale, vedono l'ingerenza nell'altrui sfera giuridica e che determinano un dovere di collaborazione per realizzare le aspettative ingenerate nella controparte proprio in ragione dell'avvenuta ingerenza.

A prescindere dalla fonte, la responsabilità contrattuale è disciplinata dagli artt. 1218 e ss. del codice civile che prevedono, nel caso di inadempimento da parte del debitore, l'insorgere di profili di responsabilità e conseguente esperibilità di richiesta di risarcimento del danno.

Quando invece responsabilità extracontrattuale?

La seconda forma di responsabilità – extracontrattuale, anche detta aquiliana – si configura invece tutte le volte nelle quali, a prescindere dalla esistenza di un previo vincolo contrattuale (o dalla ravvisabilità di un vincolo successivo all'ingerenza nell'altrui sfera giuridica in conseguenza della quale un soggetto si attenda un dovere di collaborazione per la realizzazione di un proprio interesse), si violi il c.d. dovere di *neminem laedere*, arrecando del pari un danno che il legislatore definisce ingiusto.



Così ad esempio (ma la casistica è in tale ambito quanto mai varia) nell'ipotesi del danno cagionato al nostro giardino da animale sfuggito al controllo del proprietario. Anche in casi simili si ha obbligo risarcitorio in capo al danneggiante, secondo il disposto degli artt. 2043-2059 c.c.

Atteso che in entrambi i casi si ha obbligo risarcitorio, esistono differenze tra tali due forme di responsabilità? E se sì, quali?

Certo! Nonostante l'elemento comune dell'obbligo risarcitorio, si hanno differenze non solo relativamente ai presupposti per la configurazione dell'una o dell'altra responsabilità, ma anche e soprattutto quanto a significativi profili di disciplina, costituiti dalla durata del termine di prescrizione e dal criterio di riparto dell'onere probatorio. Quanto alla prescrizione – che indica il lasso temporale entro il quale un soggetto potrà agire in via giudiziale per l'esercizio e tutela di un proprio diritto, pena la relativa estinzione secondo quanto dice il codice civile all'art. 2934, c.c. – essa matura in cinque anni nel caso di responsabilità aquiliana (art. 2947, co. 1, c.c.), in dieci anni nel caso di responsabilità contrattuale (art. 2946 c.c.). Differenze parimenti significative si hanno poi in tema di riparto dell'onere probatorio, locuzione che esprime la necessità per chi vanta un diritto di dimostrare la sussistenza e la fondatezza dello stesso e per chi vi si opponga di

La formulazione dell'art. 3, l. n. 189 del 2012 ha suscitato dubbi sulla natura della responsabilità medica in ambito civilistico ed in particolare sulla riferibilità al paradigma della responsabilità contrattuale o extracontrattuale

Da tale qualificazione discendono significative conseguenze in tema di onere probatorio e prescrizione

dimostrare la sussistenza di fatti impeditivi, modificativi o estintivi della pretesa azionata da altri. Nel caso di responsabilità contrattuale, l'onere incombe sul debitore; al contrario, in presenza di responsabilità extracontrattuale, l'onere della prova è a carico del danneggiato.

A quale di tali forme di responsabilità si riferisce la responsabilità civile medica?

Dottrina e giurisprudenza, ormai da decenni, sono concordi nel ritenere che la responsabilità medica abbia natura contrattuale, assumendo rilievo, come già si accennava, tra le fonti anche il contatto sociale.

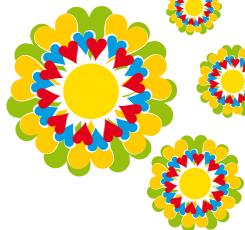
Quale il significato da attribuirsi all'art. 3, co. 1, legge Balduzzi laddove prevede che, nei casi in cui debba escludersi la responsabilità penale per colpa lieve del sanitario, "...resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile"?

Nonostante un orientamento volto a ravvisare in tale previsione la volontà del legislatore di condurre la responsabilità medica nell'ambito dell'illecito

extracontrattuale, dottrina e giurisprudenza assolutamente pacifiche ritengono – anche in ragione del riferimento circoscritto al solo obbligo risarcitorio di cui all'art. 2043 c.c. – che non si abbia alcun mutamento rispetto alla tradizionale e consolidata configurazione della responsabilità medica in termini di responsabilità contrattuale, con le ovvie conseguenze in tema di termine di prescrizione e soprattutto di riparto dell'onere probatorio.

Come si attegga quindi più nello specifico l'onere probatorio ove si controverta in tema di responsabilità medica?

Oltre ai principi generali e succintamente esposti sopra, è necessario ricordare come a seguito di un intervento delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione del 2001 il riparto dell'onere probatorio si ispiri al principio di prossimità della prova: questa dovrà essere fornita dalla parte che più facilmente può accedere alla relativa fonte ossia da quella nella cui sfera si è verificato il fatto da provare. Mutuando tali principi



Si proseguirà nella breve illustrazione dei principi posti dall'art. 3 della legge Balduzzi in tema di responsabilità medica con particolare riferimento al c.d. "versante civilistico"

nell'ambito della responsabilità medico-sanitaria, il paziente che agisce in giudizio deducendo l'inesatto adempimento dell'obbligazione sanitaria dovrà provare la fonte dell'obbligazione (contratto o contatto sociale) ed il danno, potendosi limitare ad allegare (ossia affermare) l'inadempimento, astrattamente

idoneo alla produzione del danno, del sanitario. Per suo canto, il professionista dovrà provare il fatto estintivo o impeditivo, consistente nella spiegazione dell'anomalia del risultato conseguito rispetto all'esito sperato dell'intervento o della cura: quindi dovrà provare l'inesistenza del nesso causale,

ovvero la non imputabilità del fatto dannoso per aver tenuto una condotta conforme alla diligenza professionale specifica richiesta dall'art.1176, co. 2, c.c. in relazione alle circostanze concrete. La natura contrattuale della responsabilità medica comporta, in conclusione, un onere probatorio più "gravoso" per il professionista sanitario. ♥

Dottrina e giurisprudenza, ormai da decenni, sono concordi nel ritenere che la responsabilità medica abbia natura contrattuale

L'art. 3, co. 1, legge Balduzzi non ha introdotto alcun revirement rispetto al consolidato orientamento che iscrive la responsabilità medica nell'ambito di quella contrattuale



FORUM

DI STEFANIA ANGELA DI FUSCO E MASSIMO UGUCCIONI



La medicina di genere rappresenta in pratica una nuova prospettiva per l'ottimizzazione delle cure e un ideale punto di partenza per l'individualizzazione delle strategie di prevenzione, diagnosi e terapia

La medicina di genere in Cardiologia: conoscere le differenze e superare le disparità

Promuovere la Gender Sensitivity per fare un passo avanti verso l'individualizzazione delle cure



Nell'ambito della medicina di genere, branca della medicina che per molti versi è ancora ai suoi albori, la Cardiologia è la specialità con le conoscenze più avanzate

Alle origini della Medicina di Genere

Il concetto di “genere” è ancora oggi per alcuni aspetti “nebuloso”. Riportando la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹ il termine “genere” fa riferimento a “comportamenti, attività e attributi che una società considera specifici per l'uomo e per la donna”. La medicina di genere non è lo studio delle malattie che colpiscono in maniera esclusiva gli uomini o le donne, ma quella disciplina che indaga sulle differenze tra uomo e donna sia dal punto di vista fisiopatologico, che in termini di manifestazioni cliniche, risposta alle terapie, prognosi, impatto psicologico e sociale. Si tratta di una branca della medicina che ha le sue radici nella storica descrizione della sindrome di Yentl da parte di Bernadine Healy. In un articolo pubblicato nel 1991 sul *New England Journal of Medicine*² la Cardiologia americana commenta i risultati di due studi su donne affette da coronaropatia. B. Healy evidenzia le significative differenze nella gestione dei percorsi diagnostici e terapeutici tra uomini e donne: queste ultime rispetto agli uomini erano meno ospedalizzate, meno sottoposte a indagini diagnostiche, quali coronarografie, ed interventi terapeutici risolutivi, come trombolisi, stent o bypass aorto-coronari. Il nome di questa sindrome, che quindi si riferisce al comportamento discriminante dei Cardiologi nei confronti

La medicina di genere non è lo studio delle malattie che colpiscono in maniera esclusiva gli uomini o le donne, ma quella disciplina che indaga sulle differenze tra uomo e donna sia dal punto di vista fisiopatologico, che in termini di manifestazioni cliniche, risposta alle terapie, prognosi, impatto psicologico e sociale

della donna, è tratto dall'eroina del racconto *Yentl The Yeshiva Boy*, scritto da premio Nobel Isaac B. Singer. Nel racconto la protagonista Yentl si traveste da uomo per poter accedere alla scuola ebraica e studiare il Talmud, testo sacro dell'ebraismo. Sebbene nel 2001 il National Institute of Health degli USA abbia emanato il documento *Policy and Guidelines on the Inclusion of Women and Minorities as Subjects in Clinical Research*³, per incentivare l'inclusione delle donne negli studi clinici, e nel 2007 l'OMS promuova una serie di strategie volte a favorire la ricerca di genere (World Health Assembly resolution, WHA 60.254⁴), nel 2010 l'editoriale “*Putting the gender on the agenda*”, pubblicato su *Nature*⁵, sottolinea che nella letteratura scientifica la maggior parte degli studi è ancora condotta su una prevalenza di soggetti di sesso maschile, di conseguenza la medicina applicata alle donne è meno evidence-based di quella che viene applicata agli uomini. Nel 2011 “*The Yentl syndrome is alive and well*” come recita il titolo di un articolo dell'*European Heart Journal*⁶. In questo editoriale che analizza i risultati di due ampi studi

sulla cardiopatia ischemica viene sottolineato il persistere di una disparità nelle cure delle donne con cardiopatia ischemica. In effetti, dopo più di 20 anni dalla prima descrizione della sindrome di Yentl, viene ancora una volta “denunciato” il sottoutilizzo della terapia farmacologica ed in caso di SCA il minor utilizzo di coronarografia, angioplastica e BAC, nelle donne. Se, quindi, la sindrome di Yentl ancora esiste, è evidente che la consapevolezza delle diverse modalità di manifestazione delle malattie negli uomini e nelle donne, delle differenze nel decorso clinico e negli esiti terapeutici sono il fondamento per “debellare” questa sindrome. La medicina di genere rappresenta una nuova prospettiva per l'ottimizzazione delle cure e un ideale punto di partenza per l'individualizzazione delle strategie di prevenzione, diagnosi e terapia. **Malattie cardiovascolari oggi: una questione di genere** Nell'ambito della medicina di genere, branca della medicina che per molti versi è evidentemente ancora ai suoi albori, la Cardiologia è la specialità con le



Promuovere la Gender Sensitivity per fare un passo avanti verso l'individualizzazione delle cure



conoscenze più avanzate, molto probabilmente perché il primo riconoscimento delle differenze di genere è stato fatto proprio in Cardiologia, con la sindrome di Yentl. Riconoscendo il ruolo cruciale che la medicina di genere può avere nella medicina del futuro, in più occasioni diverse pagine della nostra rivista sono state dedicate alla diffusione di riflessioni, esperienze e progetti, volti ad indagare ulteriormente le differenze di genere nelle malattie cardiovascolari. La letteratura scientifica attualmente a disposizione riporta svariate evidenze delle differenze di genere in Cardiologia, quali: il diverso impatto dei fattori di rischio cardiovascolare negli uomini e nelle donne (il diabete è associato ad un rischio di cardiopatia ischemica maggiore nelle donne); il diverso

substrato anatomico-patologico e le differenti manifestazioni cliniche della malattia coronarica (la coronaropatia microvascolare è più comune nelle donne); i diversi meccanismi fisiopatologici ed il differente decorso clinico dello scompenso cardiaco (la disfunzione diastolica è più comune nelle donne). Questi elencati sono solo alcuni esempi delle conoscenze, che nell'ottica di una ottimizzazione delle cure, non dovrebbero essere trascurate dal Cardiologo nella pratica clinica. Con l'obiettivo di promuovere una Gender Sensitivity, nel corso del Simposio Cardiologico Romano tenutosi a Roma il 19 e 20 febbraio 2015, patrocinato dalla sezione regionale ANMCO Lazio, un'intera sessione è stata dedicata alla Cardiologia di genere. Il primo argomento trattato in questa sessione è stato la cardiopatia ischemica. Sono stati toccati tutti i punti salienti delle differenze di genere nel contesto della cardiopatia ischemica, dal riconoscimento e gestione del rischio cardiovascolare all'approccio all'evento acuto. Oggetto della sessione sulla Cardiologia di genere sono state, inoltre, le specificità di genere nei disturbi del ritmo cardiaco. È stata posta l'attenzione sulle implicazioni cliniche delle differenze di genere nelle aritmie e, quindi, sulle più appropriate strategie diagnostico-terapeutiche nell'uomo e nella donna per diversi tipi di aritmia. Altro



grande argomento esaminato è stato lo scompenso cardiaco dalla differente eziopatogenesi alle differenti risposte terapeutiche nei due generi. Complessivamente si tratta di aspetti della Cardiologia spesso ancora non adeguatamente presi in considerazione nella pratica clinica e che richiedono ulteriori ricerche scientifiche mirate. ♥

Note

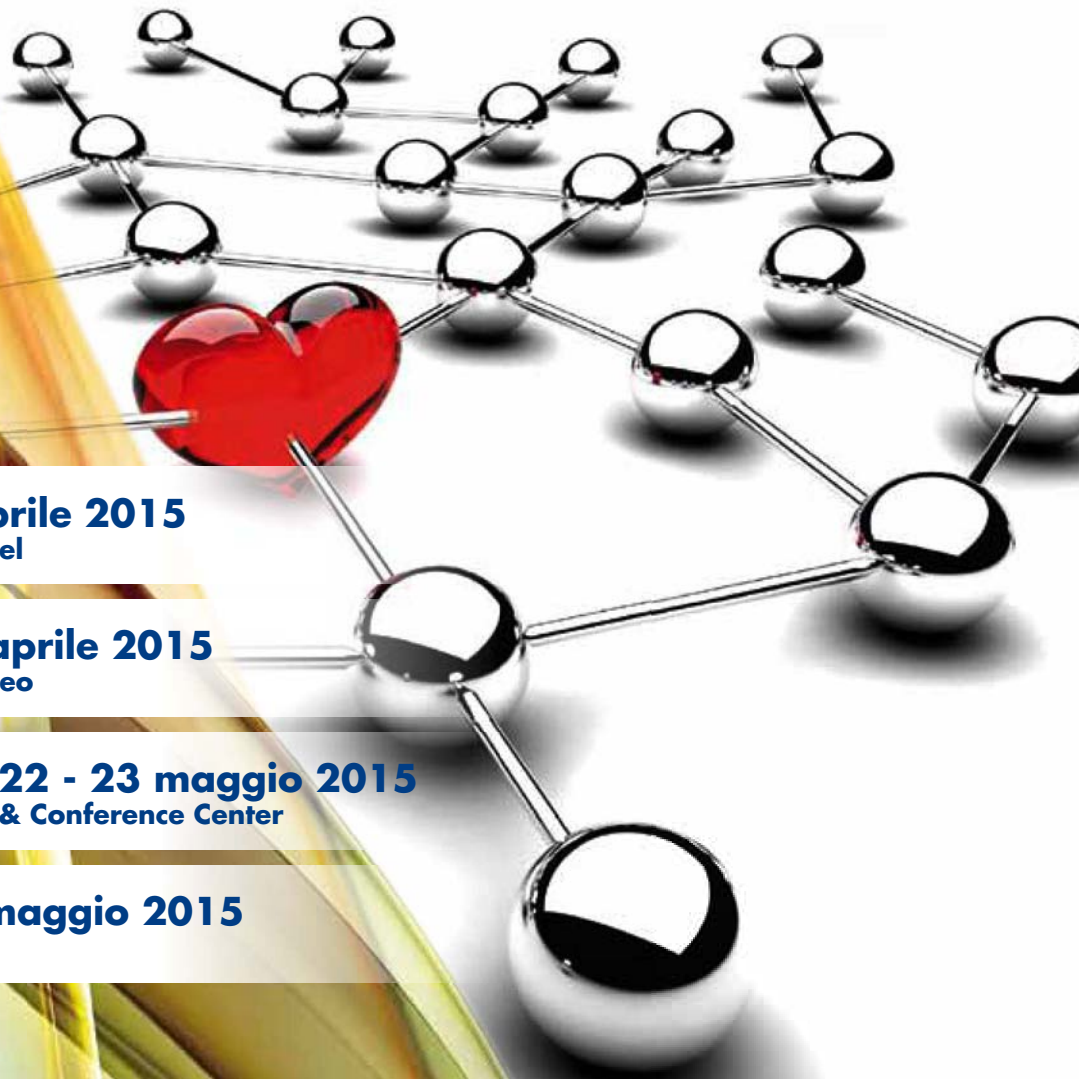
1. <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>
2. Healy B The Yentl syndrome. N Engl J Med. 1991;325(4):274-6.
3. <http://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/NOT-OD-02-001.html>
4. http://www.who.int/gender/documents/gender/who_fch_gwh_08_1/en/
5. Putting gender on the agenda. Nature. 2010;465(7299):665.
6. Merz CN. The Yentl syndrome is alive and well. Eur Heart J. 2011;32(11):1313-5.

CAMPAGNA EDUCAZIONALE
NAZIONALE ANMCO



I BISOGNI INSODDISFATTI DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA

SIAMO IN LINEA CON LE LINEE GUIDA: POSSIAMO FARE MEGLIO?



Roma, 10 - 11 aprile 2015
Rome Marriott Park Hotel

Firenze, 23 - 24 aprile 2015
Grand Hotel Mediterraneo

Aci Castello (CT), 22 - 23 maggio 2015
Sheraton Catania Hotel & Conference Center

Milano, 29 - 30 maggio 2015
Milan Marriott Hotel

46°
Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri



Non m **ANMCO** di certo!

Il Congresso Nazionale **2015**:
un evento imperdibile che proietta
la nuova ANMCO nel futuro.

Partecipa anche tu e scopri tutte le novità della formula congressuale:

- **Village multimediale** con ledwall e aule interattive dotate di iPad, pc monitor ed e-poster su widescreen
- **Meet the Expert** a numero chiuso e **Face to face**
- **Sessioni interattive di refertazione ECG** con i più celebri esperti mondiali
- **My Congress App** per iPhone, iPad, smartphone e tablet Android
- Location inedita: **Milano, sede dell'Esposizione universale EXPO 2015**

Milano, 4-6 giugno 2015, Milan Hotel Marriott
Iscriviti su www.anmco.it

