



cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Nel mezzo del cammin
di nostra ANMCO

Il punto sugli Studi Clinici del
Centro Studi ANMCO

L'Area Cardiolmaging che verrà
Area Giovani: pronti, partenza,
via...

Longum iter est per praecepta,
breve et efficax per exempla

L'aderenza terapeutica e il ruolo
infermieristico

Convention Centri Scopenso al
Congresso ANMCO 2015

Fragilità

L'attività fisica nel bambino con
cardiopatologia congenita

La Rete Oncologica e la
Cardioncologia

I pensieri dei Cardiologi
abruzzesi

La carica dei 600...

La Rete per lo scopenso
cardiaco nel Lazio

Largo ai giovani

Tour della Puglia durante la
Settimana "per il Tuo cuore"

In Toscana "la Cardiologia
guarda al futuro"

Mario Chiatto intervista
Gianfranco Sinagra

L'autodeterminazione
nell'ambito dei trattamenti
sanitari

Dove sta andando la Cardiologia?
Obbligatorietà assicurativa
medica

Il cuore nella seconda metà del
Seicento

Le Targhe d'Oro dell'ANMCO

In ricordo del Prof. Enrico Geraci

MAGGIO • GIUGNO 2015 N° 205



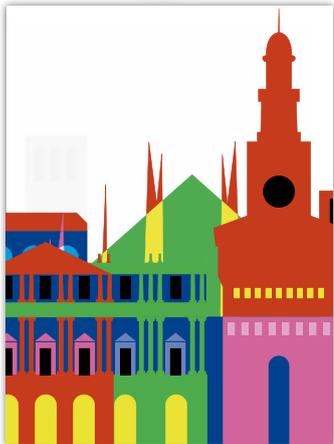
Benvenuti al Congresso!

ANMCO
2015

PRINCIPALI
INNOVAZIONI

-  **Village:** una sala multimediale attrezzata, prospiciente il foyer congressuale, che ospiterà le sessioni scientifiche riservate a un massimo di 50 partecipanti e delimitata da un ampio led wall a proiezione dinamica di 11 x 3 m
-  **e-Poster:** area dedicata all'esposizione e presentazione dei poster di ricerca in formato elettronico e in modalità interattiva su singoli widescreen posizionati in area espositiva Le Baron
-  **Aula Interattiva Multimediale:** 240 postazioni individuali. Ogni postazione individuale è dotata di iPad mini personale, PC monitor e widescreen di tavolo. Organizzate in 24 isole con postazione multimediale finalizzata alla partecipazione alle attività interattive in piccoli gruppi e singolarmente
-  **My Congress App:** applicazione mobile per iPhone, iPad, smartphone e tablet Samsung per l'accesso al programma scientifico, alle informazioni e per la fruizione di tutti i servizi offerti al Congresso
-  **Segreteria Organizzativa:** all'interno dell'area espositiva
-  **Servizi per i Fellow:** lounge riservata e servizi dedicati
-  **Congress News Daily:** quotidiano del Congresso in formato elettronico integrato anche nell'App My Congress

46° Congresso Nazionale ANMCO di Cardiologia
Milan Marriott Hotel
4 - 6 giugno 2015



In copertina - Immagine tratta dal programma scientifico del 46° Congresso Nazionale ANMCO

N. 205

maggio / giugno 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

Nel mezzo del cammin
di nostra ANMCO pag. 3
di *Michele Massimo Gulizia*

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi ANMCO pag. 15

DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

L'Area Cardiolmaging che verrà pag. 19
Una sfida esaltante!
di *Rodolfo Citro, Alberto De Nardo, Antonella Moreo, Danilo Neglia, Giuseppe Paolo Pino, Gianluca Pontone e Fausto Rigo*

AREA GIOVANI

Area Giovani: pag. 21
pronti, partenza, via...
di *Emilia Biscottini, Marco Marini, Fabiana Lucà, Giorgio Caretta, Gabriele Vianello, Vincenza Procaccini, Letizia Riva, Alberto Lavorgna, Luca Poggio, Fabio Vagnarelli, Renata De Maria*



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

"Longum iter est per praecepta, pag. 23
breve et efficax per exempla"
di *Iolanda Enea, Amedeo Bongarzone e Franco Casazza*

AREA NURSING

L'aderenza terapeutica pag. 26
e il ruolo infermieristico
di *Donatella Radini, Sabrina Egmann, Maura Francese, Massimo Imazio, Vjerica Lukic, Fabiola Sanna, Sonia Tosoni, Mauro Mennuni*



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Prima Convention Nazionale dei Centri pag. 29
Scompensato al Congresso ANMCO 2015
di *Nadia Aspromonte, Andrea Mortara, Massimo Iacoviello, Ilaria Battistoni, Daniela Pini, Alessandro Navazio, Michele Gabriele, Renata De Maria*

DALLE TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA

Fragilità pag. 32

di Giovanni Pulignano, Donatella Del Sindaco e Massimo Uguccione

CARDIOLOGIA PEDIATRICA

L'attività fisica nel bambino pag. 35

con cardiopatia congenita:
un tabù da sfatare
di Innocenzo Bianca



CARDIONCOLOGIA

La Rete Oncologica pag. 38

e la Cardioncologia
di Iris Parrini e Luigi Tarantini

DALLE REGIONI

ABRUZZO

I pensieri dei Cardiologi abruzzesi pag. 51

tra le luci del passato e le ombre del futuro
di Gerardo Rasetti e Cosimo Napoletano

FRIULI VENEZIA GIULIA

La carica dei 600... Alla Bavisela pag. 53

Family e CardioRun del 3 maggio a Trieste. Il Centro Cardiovascolare scende in campo per la prevenzione

di Giulia Russo, Donatella Radini, Maurizio Fisicaro, Antonella Cherubini, Andrea Di Lenarda a nome del Centro Cardiovascolare AASI Triestina

LAZIO

La gestione integrata pag. 56

Ospedale - Territorio dello Scopenso Cardiaco nella Regione Lazio
di Angela Beatrice Scardovi e Massimo Uguccione

MARCHE

Largo ai giovani pag. 60

di Micaela Capponi e Domenico Gabrielli a nome del Consiglio Direttivo ANMCO Marche

PUGLIA

Tour della Puglia 2015 pag. 62

durante la Settimana per il Tuo cuore
di Francesca Pierri e Pasquale Caldarola

TOSCANA

In Toscana "la Cardiologia pag. 65

guarda al futuro" con molte novità
di Alessio Lilli a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Toscana

CUORI ALLO SPECCHIO

Mario Chiatto pag. 67

intervista Gianfranco Sinagra

OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO

L'autodeterminazione pag. 70

nell'ambito dei trattamenti sanitari:
consenso informato e soggetti incapaci
di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone

FORUM

Dove sta andando pag. 72

la Cardiologia?
di Giancarlo Casolo

Obbligatorietà pag. 75

assicurativa medica
di Rosaria Villano

COME ERAVAMO

Il cuore nella seconda pag. 77

metà del Seicento
di Maurizio Giuseppe Abrignani

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

Le Targhe pag. 83

d'Oro dell'ANMCO
di Sabino Scardi e Mario Chiatto

In ricordo del Prof. Enrico Geraci pag. 87

di Gianfranco Sinagra





Nel mezzo del cammin di nostra ANMCO

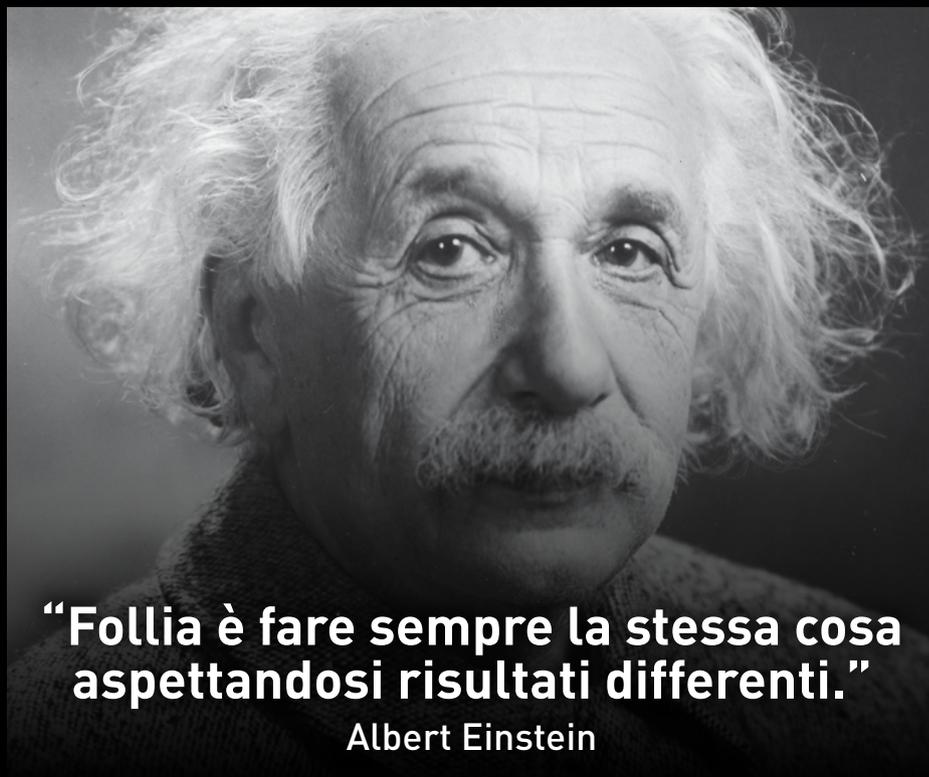
Un bilancio...consolidato

Benvenuti a Milano

Mi auguro fortemente che molti di voi, cari amici, stiate leggendo queste mie pagine dopo aver ricevuto Cardiologia negli Ospedali al nostro 46° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, principale evento che da sempre ci caratterizza per autorevolezza formativa. L'impegno profuso da parte mia e del Consiglio Direttivo tutto non può non meritare una partecipazione più che numerosa a questo appuntamento annuale di cui vado personalmente e particolarmente fiero, collocato nel solco della tradizione della nostra Associazione ma nel contempo segno tangibile di rinnovamento e cambiamento a cominciare dalla sede, che quest'anno non è più la consueta location della Fortezza da Basso di Firenze (città che ospitava da 40 anni l'evento), ma il Marriot Hotel a Milano, per avvicinare sempre più l'offerta culturale dell'Associazione ai propri iscritti e agli altri partecipanti di discipline affini e con l'augurio che la concomitante presenza dell'EXPO "Nutrire il pianeta. Energia per la vita", evento mondiale di massima rilevanza, possa essere di stimolo per un dibattito che travalichi i confini nazionali aprendo scenari cardiologici di rilevanza internazionale. Ma la

sede non è che una novità secondaria rispetto al nuovo concetto di Congresso che sperimenterete insieme a noi in questi tre giorni: snello, dinamico, interattivo, stimolante, ricco di nuove formule comunicative e formative, veri eventi nell'evento, tra cui il Village (sala monotematica per patologia, sull'esempio del congresso dell'European Society of Cardiology), Meet the Expert dentro e fuori le aule

congressuali, Face to Face Session; soprattutto sarà un evento connotato da una "rivoluzione tecnologica" che investirà radicalmente il modo di fare formazione all'interno di questo importante consesso della Cardiologia italiana: sale multimediali (aule con tavoli disposti a U con wide-plasma screen interno e uso di iPad personali per garantire l'interattività a ciascun partecipante), proiezioni watch-out, e-



"Follia è fare sempre la stessa cosa aspettandosi risultati differenti."

Albert Einstein

poster session digitali con tecnologia wide-video (in cui saranno presentati oltre 600 Poster in formato elettronico, con un moderatore/proattivatore che coordinerà 8 Relatori per sessione) e infine la My Congress App: piattaforma tecnologica del Congresso, interamente scaricabile su iPhone, iPad e smartphone android, disponibile già da pochi giorni prima del Congresso, con cui navigare dentro il programma scientifico e ricevere informazioni e tweet durante l'evento, che vi permetterà una partecipazione "da protagonisti". Tutto questo con l'auspicio che possa essere un Congresso più partecipato, più coinvolgente e che permetta a tutti di essere, oltre che discenti, anche e soprattutto "attori". Le aspettative sono state lusinghiere (alla Call for Ideas, per esempio, hanno risposto numerosissimi, presentando quasi il doppio della media delle proposte degli ultimi tre anni, mentre in seguito abbiamo ricevuto lo straordinario numero di 1.050 Abstract, una grandissima parte dei quali di elevata qualità). Questo ultimo dato deve far riflettere in positivo: la propositività scientifica, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, non soffre di condizionamenti organizzativi o associativi, non conosce flessioni; continua a esistere la spontaneità nel proporre nuovi item o idee. Queste premesse ci caricano di una grande responsabilità, che condivideremo con una Faculty d'eccezione, che vedrà coinvolti un altissimo numero di Fellow ANMCO, Soci qualificati, che la nostra Associazione valorizzerà maggiormente mettendo a loro disposizione un'apposita Lounge in sede congressuale e servizi dedicati. Altra

grande novità sarà il 1° Campionato di Refertazione ECG, riservato esclusivamente ai Soci Ordinari in regola con la quota associativa 2015, che si svolgerà solo nella giornata del 4 giugno, dalle 9:00 alle 15:00, e metterà alla prova l'abilità del partecipante nel saper riconoscere ECG complessi (16 in totale) in un breve lasso di tempo (8 minuti complessivamente), rispondendo elettronicamente tramite pc dedicati (ai primi 4 classificati, durante la Cerimonia Inaugurale del pomeriggio, saranno donati 4 moderni Elettrocardiografi TouchECG package HD+ ad alte prestazioni, messi a disposizione dalla Cardioline. È doveroso, a questo proposito, un ringraziamento ai tanti sponsor che hanno creduto in questo nuovo format congressuale, partecipando con ampi spazi espositivi, pubblicità, Hospitality Suites dedicate e grande sostegno a questo nostro evento scientifico. Un particolare benvenuto va alla Littmann® che ha deciso di accogliere il mio invito mettendo, per la prima volta in Italia, i propri tecnici a disposizione dei Soci che vorranno portare i propri fonendoscopi per piccole riparazioni meccaniche e soprattutto offrendo loro uno sconto eccezionale fino al 40% per tutti i prodotti venduti durante i tre giorni congressuali. Vi rimando proprio alla App congressuale per conoscere meglio tutti gli appuntamenti più importanti di questa ricca offerta formativa, che sarà unica tra quelle svolte sinora, ma non posso non ricordarvi le tre importanti sessioni congiunte in lingua inglese con l'American College of Cardiology, l'European Society of Cardiology e l'European Council for

Arterial Hypertension, con la partecipazione attiva ed entusiastica dei rispettivi presidenti, le main session (Esisterà ancora la Cardiologia? in cui presenteremo il Libro Bianco in cui, regione per regione, abbiamo simulato gli effetti del Regolamento, già approvato in Conferenza Stato-Regioni e pronto alla firma del Ministro, che prevede una riduzione drastica di Cardiologie, UTIC e Cardiologie interventistiche: gli attuali 8.534 posti letto in cardiologia verranno ridotti del 43%, passando a 4.844 e delle 823 strutture di Cardiologia, 581 saranno cancellate, dimensionando l'offerta in 242 strutture). E poi ancora altre main session (Sindromi coronariche acute: percorsi e strategie terapeutiche, Scompensazione Cardiaca Cronica in Italia, il percorso assistenziale dall'ospedale al territorio, Update sul monitoraggio remoto dei dispositivi impiantabili, Interrogativi e frontiere in prevenzione cardiovascolare, Convention UTIC: è il momento di passare alla UACC?), i Minimaster (Cardioimaging integrato, Fibrillazione Atriale Non Valvolare: dalla diagnosi alla gestione della terapia anticoagulante con i NAO, Le criticità della terapia antitrombotica nel paziente con SCA: dal pretrattamento alla triplice, Le cardiomiopatie: dalla ricerca di base alla pratica clinica, Embolia polmonare: dalle ultime Linee Guida alle nuove indicazioni terapeutiche), l'ampio spazio lasciato alle numerosissime Sessioni di Comunicazioni orali, da oggi ribattezzate LA RICERCA CARDIOLOGICA IN ITALIA, (per un totale di oltre 280 Abstract) e l'importante sessione finale del 6 giugno con l'Istituto Superiore di Sanità, proprio



all'EXPO, presso l'auditorium del Centro Congressi che coinvolgerà i massimi esperti mondiali di alimentazione, stili di vita e malattie cardiovascolari, tra cui il grande epidemiologo statunitense Prof. Jeremiah Stamler, ideatore della "dieta mediterranea". Durante la sessione verrà presentato, in anteprima mondiale, il nuovo Atlante del Rischio Cardiovascolare degli Italiani con particolare riferimento all'andamento negli ultimi 10 anni dei fattori di rischio, valutato nei diversi livelli socio-economici. L'indubbia rilevanza scientifica del panel dei relatori e la coniugazione con il tema dell'EXPO saranno oggetto di ampia rassegna stampa da parte di numerosi giornalisti e media televisivi specializzati già invitati alla manifestazione. Infine, ma non meno importante, vi aspetto alla nostra Assemblea, numerosi e carichi di proposte su come migliorare e snellire ulteriormente i complessi meccanismi associativi, per rendere sempre più forte, più coesa e scientificamente sempre al top questa nostra grande Associazione.

Un bilancio... consolidato

Proprio alla nostra ANMCO e ai suoi associati vorrei dedicare la seconda parte di questo intervento. È passato un anno da quando ho assunto la carica di Presidente e di conseguenza, trovandomi a metà percorso del mio mandato, è naturale voltarmi indietro per ripercorrere in modo sintetico, ma punto per punto, la tanta strada fatta insieme a un Consiglio Direttivo compatto e propositivo e fare un bilancio critico alla luce di quanto vi ho promesso nel mio programma, e cioè di rinnovare l'ANMCO ponendo il socio al suo centro. Con l'orgoglio

di assumere la Presidenza della più importante Associazione Cardiologica Italiana, temperato dalla consapevolezza della grande responsabilità assunta nei confronti di tutti i cardiologi ospedalieri del nostro Paese, mi sono impegnato, nei confronti del nuovo Consiglio Direttivo, e di riflesso di tutti i Soci, a dare tutto me stesso all'ANMCO, nel rispetto reale, e non a parole, dei valori etici, morali, organizzativi e scientifici che stanno alle fondamenta dell'Associazione. Mi chiedevo di che cosa avesse immamente necessità l'ANMCO: rinnovamento o cambiamento? La risposta più adeguata a questo interrogativo è stata, ragionevolmente, un mix tra i due termini: "cambiare rinnovandosi", ovvero cercare di stare al passo con i tempi senza perdere per strada tutto il buono realizzato fino a questo momento. La crisi economica che sta attanagliando il nostro Paese e, nel contempo, quella che sta investendo la sfera sanitaria impongono l'ideazio-

ne e l'elaborazione di nuovi format di comunicazione, formativi e organizzativi, per riuscire ad ottenere gli stessi risultati di "ieri" e trovare nuovo slancio e nuove motivazioni. Ho annunciato quindi che le cose sarebbero cambiate per la nostra Associazione e che un forte vento di rinnovamento avrebbe investito l'ANMCO nella sua totalità, rompendo con i vecchi schemi. Credo di aver mantenuto fede a quelle promesse. E se la cartina al tornasole del rinnovamento sono i cambiamenti, questi stessi non hanno tardato a prendere forma. È il risultato di un duro lavoro... condotto in gruppo! Ed è proprio in quest'ottica che dal momento che dal mio insediamento a Presidente ANMCO a oggi sono state varate e introdotte all'interno della nostra Associazione tutta una serie di novità che sono state discusse e approvate dal Consiglio Direttivo e da quello Nazionale, anche in occasione degli Stati Generali di Gubbio dal titolo emblematico



l'ANMCO che cambia, che con un programma ricco e impegnativo nello svolgimento per la strategicità e la complessità delle tematiche trattate hanno offerto la possibilità di una proficua e costruttiva discussione su tanti temi agli Organi e Organismi dell'ANMCO, per gettare le basi per una rinnovata Cardiologia, forte dei successi del passato, che saprà essere continuo riferimento culturale e organizzativo per le Istituzioni e per le nuove generazioni di Cardiologi. Inoltre sono stati piantati i pilastri per la costruzione di progetti di più lunga percorrenza e che, partendo con me, passeranno attraverso il prossimo Presidente del 2016 Andrea Di Lenarda e, oltre, a chi verrà dopo. Una condivisione e una comunione d'intenti che anima e dà forza a questo Consiglio Direttivo per portare avanti tante iniziative che hanno coinvolto e coinvolgeranno sempre più i Soci ANMCO, che sono i veri protagonisti del cambiamento in atto, il vero cuore pulsante dell'ANMCO. Alcune novità che stiamo realizzando in questi mesi sono proprio il risultato delle richieste e dei suggerimenti dei nostri Soci che per primi hanno manifestato che l'abito ANMCO cominciava a stare loro stretto. Perfino il logo ANMCO è stato riattualizzato in quest'ottica: pur mantenendo le caratteristiche di sempre è stato arricchito nella forma, conferendogli una tridimensionalità che sembra quasi farlo protendere verso i nostri Soci; è come se letteralmente andasse loro incontro. Le innovazioni nell'organizzazione interna: Insieme al nuovo Consiglio Direttivo abbiamo lavorato all'obiettivo di rendere i rapporti dei Soci con la



Segreteria e il Centro Studi più aperti e meno afflitti da una pesante burocrazia amministrativa, in modo che ogni singolo associato si senta effettivamente il vero protagonista della nostra grande realtà associativa. È l'Associazione che deve essere al servizio dei Soci, e non viceversa. Alcuni di questi cambiamenti sono stati il risultato di un sofferto e difficile percorso decisionale, condiviso con il Consiglio Nazionale. Mi riferisco alla ristrutturazione organizzativa e funzionale del patrimonio lavorativo della Segreteria e dell'Amministrazione ANMCO legata alle contingenze economiche, che ha comportato una riduzione del numero dei dipendenti, scelta dolorosa quanto improrogabile, abolendo nel contempo le figure dirigenziali (come dirigenti della nostra Associazione bastano i componenti del CD). Le attività amministrative sono state riorganizzate in quattro Dipartimenti, uno funzionale e tre organizzativi, ognuno dedicato a uno o più settori di attività: Dipartimento Amministrativo Economico-Finanziario-Ufficio Legale (riorganizzato a partire da un sistema di protocollazione, esteso a tutti i settori di attività della Segreteria, che ha permesso di migliorare sensibilmente la gestione e l'archiviazione documentale; sono stati inoltre messi in atto una serie di provvedimenti a tutela della

sicurezza e della privacy e introdotta una nuova gestione dei contratti e dei documenti di lavoro relativi ai dipendenti dell'ANMCO e del Centro Servizi, ottenendo centralizzazione e risparmio nella produzione di attività amministrative e contabili, frutto del desiderio di agire in un regime di massima trasparenza); Dipartimento Segreteria Generale, Formazione Scientifica (l'unico a carattere funzionale, che rappresenta il trait d'union con gli altri e presiede all'armonizzazione dell'attività da loro svolta); Dipartimento Soci-Regioni, Patrocinii e rapporti con le Società Scientifiche Estere (la vera interfaccia e il primo concreto contatto tra la periferia e il centro, che porta con sé molte novità che spero annullino pian piano quella sensazione di lontananza e distacco dall'ANMCO, di farraginosità dei percorsi, che è maturata nel tempo in alcuni Associati. È stato varato un nuovo Regolamento delle Sezioni Regionali ANMCO, che ha trovato una reale e positiva accoglienza da parte dei Presidenti Regionali, con sostanziali novità in termini di maggiori fondi messi a disposizione per dar vita alle loro progettualità e di maggiore chiarezza nelle regole che presiedono l'attività formativa a livello locale. Quindi una nuova ANMCO anche sotto questo profilo, in modo che ogni singolo socio si senta effettivamente il vero protagonista, al centro della nostra grande realtà associativa. In questo settore di attività deve essere ricordato il nuovo Regolamento per l'ottenimento della Fellowship ANMCO; di pari passo è stata elaborata tutta una nuova serie di servizi dedicati ai Fellow ed è stata istituita anche la figura del Fellow Emerito); Dipartimento Comunicazione&Cultura



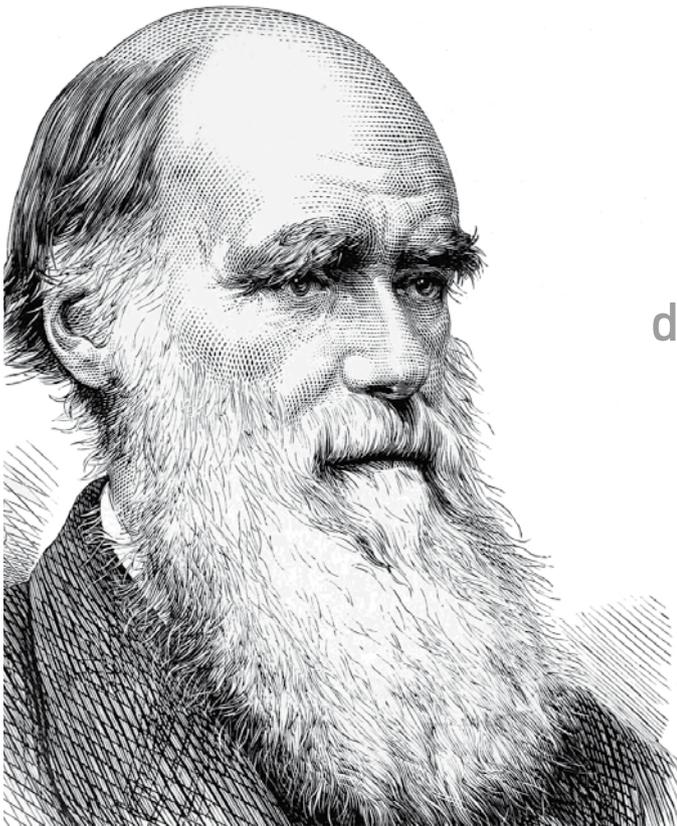
e Aree ANMCO (della cui attività diremo più avanti).

Le Aree e le Task Force: Abbiamo portato avanti una piccola rivoluzione nelle Aree. L'Area e-Cardio è stata omologata con la Commissione del Sito WEB ANMCO-Fondazione, mentre è stata creata l'Area Giovani, per cui mi sono fortemente battuto e alla quale credo per l'originalità delle idee che mi aspetto allo scopo di dare spazio e creatività culturale alla nuova generazione di Cardiologi ANMCO che credono nella possibilità di un nuovo futuro per la nostra disciplina e vorranno distinguersi e mettersi in gioco per il futuro della nostra Associazione, stimolandoli a impegnarsi per diventare i veri "artefici del nostro domani". Le Aree sono state integrate

con cinque Task Force, organismi snelli di natura eminentemente tecnica che svolgeranno la propria azione a vantaggio e/o a supporto di attività progettuali, formative, di ricerca e di comunicazione di altri organi e organismi ANMCO; esse hanno un Referente stabile che rimarrà in carica per due anni e che potrà cooptare fino ad un massimo di due esperti ad hoc, individuati di volta in volta per la conduzione di singoli progetti da svolgere in un tempo determinato. A fronte di questo nuovo assetto organizzativo è stato varato un nuovo Regolamento per il funzionamento e l'organizzazione delle Aree, in modo tale da rendere il loro operato ancora più efficiente ed efficace. I Chairperson e i Referenti delle Task Force.

all'inizio di ogni anno di attività, presenteranno le relative iniziative attuative e un cronoprogramma che permetterà l'individuazione di indicatori misurabili a breve-medio termine, che saranno oggetto di valutazione operativa da parte del Presidente e del Consiglio Direttivo. Voteremo in Assemblea la loro integrazione nello Statuto ANMCO.

L'offerta formativa: In aggiunta al Congresso Nazionale, di cui ho abbondantemente riferito nelle pagine precedenti, sono state attivate interessanti Campagne Educazionali Nazionali: I bisogni insoddisfatti della cardiopatia ischemica cronica. Siamo in linea con le linee guida: possiamo fare meglio? (dopo lo start up del 22 gennaio a Firenze, si sono svolti tutti



“Non è la più forte delle specie che sopravvive, né la più intelligente, ma quella più reattiva ai cambiamenti”.

Charles Darwin

gli incontri previsti a Roma, Firenze, Catania e Milano), Cardiomab Educational (che si terrà in 11 sedi italiane di diverse regioni, incentrata sulla necessità del raggiungimento del target di Colesterolo LDL nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare e sull'uso dei nuovi anticorpi monoclonali della PCSK9) e altri 11 incontri regionali collegati alla nuova Survey AF-NAO shot sulla gestione della Fibrillazione Atriale con i nuovi anticoagulanti orali. Ricordo inoltre l'evento sull'alimentazione svoltosi il 24 marzo a Firenze (Food Science & Food Ingredients: The need for reliable scientific approaches and correct communication). Si è conclusa anche in tutta Italia la Campagna formativa per la certificazione di provider BLS-D di oltre 600 agenti della Polizia Ferroviaria, a seguito dell'accordo tra ANMCO, Polfer e ANSF (Associazione Nazionale per la Sicurezza Ferroviaria), che ha previsto l'acquisto di 60 defibrillatori semiautomatici esterni dislocati in altrettante stazioni ferroviarie di primario transito (nel numero precedente di Cardiologi negli Ospedali vi ho raccontato di come grazie a questa formazione siano state già salvate tre vite in pochi mesi), iniziativa spontaneamente rilanciata da numerose riviste specializzate, quotidiani e dalla Rai. Voglio ringraziare ancora, di cuore, tutti i Responsabili e gli Istruttori dei Corsi BLS-D ANMCO-AHA e i due referenti ANMCO del Progetto (Giovanna Geraci e Mauro Persico, da poco avvicendato, per scadenza del mandato, da Alessandro Capecchi) che con impegno e dedizione hanno contribuito al successo di questa iniziativa. Sono state anche

messe a punto le nuove Linee Guida ANMCO per la gestione degli Eventi Formativi ECM che rientrano nel Piano Annuale Formativo, con lo scopo di agevolare e semplificare la spontanea realizzazione di corsi da parte dei vari soggetti interessati. Sempre all'interno del Piano Annuale Formativo, e nell'ottica di un continuo rinnovamento partecipativo, sono state create le "Giornate Mentoring" per i giovani Soci con l'obiettivo di creare, attraverso adeguati incontri formativi, un "nucleus" di giovani Colleghi ben preparati e formati alle varie attività dell'ANMCO.

La Ricerca: La nostra forza è sempre stata la coesione di tutte le Cardiologie ospedaliere nel partecipare a progetti scientifici che hanno reso l'ANMCO interlocutore privilegiato per le Istituzioni e per la Comunità Scientifica internazionale. Questo campo fondamentale e storico per l'ANMCO è sempre vivo e fecondo. Vi rimando alle pagine regolarmente dedicate proprio su questa rivista, a opera del Centro Studi, per un aggiornamento più completo delle varie attività, ma voglio ricordare che sono ai nastri di partenza: AF-NAO shot (Survey estesa a tutti i cardiologi italiani per ottenere un'istantanea sulla terapia della fibrillazione atriale: dalla percezione alla realtà terapeutica, dalle certezze alle prassi cliniche quotidiane), il BLITZ – AF (ampio studio osservazionale, multicentrico che coinvolgerà oltre 300 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 dia-

gnosi 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), lo START (studio nazionale, osservazionale, prospettico, multicentrico, che ha la potenzialità di essere il maggior registro sulle modalità di management di pazienti consecutivi ricoverati con diagnosi di coronaropatia stabile) ed infine il PROGRESS (studio prospettico, multicentrico, per l'implementazione delle strategie terapeutiche in pazienti con diagnosi di non-ST elevation ACS gestiti clinicamente, che prevede programmi di intervento volti all'implementazione delle Linee Guida internazionali nella realtà clinica quotidiana). Grande infine l'attività editoriale, che prevede la stesura di oltre 15 Position Paper e Documenti di Consenso, su cui stiamo lavorando con i massimi esperti dei rispettivi settori e di cui vi darò ampia comunicazione e rassegna nel prossimo numero di questa rivista.

Le iniziative comunicazionali: Al giorno d'oggi la comunicazione è fondamentale e gli strumenti che ANMCO sta mettendo in campo sono sempre più varie e numerosi, a partire dai mezzi più tradizionali quali "Cardiologia negli Ospedali" e lo stesso sito WEB, che seguendo i suggerimenti pervenuti dalla base abbiamo modificato a tempo di record, in meno di un mese e mezzo, per realizzare non più un Sito istituzionale con funzione di archivio, ma un Sito dinamico, moderno, ricco di informazioni e utility per la pratica cardiologica quotidiana, facilmente navigabile e snello nei contenuti, che avranno un turnover

frequentissimo, insomma un Sito che sia veramente in grado di informare l'utente con facilità e rapidità, su cui tanti attestati di apprezzamento ci stanno pervenendo. Il Dipartimento Comunicazione&Cultura sta però elaborando altre sostanziali novità. È stato attivato il progetto ANMComunica, uno strumento d'informazione che opererà con un metodo decisamente nuovo e dinamico, con la mission di essere la voce dell'ANMCO nei rapporti con i mass media e la vision non di un semplice ufficio stampa, ma di un mezzo potente per diffondere in tempi brevi il punto di vista as-

sociativo su tematiche scientifiche, culturali e organizzative ai principali mezzi di informazione. Una Task force dedicata (con un Nucleus operativo, scientifico, territoriale e web 3.0) gestirà questa vera rete informativa a disposizione dei nostri Soci e del mondo cardiologico in generale, che vuole coniugare completezza, chiarezza, omogeneità e rapidità dei messaggi comunicativi e che si dovrà alimen-

tare da più livelli e fonti, dal basso, ovvero a livello locale, oppure dall'alto, ovvero a livello di Istituzioni Sanitarie Nazionali oppure Organismi Internazionali. La notizia diventerà protagonista, anche se il mezzo di fruizione della stessa da parte dell'utente potrà cambiare a seconda delle circostanze, assumendo la veste di articolo, di contenuto WEB, d'intervista scaricabi-



le da Youtube, di breve annuncio sui Social, di APP, di format FAD. Partendo dalla considerazione che ogni anno nel mondo vengono presentati numerosissimi studi che aprono nuove possibilità terapeutiche, una mole di informazioni che è sempre più difficile filtrare e approfondire individualmente, e in linea con le finalità della nostra Associazione, per la quale riveste un ruolo centrale la promozione dell'attività culturale e formativa dei Soci, ho pensato inoltre di creare un ulteriore strumento che, grazie alle possibilità offerte 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 Portale web dedicato e a una APP appositamente progettata, ad articoli di approfondimento e report quotidiani in lingua italiana ad opera della nostra Redazione Scientifica, sempre presente in quella che di volta in volta è la sede dell'evento (la prima diretta è stata quella dal 64° Congresso dell'American College of Cardiology, svoltosi dal 14 al 16 marzo a San Diego). A tal proposito desidero ringraziare particolarmente Angela Stefania Di Fusco e Daniele Grosseto per l'entusiasmo e la grande professionalità con le quali hanno affrontato questo oneroso impegno oltreoceano. Invito tutti voi a cogliere anche questa importante opportunità per arricchire il proprio corpus di conoscenze e competenze ed essere aggiornati sulle più importanti novità in contempo-

anea alla loro presentazione, perfettamente compatibile con i ritmi e le esigenze dell'attività lavorativa odierna, aderendo gratuitamente al servizio, un modo pratico e innovativo per "partecipare" senza viaggiare! Basta collegarsi al Sito ANMCO e cliccare sul banner ANMCO Cardiology Channel oppure scaricare gratuitamente la APP Cardiochannel dall'Apple Store o da Google Play, rispettivamente per i sistemi operativi IOS o Android. Avrete modo di ricevere in tempo reale le grandi novità del nostro Congresso Nazionale e di quelle del prossimo Congresso dell'ESC a Londra a fine agosto, con contenuti accessibili tutte le volte che si desidera, sia on-line che off-line (con possibilità di download degli articoli e notifiche push delle ultime news). Altra grande novità è il progetto ANMC@NNECT, un nuovissimo format che avvalendosi di particolari tecnologie mira a creare una rete dedicata all'aggiornamento continuo professionale del cardiologo. Sarà in sostanza una piattaforma informatica, raggiungibile attraverso i più comuni social media, come Facebook e Twitter (ANMCO e Fondazione per il Tuo cuore non potranno più fare a meno dei relativi profili) con cui i soci avranno la possibilità di reperire materiali scientifici, app e informazioni utili di vario genere e... pillole di notizie in tempo reale per svolgere la loro laboriosa attività quotidiana. Tutti questi servizi sono già attivi da mesi, per cui non perdere tempo ed entra nella nostra Comunità!

I rapporti con le istituzioni: La nostra stessa ragion d'essere è messa in dubbio, in atto, da un modello organizzativo, quello per intensità di cure,

che rischia di azzerare i significativi progressi che la scienza e l'ars cardiologica hanno garantito negli ultimi cinquant'anni alla popolazione italiana, peraltro evidenziati dalla notevole riduzione della mortalità per le malattie cardiovascolari. La frammentazione delle competenze cardiologiche prevista nei nuovi sistemi organizzativi ospedalieri mina alle fondamenta le imprescindibili specificità, unicità e insostituibilità della nostra specializzazione. Ci viene imposto un modello assistenziale che non solo non è mai stato sperimentato "sul campo" in termini di indicatori di processo e di esiti ma che, per di più, appare applicato in maniera sorprendentemente differente nelle diverse strutture ospedaliere in cui è stato realizzato. Abbiamo pertanto preteso di essere coinvolti nella progettazione dei modelli gestionali futuri, in una consapevole assunzione di responsabilità che è nell'interesse non tanto di una mera difesa corporativistica ma soprattutto della vita e della salute dei cittadini italiani. Nella stessa ottica si inserisce l'impegno per difendere il ruolo e la specificità delle Cardiologie "spoke", vero tessuto connettivo e scheletro portante della Cardiologia italiana. In questo momento, inoltre, una Spending Review spesso basata su tagli lineari e non su una oculata allocazione di risorse mette a dura prova anche i nostri organici. Sentiamo il bisogno, di fronte a queste sfide, di procedere rapidamente a un rinnovamento che possa permetterci di restare protagonisti in una Sanità in continua evoluzione. L'ANMCO è stata propositiva anche nel difendere le Cardiologie dall'abbandono da parte delle Istituzioni Pubbliche che, con un recente



decreto legge, poi approvato con poche modifiche in Conferenza Stato-Regioni, passato quasi in sordina ma letto nella drammaticità delle affermazioni in essa contenute solo da noi e pochi altri, rischia di cancellare numerose cardiologie in tutta Italia. Si tratta di una riforma assistenziale e ospedaliera che abbiamo fortemente, ma criticamente e positivamente revisionato, applicandola, grazie al tempestivo sostegno di Giovanni Gregorio, a un modello virtuale per valutarne gli effetti devastanti a breve, medio e lungo termine sul territorio nazionale. L'applicazione del suddetto Decreto spazzerebbe via, in un soffio, 581 Cardiologie delle attuali 823, con un maggior danno configurato nell'assoluta mancanza della figura professionale del Cardiologo (oltre che della Cardiologia) negli Ospedali di Pronto Soccorso: lo scoppio di una bomba. Oltre alla già citata riduzione del 43% degli attuali 8.534 posti letto che passeranno ad appena 4.844, è prevista una riduzione delle Unità di Terapia Intensiva Coronarica dalle attuali 402 ad appena 242 e dei Laboratori di Cardiologia Interventistica da 249 a 121. Di queste conseguenze ho recentemente discusso con le massime istituzioni governative, tra cui l'On. Vito De Filippo, attuale Sottosegretario di Stato del Ministero della Salute appalesando, proattivamente, quali ricadute avrebbe avuto tale applicazione, sic et simpliciter, sulla cura delle patologie cardiovascolari. A breve confido di incontrare le massime Istituzioni governative alle quali sottoporro le nostre perplessità di specialisti Cardiologi e alle quali consegnerò il libro bianco che abbiamo realizzato in cui, regione per regione, si descrivono accuratamente

le possibili conseguenze derivanti dall'attuazione del suddetto Decreto con le cancellazioni di posti letto/strutture/UTIC/Emodinamiche. Abbiamo anche intrapreso un percorso virtuoso verso una nuova epoca nei rapporti con l'AGENAS, allo scopo di donare un carattere di maggiore scientificità ai dati, potenzialmente utilissimi in termini di epidemiologia clinica, del Programma Nazionale Esiti, in modo da valutare l'operato dei cardiologi con criteri non aleatori ma rispondenti alla realtà costituendo un tavolo tecnico insieme ad AGENAS e ai principali attori della rete per l'infarto per declinare i nuovi indicatori. Si rende indispensabile e prioritaria anche la realizzazione di un nuovo documento "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia in Italia", attualizzato alle mutate condizioni assistenziali ed economiche del nostro Paese. Vista la continua evoluzione normativa in ambito sanitario, è stata infine approvata la mia proposta di procedere a un nuovo Censimento ANMCO delle Strutture Cardiologiche, relativo all'anno 2015, che consenta di delineare la realtà attuale della Cardiologia nazionale e di valutarne l'evoluzione e lo sviluppo rispetto alle precedenti rilevazioni. Il Censimento si propone di aggiornare la distribuzione territoriale delle Strutture Cardiologiche nazionali ospedaliere, universitarie e private dotate di posti letto accreditati per l'attività cardiologica e di acquisire nuove informazioni riguardo al loro stato normativo e assetto organizzativo e alle attività svolte. È stato approntato un questionario, per molte parti sovrapponibile a quello utilizzato per il 6° Censimento dell'anno 2010, ma molto più snello e agevole nella compilazione,

sempre da effettuare sul Web. Questo nuovo Censimento ci consentirà di delineare la realtà attuale della Cardiologia nazionale e di valutarne l'evoluzione e lo sviluppo rispetto ai precedenti rilevamenti e costituirà inoltre una banca dati sulla realtà cardiologica del nostro Paese, aggiornabile periodicamente e a disposizione per tutte le esigenze di valutazione e/o di programmazione relative all'area cardiovascolare sia in ambito nazionale che di singola regione. È evidente che questi obiettivi si realizzeranno soltanto se il Censimento sarà adeguato sia nell'accuratezza e completezza della compilazione dei questionari, sia nella diffusa partecipazione delle Strutture Cardiologiche, per cui invito caldamente tutti a partecipare. A questo scopo proprio qui al Congresso ANMCO, allo stand della Fondazione per il tuo cuore/Centro Studi ANMCO sarà presente un nostro funzionario per agevolare e assistere tutti i Direttori di Struttura per la compilazione del Censimento. Ricordate, la scadenza è del 6 giugno. Affrettatevi per non perdere l'occasione di censire la Vostra Struttura in un momento così delicato. Ma per tutte queste azioni occorre uno sforzo comune. La stessa coesione che tutte le Cardiologie ospedaliere hanno dimostrato, e dimostrano giornalmente, nel partecipare ai progetti scientifici che hanno reso l'ANMCO interlocutore privilegiato per le Istituzioni e la Comunità Scientifica internazionale, va spesa per difendere la nostra disciplina, dando nel contempo risposte al fabbisogno di salute dei cittadini italiani, di cui ci siamo fatti garanti negli ultimi cinquant'anni. Basti pensare che le nostre conquiste diagnostiche e terapeutiche hanno allungato la vita media di circa

10 anni, mentre quelle più sofisticate di molte altre discipline non riescono a superare valori medi di pochi mesi... I rapporti con FIC e le società consorelle: Proprio per affrontare queste sfide è necessario ritrovare, la necessaria compattezza e comunione d'intenti insieme alla Federazione Italiana di Cardiologia e alle altre Società cardiologiche di settore, con cui collaboreremo con lo stesso spirito di servizio, nella consapevolezza che proprio dalla diversificazione di compiti e di obiettivi nasce la forza di un mondo, quello cardiologico italiano, che deve avere in questa sua "diversità" biologica lo spunto per affermarsi ulteriormente nelle sue interlocuzioni con la Cardiologia Europea e con le Istituzioni. Sul ruolo della FIC e dei rapporti con le Società cardiologiche consorelle ha avuto luogo, agli stati Generali ANMCO, un complesso e articolato dibattito, che dovrà essere portato al tavolo FIC e per il quale confidiamo in una maggiore uniformità di vedute, in un'ottica che assomigli sempre più al consolidato e vincente modello europeo dell'ESC. La Fondazione per il Tuo Cuore e il rapporto con i cittadini: Grande è stato il successo per la nuova edizione di Cardiologie Aperte, tradizionale appuntamento che si è svolto nella settimana dal 9 al 15 febbraio (226 Cardiologie, distribuite su tutto il territorio nazionale, si sono attivate realizzando svariate attività rivolte alla popolazione: momenti d'incontro e dibattito tra esperti e cittadini, visite e consulenze in prevenzione primaria e secondaria, gazebo in piazza con la possibilità di effettuare gratuitamente screening cardiologici, conferenze su

temi di prevenzione cardiovascolare, eventi culturali, concerti di beneficenza, Corsi BLS-D nelle scuole rivolti a giovani dell'ultimo triennio scolastico e ai loro insegnanti e altro ancora) nell'ambito della Sesta Campagna ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore"-HCF Onlus avente lo scopo di sensibilizzare tutta la popolazione italiana agli scopi e alla mission di ANMCO e Fondazione per il tuo cuore, diffondere la cultura della prevenzione informando i cittadini sugli stili di vita pericolosi per il cuore, e infine spiegare l'importanza della ricerca sulle malattie del cuore. Sono stati inoltre inviati, alle Cardiologie che ne hanno fatto richiesta, gli opuscoli divulgativi/informativi su argomenti di prevenzione del rischio cardiovascolare e i 4 poster di grande formato che li riassumono contenendo anche l'invito alla raccolta fondi per la nostra Fondazione attraverso la donazione gratuita e volontaria. Durante la Settimana "per il Tuo cuore", ma ancor più per tutto l'anno, la popolazione, cominciando dai pazienti e dai loro familiari, è stata, infatti, chiamata a sostenere, con diverse modalità di donazione (tramite la destinazione del 5x1000, bonifico bancario e/o versamento postale), l'attività di ricerca sulle malattie cardiovascolari della Fondazione. La Campagna "per il Tuo cuore" non si è fermata qui, perché ANMCO e la Fondazione hanno promosso, infatti, una novità assoluta, da me ideata per la tutela della salute cardiovascolare di tutti: la Banca del Cuore, altra fondamentale e innovativa attività, già presente in numerose Cardiologie. È un progetto unico al mondo e rivoluzionario

nel suo genere, approvato anche dall'Istituto Superiore di Sanità, che permetterà di creare e di utilizzare il più ampio database digitale nazionale, un enorme registro elettronico, una "cassaforte" virtuale in grado di custodire l'elettrocardiogramma, i valori della pressione arteriosa e del peso e un numero minimo ma significativo di variabili (sesso, età, anamnesi di ipertensione arteriosa, diabete, pregresso infarto miocardico, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale) dei cittadini. Grazie a una card di accesso personale (denominata BancomHeart), contenente le proprie credenziali individuali, tutti i dati rilevati saranno resi disponibili online in caso di bisogno, anche a distanza o all'estero, tramite qualunque dispositivo con connessione internet: computer, tablet o smartphone. Ogni cittadino, non solo i pazienti cardiopatici, potrà così gratuitamente consultare o mettere facilmente a disposizione dei medici da lui autorizzati i propri dati, cosa che, in alcuni casi, può rivelarsi vitale, ad esempio in caso di smarrimento o di momentanea indisponibilità della documentazione cartacea. Inoltre ANMCO potrà svolgere attività di ricerca (su dato anagrafico anonimo) sui parametri ECG e clinici contenuti nel database. Questa prestigiosa iniziativa, di indubbia valenza sociale (tra l'altro consentirà anche lo screening aritmologico di condizioni misconosciute e potenzialmente pericolose come ad esempio: malattie dei canali ionici ad alto rischio di morte cardiaca improvvisa, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, etc.) che testimonia ancora una volta l'impegno dell'Associa-



zione che mi onoro di presiedere a salvaguardia della salute dei singoli Cittadini, è un progetto che darà lustro all'assistenza sanitaria italiana e alle Aziende Ospedaliere che vi contribuiranno col lavoro delle proprie Cardiologie, e ha goduto di un'ampia diffusione presso i mass media. Una grande rivoluzione culturale che ancora una volta ci permetterà di essere antesignani di un modo nuovo di fare non solo ricerca, ma anche assistenza, un traguardo raggiunto grazie all'infaticabile sostegno che gli Associati manifestano tangibilmente per tutte le iniziative promosse da ANMCO. Ringrazio ancora sinceramente tutti Voi per lo straordinario impegno, la disponibilità, la perseveranza e soprattutto per la passione nell'aderire e sostenere Cardiologie Aperte e il Progetto "Banca del Cuore", grande e comune obiettivo per il quale confido continuerete a spendervi con energia e tenacia sottolineando ancora una volta il nostro orgoglioso e qualificato impegno di Cardiologi ANMCO per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e della morte improvvisa cardiaca a salvaguardia della salute dei Cittadini italiani.

La convenzione assicurativa ANMCO/ASSITA: Un altro interessante servizio che abbiamo offerto in esclusiva ai soci in regola è quello dell'Assicurazione di Responsabilità Civile e Professionale e Tutela Giudiziaria, stipulando una convenzione con ASSITA, broker assicurativo primario in sanità che, in contropartita a un premio agevolato, prevede una copertura per cinque anni contro il rischio clinico di malpractice e/o di colpa professionale grave con costi

e vantaggi straordinari, un prodotto assicurativo conveniente e assolutamente concorrenziale, per qualità e quantità di servizi offerti, rispetto a tutte le altre polizze professionali attualmente rintracciabili sul mercato, che copre qualsiasi attività clinica, interventistica e/o amministrativa del Cardiologo dipendente ospedaliero (compresa intramoenia allargata e responsabilità primaria). La polizza comprende due diversi moduli, tutela legale e colpa grave, che si possono contrarre disgiuntamente o congiuntamente. È un primo, concreto passo da parte della nostra Associazione per affrontare una minaccia a volte scaramanticamente allontanata ma che condiziona ormai pesantemente l'attività quotidiana dei cardiologi ospedalieri. Abbiamo già ricevuto numerose richieste di adesione, mentre stiamo elaborando un nuovo prodotto assicurativo che tuteli anche i numerosi Soci che lavorano in extramoenia o fuori dall'ospedale e i giovani specializzandi. Potrete ricevere allo stand ASSITA, presente al nostro Congresso, ulteriori delucidazioni sul tema. Non voglio dilungarmi ulteriormente con una mera elencazione delle tante altre attività svolte in quest'anno di presidenza, ma voglio ricordare il riconoscimento e l'affetto che questo nuovo Consiglio da me presieduto ha nei confronti degli Associati, vero cuore pulsante della nostra Associazione. Grazie anche a uno straordinario Consiglio Direttivo e a un efficace e proattivo Consiglio Nazionale, abbiamo intrapreso con molta tenacia e caparbietà questa splendida esperienza all'insegna del cambiamento. Il cambiamento non è mai facile, significa optare per

qualcosa di ignoto, estraneo; significa rischio, ma anche grande soddisfazione là dove gli obiettivi puntualmente si realizzano. Il sostegno di tanti Soci è stato per me motivo di incoraggiamento e di ulteriore galvanizzazione per portare avanti con determinazione le giuste istanze che possano migliorare la crescita e la continua affermazione della nostra Associazione. Considero, a questo proposito, in questo periodo storico di crisi dell'associazionismo e nonostante i decisi tagli portati avanti nei confronti di diversi soci morosi da tempo, un notevole successo aver mantenuto a oltre cinquemila il numero dei soci ANMCO, cui si aggiungeranno tanti altri, tra cui moltissimi giovani, che di recente stanno richiedendo di far parte della nostra Associazione. Quando mi candidai a Presidente avevo chiari in mente alcuni valori ai quali ho sempre creduto e che a mio parere fanno forte un'Associazione: l'amicizia, la lealtà, il sacrificio, l'importanza dei valori condivisi, l'orgoglio dell'appartenenza, la passione nel servizio. Oggi vi credo maggiormente e confido che, in questo percorso di innovazione e di rinnovamento, possa sempre trovarvi vicini, compagni di viaggio che si muovono nell'alveo della tradizione, Soci che non si accontentino di stare "al balcone", ma Soci interessati a scoprire e sperimentare nuove formule che ci consentano di restare uniti e sviluppare giorno per giorno modelli scientifici e organizzativi che tutelino la specificità della nostra disciplina e la salute degli uomini e delle donne che si affidano a noi. Buon ANMCO a tutti, e arrivederci al prossimo numero ♥

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

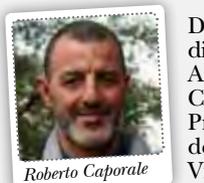


Gianfranco Alunni

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	315	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)	1.100 (21.400)	897 (16.250)	Event driven	in corso	
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26 (444)	1.820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso	
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	14 (303)	378 (8.000)	86 (1.700)	Event driven	in corso	
TOSCA.IT In collaborazione con Società Italiana Diabetologi	61	3.371	3.036	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	21	186	-	48 settimane	-
COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute	28 (100)	800 (4.500)	-	Event driven	-
BLITZ-AF (osservazionale)	200	3.000	-	1 anno	-
START (osservazionale)	250	4.500	-	1 anno	-

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ OUTLIERS



FOCUS ON

COLCOT STUDY (COLCHICINE CARDIOVASCULAR OUTCOMES TRIAL)

Si tratta di uno studio randomizzato, in doppio cieco, multicentrico, event driven, che includerà 4500 pazienti in tutto il mondo e 800 in Italia. Lo studio è promosso dal Montreal Health Institute e coordinato in Italia dal Centro Studi ANMCO.

Questi gli obiettivi dello studio:

- **primario** valutare se il trattamento a lungo termine con colchicina riduce il rischio di eventi cardiovascolari in pazienti che hanno avuto un infarto miocardico nei 30 giorni precedenti l'arruolamento;
- **secondario** valutare la safety a lungo termine del trattamento con colchicina;
- **terziario** valutare la correlazione tra il trattamento con colchicina e markers biochimici e genetici.

Saranno inclusi pazienti di entrambi i sessi, di età ≥ 18 anni, che hanno avuto un infarto miocardico (STE-MI e NSTEMI) nei precedenti 30 giorni, che abbiano concluso la procedura di rivascolarizzazione laddove indicata, e trattati come indicato dalle Linee Guida.

Visite	1 Visita Screening	2 ^a Randomizzazione/ Baseline	3 Visita	4 Contatto telefonico	5,7,9... Visita	6,8,10... Contatto telefonico	Fine dello studio
Mesi		0	1	3	6, 12, 18...	9, 15, 21...	
Consenso Informato	X						
Anamnesi	X						
Contatto telefonico				X		X	
Revisione criteri di inclusione/ esclusione	X	X					
Test di gravidanza (solo per le donne in età fertile)		X					
Biochimica di routine e emocromo (locale, una volta all'anno)		X			X		X
Prelievo per biomarkers (centralizzato, opzionale)		X					X
Prelievo per farmacogenomica (centralizzato, opzionale)		X					
Valutazione degli endpoint dello studio e altri eventi avversi		X	X	X	X	X	X
Revisione terapia concomitante	X	X	X	X	X	X	X
Consegna farmaco dello studio		X	X		X		
Ritiro farmaco dello studio			X		X		X



AREA ARITMIE

Chairperson

Renato Pietro Ricci (Roma)

Co - Chairperson

Achille Giardina (Cagliari)



AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Michele Portoghese (Sassari)

Co - Chairperson

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

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

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)



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Serafina Valente (Firenze)

Co - Chairperson

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

Comitato di Coordinamento

Alfredo De Nardo (Vibo Valentia)

Antonella Moreo (Milano)

Danilo Neglia (Pisa)

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

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

L'Area CardioImaging che verrà Una sfida esaltante!

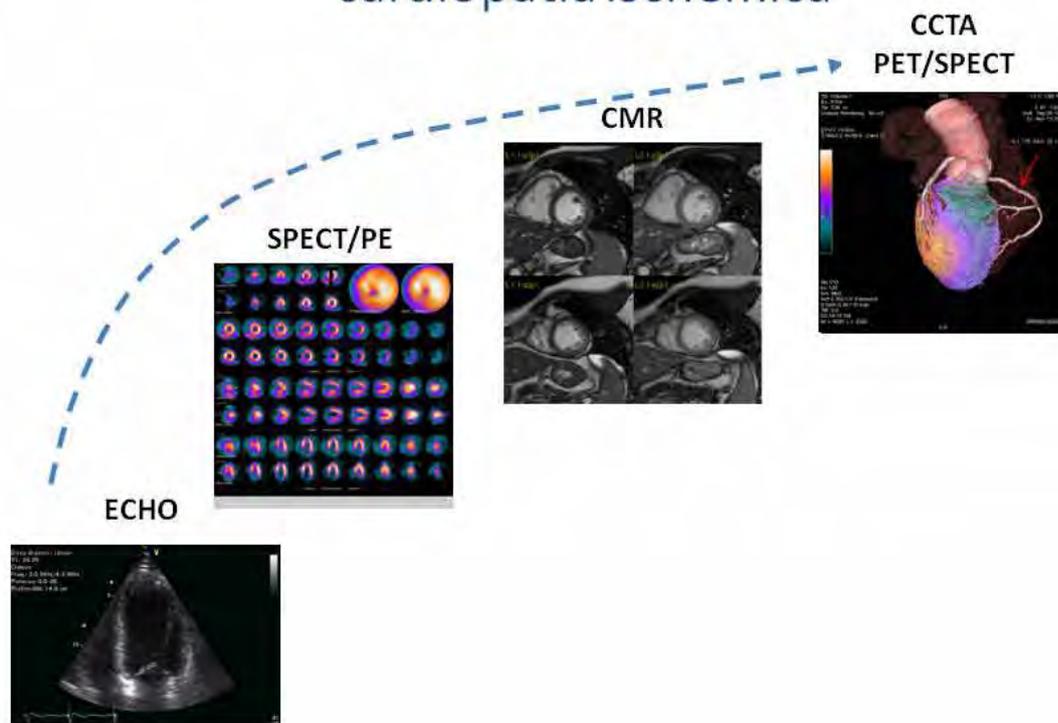
Poiché è importante partire bene per arrivare meglio, subito è stato buttato sul tavolo un progetto ambizioso di ricerca riguardante l'imaging multimodale nella cardiopatia ischemica stabile

Sotto la guida del Chairperson Fausto Rigo, si è messa al lavoro la nuova squadra del CardioImaging che si compone del Co - Chairperson Giuseppe Paolo Pino e dei componenti Rodolfo Citro, Alberto De Nardo, Antonella Moreo e Danilo Neglia, nonché del consulente Gianluca Pontone. Sin dal primo incontro è apparsa chiara la necessità di avere dei ruoli specifici e delle linee di indirizzo: centralità del paziente, appropriatezza delle metodiche diagnostiche di imaging e sostenibilità in termini di rapporto costo - beneficio, necessità di condivisione di percorsi comuni con altri grandi esperti dell'imaging come i radiologi. Poiché è importante partire bene per arrivare

meglio, subito è stato buttato sul tavolo un progetto ambizioso di ricerca riguardante l'imaging multimodale nella cardiopatia ischemica stabile. Lo scopo principale dei test non invasivi in pazienti con sintomi suggestivi di malattia coronarica (CAD) è quello di valutare il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari futuri, di indicare quali pazienti debbano essere sottoposti a coronarografia invasiva nonché di orientare la terapia. La popolazione in oggetto è complessa ed include sia i pazienti a più alto rischio sia quelli a basso rischio nei quali un esame angiografico invasivo rappresenta un inutile rischio. I dati provenienti dai registri internazionali hanno rivelato che in quasi 40% dei pazienti

sottoposti a studio invasivo, l'angiografia coronarica è normale o documenta lievi stenosi non significative. Questo dato suggerisce che strategie più efficaci sono necessarie per distinguere tra i pazienti con sospetta malattia coronarica significativa e ad alto rischio che necessitano di coronarografia ed eventualmente rivascolarizzazione da quelli nei quali un'opportuna terapia medica è sufficiente. Metodiche emergenti come la TC coronarica possono fornire un valore additivo incrementale nell'iter diagnostico della CAD. Tuttavia non è ancora chiaro quale sia la scelta migliore tra i singoli test "anatomici" o "funzionali" (test provocativi di ischemia miocardica) o combinati per la valutazione

Molteplici metodiche diagnostiche di “imaging” nella cardiopatia ischemica



diagnostica e la stratificazione del rischio nel singolo paziente (Figura 1). Lo Studio EURECA (EUropean REgistry CARDiac) Imaging (Italy) è stato progettato come prima sperimentazione di un più vasto progetto Europeo proposto nell’ambito della EACVI (European Association of Cardiovascular Imaging della Società Europea di Cardiologia) con l’ambizione di fornire una fotografia di quanto avviene nei nostri ospedali e dell’impatto sull’utilizzo delle risorse e sull’esito clinico nel breve periodo. Lo studio verrà proposto al prossimo Congresso Nazionale e successivamente ripreso in un altro importante evento della cardiologia italiana: il Congresso del Niguarda del prossimo settem-

bre a Milano. È previsto un periodo di audit che verrà svolto probabilmente dal 15 settembre al 15 ottobre 2015. I centri partecipanti dovranno rispondere ad un questionario dal quale sarà possibile ricevere informazioni sui comportamenti adottati nelle diverse realtà italiane per questa patologia di così frequente riscontro nella pratica clinica e sugli esiti a breve periodo. Ma il nuovo effervescente gruppo dell’Area CardioImaging non si fermerà qui. L’obiettivo è quello di rilanciare anche la formazione con corsi webinar e con eventi scientifici monotematici dedicati che verranno organizzati nelle diverse aree geografiche italiane. Ma anche la produzione scientifica rappresenta

un obiettivo dell’Area, da raggiungere non solo attraverso articoli come “messe a punto”, “stato dell’arte”, ma anche guide diagnostiche tascabili, di taglio pratico, su problematiche di quotidiano riscontro nell’attività ospedaliera come cardiopatia ischemica, fibrillazione atriale e sindromi acute dell’aorta. L’intento sarà quello di coinvolgere attivamente gli under - 40, con un ruolo da protagonisti nelle diverse iniziative. Ma questo è solo l’inizio. Ancora altre sorprese l’agguerrito gruppo dell’Area CardioImaging intende riservare. ♥

DI EMILIA BISCOTTINI, MARCO MARINI, FABIANA LUCÀ, GIORGIO CARETTA,
GABRIELE VIANELLO, VINCENZA PROCACCINI, LETIZIA RIVA, ALBERTO LAVORGNA,
LUCA POGGIO, FABIO VAGNARELLI, RENATA DE MARIA

Pronti a muovere i nostri primi passi

Area Giovani: al via i nostri progetti

Sull'onda dell'entusiasmo con cui abbiamo accettato la sfida di dare voce ai giovani
Cardiologi under 40, iniziano a prendere vita i nostri primi progetti

Vi avevamo parlato del nostro entusiasmo, delle nostre aspettative e delle molte idee in cantiere a pochi giorni dal nostro primo incontro e dalla nascita dell'Area Giovani. Ora è arrivato il momento di mettere a frutto le forze comuni e muovere i nostri primi passi spinti dalla consapevolezza e dalla voglia di dimostrare di essere un valore aggiunto all'interno dell'Associazione. Come già preannunciato, i nostri progetti avranno come filo conduttore un taglio pratico, avranno lo scopo di approfondire argomenti di ambito cardiologico senz'altro noti ma con la volontà di osservarli da punti di vista nuovi e meno "accademici", spazieremo soprattutto tra le cosiddette "aree grigie", attraverso casi clinici più o meno convenzionali, che possono generare dubbi decisionali non troppo lontani da quelli che tempestano la nostra realtà quotidiana. L'obiettivo è quello di sviscerarne gli aspetti più controversi muovendoci tra diversi ambiti cardiologici, in cui nella nostra pratica clinica, dobbiamo districarci e ricavarne indicazioni utili basate



su ragionevoli certezze. Per fare questo abbiamo bisogno del prezioso aiuto dei colleghi delle altre Aree, esperti dai quali non abbiamo che da imparare, del loro appoggio e del confronto che fungeranno da terreno fertile per le nostre proposte. Nasceranno rassegne su diversi argomenti di interesse cardiologico, basate su opinioni di esperti che già hanno dato la loro impagabile disponibilità per rispondere alle nostre domande e aiutarci a dare messaggi chiari e di indubbia utilità per la comune pratica clinica. Crediamo fortemente che i progetti "interarea" siano una grande

opportunità e una fonte di arricchimento per tutti, ma soprattutto per noi giovani Cardiologi che possiamo così trarre esperienza da chi ha percorso più chilometri di noi tra le strade ripide e tortuose della nostra professione. E ci sorprenderemo nello scoprire quanto di formativo e tangibile si possa trarre dall'approfondimento di argomenti che pensavamo di conoscere e di avere in nostro possesso; grazie all'aiuto dell'Area CardioChirurgia, Emergenza-Urgenza e CardioImaging, Aritmie (...e speriamo altre in futuro), già nei prossimi mesi arricchiremo il nostro bagaglio di

conoscenze attraverso rassegne ed articoli già in programma; partiremo da Casi Clinici che rispecchiano il profilo dei pazienti che troviamo ogni giorno nei nostri reparti, procederemo con il fornire highlight utili per guidare l'iter diagnostico in particolari situazioni cliniche, il tutto affiancato da rassegne della letteratura e molto altro... La speranza di tutta l'Area è quella di riuscire a coinvolgere un numero sempre più ampio di Cardiologi "giovani" e come primo passo per

della sterilità di una Associazione lontana dalle loro esigenze e di far tornare ad iscriversi quei colleghi che forse delusi o demoralizzati non hanno rinnovato l'iscrizione. Abbiamo a tal proposito inviato anche una lettera di sensibilizzazione a tutti i Direttori delle Strutture Cardiologiche presenti nel database ANMCO al fine di raggiungere il maggior numero di colleghi possibile. Speriamo di poter essere un buon motivo per tornare in ANMCO! Le novità non finiscono

idee "giovani", che ruotano intorno ai giovani e che di loro hanno bisogno per crescere e svilupparsi. Al tale proposito il profilo Twitter di ANMCO soffre attualmente la mancanza di follower e chi se non noi Cardiologi under 40 possiamo far crescere questa community e sfruttare un social network rapido e di sicuro impatto per rimanere aggiornati o esprimere rapidi commenti? Seguiteci! Nelle prossime settimane e mesiosterremo l'ANMCO twittando con aggiornamenti, informazioni su corsi, novità scientifiche ed informazioni sulle nostre iniziative. E se quest'anno il Congresso Nazionale è servito a molti per scoprire l'esistenza della nostra Area che è apparsa per la prima volta tra gli ePoster delle Aree ANMCO, suscitando perplessità e curiosità allo stesso tempo, ci auguriamo davvero che il prossimo anno il nostro gruppo sia cresciuto di numero e abbia già guadagnato spessore e dignità all'interno di ANMCO. Euripide ha detto: "La giovinezza è il momento migliore per essere ricchi e il momento migliore per essere poveri"... e forse il nostro spirito è proprio questo: vogliamo essere allo stesso tempo ricchi di idee e di voglia di crescere, pur sapendo di avere ancora tanta strada da fare e che ogni nuova esperienza, ogni ora in più di studio e di confronto con colleghi più esperti potranno solo arricchirci e allontanarci dalla "povertà" di una mente statica e sicura delle proprie certezze. ♥

I nostri progetti avranno come filo conduttore un taglio pratico, avranno lo scopo di approfondire argomenti di ambito cardiologico senz'altro noti ma con la volontà di osservarli da punti di vista nuovi e meno "accademici"

dare loro voce abbiamo proposto sul sito www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-giovani proprio a partire da queste settimane e disponibile per i prossimi mesi, una Survey rivolta agli iscritti ANMCO under 40. Tramite semplici quesiti in parte a risposta aperta, sarà possibile farci arrivare idee e proposte, esprimere perplessità e formulare richieste di cui ci faremo volentieri carico e portavoce. Parallelamente cercheremo di contattare ed invogliare ad entrare per la prima volta in ANMCO quei colleghi che non lo hanno mai fatto prima perché dubbiosi o convinti

qui se pensiamo al fatto che sono al via alcuni corsi di formazione per ampliare professionalità e conoscenze di chiunque sia interessato a farlo e approfondire argomenti che il nostro iter di studi non tratta, come quello sulla ricerca clinica gestito dal Centro Studi ANMCO, al quale proporremo di dare un taglio più medico, o il corso sulla Clinical Competence per lo scompenso cardiaco avanzato che, insieme all'Area Scompenso Cardiaco ed Emergenza - Urgenzaosterremo e cercheremo di attuare per l'anno 2016. Per il prossimo biennio molte proposte bollono in pentola,



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

DI IOLANDA ENEA,
AMEDEO BONGARZONI, FRANCO CASAZZA



Tromboembolia polmonare dalle Linee Guida ESC 2014 alla proposta di un percorso diagnostico terapeutico

«Longum iter est per praecepta, breve et efficax per exempla»

Il CdC Area Malattie del Circolo Polmonare desidera promuovere la implementazione delle Linee Guida ESC 2014 per la diagnosi e terapia della TEP attraverso la applicazione di un percorso diagnostico terapeutico

La massima di Seneca rende conto del rapporto tra maestro e discepolo, dell'apprendimento per il quale gli esempi pratici hanno valenza maggiore della enunciazione della regola. La conoscenza della regola è indispensabile, ma la bravura del maestro sarà quella di rendere il discepolo capace di far propria la regola e applicarla quando la situazione lo richieda. Analogamente, ad ogni aggiornamento di Linee Guida, le nuove regole, devono essere adattate alla realtà clinica attraverso percorsi diagnostico-terapeutici (PDT). Parlando di Linee Guida come di "regole" occorre essere precisi. Le Linee Guida costituiscono un sommario delle evidenze scientifiche la cui finalità è quella dell'agire "snello" del medico ma guai a considerarle "norme giurisprudenziali": si

rischia di far perdere all'atto medico la "creatività" indispensabile per le esigenze del singolo paziente. Le Linee Guida sono metodi di condivisione delle scelte professionali, generano buona pratica clinica, una gestione idonea dell'iter diagnostico e delle scelte terapeutiche. I PDT, nati negli USA negli anni '80, come "clinical pathways" avevano lo

scopo di ridurre i tempi di degenza senza rinunciare agli standard di cura⁽¹⁾. Il DL 229/99 propone "le Linee Guida e i relativi percorsi diagnostico - terapeutici allo scopo di favorire lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza". Oggi PDT è la migliore sequenza temporale possibile delle attività, sulla base delle evidenze scientifiche

«La via per imparare è lunga se si va per regole, breve ed efficace se si procede per esempi»
(Libro 1, Lettera 6, Seneca)

e delle risorse a disposizione per tipo di patologia⁽²⁾. Nel caso della trombo - embolia polmonare (EP),

patologia di interesse multidisciplinare, le Linee Guida (LG) rispondono alla esigenza di approccio unitario all'ammalato e di percorsi clinici strutturati, focalizzati sulla complessità degli stessi. L'Area Malattie del Circolo Polmonare, negli anni, con il lavoro dei Chairperson, dei componenti il Comitato di Coordinamento e dei Consulenti, ha espresso una rilettura attenta delle LG ESC, suggerendo soluzioni per le diverse realtà locali. Nel 2001, il commento italiano alle LG ESC sottolineava l'importanza della valutazione clinica iniziale e proponeva la suddivisione dei pazienti con EP in 2 gruppi: pazienti in condizioni critiche e non critiche⁽³⁾. Tale impostazione, accennata nelle LG ESC del 2000, venne riproposta nelle LG ESC 2008: le definizioni "EP massiva, sub massiva e non massiva" basate sulla sede dell'embolo polmonare furono sostituite da una valutazione clinico - strumentale precoce del rischio di morte correlata all'EP. Pertanto, i pazienti con EP erano inquadrati in 3 fasce di rischio, a mortalità decrescente: "pazienti a rischio elevato, intermedio e basso"⁽⁴⁾. Dopo le LG ESC 2014⁽⁵⁾ desideriamo coniugare "i precetti" con i dati emersi dal registro nazionale IPER e con le precedenti proposte di PDT⁽⁶⁾. Le LG 2014 confermano l'importanza della probabilità clinica pre - test quale snodo iniziale per il percorso

diagnostico e ribadiscono l'importanza della instabilità emodinamica quale fattore discriminante fra l'alto rischio e il non alto rischio. Esse sottolineano l'importanza della stratificazione prognostica dei pazienti nel non alto rischio e propongono l'utilizzo del Pulmonary Embolism Severity Index (PESI), basato prevalentemente su criteri anamnestico - clinici. I pazienti che, in base al PESI, risultano a rischio intermedio, necessitano di ulteriore valutazione mediante la ricerca di disfunzione ventricolare destra all'ecocardiografia e dell'aumento delle troponine: se entrambi risultano positivi, il paziente è in una fascia di rischio "intermedio - alto" e richiede ricovero in reparto con monitoraggio per il rischio di instabilità emodinamica. I pazienti con uno o nessun indice positivo sono a rischio intermedio basso e non necessitano di monitoraggio, al pari dei casi a rischio basso. Va notato come gli estensori delle Linee Guida abbiano valorizzato i dati emersi dalle analisi del registro IPER, che dimostrano il valore prognostico incrementale negativo della associazione della disfunzione ventricolare destra e dell'aumento della troponina⁽⁷⁾. Sempre l'IPER fa emergere l'importanza di altri fattori, oltre quelli elencati nel PESI, per definire i casi a rischio intermedio: esordio con "angina", presincope o sincope, blocco incompleto o com-

Ad ogni aggiornamento di Linee Guida, le nuove regole, devono essere adattate alla realtà clinica attraverso percorsi diagnostico - terapeutici (PDT) locali

Dopo le Linee Guida ESC 2014 il CdC dell'Area Malattie del Circolo Polmonare desidera coniugarne "i precetti" con i dati emersi dal Registro Nazionale IPER e con le precedenti proposte di PDT proponendo un nuovo PDT da adattare alle singole realtà locali



pleto della branca destra, S1Q3T3 o T negative antero - settali all'ECG, trombi prossimali alla angio - TC. Per la terapia, nell'alto rischio rimane la raccomandazione alla trombolisi (Ib) e il consiglio dell'utilizzo della trombectomia chirurgica o percutanea se controindicazione o inefficacia della trombolisi (IIa/c). Nelle forme intermedio - alte si raccomanda il monitoraggio del paziente e la terapia anticoagulante con possibilità di ricorrere alla trombolisi (IIa/b) in caso di instabilità emodinamica, o a trombectomia chirurgica o percutanea in presenza di alto rischio di sanguinamento o inefficacia della trombolisi. Nei pazienti a basso rischio viene suggerita la possibilità di dimissione precoce e di follow up domiciliare. Una delle novità principali è la definitiva introduzione dei nuovi anticoagulanti orali, utilizzabili anche con il "single drug approach" quale alternativa alla terapia tradizionale. Il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare, sulla base del lavoro svolto dai Colleghi Bongarzoni e Casazza all'Ospedale San Carlo di Milano, vi propone un Percorso Diagnostico Terapeutico per l'ammalato con Embolia Polmonare riprodotto in questa rivista nell'insero centrale. Il percorso prevede i seguenti punti.

1) L'accesso sulla base del sospetto clinico e integrazione dei fattori di rischio con la sintomatologia. Si definisce se il paziente è stabile o

instabile emodinamicamente.

2) Nel caso di instabilità emodinamica, in assenza della disponibilità immediata di una Angio TC, la esecuzione di un ecocardiogramma consente di escludere diagnosi alternative e iniziare la terapia (Algoritmo 1, Tabelle 1 e 2).

3) Nei pazienti emodinamicamente stabili (Algoritmo 2), alla valutazione della probabilità clinica pre - test (Tabella 3) segue l'algoritmo del "non alto rischio": nel paziente a bassa probabilità con D dimero negativo si può escludere l'EP; al contrario, se il D dimero è positivo pur in presenza di probabilità bassa, si procede come nell'alta probabilità, si eseguirà l'angio TC e in caso di controindicazioni ad essa la CUS o la scintigrafia.

4) Nei pazienti che presentano un punteggio PESI (Tabella 5) compatibile con un livello di rischio intermedio si dovrà procedere all'esecuzione di un ecocardiogramma e al dosaggio della troponina. Si noterà che viene dato maggior peso alla presenza di disfunzione ventricolare destra, rispetto all'aumento della troponina (Tabella 4): si ritiene infatti che la presenza di disfunzione del VD, anche con troponina iniziale normale, debba far inquadrare il paziente in una fascia di rischio intermedio - alto e indirizzarlo verso un reparto con monitoraggio. Invitiamo a tener conto anche dei dati clinici, ECG, e TAC indicati in Tabella 5. La terapia nei

pazienti a non alto rischio, è proposta nella Tabella 6. Ci auguriamo che il PDT proposto, possa essere condiviso e utile nella pratica clinica quotidiana, in attesa che si possa realizzare anche per l'EP un modello di assistenza hub and spoke per la gestione dei casi complessi. ♥

1. K. Zander Integrated care pathways: eleven international trends. *J Integrated Care Pathways* 2002;6:101-7
2. L. De Bleser, R. Depreitere R, KD Walele, K Vanhaecht, J Vlayen, W Sermeus. Defining pathways. *J NursManag* 2006 Oct;14(7):553-63.
3. P. Zonzin, G. Agnelli, F. Casazza et al a nome della Commissione ANMCO SIC per le Linee Guida su Profilassi, Diagnosi e Terapia della Tromboembolia Polmonare. Commento alle Linee Guida della Task force sull'Embolia Polmonare della Società Europea di Cardiologia *Ital Heart J Suppl* 2001; 2: 1342-56
4. C. D'Agostino, CD Vizza. Le Linee Guida europee 2008 su diagnosi e trattamento dell'embolia polmonare: una nuova classificazione per una più organica valutazione clinica. *G. Ital Cardiol* 2009; 10 (5); 348-349
5. S. Kostantinides, A. Torbicki, G. Agnelli et al 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart Journal* 29 august 2014
6. F. Casazza, "Percorso diagnostico-terapeutico del trombo-embolismo venoso". *Cardiologia negli Ospedali* 2011; 184: 39-43
7. C. Becattini, F. Casazza, A. Bongarzoni et al. Acute pulmonary embolism: external validation of an integrated risk stratification model. *CHEST* 2013; 144: 1539-1545.

«I farmaci non funzionano nei pazienti che non li assumono»

C. Everett Koop

L'aderenza terapeutica e il ruolo infermieristico

Il tema dell'aderenza è centrale nella Sanità ed è necessario un approccio multimodale e multiprofessionale al problema

Le professioni sanitarie hanno un ruolo importante nella prevenzione delle complicanze della malattia e nell'educazione verso comportamenti utili a mantenere e a migliorare la qualità della vita. L'aderenza è stata definita come "partecipazione attiva, volontaria e collaborativa del paziente in un comportamento reciprocamente accettabile e finalizzato alla produzione di un risultato terapeutico"⁽¹⁾. Tale definizione implica che al paziente è fornita la scelta di aderire e che vi è condivisione con l'operatore sanitario nello stabilire sia gli obiettivi del trattamento sia il regime terapeutico. Nel concetto di aderenza sono inclusi sia "il grado con il quale il comportamento di un soggetto – assumere un farmaco, seguire una dieta e/o modificare il proprio stile di vita – corrisponde a quanto concordato con l'operatore sanitario"⁽²⁾, sia la persistenza, cioè la continuità temporale del com-

portamento terapeutico. È infatti noto che il rischio di scarsa o assente aderenza aumenta con il prolungarsi e il modificarsi dei regimi di trattamento. In una metanalisi su oltre 350.000 pazienti in prevenzione cardiovascolare, l'aderenza terapeutica era del 57% a 24 mesi, con valori lievemente maggiori nei pazienti in profilassi secondaria (66%) e con una riduzione mensile di 0.15%.⁽³⁾ La non aderenza è causa di crescente preoccupazione per i sistemi sanitari, in quanto associata sia a incremento di mortalità e morbilità sia a costi maggiori. La World Health Organization ha classificato i fattori responsabili della non-aderenza in cinque gruppi tra loro correlati (Figura 1): fattori sociali ed economici; fattori legati al team di assistenza e al sistema; fattori correlati con la patologia; fattori legati alla terapia; fattori connessi al paziente⁽²⁾.



Fattori sociali ed economici

Lo scarso supporto sociale e la scarsa cultura condizionano una elevata probabilità di non aderenza. Quest'ultima interessa tutte le fasce di età. Tuttavia, la presenza di una compromissione cognitiva e funzionale negli anziani ne aumenta il rischio. L'esistenza di comorbidità, con necessità di seguire regimi terapeutici complessi, compromettono ulteriormente l'adesione.

C

Le professioni sanitarie hanno un ruolo importante nella prevenzione delle complicanze della malattia e nell'educazione verso comportamenti atti a mantenere e migliorare la qualità della vita



L'aderenza è un fenomeno multidimensionale, nel quale si possono riconoscere cinque tipologie di fattori tra loro interagenti: sociali ed economici, legati al team di assistenza, correlati alla patologia, alla terapia ed al paziente

Fattori legati al Sistema Sanitario e al team di assistenza

La difficoltà d'accesso alla cura, la scarsa qualità del rapporto medico-paziente con visite troppo brevi e ridotta comunicazione, la mancanza di programmi di follow-up e di una rete di supporto territoriale, il ridotto tempo dedicato al counseling e all'intervento educativo per favorire l'autocura e l'automonitoraggio condizionano tutti una rilevante non aderenza.

Fattori correlati alla patologia

La gravità dei sintomi, il grado di disabilità (fisica, psichica, sociale, professionale), il decorso più o meno rapido verso gli stadi più avanzati della malattia e la disponibilità di trattamenti realmente efficaci influenzano la percezione del rischio del paziente e ne determinano il grado di aderenza alla terapia.

Fattori correlati alla terapia

Sono legati alla complessità del regime terapeutico, alla durata del trattamento, ai fallimenti precedenti, alla frequenza di variazioni della terapia, al manifestarsi - più o meno precoce - sia dell'efficacia clinica dei trattamenti sia degli effetti collaterali e alla disponibilità di un supporto sanitario.

Fattori correlati al paziente

Sono rappresentati dalle sue risorse, conoscenze, attitudini, convinzioni, percezioni e aspettative. Considerata la molteplicità e la complessità dei fattori in gioco, è evidente che gli interventi finalizzati all'incremento dell'aderenza non possano essere che multimodali e multidisciplinari. Ad esempio, un sistema di monitoraggio a distanza con feedback settimanale da parte di un infermiere ha dimostrato l'incremento dell'aderenza in

pazienti diabetici con riduzione dei livelli di emoglobina glicata⁽⁴⁾. Il miglioramento dell'aderenza richiede multiple implementazioni in un Sistema Sanitario, spesso frazionato, da parte di personale clinico in grado di gestire e coordinare il percorso di cura. Uno dei primi passi da effettuare è il riconoscimento della non aderenza che spesso passa inosservato. Assieme al rilevamento dei parametri vitali, lo screening per la non aderenza va effettuato ad ogni contatto con il paziente. Gli operatori sanitari ed il paziente possono allora lavorare insieme per sviluppare soluzioni specifiche per il malato. Inoltre, è necessario disporre di personale clinico per il follow up, mediante contatto telefonico. Rientra a pieno titolo nell'infermieristica occuparsi del tema dell'aderenza, richiamato dal Codice deontologico (2009) in più punti. L'Infermiere è una risorsa insostituibile, poiché promuove, attraverso l'educazione e il counseling, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori. L'infermiere nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano d'assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche. Gli ambiti nei quali risulta quotidianamente coinvolto l'Infermiere sono:

1. La dimissione organizzata e/o protetta e l'assistenza domicilia-



re. Quando il paziente è dimesso dall'Ospedale oppure quando è preso in carico dal servizio di assistenza domiciliare, è importante fornire al paziente stesso, agli operatori sanitari e a coloro che se ne prenderanno cura una quantità rilevante d'informazioni: un report scritto che contenga la diagnosi, l'elenco di tutti i farmaci che il paziente deve assumere, ogni nuova terapia iniziata, i trattamenti che sono stati interrotti, e le ragioni che hanno portato all'interruzione, informazioni chiare di quali trattamenti non farmacologici debbano essere continuati dopo il trasferimento e la loro durata, tutte le reazioni avverse conosciute e le allergie del paziente, le eventuali difficoltà rispetto all'aderenza al trattamento e gli interventi effettuati per contrastarle.

2. Interventi educativi terapeutici a supporto degli assistiti: le persone con patologie croniche, ancora in aumento per gli anni a venire, devono essere poste in condizione di maturare nuovi comportamenti, finalizzati a sviluppare pratiche di cura, di autocura e di monitoraggio.

L'infermiere coinvolto nel monitoraggio dei trattamenti tiene informato il prescrittore rispetto alla stabilità clinica e all'aderenza al trattamento. Ciò risulta particolarmente importante nella programmazione dei piani assistenziali individuali e programmazione dei follow-up di controllo clinico/strumentale e/o di contatto telefonico.

In conclusione, per prevenire e trattare la non aderenza, è necessario trovare meccanismi per aumentare l'educazione del paziente e creare una partnership tale da far sentire al paziente di essere attivamente coinvolto nel processo di cura. Gli infermieri sono una risorsa fondamentale nell'educazione del malato e nel fornire un follow up che assicuri l'aderenza, rispondendo ad ogni quesito che il paziente o il care-giver possa porre. ♥

1. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clin Diabetes*. 2006;24: 71-77.
2. World Health Organization. Adherence to long-term therapies - Evidence for Action. 2003.
3. Naderi, Sayed H. et al. Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients. *Am J Med*; 125: 882 - 887.
4. Piette JD, Kraemer FB, et Al. Impact of automated calls with nurse follow-up on diabetes treatment outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System. *Diabetes Care*. 2001;24:202-208.

Una nuova occasione di confronto, dopo la Consensus

Prima Convention Nazionale dei Centri Scompenso al Congresso Nazionale ANMCO 2015

Verso la definizione delle caratteristiche degli ambulatori e la
realizzazione della Rete dedicata allo scompenso cardiaco

L'Area Scompenso Cardiaco sta lavorando alla stesura di un documento in cui verranno delineate le caratteristiche degli ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco e la modalità di interazione tra gli stessi al fine di realizzare una Rete dedicata allo scompenso cardiaco

L'Area Scompenso Cardiaco si è proposta come obiettivo del biennio 2015 - 2016 la stesura di un documento in cui verranno delineate le caratteristiche degli ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco nonché le modalità di interazione degli stessi al fine di realizzare una Rete dedicata allo scompenso cardiaco. Per discutere e condividere gli aspetti principali del documento è stato organizzato, in occasione del Congresso Nazionale ANMCO 2015, un incontro con i referenti degli ambulatori scompenso selezionati per rappresentatività regionale. I referenti, suddivisi in due gruppi di egual numero in due differenti sessioni, possono avere modo così di fornire il proprio apporto al documento, rilevandone criticità o approvandone i punti principali. Durante la discussione – preceduta da una bre-

ve presentazione del documento, le cui caratteristiche generali sono state precedentemente comunicate ai partecipanti – è stata programmata la presentazione dei dati preliminari della Survey nazionale degli Ambulatori Scompenso, prima fotografia del contesto assistenziale da cui si partirà per la costruzione della Rete.

La definizione delle caratteristiche degli ambulatori

Il documento organizzativo si propone di definire le caratteristiche degli ambulatori distinguendoli in differenti livelli di complessità scaturiti in prima istanza dalla necessità di soddisfare i bisogni che caratterizzano l'eterogenea popolazione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco. Il profilo clinico del paziente dovrebbe guidare le scelte assistenziali: un

paziente con quadro di scompenso cardiaco stabile, diagnosi eziologica già completata e terapia già ottimizzata, necessita, infatti, di controlli di minore complessità, e può essere seguito in ambulatori capaci di garantire le prestazioni diagnostiche cardiologiche non invasive di base. All'estremo opposto un paziente con scompenso cardiaco avanzato e indicazione ad un programma di trapianto e/o assistenza meccanica dovrà necessariamente afferire ad un ambulatorio scompenso che non solo è in grado di assicurare tutte le prestazioni diagnostiche invasive e non invasive necessarie, ma che è anche allocato in una struttura ospedaliera con cardiocirurgia e programma trapianto/VAD attivo. La differenziazione dei livelli si baserà pertanto sulla collocazione strategica dell'ambulatorio (Territorio, Ospedale) e sulle caratteristiche delle Unità Operative Cardiologiche (presenza o assenza di UTIC, Laboratorio di Elettrofisiologia o Emodinamica) e dei Presidi Ospedalieri (presenza o assenza di Cardiocirurgia e programma trapianto/VAD) di appartenenza. I diversi livelli, inoltre, si differenzieranno per le strumentazioni diagnostiche minime, per il volume di attività minimo dedicato ai pazienti con scompenso cardiaco, per la dotazione di personale e le tipologie di prestazioni mediche ed infermieristiche da erogare. Per ciascun livello di ambulatorio, infine, il documento intende indicare la tipologia di paziente eleggibile.

Presentazione dei dati della Survey

Strettamente connessa alla discussione sui diversi livelli delle strutture ambulatoriali dedicate allo scompenso cardiaco è l'analisi dei risultati dalla Survey degli ambulatori scompenso partita dai dati relativi all'ultimo Censimento delle Cardiologie del 2010. Con la supervisione dei Presidenti Regionali, è stato inviato a ciascuno dei responsabili delle Unità Operative un breve questionario, in cui veniva richiesto di confermare la presenza di un ambulatorio scompenso cardiaco dedicato, la presenza di attività di day hospital o di attività di degenza dedicata allo scompenso cardiaco, presenza di personale medico ed infermieristico dedicato allo scompenso cardiaco, numero di sedute settimanali e numero di pazienti visitati. È stato, inoltre, chiesto di segnalare l'utilizzo di dati provenienti dal monitoraggio dei device impiantati per la gestione dei pazienti, la presenza di un protocollo per riferire i pazienti dall'ambulatorio al reparto di degenza, la disponibilità di un ecocardiografo in ambulatorio o di ergo spirometro. Al fine di meglio caratterizzare le caratteristiche delle Unità Operative di appartenenza, ai centri veniva anche chiesto di indicare la presenza (in sede o con formale convenzione) di una degenza cardiologica e/o UTIC, nonché di un servizio di emodinamica, di un servizio di elettrofisiologia, di una cardiocirurgia e di un programma di impianto di assistenza ventricolare e/o trapianto cardiaco. La Survey, in base alle

risposte fornite, ha consentito di disegnare una mappa che non solo identifica la distribuzione territoriale dei centri dedicati allo scompenso cardiaco ma ne definisce anche il livello di complessità. Uno degli scopi della Convention è presentare i risultati di questa mappatura che sono assolutamente indispensabili per fornire un punto di partenza nazionale e regionale su cui si possa lavorare per la implementazione di una rete delle cure.

Le caratteristiche della rete degli ambulatori

La parte finale della discussione della Convention riguarda proprio i requisiti della rete e le possibili modalità di costruzione della stessa. Partendo dall'architettura organizzativa vanno definite le modalità di interazione tra i diversi livelli di ambulatorio configurando flussi assistenziali che dovrebbe garantire la corretta valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso assistenziale integrato fra l'assistenza in Ospedale, l'assistenza ambulatoriale specialistica e l'assistenza della medicina generale. La individuazione, infine, di indicatori quali-quantitativi e la formazione continua di tutte le figure professionali completano i requisiti che dovrebbero essere propri di una rete.

Una Rete degli Ambulatori Scompenso possibile è immaginare una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure erogate nei diversi setting assistenziali con pari opportunità di cura in tutto il territorio nazionale. Lavoriamo per il futuro. ♥



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)



Toolkit di Cardiogeriatría, parte I

Fragilità

Cosa è la fragilità e come e perché si valuta

La fragilità è un tema emergente a causa dell'invecchiamento e della complessità dei pazienti, ma dopo decenni in cui tale problematica è stata negletta o limitata all'ambiente geriatrico, oggi si osserva un paradossale abuso del termine "anziano fragile". Non è possibile comprendere il concetto di fragilità se non si prende atto delle peculiarità del soggetto anziano (1), la cui caratteristica è sintetizzata da due termini: eterogeneità e complessità. In queste due dimensioni convergono gli effetti di invecchiamento, cardiopatie, comorbidità, disabilità, fragilità e fattori socio-ambientali e spiegano le possibili profonde differenze esistenti fra individui anagraficamente coetanei. L'eterogeneità fenotipica dell'anziano dipende quindi da 3 differenti entità: la multimorbidità, la disabilità e la fragilità.

Che cosa è la fragilità?

La "fragilità" è un'entità multidimensionale ancora non perfettamente delineata che riflette la perdita di riserva funzionale in diversi organi e sistemi. Questo concetto, scaturito dall'esperienza clinica e dalla ricerca si basa sul fatto che l'invecchiamento cronologico determina, in modo disomogeneo tra individuo ed individuo, una progressiva incapacità di tenere a freno le forze entropiche che tendono a fare emergere le malattie

e ne condiziona le manifestazioni fenotipiche. 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 disabilità^(2,3) (Figura 1). Oggi si tende a differenziare la fragilità dalla disabilità (non autosufficienza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana), considerandola come uno stato funzionale che precede la disabilità stessa, e che quindi spesso si sovrappone ma non coincide con essa. La fragilità va distinta anche dal deficit cognitivo, in quanto, pur coesistendo spesso le due condizioni nel singolo individuo ed essendovi chiare

correlazioni fisiopatologiche (in particolare con le funzioni esecutive), alcuni soggetti possono essere fragili senza deficit cognitivo e viceversa. I dati epidemiologici indicano una significativa associazione fra fragilità e malattie cardiovascolari con prevalenza che arriva al 40 - 60%. La recente innovazione tecnologica ha permesso il trattamento con nuovi farmaci, dispositivi e procedure interventistiche o chirurgiche di pazienti in precedenza considerati incandidabili. La valutazione della fragilità è quindi fondamentale per affinare la stima del rischio nel singolo paziente e guidare la scelta di un piano di cura personalizzato

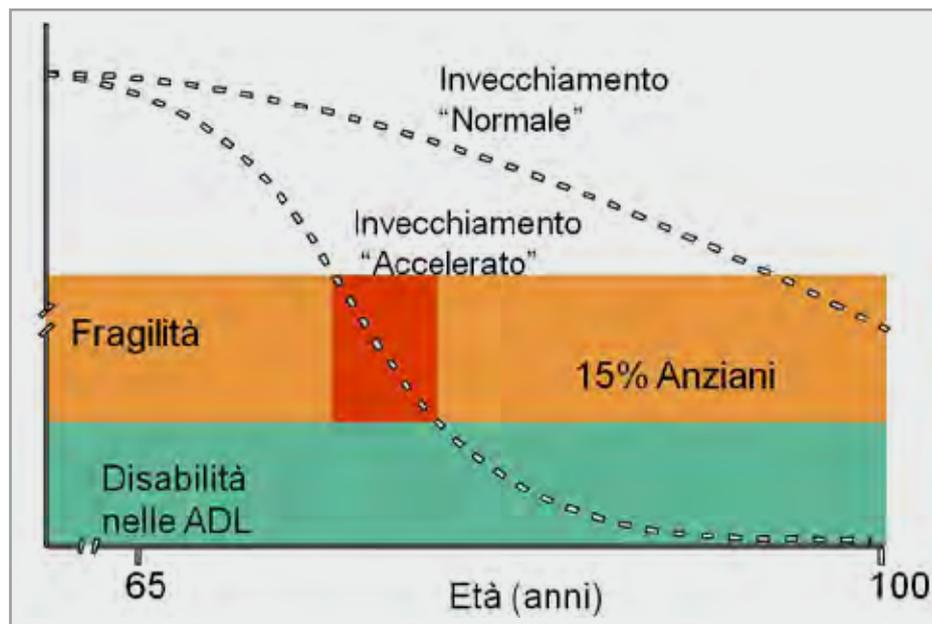


Figura 1

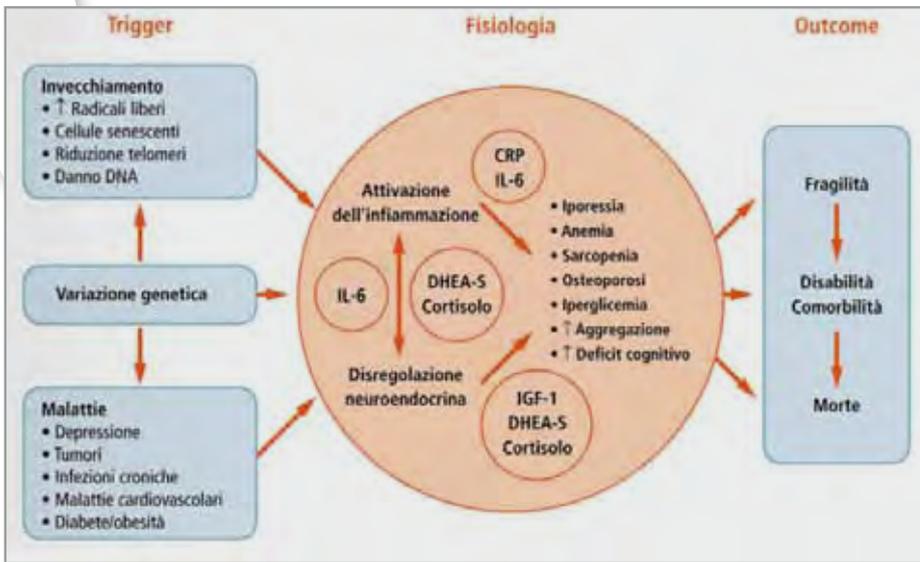


Figura 2

efficace, evitando procedure costose ma clinicamente “futili”, in cui i fragili sono a maggior rischio di eventi avversi, complicanze procedurali, declino funzionale, disabilità e morte. La fisiopatologia della fragilità è tuttora oggetto di ricerca e di discussione^(2,3). I meccanismi comprendono: disregolazione del sistema immunitario ed endocrino, infiammazione (IL-6, PCR), diminuzione livelli di testosterone e resistenza all’insulina (Figura 2). Nell’insieme si instaura un ambiente catabolico che porta a sarcopenia con un progressivo declino di massa e forza muscolare. Si innesca così un circolo vizioso che porta a inattività fisica e malnutrizione con ulteriore declino funzionale. Un basso BMI può quindi essere fuorviante, in quanto in soggetti obesi la riduzione di massa muscolare può essere mascherata dalla diversa composizione corporea, e la fragilità correlarsi più con le misure di adiposità centrale.

Come si definisce la fragilità?

La definizione funzionale (Frailty phenotype), proposta da Fried nel CHS, definisce la fragilità come risultato della «progressiva inefficienza dei meccanismi di mantenimento dell’omeostasi biologica e si manifesta con la riduzione della performance fisico-funzionale»⁽²⁾. Una definizione più ampia, “clinica” (Frailty index), proposta da Rockwood, la definisce come “accumulo di deficit”, in base anche alla presenza di comorbidità, disabilità,

deficit cognitivo e isolamento sociale⁽⁴⁾. In generale, le 2 definizioni non sono alternative, ma piuttosto complementari, e si ritiene che quella clinica sia più utile per una stratificazione clinico-prognostica mentre quella funzionale lo sia per l’identificazione precoce nei soggetti pre-fragili o non disabili.

Come si misura la fragilità?

Sono disponibili numerosi strumenti⁽³⁾, ma non vi è consenso su quale utilizzare. La maggior parte di essi si basa su 1 o più dei 5 domini che definiscono il fenotipo della fragilità: lentezza (velocità del cammino), deficit di forza muscolare, ridotta attività fisica, senso di esaurimento, dimagrimento. Questi domini possono essere considerati singolarmente o combinati in una varietà di scale. Lo score di Fried⁽²⁾ comprende: ridotta velocità di marcia, debolezza, bassa attività fisica, senso di esaurimento, e perdita di peso non intenzionale, con >3 su 5 criteri richiesti per una diagno-

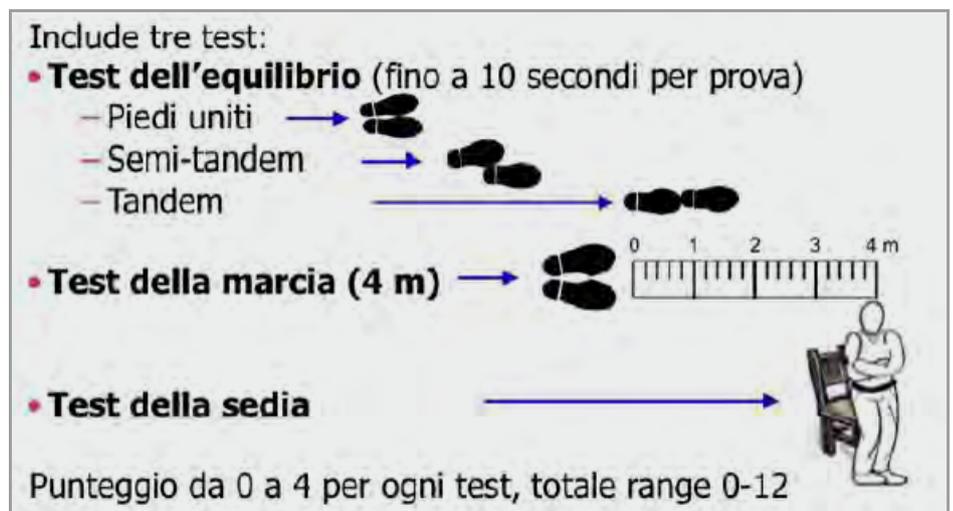


Figura 3

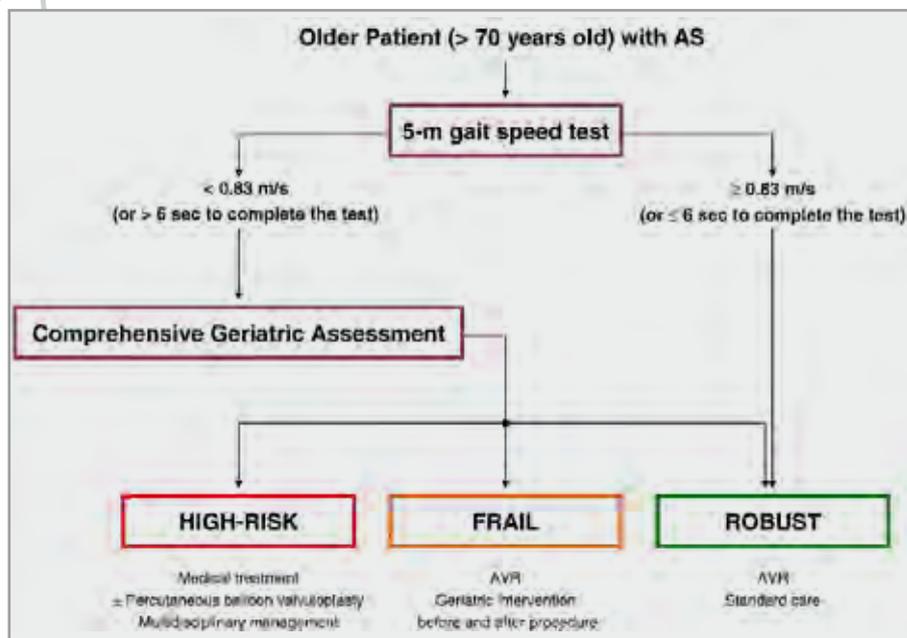


Figura 4

si di fragilità. Uno strumento più semplice è la Short Physical Performance Battery (SPPB), costituita da 3 sezioni: ridotta velocità di marcia, debolezza nell'alzarsi da una sedia e ridotto equilibrio, a ciascuno dei quali si assegna un punteggio da 0 a 4. Un punteggio totale >5 su 12 indica la presenza di fragilità (Figura 3). In alternativa a questi punteggi compositi, la velocità di marcia sui 4-5 metri e la forza dell'handgrip, sono state proposte come singolo indicatore di fragilità facilmente utilizzabili come screening^(5,6). La valutazione clinica della fragilità come accumulo di deficit (Frailty Index) comprende fino a 70 sintomi, segni, comorbilità, disabilità e tratti di fragilità e per tale motivo è stata sviluppata una versione semplificata⁽⁴⁾.

Come si utilizza in clinica la fragilità?

Nelle cardiopatie la fragilità aumenta di circa 2 volte la mortalità e l'impatto sulla prognosi è dimostrato in un ampio spettro di condizioni, tra cui scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, sindromi coronariche

acute, cardiocirurgia, TAVI. La velocità del cammino si è dimostrata in grado di stratificare in modo più accurato i candidati a cardiocirurgia integrando un classico score clinico di rischio come l'STS⁽⁶⁾. I candidati a TAVI sono tipicamente di età avanzata, con comorbilità multiple e fragili^(7,8) e in essi la fragilità è predittiva di morte, emorragie, complicanze vascolari, degenza prolungata e declino funzionale. Altre variabili da considerare in questi pazienti sono la disabilità (ADL e IADL), il deficit cognitivo (Mini-COG, MMSE, MOCA), e lo stato nutrizionale (Mini Nutritional assessment). In pratica, la fragilità permette di spiegare il fenomeno del "failure to thrive": la mancanza di evidente miglioramento funzionale, cognitivo e psicologico nonostante il successo procedurale e l'assenza di complicanze maggiori. In conclusione, la valutazione della fragilità può fornire un prezioso contributo prognostico e assistere Cardiologi e Cardiocirurghi nella definizione del percorso di cura ottimale per il singolo paziente. La fragilità, infatti,

non è un motivo sufficiente per rifiutare una determinata cura, ma piuttosto un mezzo per scegliere una cura personalizzata e più incentrata sul paziente ed eventualmente intervenire per rallentare il processo di decadimento funzionale (Figura 4). In particolare, nel campo chirurgico e interventistico, l'ottimizzazione pre-operatoria mediante un approccio multidisciplinare con un Heart Team potrebbe contrastare i molteplici danni che potenzialmente possono aggravare la ridotta riserva fisiologica caratteristica della fragilità⁽⁹⁾.

Bibliografia

1. Forman DE, et al. Cardiac care for older adults. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57: 18.
2. Fried LP, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59:255.
3. Afalalo J, et al. Role of frailty in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2009;103:1616.
4. Rockwood K, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173:489-95.
5. Studenski S, et al. Gait speed and survival in older adults. *JAMA* 2011;305:50.
6. Afalalo J, et al. Gait speed as an incremental predictor of mortality and major morbidity in elderly patients undergoing cardiac surgery. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:1668.
7. Green P, et al. The impact of frailty status on survival after transcatheter aortic valve replacement in older adults with severe aortic stenosis: a single-center experience. *J Am Coll Cardiol Intv* 2012;5:974.
8. Stortecky S, et al. Evaluation of multidimensional geriatric assessment as a predictor of mortality and cardiovascular events after transcatheter aortic valve implantation. *J Am Coll Cardiol Intv* 2012;5:489.
9. Lilamand M, et al. Gait speed and comprehensive geriatric assessment: Two keys to improve the management of older persons with aortic stenosis. *Int J Cardiol* 2014; 173: 580.



L'attività fisica deve essere raccomandata a chiunque
Anche a ai bambini operati per una cardiopatia congenita

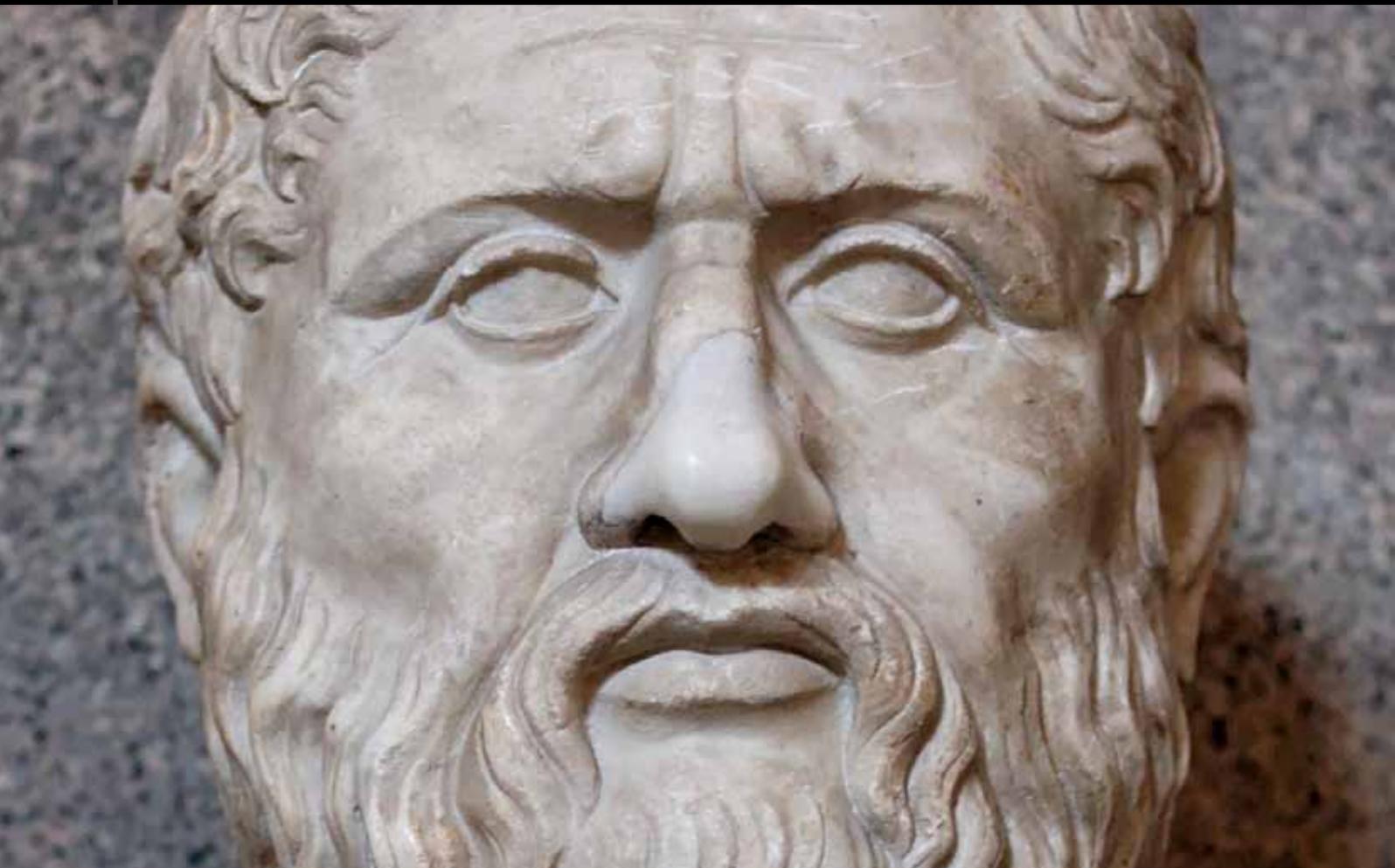
L'attività fisica nel bambino con cardiopatia congenita: un tabù da sfatare

I benefici effetti sull'emodinamica e sull'aspetto psicologico devono spingere Pediatri, Medici di Famiglia e Cardiologi ad incentivare l'attività fisica in questi piccoli pazienti, a patto che si tengano a mente alcune regole fondamentali

L'attività fisica ludico - addestrativa rappresenta un momento delicato ed importante della vita, durante il quale il bambino socializza, prende coscienza del proprio fisico e sperimenta la competitività, presupposti, questi, propedeutici allo sport "organizzato", finalizzato all'agonismo. E' assioma consolidato che l'attività fisica migliora la capacità funzionale cardiocircolatoria e, sul piano psicologico, migliora la fiducia in se stessi e nei propri mezzi. Tale concetto è quanto mai valido nei bambini operati per una malformazione congenita cardiaca, che per paure spesso ingiustificate da parte dei genitori e/o degli istruttori di educazione fisica, vengono emarginati dai coetanei e, in genere, dalla società che li circonda. La possibilità di iniziare o continuare un'attività

fisica consente al bambino cardiopatico un "recupero psicologico" e dall'altro la possibilità di un "recupero emodinamico", permettendo, con esercizi mirati in intensità e frequenza, un miglioramento delle performance anche in presenza di quadri anatomici malformativi complessi. I progressi della Cardiocirurgia hanno reso possibile la cura di moltissime cardiopatie congenite (CC), consentendo a molti bambini di raggiungere l'età adolescenziale e, in moltissimi casi, l'età adulta, momenti nei quali il desiderio di inserirsi in un contesto di "normalità" (vita di relazione, sport, gravidanza, ecc.) è quanto mai sentito. Ma, a dispetto dei progressi compiuti, occorre tenere ben presente che non tutte le CC possono essere curate in modo definitivo, radicale. In alcuni casi, infatti, si può eseguire solo una

"riparazione" della malformazione, spesso in più stadi chirurgici. Inoltre la possibilità di una patologia "iatrogena" e/o "residua" (insufficienze e/o stenosi valvolari, anomalie contrattili, aritmie), reliquato dell'intervento chirurgico, è sempre in agguato. Il suo impatto emodinamico condiziona la scelta dell'attività fisica più idonea al bambino. Tralasciando il problema dell'attività sportiva agonistica, che interessa una fascia di adolescenti di età avanzata, la nostra attenzione deve essere catalizzata dal bambino per il quale si contempla un'attività di tipo ludico - addestrativa. E', questa, un'attività che non ha carattere agonistico ufficiale e che richiede un certificato di idoneità generica, abitualmente rilasciato dal Pediatra o dal Medico di Famiglia.



«La mancanza di attività distrugge la buona condizione di qualunque essere umano; al contrario, il movimento e l'esercizio fisico metodico la conservano e la preservano».

Platone

Limiti classificativi delle Cardiopatie Congenite: implicazioni sulla scelta dell'attività fisica

Generalmente le CC vengono classificate in "semplici" e "complesse". Sono "semplici" quelle forme (ad esempio difetto interatriale, interventricolare, stenosi polmonare,

pervietà del dotto arterioso) nelle quali il trattamento terapeutico (chirurgico o cardiologico interventistico) è generalmente definitivo, preservando l'anatomia normale ed una "fisiologia bi-ventricolare". In alcune forme di CC "semplici" le ripercussioni emodinamiche di "base" possono essere minime, tanto da

non necessitare di alcun intervento terapeutico. Le stesse cardiopatie, viceversa, possono essere responsabili di impegni emodinamici significativi e precoci (importante shunt sinistro - destro, elevazione delle pressioni intraventricolari, polmonari o sistemiche), tali da rendere perentorio un trattamento precoce



(chirurgico o cardiologico interventistico) il cui scopo sarà quello di annullare o minimizzare tali modifiche emodinamiche, portando ad una “restitutio ad integrum”, sia in termini anatomici che funzionali. Esempi tipici sono il difetto interatriale tipo “ostium secundum”, il difetto interaventricolare, la pervietà del dotto di Botallo, la stenosi valvolare polmonare (gradiente residuo massimo non > 30 mmHg), la stenosi aortica (gradiente residuo non > 20 mmHg), la coartazione aortica operata senza ipertensione arteriosa a riposo o dopo sforzo. È vero, però, che alcune CC definite “semplici”, quali per es. la stenosi aortica su valvola bicuspidale o talune forme di coartazione aortica, possono, con il passare degli anni, determinare delle alterazioni anatomiche (dilatazione dell’aorta ascendente) o emodinamiche (aumento della pressione intraventricolare o di quella sistemica), legate alla crescita corporea o a fenomeni stenosanti cicatriziali. Alcuni interventi chirurgici su una valvola aortica malformata, che utilizzano materiale biologico dello stesso paziente (intervento di Ross) o tessuti prelevati da cadavere, se danno risultati eccellenti nei primi anni, aprono degli interrogativi sulla durata di questi tessuti a distanza. Le calcificazioni e/o il cedimento strutturale possono essere, infatti, responsabili di stenosi o, più frequentemente, di insufficienze, anticamere ad un secondo intervento. Quindi, il termine “cardiopatologia semplice” deve essere riservato ad alcuni quadri anatomico - fisiopatologici ben definiti, tenendo sempre

presente la possibilità di una potenziale patologia “iatrogena”, spesso mascherata da un quadro clinico pauci o asintomatico. Ad ogni buon conto il bambino, in questi casi, deve continuare o riprendere la sua attività fisica senza che questo determini ansia nell’ambiente familiare e scolastico. Controlli clinico - strumentali periodici, ma non ossessivi, contribuiranno a tranquillizzarlo e ad aumentare la fiducia nei suoi mezzi, consentendo al medico, nel contempo, di captare eventuali variazioni in senso negativo. Al contrario delle forme “semplici”, quelle definite “complesse”, sono caratterizzate da quadri anatomici con la coesistenza di diverse alterazioni o con incompleta formazione (ipoplasia) di una camera ventricolare o di una delle grandi arterie (aorta o polmonare) che si originano dal cuore o dalla errata connessione dei vasi afferenti al cuore (ad esempio anomalie dei ritorni venosi polmonari). La correzione, obbligatoriamente chirurgica, di tali anomalie è, spesso, stadiata e ogni “step” raffigura un “nuovo” quadro fisiopatologico. La chirurgia è estremamente indaginata e obbliga il chirurgo ad interagire con strutture delicate e complesse (valvole e coronarie) e ad eseguire numerose suture, alcune delle quali molto vicine ai fasci di conduzione. I progressi compiuti nell’ambito della protezione miocardica e delle tecniche chirurgiche permettono, oggi, di poter trattare, precocemente e con successo alcune CC, gravate da un’altissima mortalità nei primi mesi di vita. Un esempio è rappresentato dal

trattamento, per via atriale, della Tetralogia di Fallot e dall’intervento di “switch arterioso” nella Trasposizione delle grandi arterie. Ma a dispetto di risultati immediati e a medio termine decisamente esaltanti, i follow - up hanno evidenziato una patologia “iatrogena” emergente (insufficienza polmonare ingravescente, fibrosi coronaria), in alcuni casi in grado di inficiare i risultati a distanza, nell’ambito dei quali i problemi “aritmici” giocano un ruolo predominante, legati sia alle cicatrici che alla dilatazione di cavità cardiache (atri e/o ventricoli). I quadri si complicano nel momento in cui non può essere mantenuta per motivi anatomici una fisiologia “biventricolare” e la funzione di pompa è affidata ad una sola camera ventricolare. Il delicato equilibrio emodinamico che si realizza può essere destabilizzato da numerosi eventi (aritmie, infezioni) ed è chiaro che in questi casi, un’attività fisica non “programmata” può giocare un ruolo negativo. In questi casi è impossibile stabilire “a priori” il tipo di attività fisica che il bambino potrà affrontare. La decisione dovrà essere guidata da una serie di valutazioni strumentali ed ogni caso sarà diverso dall’altro. Ma a dispetto di quadri anatomici complessi l’attività fisica non dovrà essere proscritta, ma personalizzata, mirata, dosata, tenendo presente l’effetto positivo che essa produce sull’emodinamica e sul piano psicologico. ♥



La Rete Oncologica e la Cardioncologia: il modello Piemonte - Valle D'Aosta

Inotevoli progressi nella Medicina registrati negli ultimi decenni ed ottenuti di solito con l'uso di nuovi farmaci o interventi terapeutici sempre più costosi e complessi hanno rilevanti implicazioni per la sostenibilità dei principi di universalità ed equità fondanti il nostro sistema socio-sanitario. Attualmente il modello organizzativo più attraente in termini di progettazione/controllo dell'appropriatezza e di equa allocazione delle risorse è quello delle reti cliniche disegnate secondo il principio "Hub and Spoke". L'organizzazione in rete con un modello gerarchico "Hub & Spoke" può essere efficace,

in termini di miglioramento della salute, solo attraverso la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati tra ospedale-ospedale e ospedale-territorio in cui "Skillness" specialistico, tipico dei centri HUB e dell'ambito ospedaliero in genere, si coniuga efficacemente con la visione globale del paziente e la continuità di cura garantita dalla periferia/territorio. La Cardioncologia rappresenta una nuova disciplina in cui il modello di cura incentrato sui principi della collaborazione ed architettato con intelligenza e spirito cooperativo (non solo tra centri "Hub and Spokes" ma anche tra discipline diverse)

può rappresentare la soluzione ai problemi relativi al monitoraggio, diagnosi e cura dei danni cardiaci da trattamenti oncologici, e così perseguire la miglior cura possibile per il singolo paziente. In questo numero di Cardiologia degli Ospedali, Iris Parrini della UOC di Cardiologia dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino diretta dalla Dott.ssa Maria Rosa Conte, ci descrive come è strutturata la Cardioncologia in Piemonte e Valle D'Aosta, Regioni in cui il modello della Rete Oncologica interaziendale/interregionale organizzata e diretta dal Dott. Oscar Bertetto è ormai una solida realtà.



Figura 1 - Il portale della Rete oncologica del Piemonte/Valle D'Aosta <http://www.reteoncologica.it/>

Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito ad un interesse crescente tra i cardiologi e gli oncologi verso la cardiotossicità provocata dalle terapie antitumorali, che se per un verso sono sempre più efficaci consentendo una maggiore sopravvivenza dei pazienti oncologici, dall'altro sono risultate sempre più aggressive determinando la possibilità di un danno cardiaco. La cardiotossicità da chemioterapici (in particolare da antracicline, "target therapy" con anticorpi monoclonali e "small molecules") a cui possono associarsi i danni della radioterapia può essere intesa come l'insieme degli effetti cardiaci avversi provocati da questi trattamenti. Da qui è nata la necessità di stabilire dei modelli di gestione dei pazienti oncologici finalizzati ad identificare le alterazioni cardiache precoci e ancora reversibili, in modo tale da attivare una terapia di cardioprotezione e consentire parallelamente la prosecuzione della terapia oncologica. Per far fronte a questa tematica dal 2012 la

Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta ha coinvolto un gruppo di studio multi disciplinare costituito da cardiologi ospedalieri e del territorio, internisti, oncologici, ematologici e radioterapisti con l'obiettivo di confrontarsi e diffondere le conoscenze, individuare percorsi diagnostici e terapeutici uniformi e superare le disomogeneità territoriali fornendo al paziente uno standard di trattamento più elevato. Da questo gruppo multidisciplinare sono nati quattro gruppi di lavoro composti in media da due cardiologi che hanno sviluppato dei modelli di gestione per le principali complicanze correlate all'uso dei chemioterapici quali lo scompenso cardiaco, l'ischemia, l'ipertensione e le aritmie. Inoltre, in collaborazione con i radioterapisti sono state affrontate le diverse complicanze correlate al trattamento. Ciascun gruppo rivedendo i dati della letteratura ed attraverso incontri periodici (circa 5/anno) ha stilato delle raccomandazioni sia per la diagnosi che per le complicanze che si posso-

no verificare in acuto o in cronico. Il gruppo di lavoro dedicato alla scompenso cardiaco ha stabilito un "minum data ECHO" da raccogliere cercando di parlare un linguaggio comune con gli altri specialisti, i tempi di monitoraggio e quando intraprendere una terapia cardioprotettiva o sospendere la terapia oncologica. Il gruppo di lavoro dedicato all'ischemia ha proposto una flow - chart di comportamento nei pazienti trattati con 5 fluorouracile: cosa valutare prima di iniziare la terapia, durante la chemioterapia se compaiono complicanze ed i successivi tempi di monitoraggio. Il gruppo di lavoro dedicato alle aritmie ha focalizzato prevalentemente l'attenzione sulla valutazione dell'intervallo QT prima e durante il trattamento, ponendo attenzione ai fattori correggibili e alla necessità di un eventuale monitoraggio cardiaco in casi selezionati. Il gruppo di lavoro dedicato all'ipertensione arteriosa ha fornito delle raccomandazioni per la prevenzione e la gestione di questa complicanza.

The screenshot shows the website of the Rete Oncologica Piemonte/Valle D'Aosta. At the top left is the logo 'rete oncologica'. Below it is a navigation bar with links: LA RETE, AREA CITTADINI, AREA OPERATORI, VOLONTARIATO, RETE PEDIATRICA, FORMAZIONE. The main content area features a heart icon with an ECG line and the title 'Valutazione cardiovascolare in pazienti con tumore'. The coordinator is Mauro Giorgi. A list of participants follows. A date '(21 Aprile 2015)' is shown. On the right, a 'PROSSIMI INCONTRI' box lists two upcoming meetings: 'Incontro del Gruppo di Studio Valutazione cardiovascolare in pazienti con tumore' on Tuesday, 10 June 2015.

Figura 2 - Lo spazio dedicato al Gruppo Cardioncologico della Rete oncologica Piemonte/Valle D'Aosta

Il gruppo di lavoro dedicato alla radioterapia dopo un excursus sulle possibili complicanze ci ha fornito una speranza in quanto le nuove tecniche radioterapiche essendo meno aggressive potrebbero non determinare complicanze così rilevanti come nei decenni scorsi. Per precise indicazioni è possibile collegarsi al Sito della Rete Oncologica (<http://www.reteoncologica.it/>). Sempre attraverso il canale della Rete Oncologica di Piemonte e Valle d'Aosta è stato possibile diffondere e condividere, con una suddivisione del territorio tipo spoke/hub, i protocolli condivisi, al fine di coinvolgere il maggior numero di operatori sanitari, compresi i medici di medicina generale. A tal fine sono stati organizzati due convegni dedicati ai cardiologi ospedalieri e del territorio, ai medici di famiglia per diffondere ulteriormente le problematiche legate alla cardioncologia. Al di là della specialistica cardiologica non dobbiamo dimen-

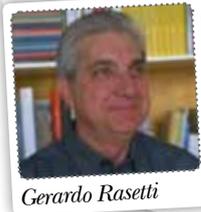
ticare il ruolo fondamentale del medico di famiglia sia per le conoscenze sia per il supporto a questi pazienti e per questo motivo sono state programmate nel prossimo futuro delle giornate di informazione per i medici di medicina generale. Da non omettere il ruolo importante dello psicologo che solo in un ospedale di Torino, per mancanza di risorse, ha iniziato una prima esperienza nell'approccio al paziente neoplastico. L'introduzione in campo ematologico, in particolare nel trattamento di leucemie e linfomi, di nuovi farmaci potenzialmente cardi tossici ha fatto sì che l'interesse per la cardiotossicità si estendesse anche agli ematologi che con entusiasmo hanno contribuito a stabilire delle raccomandazioni sia per la prevenzione che per la gestione delle complicanze tromboemboliche correlate alla terapia antitumorale e ad affrontare la problematica della terapia anticoagulante nel paziente oncologico. ♥

Tabella - Ospedali e strutture con attività di Cardioncologia coinvolte nella Rete Oncologica: A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

- A.O. Ordine Mauriziano
- A.O.U. San Luigi Gonzaga Orbassano
- ASL CN 2
- ASL Torino
- ASL TO 2
- ASL TO 4
- ASL TO 5
- IRCCS Candiolo
- Ospedale Cottolengo
- ARCA e cardiologi territoriali"

ABRUZZO

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



Gerardo Rasetti

FRIULI VENEZIA GIULIA

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



Matteo Cassin

BASILICATA

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



Francesco Sisto

LAZIO

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



Massimo Uguccioni

CALABRIA

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



Vincenzo Amodeo

LIGURIA

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



Massimo Zoni Berisso

CAMPANIA

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



Rosario Sauro

LOMBARDIA

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



Fabrizio Oliva

EMILIA ROMAGNA

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



Stefano Urbinati

MARCHE

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



Domenico Gabrielli

MOLISE

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



Francesco Versaci

SARDEGNA

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



Gavino Casu

P.A. BOLZANO

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



Roberto Cemin

SICILIA

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



Giacomo Chiarandà

P.A. TRENTO

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



Alberto Menotti

TOSCANA

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



Silva Severi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

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



Marco Sicuro

UMBRIA

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



Adriano Murrone

PUGLIA

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



Pasquale Caldarola

VENETO

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



Loris Roncon

PDT per l'ammalato con EP

ALGORITMO1

Paziente ad **ALTO** rischio di morte precoce
(ACC-Shock- PA \leq 90 mm Hg)

ecocardiografia al letto

Non compatibile con EP

Compatibile con EP

- PA > 90 e \leq 100 mm Hg e miglioramento dello stato generale: Angio TC. Se conferma di EP, valutare terapia di ricanalizzazione con TL o catetere.
- PA > 100 mm Hg: Angio TC. Se conferma di EP, comportarsi come nel rischio intermedio

Persistenza di grave instabilità emodinamica nonostante la terapia con inotropi, O₂, eparina ev

Trombolisi:
rtPA in infusione o in bolo rapido ripetibile a seconda della gravità.

Se rischio emorragico elevato e persistenza di instabilità emodinamica, valutare:

- Embolectomia con catetere o CCH
- rt-PA 0.5 mg/kg in bolo ev

Reparto di ricovero: Terapia intensiva, meglio se cardiologica o Rianimazione

Se riscontro di "trombo in transito" nelle sezioni cardiache di destra all'ecocardiografia, la TC non è necessaria per la diagnosi

TABELLA 1

TERAPIA FARMACOLOGICA IN EP AD ALTO RISCHIO

TROMBOLISI

rtPA 10 mg in bolo, seguito da infusione in 120' della dose rapportata al peso, preceduto da ENF ev 60U/Kg (dose massima 4000 U).

Durante l'infusione di rtPA è prudente sospendere ENF

peso Kg	mg rtPA
40-45	60
46-50	65
51-55	70
56-60	75
61-65	80
66-70	85
>70	90

TERAPIA CON ENF SENZA TROMBOLISI

aPTT	BOLO	STOP INFUSIONE	VARIAZIONE VELOCITÀ INFUSIONE	CONTROLLO SUCCESSIVO aPTT
<40"	60 U/Kg	0 minuti	+0,2 cc/h	dopo 6 h
>40" <49,9"	0 U.	0 minuti	+0,1 cc/h	dopo 6 h
>50" <70,9"	0 U.	0 minuti	0 cc/h	12 h dopo
>71" <85,9"	0 U.	0 minuti	-0,1 cc/h	dopo 6 h
>86" <100,9"	0 U.	0 minuti	-0,2 cc/h	dopo 6 h
>101" <149,9"	0 U.	30 minuti	-0,3 cc/h	dopo 6 h
>150"	0 U.	60 minuti	-0,6 cc/h	dopo 6 h

Bolo iniziale 80 U/Kg. Diluire 25000 U, oppure (5 cc) in 50 cc di fisiologica in pompa siringa. Dose mantenimento 2 ml/ora se peso <65 Kg, 2,4 ml/ora se peso 66-75 Kg, 2,6 ml/ora se peso >75 Kg; applicare monitoraggio

TABELLA 2
Controindicazioni alla trombolisi

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE	CONTROINDICAZIONI RELATIVE
Ictus emorragico o ictus di origine ignota	TIA nei 6 mesi precedenti
Ictus ischemico nei 6 mesi precedenti	Gravidanza o parto entro 1 settimana
Danni al SNC o neoplasia cerebrale	Punture di organi non comprimibili
Trauma o intervento chirurgico maggiore o trauma al capo nelle 3 settimane precedenti	Terapia anticoagulante orale in corso
Emorragia gastrointestinale nel mese precedente	Manovre rianimatorie traumatiche
Sanguinamento noto	IA refrattaria (PAs>180 mm Hg)
	Epatopatia avanzata
	Endocardite infettiva
	Ulcera peptica attiva

Se presenza di trombo “in transito” nelle cavità di destra di grosse dimensioni, vi è indicazione a TL anche se condizioni cliniche stabilizzate. Se trombo a cavaliere sul setto interatriale: cardiocirurgia urgente
Embolectomia con catetere o cardiocirurgia: se non disponibile in loco, trasferire il paziente nel centro di riferimento previ accordi telefonici.

TABELLA 3

<i>Valutazione probabilità clinica “a priori” (Wells, modif.)</i>	
VARIABILE	PUNTI
Segni/sintomi di TVP	3
Manca diagnosi alternativa ad EP	3
Freq. cardiaca > 100	1,5
Immobilizzazione > 3 gg o chirurgia entro 4 settimane	1,5
Pregressa EP/TVP	1,5
Emottisi	1
Cancro attivo (o terapia entro 6 mesi)	1

punteggio ≤ 4: EP improbabile
punteggio > 4: EP probabile

ALGORITMO 2

Paziente a NON ALTO rischio di morte
(assenza di ACC-Shock-PA \leq 90mm Hg)
Valutazione della probabilità clinica
(score di Wells)

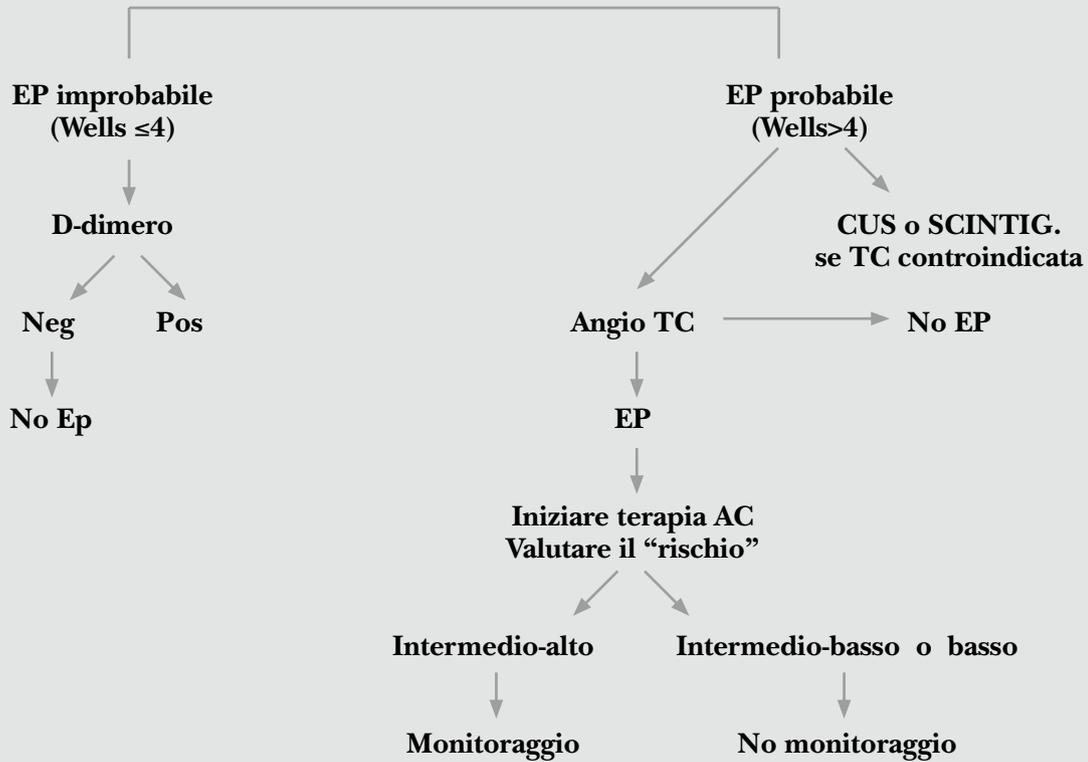


TABELLA 4

Classificazione dei pazienti con EP acuta sulla base del rischio di mortalità precoce

Rischio di mortalità precoce		Parametri e score di rischio			
		ACC-Shock PA \leq 90	Classe sPESI \geq 1	Segni di disfunzione VD Eco e/o TC	Troponina aumentata
Alto		+	+	+	+
Intermedio	Intermedio alto		+	+	+/-
	Intermedio basso		+	-	-/+
Basso		-	-	Opzionale Se +: rischio Intermedio-alto	Opzionale Se +: rischio Intermedio-basso

TABELLA 5
Punteggio PESI semplificato (sPESI)

Versione originale e semplificata del Pulmonary Embolism Severity Index (PESI)		
Parametro	Versione originale	Versione semplificata
Età	Età in anni	1 punto (se età >80 anni)
Sesso maschile	+10 punti	-
Cancro	+30 punti	1 punto
Scompenso cardiaco cronico	+10 punti	1 punto
Patologia polmonare cronica	+10 punti	
Frequenza del polso ≥ 110 b/min	+20 punti	1 punto
Pressione arteriosa sistolica <100 mmHg	+30 punti	1 punto
Frequenza respiratoria >30 atti/min	+20 punti	-
Temperatura corporea <36°C	+20 punti	-
Alterazione dello stato mentale	+60 punti	-
Saturazione ossiemoglobinica arteriosa <90%	+20 punti	1 punto
Classi di rischio*		
	Classe I: ≤ 65 punti rischio di mortalità a 30 giorni molto basso (0-1.6%) Classe II: 66-85 punti rischio di mortalità basso (1.7-3.5%) Classe III: 86-105 punti rischio di mortalità intermedio (3.2-7.1%) Classe IV: 106-125 punti rischio di mortalità alto (4.0-11.4%) Classe V: >125 punti rischio di mortalità molto alto (10.0-24.5%)	0 punti = rischio di mortalità a 30 giorni 1.0% (IC 95% 0.0%-2.1%) ≥ 1 punto = rischio di mortalità a 30 giorni 10.9% (IC 95% 8.5%-13.2%)

ULTERIORI ASPETTI DA CONSIDERARE in NON ALTO rischio per classificare i pz a rischio intermedio	Score non codificato
Esordio con dolore anginoso, pre-sincope o sincope	1
ECG: BiBDX-BBDX o S1Q3 o T negativa V1-V4 non preesistenti	1
Emboli multipli prossimali (rami principali o rami lobari)	1

TABELLA 6
TERAPIA DELLA FASE ACUTA IN EP A NON ALTO RISCHIO

1. Se EP probabile in base allo score di Wells, iniziare subito terapia AC parenterale, in attesa di conferma diagnostica. EBPM o fondaparinux sono prioritariamente raccomandati, embriando warfarin appena possibile
2. In alternativa alla terapia con eparina e warfarin, può essere impiegato in fase acuta rivaroxaban (15 mgx2, per 21 gg, indi 20 mg/die in unica somministrazione) o apixaban (10 mgx2 x7gg, indi 5 mgx2). In alternativa al Warfarin e dopo trattamento con eparina, può essere impiegato dabigatran (150mg x 2 o 110 mg x2 nei pz con età >80 anni o in trattamento con verapamil) o edoxaban
3. I nuovi anticoagulanti non sono raccomandati se insufficienza renale severa (CrCl<30 ml/min)
4. Nei rari casi di pz a rischio non alto in cui sia stata documentata, con ecocardiografia, la presenza in atrio destro di tromboembolo di grosse dimensioni, andrà valutata la trombolisi. Qualora il tromboembolo sia a cavaliere sul setto interatriale andrà valutato l'intervento cardiocirurgico urgente.



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

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

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome

Indirizzo

Città Prov. CAP

Tel. /Cell. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov. CAP

Tel./Cell. Fax E - mail

Nome Primario o F.F.

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Socio ANMCO | <input type="checkbox"/> Non Socio | <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa |
| <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente | <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Altro |

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area Emergenza - Urgenza - AEU | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ |
| <input type="checkbox"/> Area CardioChirurgia - ACH | <input type="checkbox"/> Area Giovani - GIO | <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS |
| <input type="checkbox"/> Area Cardiolmaging - ACI | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - MCP | <input type="checkbox"/> Area Scompenso Cardiaco - AS |

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'Associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante moduli di adesione a convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, i dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito WEB dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito dedicata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici legati all'Associazione, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate in abbonamento tutte le riviste dell'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via A. La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC (Federazione Italiana di Cardiologia) con sede ad Arezzo c/o Ospedale "San Donato", U.O. di Cardiologia, Via Pietro Nenni n. 20 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora, 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/51011.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma

Fellow ANMCO 2015

NOME	COGNOME	OSPEDALE	REPARTO	CITTA	Prov.
Felice	Achilli	Ospedale San Gerardo	U.O. Cardiologia - UTIC	Monza	MB
Roberto	Caporale	Ospedale Santissima Annunziata	Uoc Cardiologia Interventistica	Cosenza	CS
Andrea	Celestini	Ospedale Belcolle	U.O.C. Cardiologia Utic Emodinamica	Viterbo	VT
Manlio	Cipriani	Ospedale Niguarda	Cardiologia 2 - Insuff. Card. e Trapianto	Milano	MI
Alberto	Cresti	Ospedale della Misericordia	U.O. di Cardiologia	Grosseto	GR
Gabriele	De Masi De Luca	Azienda Ospedaliera Cardinale G. Panico	U.O. Cardiologia - UTIC	Tricase	LE
Renato	De Vecchis	Presidio Intermedio Elena d'Aosta	Servizio di Cardiologia	Napoli	NA
Luca	Dell'Angela	Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti Trieste	S.O.C. Cardiologia - Ospedale Cattinara	Trieste	TS
Massimo	Iacoviello	Ospedale Consorziale Policlinico	U.O. Cardiologia Universitaria	Bari	BA
Marco	Marini	Ospedali Riuniti	SOD Cardiologia Ospedaliera e UTIC	Ancona	AN
Antonella	Moreo	Ospedale Niguarda	Cardiologia 1 - Emodinamica	Milano	MI
Ernesto	Murena	Ospedale Santa Maria delle Grazie	U.O. Cardiologia - UTIC	Pozzuoli	NA
Fabio	Pastore	Ospedale Maria SS. Addolorata	U.O. di Cardiologia	Eboli	SA
Andrea	Perkan	Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti Trieste	S.O.C. Cardiologia - Ospedale Cattinara	Trieste	TS
Antonio	Rossillo	Ospedale dell'Angelo	U.O. Cardiologia	Mestre	VE
Filippo	Russo	Ospedale S. Anna	U.O.C. di Cardiologia	San Fermo della Battaglia	CO
Sakis	Themistoclakis	Ospedale dell'Angelo	U.O. Cardiologia	Mestre	VE
Elio	Venturini	Ospedale Civile Bassa Val di Cecina	Unità Operativa di Cardiologia e UTIC	Cecina	LI
Massimo	Zecchin	Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti Trieste	S.O.C. Cardiologia - Ospedale Cattinara	Trieste	TS



I pensieri dei Cardiologi abruzzesi tra le luci del passato e le ombre del futuro

Oggi la sensazione di chi è stato ed è in primis medico, di chi ha vissuto e vive “l’odore” dell’Ospedale in senso lato, lavorando in una struttura cardiologica abruzzese, difendendo i diritti dei Medici e dei Cittadini utenti, fronteggiando i pensieri di Politici, Direttori Generali e figure amministrative, talvolta frutto della fantasia politica, è quella di vivere una profonda frattura tra una Cardiologia di ieri ed una Cardiologia del futuro. I decisori della politica sanitaria ci impongono oggi di centellinare le risorse, di dimensionare al minimo gli organici, di ridurre i posti letto, ma allo stesso tempo di garantire qualità assistenziale al paziente, liste di attesa accettabili conservando elevato expertise e alta tecnologia. Noi Cardiologi ospedalieri, e non solo noi, ci siamo formati in un universo cardiologico fatto di sacrificio, di contatto con i pazienti, di studio ed applicazione; ma l’umanità e sensibilità verso chi ci si rivolgeva non sono mai mancate. Ora ci chiedono di sostituire la Cardiologia di ieri con una Medici-

na cibernetica guidata da ragionieri che fanno i conti sulle liste di attesa, sulle percentuali di occupazione dei letti, sulla mobilità passiva. Penso che l’ANMCO abbia un preciso ruolo, in quanto Società Scientifica con caratteristiche uniche, nel “suggerire” ad alta voce ai decisori della programmazione sanitaria (agenzia sanitaria) e delle scelte regionali (Assessore della Sanità) percorsi di riorganizzazione delle Cardiologie abruzzesi. Queste riflessioni sono state condivise in un recente incontro tra i Direttori dei Dipartimenti cardiologici delle quattro aziende sanitarie della nostra regione e l’intento comune è quello di assicurare una Cardiologia qualitativamente uniforme nei diversi angoli della regione, garantendo assistenza nel territorio e potenziando le eccellenze già presenti, riducendo al minimo la mobilità passiva. Siamo sicuri di avere le professionalità, le potenzialità per strutturare una Cardiologia, in linea con quanto richiesto dal decreto Lorenzin, dimensionando adeguatamente la tipologia di unità operativa nei di-

versi presidi ospedalieri e garantendo la presenza qualificata di Cardiologi anche nelle UCCP. Partendo dal numero di abitanti residenti della nostra regione (1.330.000) ci sembra impossibile non riuscire a creare un modello che non garantisca un’assistenza cardiologica adeguata. Bisogna comunque fare delle premesse per comprendere le ragioni di questo presente. Negli ultimi anni le manovre in campo sanitario sono state condizionate dalla nota calamità che ha colpito il capoluogo di regione. Il terremoto dell’Aquila ha assorbito risorse, ha aperto scenari prioritari diversi dalla risoluzione di altri problemi presenti sul territorio. L’Università non ha saputo amalgamarsi con le strutture sanitarie pubbliche. Malgrado la presenza di professionalità eccellenti non si è mai arrivati ad un grado di collaborazione ottimale tanto che parte degli specialisti in Cardiologia sono stati costretti a frequentare strutture private o strutture extraregionali. Proprio le strutture private hanno rappresentato un elemento con un



peso specifico enorme; molti piani regionali hanno lasciato molto spazio a queste strutture private e sono stati modificati con una logica, frutto di un'anomala interfaccia tra interlocutore e politica. Nessuno ha mai chiesto il parere delle Società Scientifiche e ciò ha portato alla proliferazione di strutture cardiologiche consentendo, nel caso più eclatante, l'attività di tre laboratori di Emodinamica e Cardiologia interventistica distanti pochi chilometri. Ancora in questi ultimi mesi i programmatori dell'Agenzia regionale non hanno interagito con le Società Scientifiche, individuando gli interlocutori sulla base di conoscenze personali. Esplicativo il percorso della proposta del precedente Consiglio Direttivo Regionale ANMCO che elaborò un progetto di rete per l'Emergenza/Urgenza cardiologica con individuazione dei centri Hub e Spoke con coinvolgimento dei dipartimenti aziendali DEU. Fu presentato un documento di consenso ancora non recepito (e non se ne comprendono le ragioni)

dagli organi regionali. Considerando che la regione è poco estesa, con il 75% della popolazione concentrata sulla costa e con una ottima viabilità nord-sud e costa-centri interni, sarà facile individuare due "blocchi" cardiologici di secondo livello dotati di Cardiocirurgia, uno coinvolgente i presidi di Chieti e Pescara, l'altro comprendente i presidi di Teramo e L'Aquila. Analogamente il programmatore della Sanità regionale potrà individuare le Cardiologie di 1° livello nelle cinque strutture esistenti dotate di UTIC Spoke. Nel cosiddetto "Ospedale di base", altro elemento previsto nel decreto Lorenzin, ci potrebbero essere UOS di Cardiologia a valenza dipartimentale o unità operative di Medicina Interna nel contesto delle quali prevedere figure mediche in grado di affrontare i problemi cardiologici. Bisogna sottolineare l'importanza della figura del Cardiologo anche in questi presidi e nelle UCCP al fine di attuare un ruolo di "filtro" per problemi cardiologici altrimenti diretti negli

Ospedali. I Cardiologi ospedalieri evitino di ipotizzare come soluzione tesa a migliorare la qualità assistenziale la "ASL unica regionale" o la "riduzione delle ASL". L'ANMCO della nostra regione ha il dovere di ricordare, anche ai suoi Soci e a tutta la comunità cardiologica che le strutture cardiologiche ospedaliere regionali non sono scatole o contenitori vuoti, ma strutture reali in cui vivono Cardiologi veri e soprattutto pazienti, tanti e veri, con le loro storie e i loro problemi. Di qui la necessità di un rinnovamento generazionale con giovani medici prima di tutto ricchi di umanità e professionalità, adeguati nella tecnologia, ma anche nelle piante organiche (che non è sinonimo di risparmio), e dove si parli non di liste di attesa, ma di adeguatezza prescrittiva. Nella Cardiologia ospedaliera abruzzese del domani ricca di questi valori, continuerà a "pulsare" nei cuori dei nostri giovani Cardiologi anche l'animus di chi li ha preceduti. ♥



Camminare fa bene al tuo cuore

La carica dei 600... alla Bavisela Family e CardioRun del 3 maggio a Trieste



La partenza da Miramare della competizione non competitiva così com'è stata ripresa dalla stampa locale

Il Centro Cardiovascolare scende in campo per la prevenzione
alla Bavisela Family il 3 maggio

Il 3 maggio si è svolta a Trieste la Bavisela Family, gara non competitiva di 7 km con partenza dal Castello di Miramare fino a Piazza Unità d'Italia, nel contesto della Europe Marathon (Maratona d'Europa) che ha visto la partecipazione di circa 3.000 atleti per la maggior parte stranieri tra maratona e maratonina. Alla Bavisela Family hanno partecipato 7.200 persone, tra adulti, giovani e bambini, un lungo serpentone che si è svolto lungo la costa triestina, dal Castello di Miramare, al litorale di Barcola, passando per il Porto Vecchio della città, per arrivare a Piazza della Libertà, la stazione e piazza Unità d'Italia. Tutti insieme per correre e camminare all'insegna dello sport e della prevenzione. Anche quest'anno, come ormai accade dal 2008, il Centro Cardiovascolare con il suo Direttore, il Dott. Di Lenarda, e il personale medico ed infermieristico, insieme alla LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori), al Comune di Trieste e all'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 1 Triestina, ha promosso tra pazienti e colleghi la partecipazione alla "camminata". Il gruppo di amici e simpatizzanti quest'anno ha contato 600 iscritti ed è stato premiato come il più numeroso della manifestazione. Il motto che ha accomunato tutti



Figura 1 - Il dr. Fisicaro mentre misura la pressione ad un passante nell'ambito della prevenzione

sotto uno striscione colorato era "Tutti insieme per la prevenzione", e sui pettorali capeggiava il messaggio "Prevenire è vivere!" della LILT e lo slogan del progetto nazionale "CardioRun - La salute del Cuore". Le magliette bianche del Centro Cardiovascolare e dei simpatizzanti spiccavano su quelle nere della Bavisela 2015 ed invitavano a camminare insieme per diventare "role model" nella promozione dell'attività fisica regolare. CardioRun, come recita il suo slogan, campagna nazionale di promozione e stimolo a livello locale, supporta lo svolgimento di una regolare attività fisica aerobica nel contesto di uno stile di vita corretto per ridurre in modo significativo la mortalità e la probabilità di eventi cardiovascolari, sia in prevenzione primaria che secondaria. Il van-

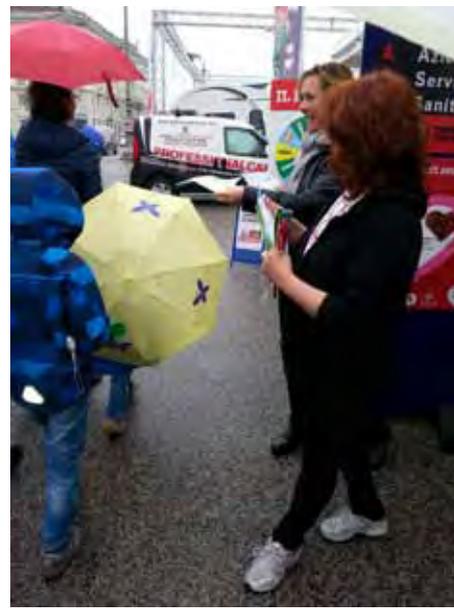


Figura 2 - La pioggia non ferma la dr.ssa Cherubini e l'Infermiera Maurizia nel distribuire il materiale informativo

taggio della camminata è ormai noto a tutti: bastano 2.000 passi in più al giorno per ridurre gli eventi cardiovascolari dell'8% circa a un anno, attività facilmente praticabile da tutti: andare al lavoro e a scuola a piedi, bastano circa 20 minuti al giorno! In aggiunta, l'esercizio fisico regolare è in grado di ridurre l'incidenza di altre patologie, tra cui diabete, osteoporosi, depressione ed alcuni tipi di neoplasie. Quest'anno il Centro Cardiovascolare ha abbracciato tale progetto nella giornata della Bavisela Family. Il villaggio Bavisela ha ospitato anche la settimana delle Giornate Europee dello Scompensamento Cardiaco; il personale del Centro Cardiovascolare presente nello stand ha incontrato la cittadinanza, ma anche tutti i turisti che dalla Regione e dal resto d'Italia hanno affolla-



Figura 3 - La distribuzione dei gadget da parte della Coordinatrice del Centro dr.ssa Donatella Radini e il personale



Figura 4 - Le magliette del 'Cardiorun' con lo slogan 'role model'



Family 15: il gruppo del Centro Cardiovascolare (il dr. Di Lenarda con la maglietta in alto) con i pazienti e i volontari della LILT al momento della partenza con lo striscione "Tutti insieme per la prevenzione"

to le rive di Trieste per il ponte del primo maggio. È stata un'ulteriore occasione per fare prevenzione cardiovascolare, per spiegare come uno stile di vita sano possa essere una base solida per combattere le malattie cardiovascolari. Per quanto concerne lo scompenso cardiaco, con il counselling e la distribuzione di materiale informativo ad assistiti e familiari, si è cercato di stimolare tutti ad ascoltare il proprio cuore, a seguire semplici regole ed accorgimenti per rendere stabile la malattia e migliorare la qualità di vita. La risonanza a livello della stampa locale e l'afflusso di gente presso il gazebo allestito per quest'occasione sono la testimonianza di come una parte degli sforzi debba essere convogliata nell'educazione della popolazione sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Progetti per il futuro: speriamo di coinvolgere ancora tutta la popolazione con iniziative di promozione della vita sana e dell'attività fisica. Le prossime date previste saranno in ottobre in occasione della Barcolana, famosa regata velica, e a febbraio prossimo per la settimana del cuore con la camminata "cardiologica" aperta a tutti. ♥



«L'architettura è un fatto d'arte,
un fenomeno che suscita emozione, al di fuori dei problemi
di costruzione, al di là di essi. La Costruzione è per tener su:

l'Architettura è per commuovere.»

La fabbrica di S. Pietro vista da Le Corbusier

La gestione integrata Ospedale - Territorio dello scompenso cardiaco nella Regione Lazio

La storia della costruzione della Rete per lo scompenso nella Regione Lazio sembra essere infinita come quella della fabbrica di S. Pietro nell'antichità o come quella della linea C della metropolitana di Roma. Purtroppo non suscita commozione.

Lo scompenso cardiaco è una malattia cronica grave che colpisce un segmento considerevole della popolazione, destinato ad aumentare in relazione all'invecchiamento. Il suo peso epidemiologico si esprime con pochi e ormai noti numeri: incidenza nella popolazione generale tra lo 0,5 - 1,5%, prevalenza nella popolazione sopra i 70 anni del 5 - 10%, mortalità compresa fra il 5% ed il 60% annuo, rischio di morte a 1 anno dalla diagnosi dal 25% al

33%, tasso di ospedalizzazione pari a circa il 5% nei soggetti al di sopra i 65 anni. La sua prevalenza aumenta con l'età ed è pari al 6,7% nella popolazione tra 65 e 84 anni, come dimostrato dallo Studio Predictor effettuato nella Regione Lazio dal 2008 al 2010. La prevalenza della forma preclinica (stadio B della malattia) è poi particolarmente alta e interessa oltre il 35% degli anziani. Le patologie più frequentemente responsabili dello sviluppo di scompenso cardiaco ed estrema-

mente comuni nella popolazione generale sono la cardiopatia ischemica, la cardiopatia ipertensiva ed il diabete mellito. La disfunzione ventricolare sinistra asintomatica spesso precede per lungo tempo lo scompenso cardiaco conclamato ed aumenta il rischio di morte anche in presenza di lieve compromissione della funzione ventricolare. L'inizio precoce dei trattamenti suggeriti dalle Linee Guida è in grado di condizionare favorevolmente la prognosi e di rallentare la



La prevalenza dello scompenso cardiaco aumenta con l'età ed è pari al 6,7% nella popolazione della Regione Lazio tra 65 e 84 anni (Studio Predictor) con 17.260 ricoveri nell'anno 2008 ed un tasso di ricoveri ripetuti del 31% nel 2009

In alcune realtà laziali, distribuite a "macchia di leopardo", la cura del paziente affetto da scompenso cardiaco è di buon livello ma legata principalmente alla buona volontà degli operatori più che al sostegno delle istituzioni

progressione verso lo scompenso cardiaco. Almeno il 2% della spesa sanitaria nazionale è assorbito dalla cura dei pazienti con scompenso cardiaco e di questo il 60 - 70% è dovuto alle ospedalizzazioni anche ripetute che, non solo hanno un impatto negativo sulla qualità della vita e sui costi, ma contribuiscono in modo determinante a peggiorare la prognosi. Il 50% dei ricoveri in regime ordinario sono appannaggio dei pazienti ultrasessantacinquenni. Dal 1999 ad oggi si è rilevato un aumento del numero di ricoveri a fronte di una riduzione dei giorni medi di degenza. Circa il 30 - 40% di questi ricoveri avviene in Cardiologia mentre il restante avviene in reparti non cardiologici, prevalentemente di Medicina Interna. IL DRG 127 è il primo DRG medico, se si eccettua il parto naturale, in ordine di frequenza. Un aspetto importante sono le ospedalizzazioni ripetute e gli accessi in Pronto Soccorso, che contribuiscono al numero globale dei ricoveri nella misura del 30% circa. Una percentuale rilevante delle cause di ospedalizzazione è rappresentata non solo dalla riacutizzazione dello scompenso, ma da eventi morbosi precipitanti quali infezioni, prevalentemente respiratorie, insufficienza renale, anemia, aritmie, sindromi coronariche acute, ma anche traumi o scarsa aderenza alle prescrizioni terapeutiche o errati stili di vita. Quello che è più sconcertante è che meno dell'80% dei pazienti dimessi segue la terapia nei 30 giorni successivi e questa percentuale scende ancora

al 60% nell'anno successivo. La mancata aderenza è dovuta soprattutto a informazione scarsa o confondente da parte del personale sanitario già al momento della dimissione. È infatti ormai assodato che la cura del paziente scompensato impone una stretta collaborazione fra medico di medicina generale (MMG), specialista e infermiere dedicato, figura attraverso la quale si ottiene una migliore aderenza alla terapia e alle norme igienico-dietetico-comportamentali. Nella Regione Lazio il tasso di riammissioni ospedaliere dopo 30 giorni dalla dimissione è intorno al 10 - 12% e la mortalità a 30 giorni dal ricovero è di circa il 10%; nell'anno 2008 i ricoveri sono stati 17.260, per un costo di €66.371.391. Un'analisi del database SDO della Regione Lazio ha documentato per l'anno 2009 una proporzione di ricoveri per scompenso ripetuti nell'anno pari al 31%. Il tasso di riammissioni precoci a 30 giorni era pari al 9% senza sostanziali differenze percentuali per classe d'età. Lo scopo del trattamento dello scompenso cardiaco non è, pertanto, solo l'aumento della sopravvivenza ma anche il miglioramento della qualità della vita e del livello di autonomia unito all'abbattimento dei costi e dell'impiego di risorse. Il pilastro fondante l'assistenza si basa sulla diagnosi e l'assistenza precoce, multiprofessionale e personalizzata sul profilo clinico e deve comprendere l'ottimizzazione terapeutica, il counseling, l'identificazione precoce delle instabilizzazioni, la scelta delle diverse strategie e la continui-

tà assistenziale. Il modello gestionale deve essere adattato, al singolo paziente e alla fase della malattia in cui si trova, in modo estremamente flessibile. Le risorse devono essere spostate dall'Ospedale al Territorio con la finalità di rendere più efficienti e "snelli" i processi assistenziali, privilegiando percorsi che coinvolgano i MMG/Specialisti del territorio nella gestione dei pazienti meno complessi e stabilizzati e lascino ai Centri Ospedalieri la gestione dei pazienti critici. D'altra parte il paziente affetto da scompenso cardiaco non deve mai essere abbandonato a se stesso ma deve essere inserito in un circuito chiuso, predefinito, all'interno del quale possa trovare sempre una risposta adeguata ai suoi bisogni, a seconda delle varie fasi della malattia, e possa contare su una serie di figure professionali di riferimento solide, competenti e prontamente reperibili. Quindi, analogamente alle sindromi coronariche acute, la "terapia organizzativa" dello scompenso è l'unica oggi in grado di strappare punti di mortalità e morbilità al quadro generalmente deludente della terapia medica. Medici, associazioni scientifiche e istituzioni hanno quindi l'obbligo di ristrutturare un sistema ancora disgregato e di restituire al paziente centralità e cure di qualità. I percorsi sono necessariamente complessi e polispecialistici, e purtroppo l'assistenza, almeno in alcune realtà italiane, è spesso ancora disorganizzata, discontinua e frammentaria. Al fine di rispondere alla necessità di promuovere una rete di assistenza

integrata al paziente cronico efficace e sostenibile dal punto di vista economico, condivisa dalle diverse professionalità sanitarie, a livello ospedaliero e territoriale, approvata e supportata a livello istituzionale, l'ANMCO ha promosso nel 2005 una Conferenza di Consenso fra le Società Scientifiche. La partecipazione ai lavori di rappresentanti delle Istituzioni, dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità, dalle Agenzie Regionali alle Aziende Sanitarie Locali, ha consentito di analizzare a fondo alcuni aspetti dell'attuale impatto della malattia sul Servizio Sanitario Italiano. La gestione clinica dei pazienti affetti da scompenso cardiaco o da patologie che evolvono verso lo scompenso cardiaco, quali ipertensione arteriosa, cardiopatia ischemica, diabete, è infatti un problema che richiede un modello organizzativo integrato tra Ospedale e territorio che garantisca un percorso adeguato di continuità terapeutica ed assistenziale, con l'obiettivo non solo di garantire cure adeguate, ma anche di farsi carico della persona con scompenso cardiaco, spesso affetta da altre patologie cronico - degenerative e/o da condizione di fragilità. Dai lavori della Conferenza è scaturito un documento, pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia nel 2006, che ha rappresentato uno degli sforzi maggiori prodotti dall'Area Scompenso Cardiaco ANMCO negli ultimi anni ed ha costituito l'ossatura della maggior parte dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) fino ad ora

realizzati. Il Documento ha delineato i principi fondamentali che devono guidare l'organizzazione della gestione del paziente con scompenso cardiaco in collaborazione tra Ospedale e Territorio, rispettando le specificità e le potenzialità locali ed è stato offerto alla comunità scientifica e alle autorità sanitarie come strumento base per allestire reti integrate di assistenza ai pazienti affetti da questa patologia. Purtroppo dopo quasi 10 anni dalla pubblicazione del documento, che è considerato ancora attuale e utile base concettuale, la realtà italiana è ancora frammentaria: sono relativamente poche le regioni in cui sono stati messi in atto modelli di rete integrata formalizzata e ben strutturata per lo scompenso cardiaco, con esperienze decisamente inferiori rispetto alle reti per l'emergenza cardiovascolare. Tale situazione è legata soprattutto allo scarso coinvolgimento e sensibilità dei livelli istituzionali ma anche, in alcuni contesti, a difficoltà oggettive d'interazione con la medicina generale e con il territorio. Le esperienze di condivisione culturale con i MMG e in generale di discussione concettuale sembrerebbero essere più diffuse della effettiva realizzazione delle reti e questo significa che in alcune realtà, dopo tanti anni, ci si trova ancora nella fase di preparazione del terreno. Nel Lazio numerosi centri per lo scompenso cardiaco, organizzati in diversi modelli assistenziali, sono operativi fin dalla istituzione della Rete nazionale ANMCO IN-CHF. I centri che in questi anni si sono

dimostrati più attivi e propositivi sono quelli dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni - Addolorata, l'Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini, l'Ospedale S. Filippo Neri, l'Ospedale S. Spirito, l'Ospedale Vannini, Ospedale S. Andrea, l'Ospedale di Albano, l'Ospedale G.B. Grassi di Ostia, l'Ospedale di Tivoli, l'Ospedale di Colferro. Varie ASL, tra cui la RME (dal 2008 per quanto riguarda l'Ospedale S. Spirito), la RMH (dal 2009 per quanto riguarda l'Ospedale di Albano), la RM D, la RMA e Aziende Ospedaliere quali il S. Camillo - Forlanini e l'Ospedale Belcolle di Viterbo, hanno elaborato, già da alcuni anni, PDTA specifici per lo scompenso che sono applicati nella pratica quotidiana limitatamente al territorio adiacente all'Ospedale di riferimento (come nel caso dell'Ambulatorio Scompenso dell'Ospedale S. Spirito - zone limitrofe che comprendono parte della RME e parte della RMA e dell'Ospedale di Albano per la RMH e parte della RMC e RMB) oppure come percorsi intraospedalieri interdisciplinari approvati e riconosciuti dalla Direzione Aziendale (come nel caso dell'Unità Scompenso dell'Ospedale S. Camillo e la Cardiologia dell'Ospedale Vannini). Allo stato attuale questi documenti vengono utilizzati più come protocolli condivisi tra i vari "attori" coinvolti (specialista ospedaliero, specialista territoriale, MMG), che molto spesso sono legati tra loro da rapporti di fiducia e stima professionale, che come percorsi ufficiali attivati formalmente dalla ASL di riferimento. Nel mese di aprile 2015

la Direzione Generale della ASL RME ha nominato una commissione di specialisti che ha elaborato un nuovo PDTA per lo scompenso che tenesse conto della recente integrazione all'interno della ASL stessa dell'Ospedale S. Filippo Neri. Il numero, in crescita esponenziale, dei pazienti che negli ultimi 5 anni sono stati indirizzati agli ambulatori dedicati ospedalieri dalle strutture territoriali e che dall'Ospedale sono stati inviati al territorio, seguendo i percorsi condivisi anche se non formalizzati, è comunque notevole: circa 500 pazienti l'anno per quanto riguarda l'Ospedale S. Camillo, 300 per il S. Spirito e 400 per l'Ospedale di Albano. Sono state poi attivate nel Lazio alcune "Case della Salute" (Rocca Priora, l'Ospedale Oftalmico a Roma, la Tenuta di Torrenova a Roma, Ostia, ecc.) che dovranno rappresentare il punto di riferimento per tutto il bacino d'utenza per le patologie croniche che necessitano di esami strumentali e consulenze, tra le quali lo scompenso cardiaco. La responsabilità della cura è a carico del MMG che dovrà avvalersi della consulenza specialistica quando necessario e dovrà fornire risposte a tutti i bisogni sanitari dei pazienti. A questo scopo è stato elaborato nel marzo 2014, da parte di un gruppo di studio interdisciplinare, un PDTA regionale per la gestione dello scompenso cardiaco specificamente rivolto alle "Case della salute" e a tutte quelle analoghe strutture territoriali nascenti quali poliambulatori e UCP (Unità di Cure Primarie). Anche questo documento, a tutt'oggi, non risulta essere stato ufficialmente attivato. È

facile dedurre che nel Lazio, come in alcune altre regioni italiane, la gestione integrata dello scompenso cardiaco non è ancora omogenea e, nonostante l'esistenza di PDTA elaborati e condivisi, non ancora ufficialmente organizzata sotto forma di rete. In alcune realtà, distribuite a "macchia di leopardo", la cura del paziente affetto da scompenso cardiaco è di buon livello ma questo è dovuto principalmente alla buona volontà, alla professionalità e all'etica degli operatori coinvolti più che al sostegno delle istituzioni. Restano comunque ampie "sacche" di popolazione con scompenso cardiaco che non vengono seguite adeguatamente, vagano da un ambulatorio all'altro, faticano per ottenere un appuntamento per una visita specialistica, sono vittime delle liste d'attesa, non hanno accesso all'assistenza domiciliare e finiscono per essere ricoverate più e più volte in Ospedale con notevole danno personale e sociale. Una buona organizzazione Ospedale - Territorio, un sapiente utilizzo del day hospital, un'adeguata comunicazione tra le varie figure professionali coinvolte e con il paziente stesso possono aumentare l'aderenza alla terapia, prevenire le instabilizzazioni gravi, ritardare la progressione della patologia, ridurre drasticamente la necessità di ospedalizzazione, il numero di ricoveri ripetuti e le giornate di degenza ospedaliera, migliorare la qualità della vita e aumentare la sopravvivenza con notevole vantaggio sociale, economico e morale. ♥



Largo ai giovani

È proprio il caso di dirlo, visto che la nostra Associazione nel Consiglio Direttivo Regionale annovera quattro su nove membri al di sotto dei 40 anni e due poco al di sopra. La politica di valorizzazione dei giovani Soci nelle Marche si sposa perfettamente con quella dell'ANMCO Nazionale che ha deciso di investire sui giovani per dare un nuovo sprint alle iniziative, esempio ne è la creazione dell'Area Giovani che vede come Chairperson il "nostro" Marco Marini, infatti giovani colleghi appassionati ed esperti di informatica possono dare una nuova forma, più vicina ai tempi, alla preziosissima esperienza accumulata dai colleghi meno giovani. Proprio per favorire quest'incontro-scambio abbiamo così deciso di destinare una certa quota di denaro del budget regionale per sponsorizzare la partecipazione di due giovani Cardiologi (età al di sotto dei 35 anni), Soci effettivi, al 46° Congresso Nazionale ANMCO (4 - 6 giugno, Milano) con priorità nei confronti di coloro che hanno parte attiva dovendo

farsi latori di comunicazioni orali o di presentazione di poster (Figura 1). Inoltre durante le riunioni del nostro Consiglio Direttivo Regionale si è pensato di ritagliare uno spazio per la presentazione da parte dei giovani Colleghi di casi clinici, oppure di creare momenti di relazione da trasformare in "question time" in modo da avvicinare l'esperienza accumulata negli anni da parte di Cardiologi "veterani" all'entusiasmo di chi si sta affacciando ora all'esercizio della professione per accrescere le conoscenze e proseguire nella ricerca. Stiamo lavorando con numerosi incontri sul miglioramento della collaborazione tra le Cardiologie "periferiche" ed il Centro di Cardiocirurgia regionale degli Ospedali Riuniti di Ancona - Presidio Lancisi, ragionando sia dei percorsi del paziente adulto che di quello pediatrico. Ampio sarà anche il contributo che daranno i nostri giovani Cardiologi al Congresso delle regioni Marche, Umbria, Abruzzo e Molise (MUMA) che si terrà il 10 ed 11 settembre a Campobasso, con interessanti re-

lazioni e discussioni su casi clinici. Tutto questo senza voler in nessun modo sminuire ciò che è stato fatto finora, anzi il nostro ambizioso obiettivo è quello di far sentire sempre più unite le varie generazioni di Cardiologi in ambito almeno regionale perché pensiamo che il dialogo e lo scambio siano l'unica strada attraverso cui possa passare la crescita professionale e personale della nostra Società Scientifica. ♥



ANMCO
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
 http://www.anmco.it e-mail: regioni@anmco.it
 Tel. +39 055 51011 - Fax +39 055 5101350

Sezione Regionale Marche

Presidente Regionale
 Domenico Gabrielli

Prot. S496/15/ANMCO del 13.05.2015

Consiglieri
 Micaela Capponi (Segretario)
 Christian Corinaldesi
 Walid Daher
 Raffaele Di Pillo
 Elena Falchetti
 Matteo Francioni
 Giuseppe Rescigno
 Giovanni Tarsi

Bando del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche
dell'8/05/2015 per contributo alla Partecipazione
al Congresso Nazionale ANMCO 2015 (Milano, 4-6 giugno)

A nome e per conto del CDR ANMCO Marche, come deliberato in data 8 maggio c.a., si stabilisce che sarà stanziata, dalla cassa regionale ANMCO, la somma di 1.000,00 euro (massimo 500,00 euro cadauno) da destinare a due giovani Cardiologi della nostra regione (età sotto i 35 anni), Soci ordinari dell'ANMCO, in regola con il pagamento dell'anno in corso, da destinare all'ospitalità/iscrizione per poter partecipare al prossimo Congresso Nazionale ANMCO che si terrà dal 4 al 6 giugno a Milano; tale somma sarà riservata a coloro che non abbiano ottenuto sponsorizzazioni a tal fine.

Nel caso in cui le richieste siano superiori alle possibilità bandite sarà data la priorità:

- 1) a coloro che debbano presentare comunicazione orali o poster al Congresso;
- 2) all'età più giovane;
- 3) all'anzianità dell'iscrizione all'ANMCO;
- 4) alla data di arrivo della richiesta.

Tale richiesta dovrà pervenire tramite e-mail entro il 20/05/2015 ai seguenti indirizzi: domgab@tiscali.it o docmica@virgilio.it e dovrà essere accompagnata da una dichiarazione che contenga tutti i dati necessari per la corretta valutazione della stessa (v. sopra).

In caso di mancanza di richieste saranno prese in considerazione richieste di Soci ANMCO aggregati, in regola con il pagamento dell'anno in corso, valutate con le stesse regole di cui sopra. La somma di cui sopra sarà erogata a consuntivo previa esibizione ed invio dei giustificativi in originale.

Fermo, lì 13 maggio 2015

Domenico Gabrielli
 Presidente Regionale ANMCO Marche

U.O. Cardiologia - Ospedale Civile Augusto Murri - Via Augusto Murri, 9 - 63023 Fermo
 Tel. 0734/625111-6252436-7 - Fax 0734/6252388 - e-mail: d.gabrielli@asl11.marche.it



Tour della Puglia 2015 durante la settimana “per il Tuo cuore”



Anche quest'anno la Puglia ha aderito alla iniziativa proposta dalla nostra Associazione atta a sensibilizzare la popolazione sulla prevenzione della morte cardiaca improvvisa attraverso la modifica dello stile di vita: mangiare sano, muoversi di più, non fumare, mantenere il peso ideale. Quale migliore popolazione da sensibilizzare a tematiche così importanti se non i giovani? È così che dalla foresta umbra al mare salentino sono fiorite iniziative rivolte soprattutto ai giovani studenti delle scuole superiori. Percorrendo la Puglia da Nord a Sud si è parlato a San Giovanni Rotondo, con gli studenti dell'ultimo anno dell'Istituto di Istruzione Superiore "Luigi Di

Maggio", di benefici e rischi della attività sportiva con una presentazione delle manovre di rianimazione cardiopolmonare. A Foggia l'iniziativa è stata rivolta ai giovani studenti del Corso di Laurea in Infermeristica della Sede Decentrata di San Severo che, riuniti presso l'Aula Magna dell'Università degli Studi di Foggia - Facoltà di Medicina e Chirurgia, hanno parlato di "Attualità in tema di prevenzione delle malattie cardiovascolari". Nella città della disfida, Barletta, si sono tenuti Corsi di BLS rivolti ai giovani delle scuole medie superiori. Nel capoluogo diverse le iniziative: la Cardiologia Ospedaliera del Policlinico ha aperto le porte a 70 giovani scelti tra quelli che intendono proseguire gli

studi iscrivendosi a una facoltà medica o infermieristica e che, suddivisi in gruppi, hanno seguito l'attività e la vita del reparto, supervisionati dal direttore, dai dirigenti medici e dagli infermieri in servizio. Terminato il percorso didattico, è stato rilasciato ai giovani, in presenza del Presidente dell'Ordine dei Medici di Bari, un attestato a ricordo di un'esperienza che forse inciderà sulle future scelte universitarie. La stessa Cardiologia ha inoltre organizzato "La Corsa del Cuore" con la collaborazione dell'associazione di volontariato accreditata presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (AMA Cuore) e con altre associazioni di sportivi amatoriali. Una "corsa/passeggiata" simboli-



ca all'interno del Policlinico, tra studenti, famiglie, volontari, operatori sanitari e pazienti che hanno ultimato il ciclo riabilitativo dopo il ricovero. Nei giorni 11 e 12 febbraio la Cardiologia del "San Paolo" con quella dell'Ospedale "Di Venere", ha tenuto presso il Liceo Scientifico "Scacchi" un incontro con gli alunni del V anno su "La prevenzione delle malattie cardiovascolari e la Morte Improvvisa" seguito da un mini corso sulle "Basi di Rianimazione Cardio-Polmonare". Nella città dei due mari, Taranto, l'iniziativa è stata rivolta a 120 studenti dell'ultimo anno delle scuole superiori, con i quali si è parlato, presso l'auditorium dell'Ospedale SS. Annunziata, di "Prevenzione della morte improvvisa. L'importanza della catena del soccorso". Ai giovani è inoltre stato sottoposto un test formato da semplici domande atte a fotografare lo stato di salute delle famiglie cittadine con particolare riferimento ai fattori di rischio cardiovascolare,

alla presenza di morti improvvise, di sincopi e di malattie cardiache congenite. Lo stesso questionario è stato somministrato alle 120 persone che nella giornata dedicata hanno "visitato" l'Ospedale della barocca città di Martina Franca, ed hanno effettuato un elettrocardiogramma gratuito. Proseguendo verso il Salento gli scenari paesaggistici cambiano ma non la voglia dei Cardiologi di impegnarsi nel diffondere la prevenzione cardiovascolare. Al Perrino di Brindisi si è eseguito un ECG a tutti i familiari dei degenti e si è allestito un punto di ascolto per la prevenzione cardiovascolare. La città di Copertino (LE) ha visto impegnata la Cardiologia dell'Ospedale cittadino in un dibattito su corretti stili di vita e prevenzione dell'arresto cardiaco extra-ospedaliero. A Scorrano nel Liceo Classico "Francesca Capece" oltre alla sensibilizzazione dei giovani a prendersi cura del cuore si è provveduto anche ad eseguire

uno screening gratuito di tutti gli studenti. Città di arrivo del nostro tour 2015 è Tricase, dove i medici si sono impegnati ad eseguire elettrocardiogrammi agli studenti del Liceo "Stampacchia" e a quelli della Scuola Media "Panareo" di Maglie. L'iniziativa BancomHeart (ideata proprio dal nostro Presidente) che rappresenta un primo passo verso la archiviazione digitale della storia clinica di ciascuno, nonché la novità della settimana "per il Tuo cuore" 2015, è stata offerta a diversi cittadini della Puglia; sono infatti state consegnate le BancomHeart a diversi cittadini che si sono sottoposti a un elettrocardiogramma nelle città di Barletta, Bari (Ospedale San Paolo), Monopoli, Martina Franca, Brindisi e Copertino. Come sempre la Puglia partecipa compatta, con interesse ed impegno, alla iniziativa della nostra Associazione che rende ogni anno la settimana di San Valentino il momento ideale per prendersi cura del cuore. ♥



Si rinnova la tradizione della Cardiologia che guarda al futuro con importanti novità sia nel format sia nei contenuti

In Toscana “la Cardiologia guarda al futuro” con molte novità

Importanti novità all’incontro tra giovani Cardiologi ospedalieri toscani ed universitari della sezione Tosco - Umbra

Si è svolto il 21 febbraio, grazie all’ospitalità dell’Università di Siena presso le proprie strutture, il sesto incontro regionale dei giovani Cardiologi ospedalieri ed universitari, organizzato dall’ANMCO Toscana e dalla SIC Tosco - Umbra. La prima novità ha riguardato il cambiamento del format proposto all’insegna dell’interattività. Ogni sessione prendeva spunto da una breve lettura riguardante una Macroarea seguita da discussione interattiva di casi clinici presentati da relatori ma discussi durante la presentazione stessa dalla platea. Tutti gli argomenti più “scottanti” della Cardiologia quo-

tidiana sono stati affrontati: dalla duplice terapia antiaggregante ed il suo ruolo nella trombosi di stent e nella gestione nella chirurgia dopo PTCA, all’approccio e gestione del paziente con arresto cardiaco rianimato senza chiari segni immediati di sindrome coronarica acuta, passando per l’importanza della ricerca e dell’eventuale trattamento della FA silente, argomento caldo in materia di rischio tromboembolico. Nella sessione dedicata alle aritmie non si sono fatte attendere le presentazioni su aritmie dal meccanismo complesso determinanti eventi importanti come la sincope alla guida, sulla disfunzione ventri-

colare da tachicardiomiopatia, e su metodiche di nicchia come l’estrazione di device impiantati per cardiopatie/malformazioni congenite. La sessione sulle cardiopatie rare ha portato alla luce le novità in tema di Imaging e del ruolo che questo riveste oggi, ma anche l’importanza di non lasciare solo il malato con patologia rara che spesso non trova risposte anche a domande semplici. Da qui la necessità di formare una rete. L’incontro si è quindi dedicato ad un tema molto attuale e sempre più sentito a cui i giovani Cardiologi non si sono sottratti. Procedure eseguite nella routine che tuttavia possono aver determinato più pro-

blemi che benefici e di cui quindi il valore deve essere messo in discussione. La lettura di presentazione ha riguardato proprio l'ambizioso progetto del Choosing Wisely (sce-

gnostico - terapeutico. Come è stato ben evidente dai casi presentati ciò non significa rinunciare anche a tecnologie molto avanzate (in due casi su tre presentati si è parlato di

confrontarsi su scenari reali (e non solo sulla presentazione dei dati) partendo dai problemi che i pazienti stessi propongono al Cardiologo clinico, e di come le soluzioni siano da cercare sia nelle metodiche sempre più peculiari a disposizione, ma anche e soprattutto nell'esperienza dei non più giovani che hanno efficacemente animato il dibattito. Il secondo punto ha riguardato la quantità notevole di casi che non possono essere inquadrati secondo una precisa linea guida e che necessitano perciò di una traduzione clinica da parte del Cardiologo. Sempre legato a questo punto è emerso chiaramente come vi siano pazienti che decidono di non assumere neanche un anticoagulante (dopo aver subito complicanze di procedure) nonostante un rischio embolico elevato, e come invece alcuni pazienti fortemente limitati nella loro quotidianità debbano, in questo caso di buon grado, sottoporsi a diverse procedure. La medicina pertanto rivive uscendo dai dati spuri e freddi dell'evidence based medicine, vestendo i panni di chi, in prima linea, si trova giornalmente ad applicare quelle conoscenze cercando di mediare tra evidenze, buon senso clinico ma anche il vissuto e le aspettative dei pazienti. Una Cardiologia Toscana quindi, che oltre a guardare, è già nel futuro. ♥

Tra la platea si è subito percepito quanto possa essere istruttivo confrontarsi su scenari reali (e non solo sulla presentazione dei dati) partendo dai problemi che i pazienti stessi propongono al Cardiologo clinico

gliere con saggezza, NdA) iniziato negli USA ad aprile 2012 e rilanciato a fine 2012 in Italia da Slow Medicine con il titolo "Fare di più non significa fare meglio", attraverso i quali viene riproposta l'alleanza tra il medico ed il paziente nel nome di scelte condivise che siano le più appropriate, piuttosto che le più usuali o tecnologiche. Anche

ECMO) quando si tratta di emergenza cardiologica vera, ma appunto, di sceglierle con saggezza. Due relazioni sono state premiate con un premio offerto dalla SIC Tosco - Umbra e sono state quelle del Dott. De Sensi di Grosseto e della Dott. ssa Bellandi di Careggi. Il dibattito interattivo, partendo dalla realtà quotidiana, ha fornito interessanti

Importante anche il progetto lanciato in Italia da Slow Medicine con il titolo "Fare di più non significa fare meglio", attraverso il quale viene riproposta l'alleanza tra il medico ed il paziente nel nome di scelte condivise

i Cardiologi ospedalieri tramite l'ANMCO hanno infatti aderito a questa importante rivoluzione del modo di intendere il percorso dia-

novità: la prima un confronto serrato ma costruttivo tra generazioni. Tra la platea si è subito percepito quanto possa essere istruttivo



Mario Chiatto intervista Gianfranco Sinagra

Il Prof. Gianfranco Sinagra è Direttore del Dipartimento Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria, Ospedali Riuniti di Trieste

Negli ultimi decenni si sono registrati significativi progressi nella terapia dello scompenso cardiaco cronico. Ulteriori risultati sembrano emergere dallo studio PARADIGM-HF. Quale sarà il reale impatto prognostico di questi nuovi trattamenti?

La terapia farmacologica, quella con device, la cardiocirurgia del coronarico o del paziente valvolare avanzato hanno certamente modificato in senso favorevole i profili di sopravvivenza. Un esempio eclatante è dato dal significativo miglioramento della prognosi a lungo termine della Cardiomiopatia Dilatativa idiopatica. La mortalità a 10 aa, per questi pazienti relativamente giovani e con lunga prospettiva teorica di vita, precedentemente agli anni 80 era >50%, oggi è ampiamente < al 20%. In questo senso LCZ 696, testata nel PARADIGM-HF, coniuga interessanti proprietà di antagonismo recettoriale dell'angiotensina II^o (valsartan 160 mg) e della neprilisina, quest'ultimo meccanismo intercetta la cascata

citochinico-infiammatoria-neurormonale e conferisce al farmaco una valenza biologica in termini di effetti positivi sul miocardio nel paziente con scompenso cardiaco. Modelli sperimentali suggeriscono che questi farmaci influenzino in maniera positiva anche la risposta ipertrofica e la fibrosi miocardica. È possibile che il profilo di rischio dei pazienti arruolati nello studio sia stato accentuato da un basso impiego di device (16% portatori di ICD e/o CRT), tanto più evidente se si considera che l'età media era 63.8 aa e la FEVsin media 29%. Anche il dosaggio di Enalapril (18.9±3.4 mg) potrebbe aver contribuito a sbilanciare gli effetti a favore di LCZ 696 (375±71 mg). Ad ogni modo gli effetti favorevoli su end point hard appaiono convincenti, il profilo di sicurezza buono e la molecola innovativa e destinata ad essere utilmente introdotta nell'armamentario terapeutico dei pazienti con scompenso cardiaco modello dilatativo-ipocinetico. Registri e survey a livello nazionale ed europeo tuttavia sottolineano come esistano ancora margini di miglioramento

nella caratterizzazione eziologica specifica dello scompenso cardiaco e soprattutto nell'implementazione delle Linee Guida riguardo all'ottimizzazione delle dosi dei farmaci raccomandati. Rimane inoltre sottovalutato il ruolo dell'attività fisica regolare aerobica guidata da appropriati regimi di riabilitazione. Un lato "oscuro" e di difficile esplorazione è lo scompenso cardiaco "diastolico", che continua ad essere privo di terapie di provata efficacia, ma credo che questo sia un contesto nel quale bisogna evitare ipersemplificazioni. Sarà improbabile disporre di una "singola" molecola capace di intercettare la notevole eterogeneità che sottende tale condizione: ipertrofie miocardiche di varia natura, fibrillazione atriale a frequenza non controllata, coronaropatie non accertate, patologie del microcircolo miocardico su base diabetica, valvulopatie mal definite, cardiomiopatie, etc. Per questi pazienti il controllo della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e del compenso metabolico continueranno ad avere un ruolo strategico. La farmacogenomica guiderà pro-

tabilmente in un prossimo futuro i trattamenti con aspetti di personalizzazione della terapia. La medicina rigenerativa costituisce inoltre un settore di intenso studio e rapido sviluppo. Telemonitoraggio, teleassistenza e teletrasmissione di dati rappresenteranno nuovi strumenti per l'ottimizzazione terapeutica. L'incorporazione della tecnologia informatica nella pratica medica porrà le basi per la creazione di grandi network che costituiranno un'eccezionale risorsa per l'acquisizione di importanti dati osservazionali utili per migliorare la cura dei malati. Guardando all'intero spettro dei pazienti con scompenso cardiaco con la varietà di bisogni, alle fasi più avanzate, ai profili complessi e gravi di comorbidità è evidente che la medicina dovrà ritrovare sensibilità talvolta smarrite e spazi anche per una medicina palliativa strutturata e accreditata che dia valore alla dignità del "fine vita" evitando accanimenti terapeutici.

Non abbiamo al momento farmaci in grado di migliorare la prognosi a lungo termine dei pazienti con scompenso acuto. Qual è il panorama dei prossimi anni?

C'è molto fermento, da molti anni, ma pochi dati innovativi concreti. La difficoltà di ottenere risultati soddisfacenti dagli studi randomizzati nel setting dello scompenso acuto è ampiamente nota e rende complesso l'ottenimento di evidenze solide

a supporto dei trattamenti di ultima introduzione. Credo quindi che ancora per molto tempo i trattamenti "classici" che godono del supporto dato da anni di esperienza clinica, cioè i diuretici, gli inotropi e i vasodilatatori ev, gli oppiacei, le tecniche di ventilazione non invasiva, la contropulsazione aortica (nonostante le crescenti e per certi versi non del tutto giustificate perplessità della comunità scientifica), e l'ultrafiltrazione continueranno ad essere le risorse disponibili da utilizzare, ciascuno in specifici e selezionati setting di pazienti con scompenso cardiaco acuto. Io credo che anche nel contesto dello scompenso cardiaco acuto, nella varietà dei profili di presentazione che possono orientare trattamenti specifici, rimane fondamentale garantire una rapida stabilizzazione clinica del malato e procedere parallelamente alla definizione dell'eziologia specifica ed alla caratterizzazione rapida di eventuali fattori precipitanti. Il grado di intensità e complessità crescente dei trattamenti dipenderà dal grado di severità clinica del malato e, in particolare per i sistemi di supporto più avanzato, dall'expertise del singolo centro. Lo Studio RELAX AHF II sta testando gli effetti di Serelaxina ev sulla mortalità attraverso un miglior controllo clinico dei pazienti ed una protezione del danno d'organo e rappresenta ad oggi probabilmente il trial più atteso sulla mortalità del paziente con scompenso cardiaco acuto non ipoteso. Serelaxin si lega

ai recettori delle cellule endoteliali vascolari e sulle cellule della muscolatura liscia in specifici letti vascolari. Entro pochi minuti dal trattamento con serelaxin, si verifica vasodilatazione attraverso una fosforilazione rapida della NOS e la produzione di NO. Entro poche ore dal trattamento con serelaxin, viene indotta una vasodilatazione tardiva NO-mediata attraverso un'aumentata attività del recettore endoteliale ETB e del VEGF (fattore di crescita dell'endotelio vascolare) che viene mantenuta fino a 24 ore dall'interruzione del trattamento. L'arruolamento è ancora in corso e i risultati sono attesi per il 2016.

L'assistenza ventricolare è diventata un trattamento consolidato nello scompenso avanzato. Potrà essere una vera destination therapy?

La ricerca va in tal senso e in un'epoca di carenza di donazioni d'organo è certamente auspicabile. Già adesso i dati del registro INTERMACS registrano sopravvivenze a 12-24 mesi sovrapponibili a quelle dei pazienti sottoposti a trapianto cardiaco, con qualità di vita soddisfacenti. Risultati così promettenti fanno sì che, in particolare nella realtà statunitense, i device di assistenza meccanica rappresentino sempre più l'indirizzo scelto anche per i pazienti in classe INTERMACS >1 e che crescano progressivamente i pazienti per i quali il VAD può rappresentare fin da subito, per



adeguata stabilità clinica in uno scenario di difficile reperibilità d'organo, una reale "destination therapy". Non possiamo comunque trascurare come questo scenario resti gravato da un'incidenza di complicanze maggiori, spesso potenzialmente fatali, ancora elevato e che per ciò richieda da parte del paziente un grado di attenzione, compliance e supporto familiare massimi, così come un elevato grado di intensità di supporto nel follow-up da parte delle strutture. Questi aspetti rendono a tutt'oggi ancora altamente selezionati i candidati al VAD come destination therapy. Ulteriori passi avanti sono necessari per risolvere quelle che rimangono le maggiori problematiche nella gestione di questi dispositivi, cioè l'elevato rischio trombo-embolico, il failure meccanico e soprattutto il problema dell'alimentazione della pompa che dipendendo da driveline sottocutanee espone il paziente ad un rischio infettivologico rilevante. Inoltre, un'area clinica e bioingegneristica in così rapido sviluppo, porrà alla classe medica problemi importanti in termini di scelte cliniche, selezione dei pazienti e sostenibilità.

Trieste è un riferimento per i programmi di continuità assistenziale. Ci puoi descrivere in breve il vostro modello e, pensi sia esportabile in ambiti territoriali?

Il modello attuato nell'area triestina parte dai bisogni concreti dei pazienti ed in particolare di quelli a più alto rischio di ospedalizzazione e si fonda sulla collaborazione fra i

vari attori e le varie professionalità. La presa in carico alla dimissione da parte del Centro Cardiovascolare Specialistico dell'Azienda Sanitaria Territoriale, diretto da Andrea Di Lenarda, approssima il 40%. Per questi e per tutti gli altri il circuito della Medicina Generale e dei Distretti è attivo e costantemente alimentato in termini di collaborazione, comunicazione, informatizzazione. La Professione infermieristica ha un ruolo fondamentale e crescente. Le tecnologie in espansione continua ed in sperimentazione, costituiscono un utile ausilio per la miglior gestione del malato. Il segreto di un modello che funziona, pur con inevitabili aree di criticità, sta nell'aver normato i percorsi, nella consapevolezza e rispetto reciproco dei ruoli, nella valorizzazione di un approccio multiprofessionale e multidisciplinare. Comunicazioni, PDTA reali con ruoli, priorità, e percorsi bidirezionali Ospedale-Territorio, devono esistere e funzionare. L'impegno, l'incontro, la revisione critica dei percorsi, criticità e protocolli, con obiettivi interaziendali condivisi ed il reclutamento massimo del Medico di Medicina Generale, sono anelli fondamentali. Non credo ci sia un modello unico valido per tutti, perché ogni realtà ha caratteristiche, bacini, profili demografici, organizzazioni sanitarie, risorse, attitudini e storie proprie, ma c'è un obiettivo unico ed un metodo unico: la presa in carico, la centralità dei bisogni concreti, l'incontrarsi e rivedere criticamente i problemi e gli obiettivi futuri, misurandosi negli esiti. Un'organizza-

zione cardiologica moderna ed un Cardiologo moderno devono saper promuovere e realizzare relazioni costruttive, generatrici di qualità, omogeneità, equità, misurabilità delle risposte in salute. Un'organizzazione cardiologica come federazione di isole iperspecialistiche, poco coordinate o come coesistenza di strutture in contesti diversi e non come forte integrazione di competenze, potrà gratificare singoli professionisti ma non è destinata ad essere percepita positivamente in termini di risposta globale, di lungo termine, ai bisogni delle persone che ad essa si rivolgono. ♥



L'autodeterminazione nell'ambito dei trattamenti sanitari: consenso informato e soggetti incapaci

Qual è, in genere, il valore della volontà nel nostro ordinamento giuridico?

Il nostro ordinamento giuridico attribuisce rilevanza centrale alla volontà della persona la cui manifestazione vale anzi proprio a connotarla quale soggetto di diritto. È mediante la valida manifestazione della propria volontà che la persona compie atti giuridicamente rilevanti, in grado di determinare conseguenze nella sua sfera giuridico-patrimoniale.

Come si attegge la volontà nell'ambito dei trattamenti sanitari?

Si tratta di un cardine dell'intera materia se solo si pone mente al contenuto dell'art. 32, co. 2, Cost. che sancisce il principio di autodeterminazione, laddove afferma che nessuno può essere sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio se non che nei casi tassativamente previsti dalla legge. Si tratta di principio ricchissimo di implicazioni in tale ambito che, sia pure sinteticamente, cercheremo di affrontare: il riferimento è al c.d. consenso informato e, argomento questo ancora

più complesso, alle difficoltà che insorgono allorché ci si trovi in presenza di soggetto che, per le ragioni più differenti, sia incapace di agire e quindi non possa manifestare la propria volontà in ordine alla sottoposizione a trattamento sanitario. Ma procediamo con ordine. **Cosa si intende con l'espressione consenso informato?**

Il consenso informato è una formula convenzionale con la quale si intende un processo di comunicazione, una pluralità di pratiche intese a rendere la persona pienamente partecipe del processo terapeutico: proprio a tal fine, il medico deve porre le sue competenze a servizio del paziente, offrendogli gli elementi necessari per valutare i rischi, le complicità, le conseguenze delle opzioni terapeutiche proposte. Da un punto di vista sostanziale, l'affermarsi della necessità del consenso informato riflette un diverso atteggiarsi del rapporto medico-paziente, non più improntato ad una logica paternalistica, bensì ad un rapporto dialogico che vede il paziente titolare del diritto di autodeterminazione. Tanto è "riflesso"

delle disposizioni sia della Costituzione che garantiscono il diritto alla salute ed alla libertà dei trattamenti sanitari (art. 32) ed il diritto alla libertà personale (art. 13), sia della Convenzione di Oviedo e, più in generale, del principio personalistico che connota il nostro ordinamento. Duplice è la declinazione della libertà di trattamento sanitario: il paziente – ed a tanto è funzionale il consenso informato – ha diritto non solo di "scegliere" il trattamento terapeutico al quale sottoporsi, ma altresì il diritto di interromperlo in qualsivoglia momento, quand'anche ciò possa comportare sacrificio del bene della vita.

Cosa succede nel caso in cui la persona non sia in grado di manifestare la propria volontà?

Se numerose sono le problematiche connesse al consenso informato delle quali non può in questa sede trattarsi per esigenze di sinteticità, ancora maggiori difficoltà emergono allorché il soggetto non sia in grado di esprimere la propria volontà e versi nella già cennata condizione di incapacità di agire.



Cos'è l'incapacità di agire?

Al riguardo è necessario fare riferimento al codice civile che la definisce ma in positivo. L'art. 2 c.c. infatti descrive la capacità di agire come la capacità, che si acquista al conseguimento della maggiore età (oggi fissata al diciottesimo anno di età), di compiere tutti gli atti per i quali non sia prevista un'età diversa (come ad esempio avviene per l'adozione). Si tratta di una capacità "aggiuntiva" e "complementare" rispetto alla capacità giuridica disciplinata dall'art. 1 c.c.: questa si acquista al momento della nascita e comporta il riconoscimento da parte dell'ordinamento della capacità della persona, per il solo fatto di essere tale e di venire ad esistenza, di essere titolare di diritti ed obblighi. La capacità d'agire comporta la possibilità di esercitare concretamente quei diritti e di assumere obblighi.

Si può perdere la capacità di agire?

Sì, deve purtroppo dirsi. Così come prima del compimento della maggiore età si è privi di capacità di agire e generalmente sottoposti alla responsabilità genitoriale, così parimenti possono intervenire, pur raggiunta la maggiore età (che il legislatore assume come momento in cui ciascuno è in grado di autodeterminarsi consapevolmente), cause che incidono, talvolta fino a nullificarla, sulla capacità di agire.

Cosa succede in quest'ultimo caso?

Vengono approntate quelle che lo stesso codice definisce "misure di protezione delle persone prive in tutto od in parte di autonomia": ossia l'amministrazione di sostegno,

l'inabilitazione e l'interdizione. La scelta tra l'una o l'altra misura è strettamente correlata al grado di incapacità del soggetto: l'interdizione rappresenta la misura più grave. **Cosa succede quindi nel caso in cui sia necessario sottoporre un soggetto incapace ad un trattamento sanitario?**

Nel caso di soggetti minori di età – "fisiologicamente" incapaci di agire – soggetti legittimati ad esprimere il consenso saranno ovviamente i genitori o, in loro assenza, colui alla cui tutela il minore sia affidato. Ben più complessa è la vicenda nel caso di soggetti maggiorenni che abbiano successivamente perduto la capacità di agire ed in modo irreversibile, come casi dolorosamente noti – il riferimento è alla vicenda di Eluana Englaro – hanno dimostrato. Difficoltà determinata dalla natura dell'atto con il quale si manifesta la propria volontà rispetto ad un trattamento sanitario che è atto personalissimo, in quanto tale non suscettivo di esercizio "a mezzo terzi", e dall'assenza di previsioni legislative che disciplinino queste ipotesi.

"Chi" decide "cosa", allora?

Indicazioni sono fornite dalle sentenze che con tale problematica sono venute confrontandosi ed in particolare dalla sentenza della Corte di Cassazione, n. 21748/2007, relativa per l'appunto al caso Englaro. La Suprema Corte ha, in quell'occasione, affermato la legittimità degli interventi medico-chirurgici che siano nel miglior interesse terapeutico del paziente, ma anche e

coerentemente al principio personalistico che impronta il nostro ordinamento la necessità di ricreare il dualismo medico-paziente nel processo di elaborazione della decisione medica, quand'anche il secondo versi in condizione di permanente ed irreversibile incapacità. Ciò avviene riconoscendo al tutore (soggetto che viene ad essere nominato nell'ambito dell'interdizione) la possibilità di esprimere il consenso informato al trattamento medico. La particolarità è in tal caso rappresentata dal fatto che il tutore non solo dovrà perseguire il migliore interesse del tutelato, ma anche e soprattutto dovendo esprimere la volontà che il tutelato, farsi "portavoce" del soggetto tutelato ed esprimere la volontà che questi avrebbe espresso ove in condizioni di farlo: tenendo conto quindi della sua personalità, del suo stile di vita, delle sue inclinazioni, dei suoi valori di riferimento, delle sue convinzioni etiche, religiose, filosofiche e politiche.

Dunque è questa la "soluzione" definitiva?

Purtroppo non è possibile esprimersi in termini. Si tratta di principi che, in quanto contenuti in sentenze, originano da casi concreti e che presentano l'inconveniente di non essere dotati di generalità ed astrattezza e, quindi, della "capacità di riferirsi" a tutti i casi analoghi. A tal fine, sarebbe necessario e dirimente l'intervento del legislatore. ♥



Negli ultimi 30 anni la Cardiologia è cambiata
Siamo pronti ai nuovi scenari?

Dove sta andando la Cardiologia?

La Cardiologia che cambia

Una crescente mole di evidenze testimonia una straordinaria transizione epidemiologica che si è attuata nel giro di poco tempo, iniziata circa 30 anni fa e che prosegue sotto i nostri occhi. È come se una guerra di enormi proporzioni si fosse conclusa mentre si aprono nuovi scenari largamente sconosciuti per i quali sono necessarie nuove evidenze, nuove competenze e soprattutto nuove modalità organizzative.

I successi della Cardiologia

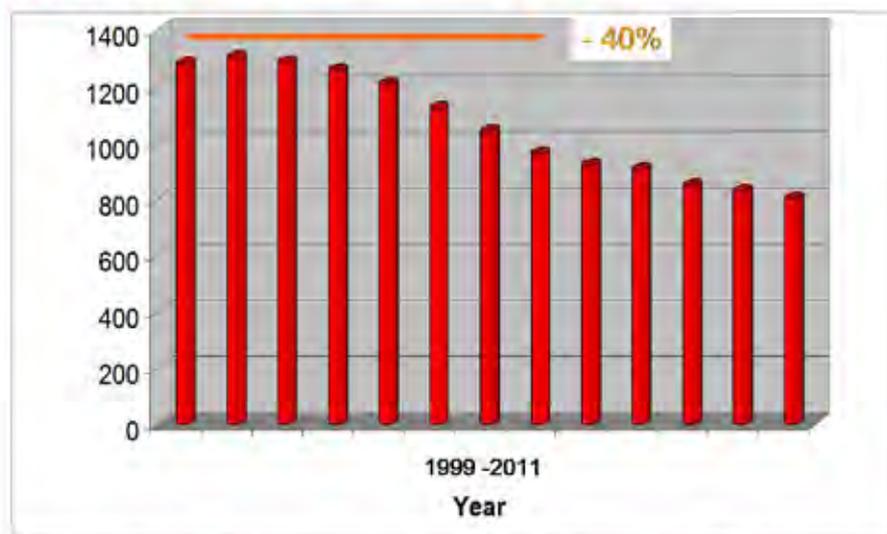
Negli ultimi 10 anni la mortalità cardiovascolare si è drasticamente ridotta nel mondo occidentale. La riduzione che va di pari passo con quella dei ricoveri per IMA è di circa il 40% (Figura 1). Il merito di ciò dipende solo in parte dalle nostre seppur importanti e meritevoli attività che abbiamo svolto in Ospedale. Fattori quali una migliore alimentazione, stili di vita salutari, la cura dell'ipertensione arteriosa e delle dislipidemie hanno stroncato la malattia coronarica e ne hanno notevolmente rallentato la comparsa nella popolazione. Ne risulta un

calo di ricoveri, un aumento dell'età dei nostri pazienti, una progressiva diminuzione dello STEMI e delle relative complicanze. La mortalità dei pazienti con malattia coronarica cronica è oggi di circa 1 - 1.5%/anno ed è sempre maggiore l'attenzione alla mortalità competitiva legata ad altre patologie. Anche la mortalità dello scompenso cardiaco, una volta paragonata a quella

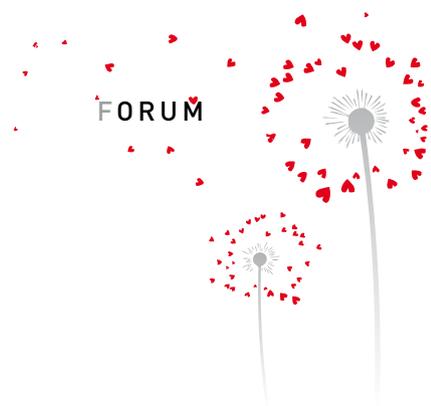
di un tumore maligno è crollata, come si evince dai dati più moderni (8.4% anno nel Paradigm). Persino la prevalenza attesa di malattia coronarica sulla base delle carte di rischio appare largamente sovrastimata ed i test diagnostici che si impiegavano soltanto ieri perdono di affidabilità per effetto del crollo della probabilità pretest.



AMI INCIDENCE X 100.000



Trends in Hospitalizations and Outcomes for Acute Cardiovascular Disease and Stroke: 1999-2011. Krumholz ET Al. Circulation 2014



Negli ultimi 10 anni la mortalità cardiovascolare e l'incidenza d'infarto del miocardico si è ridotta del 40%

Lo scompenso cardiaco non è più una malattia cronica con mortalità comparabile a quella di un tumore maligno

Un mondo sconosciuto e complesso

A fronte di questi importanti e significativi successi appare sempre più difficile dimostrare l'importanza di qualunque misura che si proponga di migliorare gli outcome. Per dimostrare il valore aggiunto di nuove terapie, ad esempio, è oggi necessario arruolare un numero di pazienti largamente più ampio del passato a causa del basso numero di eventi attesi con le terapie convenzionali. Accanto alla riduzione di eventi oggi osservata si somma la disponibilità di terapie già molto efficaci. Emergono altresì i rischi dei trattamenti e la necessità di soppesare attentamente il beneficio clinico netto atteso e di comunicare col paziente in modo corretto e onesto. I nostri pazienti sono cambiati: sono più anziani, spesso affetti da molte comorbidità, già più volte trattati dal punto di vista medico, interventistico o persino chirurgico. Aspetti emergenti sono la necessità di riconoscere e trattare l'insufficienza renale, il diabete, la BPCO, pazienti con tumori o esiti di ictus che accompagnano la malattia cardiaca su cui focalizziamo principalmente la nostra attenzione e di cui ci sentiamo "esperti".

Nuove evidenze, nuovi obiettivi

Le nostre scelte cliniche si basano largamente su evidenze e Linee Guida. A fronte dei cambiamenti in atto queste evidenze appaiono sempre meno soddisfacenti. I pazienti arruolati nei trial sono spesso di un mondo che non ci appartiene, le evidenze che se ne traggono non

applicabili a scenari quotidiani. Accanto a questo aspetto le evidenze raccolte spesso si riferiscono a scenari di altri tempi con mortalità e obiettivi di salute straordinariamente diversi e appartenenti ad un mondo scomparso, che non tornerà più. Aumentano di converso le indicazioni diagnostiche e terapeutiche basate su opinioni, panel di "esperti", consensi dove si fa ricorso sempre più al buon senso e sempre meno a solide evidenze scientifiche. Accanto ai tradizionali obiettivi di salute per i nostri interventi si profila la necessità di evitare gli effetti collaterali e le malattie ed i problemi causati dai nostri atti. Farmaci sempre più potenti, interventi sempre più complessi offrono impensabili risultati ma anche possibili effetti collaterali che possono neutralizzarne i benefici od addirittura causare gravi conseguenze. I nostri pazienti sono sempre più presenti e consapevoli, attori della loro salute e chiedono giustamente nuove modalità di relazione con i Professionisti della salute. È necessario imparare a condividere e contrattare le scelte terapeutiche ed i mezzi diagnostici da impiegare con il paziente offrendo modalità di comunicazione sempre più sofisticate, impegnative e aderenti alla realtà attuale come anche modelli di raccolta del consenso ai trattamenti coerenti.

Gli obiettivi e l'organizzazione della Cardiologia

La Cardiologia ospedaliera nella sua organizzazione funzionale rispetta sostanzialmente l'armamentario e la struttura di una divisione attrezzata per una guerra che non c'è più o che comunque è molto cambiata. Meno malattia coronarica, meno infarti, meno scompensi gravi da un lato. Molti pazienti con comorbilità, fragili e di età avanzata dall'altro. Scenari che richiedono nuove competenze. D'altro canto è necessario sviluppare competenze anche per i pazienti con gravi patologie cardiovascolari e che necessitano di interventi complessi (nuovi device, ECMO) ma anche di diagnostica avanzata (imaging multimodale, TC, RMC) per i nuovi scenari di prevalenza di malattia coronarica e della ridotta mortalità oggi raggiunta. Il futuro dunque per molti di noi è già qui. Bussano alle porte le applicazioni della genetica applicate alla Cardiologia, nuovi farmaci e nuovi target, nuovi strumenti diagnostici e terapeutici. Ma anche scenari collegati ad una Cardiologia, sempre più ampia e diffusa, fatta di prestazioni elementari, di visite e consulenze, di ecocardiogrammi e prove da sforzo, di una Cardiologia di base insomma apparentemente meno complessa ma non elementare. Di una Cardiologia basata sul valore effettivamente prodotto⁽¹⁾. Recentemente sono stati pubblicati gli elementi costitutivi del Core Cardiovascular Training Statement giunto alla quarta edizione (COCATS 4) che identifica le aree di sviluppo delle competen-

ze del Cardiologo in formazione negli US⁽²⁾. Il COCATS 4 sottolinea accanto alle tradizionali aree, l'importanza della formazione nella attività ambulatoriale, di consulenza clinica, della continuità delle cure in modo da favorire e sviluppare un duraturo legame con i pazienti per tutto il percorso che comprenda per intero il tragitto dallo stato di salute alla malattia. Grande importanza viene anche data alla gestione delle cardiopatie acute e croniche, alla prevenzione cardiovascolare, al lavoro in team, all'aggiornamento continuo; bisogna spostare l'attenzione della valutazione dei risultati dai volumi di attività agli outcome. Il nuovo Cardiologo dovrà insomma lavorare in un sistema di salute integrato, sfrutterà le opportunità offerte dall'information technology, dovrà utilizzare una medicina costo-efficace, possedere grandi capacità cliniche e di comunicazione e sviluppare un ruolo leader della salute. L'ANMCO può svolgere un importante ruolo nella formazione del nuovo Cardiologo anzitutto individuando le priorità della Cardiologia odierna. Tra queste affermare sempre più con forza l'importanza della clinica e della centralità del paziente, della necessità di governare il ciclo di cura più che di possederlo sfruttando risorse diffuse e figure professionali e specialistiche differenti. Fondamentale il raccordo col territorio, con la Medicina di Base. Tutto ciò che oggi garantiamo ai pazienti deve riflettersi in un miglioramento di salute percepito e misurabile, con azioni adeguatamente comunicate e

condivise, e laddove possibile, basato su evidenze. Le varie componenti della nostra disciplina posseggono tutte pari dignità e rilevanza. Una cattiva diagnostica non può che portare ad una cattiva attività interventistica, come anche una ottima attività interventistica da sola non può garantire l'intero percorso di cura e rischia di essere compromesso da una cattiva gestione clinica. Occorre, io credo, individuare sulla base dei nuovi scenari di salute il ruolo moderno ed aggiornato della Cardiologia ospedaliera che non può essere quello del passato. Troppo a lungo ci siamo concentrati su aspetti organizzativi quali l'Ospedale per Intensità di Cura tralasciando in parte il senso profondo di ciò che è necessario e doveroso fare. È fondamentale per una Associazione Scientifica interrogarsi su quello che è necessario assicurare alla Società per non perdere i risultati di salute raggiunti e conservare il ruolo guida finora svolto. A tale fine occorre avere il coraggio di affrontare il futuro con la consapevolezza che esistono Professionisti e Professionalità in grado di portare un costante contributo per la salute dei nostri pazienti. Senza considerare alcuni argomenti e organizzazioni intoccabili. ♥

Bibliografia

1. Morden et Al. Choosing Wisely - The Politics and Economics of Labeling. Low-Value Services. NEJMed 2014; 370; 589-592.
2. Sinha et Al. COCATS 4. Securing the future of cardiovascular Medicine. JACC 2015;65:1907-14.

Obbligatorietà assicurativa medica

Il Medico Dipendente di Struttura Pubblica ha l'obbligo di assicurarsi?

No. L'obbligo assicurativo entrato in vigore dal 15 agosto 2014 non riguarda la categoria oggetto del quesito. Conseguentemente, i Medici Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale non devono adempiere ad un obbligo assicurativo.

E gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale?

Resta esclusa anche per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa preesistente. Più precisamente, l'art. 27 del D.L. 24.6.2014 n. 90, convertito con modificazione, dalla Legge 11.8.2014, n. 114, che ha ulteriormente modificato i commi 2° e 4° lett. a) dell'art. 3 del D.L. n. 158 del 2012, ha precisato che l'obbligo assicurativo sussiste anche per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e che "resta comunque esclusa a carico degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente".

In considerazione del fatto che non sussiste l'obbligo assicurativo per i Medici Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, perché questi ultimi dovrebbero comunque assicurarsi?

Per i Medici Dipendenti i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale restano quelli collegati alla ipotesi di dolo o colpa grave. Conseguentemente, come era già noto prima della normativa che introducesse la obbligatorietà assicurativa in ambito medico, il Medico Dipendente dovrà cautelarsi dall'esercizio del diritto di rivalsa esercitato attraverso la Corte dei Conti da parte dell'Ente di appartenenza. E' quindi necessario che stipula una Polizza a copertura della colpa grave.

La copertura assicurativa per la Colpa Grave è a carico dell'Ente di appartenenza?

No. La copertura per la Colpa Grave non è a carico dell'Ente di appartenenza e deve essere acquisita autonomamente sia dal Medico che opera esclusivamente in strutture sanitarie facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, sia dal Medico

che opera in regime di intramoenia in strutture sanitarie facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale.

I Medici Dipendenti di strutture sanitarie facenti capo al Servizio Sanitario Nazionale, che operano anche in regime di extramoenia sono soggetti agli obblighi assicurativi?

Per l'attività svolta al di fuori della struttura sanitaria pubblica, occorre obbligatoriamente una copertura assicurativa equiparabile a quella necessaria per l'attività libero-professionale.

I Medici Specializzandi sono obbligati ad assicurarsi per i rischi da responsabilità civile professionale?

Con una nota del 2.10.2014 il Direttore dell'Ufficio Affari Generali del Ministero della Salute, rispondendo ad uno specifico quesito, ha escluso che i medici in formazione specialistica rientrino tra i professionisti soggetti all'obbligo di assicurazione professionale.

Tuttavia, anche per questa categoria valgono le ragioni di tutela già enunciate con riferimento ai medici del Servizio Sanitario Nazionale, in caso di rivalsa da parte dell'Ente.



Come si configura il diritto della Struttura Ospedaliera pubblica di agire in rivalsa nei confronti del medico alle sue dipendenze?

L'Ente ha diritto di agire in rivalsa nei confronti del medico dipendente che abbia cagionato danni ai terzi, ai sensi e per gli effetti dell'art. 22 del D.P.R. 10.1.1957, n. 3.

Tale azione di rivalsa è tuttavia limitata, normativamente, ai soli casi in cui il danno sia stato provocato dal dipendente con dolo o colpa grave, accertata con sentenza passata in giudicato, seguita poi dalla effettiva erogazione della somma.

L'azione di rivalsa è demandata alla giurisdizione esclusiva della Corte dei Conti, in virtù di quanto stabilito dall'art. 183 della Costituzione, dall'art. 83 R.D. 18.11.1923 n. 2240 e dall'art. 52 T.U. n. 1214 del 1934.

Quale è dunque l'Oggetto dell' Assicurazione necessario al Medico Dipendente di Struttura sanitaria facente parte del SSN?

Conclusivamente, alla luce di quanto sopra, il Medico Dipendente di struttura sanitaria pubblica ha la necessità di essere tenuto indenne degli eventi a lui addebitabili a

titolo di colpa grave, per i quali il medico sia stato dichiarato in tutto o in parte responsabile con sentenza passata in giudicato, nello svolgimento della sua attività istituzionale /professionale e derivanti:

- dall'azione di rivalsa esperita dall'Impresa di assicurazioni della struttura ospedaliera ai sensi delle Condizioni di Assicurazione della polizza aziendale;
- dall'azione di rivalsa esperita direttamente dall'Azienda di appartenenza e/o dalla Pubblica Amministrazione in genere nei casi previsti dalla legge limitatamente ai sinistri dalla stessa pagati. ♥

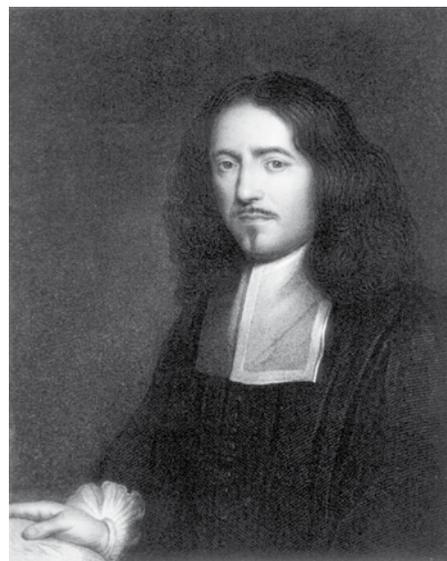


Piccola storia della medicina cardiovascolare

Il cuore nella seconda metà del Seicento

L'epoca di Malpighi, Lower e Sydenham

Nei numeri precedenti abbiamo descritto come Galileo avesse ideato un modello rudimentale di microscopio, strumento successivamente realizzato dall'olandese **Antoni van Leeuwenhock** (1632-1723), di umili origini, che tra i suoi mille mestieri fu anche commerciante di tessuti (il suo interesse per le lenti di ingrandimento nasce proprio dalla necessità di valutare la qualità delle stoffe). Appassionato naturalista e ottico, sicuramente il più grande microscopista del secolo, egli osserva per primo i globuli rossi e gli spermatozoi, che chiama "homunculi". Le sue lenti migliori ingrandiscono fino a 300-500 volte, consentendogli di vedere microscopiche alghe, protozoi e larghi batteri, il cui significato rimarrà sconosciuto per molto tempo. Molti, tra cui lo Zar Pietro il Grande, accorrono a Delft incuriositi e si convincono dell'esistenza di queste "bestie" che li circondano. Nel 1684 descrive per primo anche i cristalli di acido urico trovati nelle articolazioni di pazienti che soffrono di gotta. Van Leeuwenhock scriverà le sue osservazioni, includendo numerosi disegni, alla Royal Society di Londra, di cui aveva condiviso straordinariamente lo spirito, simboleggiato nel motto *Nullius in verba*, netto rifiuto di ogni autorità tradizionale, in nome di una personale, paziente e rigorosa



Marcello Malpighi, Crevalcore 1628 - Roma 1694

ricerca sperimentale, e a cui lascerà in testamento i suoi microscopi.

Marcello Malpighi. Il microscopio consentirà nel 1660 al bolognese Malpighi la visione diretta dei capillari degli alveoli polmonari della rana, finora non osservati per mancanza di uno strumento idoneo, consentendogli di confermare appieno la concezione cardiocircolatoria di Harvey; questo collegamento assicurò il fondamento anatomico alla fisiologia circolatoria, chiarendo il meccanismo col quale avvengono gli scambi gassosi nella respirazione. La scoperta di Malpighi sui capillari fu portata a conoscenza

in due lettere scritte al suo amico Giovanni Borelli, in cui le ramificazioni dei rami delle arterie bronchiali negli alveoli sono descritte come *rete mirabilis*. Successivamente, nel *De pulmonibus observationes anatomicae*, Malpighi descrive in maniera sistematica la struttura dei polmoni, gli alveoli e i capillari polmonari della rana. Malpighi, allievo di Galileo e maestro di Anton Maria Valsalva, a sua volta maestro

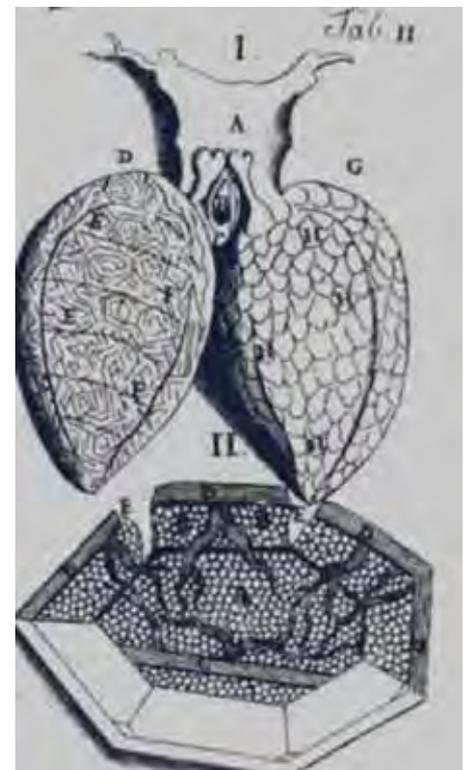


Tavola di De pulmonibus observationes anatomicae, 1661

di Giambattista Morgagni, sostenne che tutti gli organi erano formati da minute macchine, le ghiandole, cosa non corretta, ma fece altre scoperte importanti: gli strati dell'epidermide, il glomerulo renale, i corpuscoli della milza, i globuli rossi, per cui può essere chiamato legittimamente il primo istologo. Nel 1666 Malpighi osserva che dal lavaggio dei coaguli rimane un materiale fibroso e appiccaticcio (già osservato e chiamato "fibræ" da Galeno), a cui dà il nome di fibrina. Grazie agli studi condotti sugli insetti contribuì poi alla demolizione della dottrina della generazione spontanea, vero e proprio dogma del pensiero aristotelico: la loro struttura appariva infatti troppo complessa perché derivassero semplicemente dalla putrefazione di sostanze organiche come si era sempre pensato. Il suo genio deriva soprattutto dall'essere riuscito a distinguere ciò che era artefatto da ciò che era realtà, perché i microscopi di allora davano immagini veramente fallaci. Introducendo la strumentazione scientifica (il potenziamento dei sensi) nell'osservazione medica, fu il fondatore dell'anatomia microscopica e il precursore dei moderni studi di istologia e di embriologia. Malpighi fu ammesso, come membro onorario, alla Royal Society e, per il resto della sua carriera accademica, pubblicò le sue osservazioni sul "Philosophical Transactions", rivista della Società. Sebbene Malpighi avesse allertato il mondo sui benefici della microscopia, l'applicazione di questa tecnica di studio dell'anatomia patologica necessitò ancora dei secoli prima di diventare uno strumento importante e rilevante.

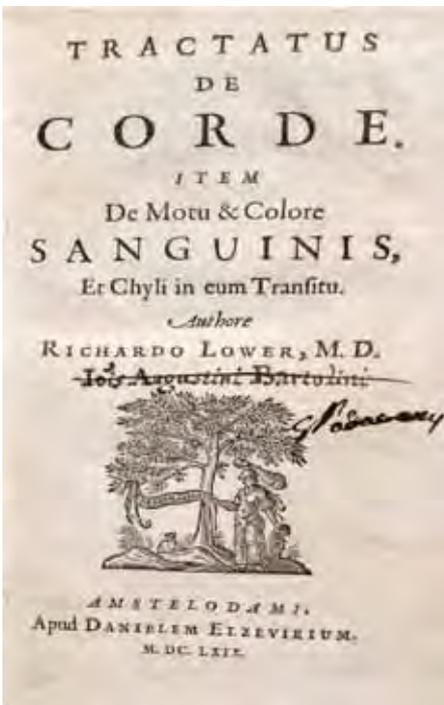


Richard Lower. Importanti contributi all'anatomia e fisiologia del cuore furono dati dal medico ed anatomista di Oxford Lower (1631-1691), che descrisse le valvole cardiache e i vasi coronarici, dove, utilizzando le nuove tecniche di iniezione, osservò le anastomosi arteriose coronariche. Era ben conscio della funzione di arterie e vene «Le arterie sono state fatte per ricevere il sangue dal cuore e per portarlo in tutto il corpo, le vene sono destinate a riespanderlo nel cuore: le arterie sono state dotate di una membrana molto spessa per sostenere l'impulso e l'impetuosità del sangue; quella delle vene, dove il corso del sangue è molto più lento e faticoso, è molto più delicata». Senza esserne consapevole, egli creò la base strutturale del concetto di pompa allorché descrisse

la disposizione a spirale delle fibre muscolari ventricolari. Come Harvey, cercò di determinare la portata cardiaca: «tutta la massa del sangue passa per il cuore non solo una volta o due in un'ora ma molto sovente più volte... È fuor di dubbio che l'uno e l'altro ventricolo ricevono a ogni diastole quanto sangue possono contenere e che espellono in tutta la sistole quello che hanno ricevuto. Supposto questo, se contiamo i battiti del cuore, non sarà difficile congetturare quanto sangue passa per i ventricoli nello spazio di un'ora», tuttavia egli ascrisse l'incremento del flusso di sangue durante l'esercizio fisico (che osservò aumentare anche la frequenza cardiaca) all'azione di pompa dei muscoli scheletrici piuttosto che al cuore. Lower indagò anche la circolazione polmonare: «se si espone la trachea nel collo (di un cane), si inserisce un tappo e si lega la trachea in maniera serrata ... allora il sangue che fluisce nell'arteria cervicale assume un colore completamente venoso e scuro come se fluisse da una ferita della vena giugulare ... Noi dobbiamo allora capire cosa dà al sangue questo suo colorito rosso ... Se si apre la parte anteriore del torace e si insufflano continuamente i polmoni con un paio di mantici inseriti nella trachea e li si punge con un ago in molti posti in modo da permettere un libero passaggio di aria attraverso questi, allora sulla vena polmonare che è stata sezionata vicino all'auricola sinistra il sangue scorrerà con un colore del tutto rosso brillante... interamente dovuto alla penetrazione di particelle d'aria nel sangue». La sua tesi era che la funzione della circolazione polmonare fosse quella di aggiungere al sangue venoso una sostanza contenuta nell'aria, che riteneva fosse un gas che chiamò *spiritus aeris nitrosus*. Egli descrisse

infine il movimento del chilo e come si poteva produrre l'edema attraverso la legatura delle vene. Nel 1669 Lower riporta le sue osservazioni nel primo vero trattato di cardiologia, il *Tractatus de Corde, item de motu et colore sanguinis*, che ancora sorprende per alcuni aspetti classificativi, che appaiono in linea con le conoscenze attuali.

Le trasfusioni. Lower, assieme al medico londinese King, mostrò nel 1666 alla Royal Society la prima trasfusione di sangue da cane a cane. Lower scrive nel *Tractatus*: «*ho unito la vena giugulare di un cane ad un tubo, e questo alla*



vena di un altro cane. Il sangue venoso, che scorreva relativamente lento, si è però aggrumato ed ha ostruito il tubo. Ho quindi deciso di seguire un altro procedimento, che rispondeva di più alla via naturale, e così ho trasfuso il sangue dall'arteria di un animale nella vena di un altro animale».

L'anno successivo i due medici tentarono la prima trasfusione di sangue di animale nell'uomo. Uno studente di teologia di Cambridge, ammalato di mente, fu curato con la trasfusione di sangue di agnello, ma il suo stato mentale non subì mutamenti. Nello stesso anno il francese **Jean-Baptiste Denis**, non medico ma professore di Filosofia e Matematica, sottopose un giovane affetto da una malattia febbrile



Trasfusioni sanguigne da animale a uomo (Da Wund-Artzney, "Chirurgia" di Purmann)

le con stato anemico, trattata in precedenza con... salassi («*il suo intelletto era reso insensibile e la memoria sminuita*»), ad una trasfusione di 300 ml. di sangue di agnello, dopodiché *letargia e ottenebrazione mentale scomparvero*. Sembra che nello stesso anno, in Italia, abbia pure effettuato trasfusioni di sangue da animali sull'uomo l'anatomista e chirurgo **Guglielmo Riva**, medico personale di Papa Clemente IX, mentre **Geminiano Montanari** trasfonde sangue da un agnello ad un altro in presenza del principe di Toscana Leopoldo de' Medici (fondatore, nel 1657

dell'Accademia del Cimento, una delle prime società scientifiche europee), utilizzando una particolare strumentazione (un tubo d'argento per la vena del donatore e un tubo d'osso per il ricevente, congiunti da una cannula costituita da un vaso sanguigno opportunamente preparato) inventata, sfruttando le recenti acquisizioni di Harvey sulla circolazione sanguigna, da **Francesco Folli**, filosofo e uomo di cultura, che nel 1654 aveva preconizzato: «*la trasfusione di sangue avrà da essere facile e sicura come l'innesto della vite*». Anche in altri Paesi si tentarono, attorno a questo periodo, trasfusioni di sangue di animali sull'uomo. In Germania furono in prima linea i chirurghi militari **Baltasar Kaufmann di Kustrin** e il suo allievo **Matthaus Gottfried Purmann** (1648-1711), che descrive con esattezza, nel suo libro *Wund-Artzney* (Chirurgia), la tecnica della trasfusione sanguigna, l'effetto del bendaggio compressivo, la scelta della vena e la disinfezione cutanea, indicando come si possa impedire, conservando caldo il sangue facendo passare la cannula da trasfusione attraverso un recipiente di rame riempito di acqua calda, che esso coaguli rapidamente. Ma si verificarono ripetutamente incidenti imprevedibili (i gruppi sanguigni erano di là da venire); vi si aggiunsero intrighi personali e considerazioni religiose, cosicché nel 1675 le trasfusioni di sangue vennero proibite per legge in Francia e poi in altri Paesi, e così presto l'ulteriore sviluppo di questo nuovo metodo terapeutico venne ad essere interrotto.

I grandi sistemi medici. Nella seconda metà del XVII sec. l'esigenza di identificare le varie malattie come entità a

sé stanti fu fortemente sentita, e si cominciò a delimitare più nettamente i quadri morbosi. Iniziarono a vacillare i fondamenti della patologia umoralista ippocratico-galenica, e ciò suscitò un diverso interesse per le alterazioni anatomiche. L'esame microscopico delle minute strutture del corpo, oltre a contribuire a completare nei dettagli lo schema della macchina animale, dimostrò l'insospettata, estrema complessità della materia vivente. Se con gli indirizzi iatrosifico e iatrochimico maturarono le premesse per una nuova patologia, fondata sulla comprensione dei fenomeni patologici su base fisiologica, i nuovi orientamenti non riuscirono però a esercitare un'influenza definita sulla medicina pratica, proprio per la loro pretesa di giungere prematuramente a sintesi e a generalizzazioni, spiegando ogni fenomeno vitale sulla base di risultati parziali, un programma allora troppo ambizioso rispetto alle acquisizioni relativamente scarse ottenute sul piano sperimentale. Nel 1660 nascono **Friedrich Hoffmann** e **Georg Ernst Stahl**, due dei principali propugnatori della teoria dei sistemi. Hoffmann teorizza una medicina che poggia su basi essenzialmente iatromeccaniche: l'intero organismo è composto da fibre che si contraggono e rilasciano a seconda di un fluido regolatore contenuto nel cervello. La *fibra* era in genere considerata, come sarà poi la cellula, l'elemento costitutivo fondamentale del corpo. Le malattie sono dovute alla modificazione del tono normale e si manifestano con una quantità eccessiva di sangue a livello dello stomaco o dell'intestino, organi sui quali vengono così concentrate le maggiori



Thomas Sydenham (1624–1689) attribuito a Jacob Huysmans, Warrington Museum & Art Gallery

attenzioni terapeutiche. **Stahl** sottolinea invece l'importanza dell'anima che ordina ed equilibra ogni processo fisiologico; la morte dell'anima porta alla putrefazione del corpo. Contro questa medicina razionale si levò ben presto la voce dell'empirismo, che propugnava l'osservazione libera della Natura, senza costrizioni sperimentali, sostenendo che il suo vero modo di operare sarebbe rimasto sempre ignoto all'uomo cui fatalmente sarebbero sfuggite le cause occulte delle malattie. In questo periodo **Thomas Sydenham** (1624-1689) e **Hermann Boerhaave** (1668-1738) praticarono invece il ritorno all'ippocratismo, cioè alla cautela assoluta nel trattare il malato e affermarono che i luoghi di cura dovevano essere gli ospedali (la prima clinica universitaria fu fondata, infatti, nella città olandese di Leida, dove lavorava Boerhaave). Sydenham, soprannominato l'Ippocrate inglese, fu

un clinico molto più interessato alla semeiotica che alla sperimentazione; vicino al pensiero filosofico di Locke, fu in aperto contrasto con le dottrine del tempo (epoca in cui iatrosifici e iatrochimici disputavano tra loro, allontanandosi sempre più dall'osservazione diretta del malato), sostenendo l'importanza nella pratica clinica di osservare i sintomi e stabilire un contatto con il paziente, dando vita a una nuova scuola clinica, basata sull'esperienza e sullo studio accurato e obiettivo della sintomatologia (empirismo sistematico) in omaggio ai principi ippocratici. Sydenham proponeva una nosografia e una tassonomia morbosa puramente empiriche, che dovevano attenersi solamente a quel che i sensi del clinico potevano percepire nel corpo dell'ammalato. Nei suoi trattati impiega il concetto molto attuale di *entità* morbosa, intesa come un processo originato dalle medesime cause, un quadro clinico ed evolutivo simile, e con un trattamento specifico. Su questa strada, verso la fine del XVII sec. si definirono i quadri clinici di numerose malattie, quali la gotta (nel *Tractatus de podagra et hydrope*, del 1683, per la prima volta è data una lucida e completa descrizione del quadro clinico di questa malattia, di cui era affetto), la scarlattina e la corea minor (detta proprio di Sydenham). «*Per quanto dannosa possa essere per il corpo, [la malattia] non è altro che uno sforzo vigoroso della Natura [naturae conamen] per liberarsi dalla materia morbifica*» (*Observationes medicae circa morborum acutorum historiam et curationem*, 1754). Questa interpretazione della malattia come fenomeno reattivo si contrapponeva alla concezione galenica di affezione



La lezione di anatomia del dottor Federico Ruysch Adriaen Backer (1670), Amsterdam Historisch Museum

passiva (passio). Tornava in campo la *vis medicatrix naturae* ippocratico; compito del medico era quello di sostenere la Natura in questa lotta.

I progressi anatomici Nel tardo seicento si sono realizzate numerose scoperte nel campo dell'anatomia del cuore e dei vasi. **Frederick Ruysch** (1638-1731) di Amsterdam, utilizzando la tecnica dell'iniezione della cera nei campioni anatomici, portò tale metodo ad un livello così alto che riuscì a descrivere dettagliatamente la rete vascolare cutanea come pure i vasi e la struttura dei polmoni: «*in mol-*

ti punti l'arteria bronchiale si collega per mezzo di anastomosi con piccolissimi rami dell'arteria polmonare. Perché quando si inietta della cera nell'arteria polmonare si può notare che si riempiono anche i rami adiacenti dell'arteria bronchiale. Non v'è dubbio che possa accadere anche il contrario, ma questo non l'ho ancora provato». Anche **Raymond de Vieussens** (1635-1715) portò notevoli contributi nella descrizione della circolazione, iniettando vene ed arterie coronariche con mercurio e coloranti. Fu anche il primo a dare una descrizione chiara della stenosi mitralica e da lui prendo-

no il nome l'istmo di Vieussens (nella fossa ovale) e le vene di Vieussens, nonché i *foramina* del Vieussens nell'altro destro. Durante l'ultima parte del XVII secolo venne anche delineata l'anatomia del sistema linfatico, creando un nuovo collegamento nell'anatomia del sistema circolatorio. Il medico parigino **Jean Pecquet** (1622-1674) descrisse nel *Circulatione Sanguinis et Chyli Motu* (1653) come la linfa nei cani veniva trasportata dall'intestino al dotto toracico da dove defluiva in quella parte del sistema venoso formato dalla giuntura tra la giugulare

sinistra e la vena succlavia. **Antonius Nuck** (1650-1692), professore di anatomia e medicina a Leida, si interessò ai linfatici subepicardici e li tratteggiò iniettandovi del mercurio.

La cardiopatia congenita caratterizzata da stenosi polmonare, difetto settale interventricolare, ipertrofia del ventricolo destro e destroposizione dell'aorta, causa comune di cianosi nei bambini, è nota come Tetralogia di Fallot, ma attualmente si riconosce la paternità della sua prima descrizione nel 1672 a **Niels Stensen** (italianizzato in Niccolò Stenone, 1638-1686), anatomista, geologo... e vescovo cattolico danese. Stensen espresse anche la sua convinzione che il cuore fosse puramente ed esclusivamente un organo muscolare e non la fonte del calore o la sede dell'anima nel suo *De Musculis and glandulis observationum specimen, cum Epistolis duabus Anatomicis* (prima di lui, riferimenti sulla natura muscolare del cuore si trovano nei lavori di Ippocrate e forse in un autore anonimo alessandrino).

Lorenzo Bellini (1643-1704), professore di medicina teoretica e di anatomia presso l'Università di Pisa e autore dei **Discorsi di Anatomia**, descrisse la placca ateromasica calcificata *crosta* e le lesioni arteriose come pietrificazioni e fu uno dei primi a speculare sulla loro causa, che riteneva, molto modernamente, considerata come dovuta ad un processo infiammatorio. Bellini contribuisce anche alla conoscenza della struttura e della funzione del rene: usando iniezioni di inchiostro di china diluito, osserva che nel rene di

un cervo il liquido si accumula in certi *sinuli* (dotti papillari o del Bellini) sulla superficie corticale, che ritiene la zona di inizio della filtrazione di urina. Il sangue, trasportato ai sinuli da un capillare arterioso, passerebbe nel corrispondente capillare venoso attraverso il fenomeno della capillarità, appena scoperto dal suo maestro **Giovanni Alfonso Borelli** (1608 - 1679). Nel 1677 Il medico francese **Francois Bayle** (1622-1709), pioniere nella descrizione di varie forme di paralisi, pubblica a Tolosa un lavoro sull'arteriosclerosi cerebrale quale causa di apoplezia. Un esempio del progressivo, anche se lento, affinamento nel rilievo dei reperti è dato dalla descrizione delle principali lesioni arteriosclerotiche, osservate alla sezione del cadavere dell'anatomista svizzero Johann Jakob Wepfer (1620-1695), nella cui aorta furono minuziosamente distinti i focolai calcifici da quelli ulcerosi.

La monumentale opera del ginevrino **Theophile Bonet** (1620-1679), *Sepulchretum sine anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis*, pubblicata nel 1679, fu la più grande collezione di dati nel campo della patologia sino a quel tempo, essendo basata su circa 3.000 autopsie. In essa le descrizioni patologiche sono classificate in base ai sintomi clinici come «*difficoltà del respiro, pulsazioni anormali, morte improvvisa*». Dei due casi registrati riguardanti quest'ultima, uno è quello di un individuo con una valvola aortica stenotica calcifica, e l'altro potrebbe essere dovuto a malattia dalle arterie coro-

narie. Nel 1698, infine, **Pierre Chirac** (1650-1732) eseguì per la prima volta una legatura di arteria coronarica nel cane.

Biochimica e farmacologia. **Giovan Battista Volpini** (Asti, 1644-1724), dando rilevanza all'importanza della chimica nella biologia, perfeziona la iatrochimica (fondata da Paracelso), che può a buon diritto essere considerata l'antesignana della biochimica moderna. Anche metodi tradizionali d'indagine clinica, come l'esame delle urine, furono valorizzati nel senso anatomoclinico. La prima descrizione dell'albuminuria risale al medico olandese **Frederik Dekkers** (1648-1720), che osservò la presenza di una materia capace di coagulare con l'ebollizione e quindi di precipitare in seguito all'acidificazione mediante l'aggiunta di qualche goccia di aceto forte. Nel 1673 **Thomas Willis** (1621-1675) (che per inciso nel *Cerebri Anatome* descrisse il Poligono di Willis, circolo anastomotico alla base della scatola cranica che rappresenta la confluenza di tre arterie principali: l'arteria basilare e le due arterie carotidi interne) segnala il sapore dolce, già osservato dai medici antichi, delle urine dei pazienti affetti da diabete mellito (un tempo chiamata malattia di Willis I), descrivendo scientificamente i sintomi della malattia. Nel 1668 Friedrich Jacob Merck apre una farmacia a Darmstadt; un suo erede, Emanuel, 160 anni dopo inizierà a produrre alcaloidi fondando l'omonima azienda farmaceutica. ♥



Le Targhe d'Oro dell'ANMCO

Sono venticinque le Targhe d'Oro che l'ANMCO ha assegnato ad alcuni Cardiologi italiani, a chi la ventiseiesima?

Un prestigioso riconoscimento della nostra Associazione per chi si è distinto non solo nella sua attività professionale, ma anche per il contributo organizzativo e scientifico a favore dello sviluppo della cardiologia italiana

Le Targhe d'Oro dell'ANMCO sono il massimo riconoscimento che la nostra Associazione assegna ogni anno, in occasione del Congresso Nazionale, a un Socio che si è distinto non solo nella sua attività professionale, ma anche per il contributo organizzativo e scientifico a favore dello sviluppo della cardiologia italiana (Figura 1).

Finora sono venticinque le targhe assegnate (Tabella), la prima al Prof. Fausto Rovelli, fra i fondatori della Cardiologia Ospedaliera Italiana, che con il suo impareggiabile corso di aggiornamento di Milano permise a me e a tanti giovani Cardiologi di aggiornarsi



Figura 1

sui nuovi progressi della Cardiologia internazionale; sicuramente il corso di aggiornamento cardiologico annuale più seguito in Italia. Poi altri colleghi di grande prestigio hanno ricevuto il riconoscimento della propria attività. Ricordo solo alcuni scomparsi: Federico Marsico, Vincenzo Masini, Giorgio Antonio Feruglio, Pier Filippo Fazzini, Pier Luigi Prati, Domenico Zanuttini ed Ernesto Correale cui va il nostro affettuoso ricordo (Figura 2). Molti "targati" sono stati anche eccellenti presidenti dell'ANMCO e questo gravoso impegno ha sicuramente influenzato positivamente il Comitato delle nomine.

TARGHE D'ORO DELL'ANMCO



- | | |
|--|---|
| 1985 – PROF. FAUSTO ROVELLI E CENTRO DE GASPERIS | 1999 – PROF. PIER LUIGI PRATI |
| 1986 – PROF. LUIGI DONATO E ISTITUTO DI FISIOLOGIA CLINICA C.N.R. | 2000 – DOTT. DOMENICO ZANUTTINI |
| 1987 – PROF. FEDERICO MARSICO | 2001 – PROF. CARLO VECCHIO |
| 1988 – PROF. FRANCESCO FURLANELLO | 2002 – PROF. ERNESTO CORREALE |
| 1989 – PROF. VINCENZO MASINI | 2003 – PROF. SABINO SCARDI |
| 1990 – PROF. GIORGIO ANTONIO FERUGLIO | 2004 – PROF. VINCENZO CECI |
| 1991 – PROF. PIER FILIPPO FAZZINI | 2005 – DOTT. GIUSEPPE PINELLI |
| 1992 – ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI | 2006 – PROF. MASSIMO SANTINI |
| 1993 – FONDAZIONE CLINICA DEL LAVORO | 2007 – IN MEMORIA DEL PROF. FRANCO VALAGUSSA |
| 1994 – PROF. ALESSANDRO MENOTTI | 2008 – DOTT. ALESSANDRO BOCCANELLI |
| 1995 – PROF. ELIGIO PICCOLO | 2009 – DOTT. GIUSEPPE VERGARA |
| 1996 – PROF. FULVIO CAMERINI | 2010 – DOTT. CARLO SCHWEIGER |
| 1997 – PROF. ENRICO GERACI | 2011 – PROF. NICOLA MININNI |
| 1998 – PROF. LUIGI TAVAZZI | 2012 – DOTT. GIAN LUIGI NICOLOSI |
| | 2013 – DOTT. GIUSEPPE DI PASQUALE |
| | 2014 – DOTT. FRANCESCO CHIARELLA |

Tabella



Figura 2

I pionieri della Cardiologia italiana

Se ho visto più lontano, è perché stavo sulle spalle di giganti, ammetteva onestamente Sir Isaac Newton nel lontano 1676 (Bynum W. History of Medicine. Oxford University Press, 2008), anche se in seguito quest'apforisma è stato attribuito a Bernardo di Chartres secondo cui gli uomini sono come nani che si levano in piedi sulle spalle dei giganti e possono crescere di arte e cultura. (Merton RK. Standing on the shoulders of giants. The University of Chicago Press, Chicago, Il; 1993:40). Anche nel nostro Paese abbiamo avuto medici che hanno giocato un ruolo importante nella storia della Cardiologia ospedaliera pur non essendo veri giganti come Sir William Osler. Alcuni già scomparsi sono stati riportati nella figura, ma altri viventi hanno dato lustro alla nostra specialità (Camerini, Piccolo, Tavazzi, Vecchio, ecc). Spesso i Cardiologi, in particolare i più giovani, dimenticano o non conoscono il percorso tortuoso che la Cardiologia ha fatto in Italia dopo gli anni '60, quando i Primari della Medicina non permettevano l'ingresso della Specialità cardiologica negli Ospedali. E fu fondata l'ANMCO.

Il continuo progresso dell'ANMCO

Nel 2013 abbiamo festeggiato i 50 della nostra Casa che, come forse non tutti i Soci sanno, è stata il



Figura 3

frutto di un'iniziativa coraggiosa di 42 pionieri, che il 25 aprile 1963 si attivarono ufficialmente. E proprio il 25 aprile 2015 sto scrivendo, davanti alla fotografia dell'assegnazione della Targa ANMCO (Figura 3), questo articolo per Cardiologia negli Ospedali (Figura 3), fondata da G.A. Feruglio, il nostro Presidentissimo. Per l'ANMCO possiamo parlare di un ciclo vitale che comprende la gestazione, la nascita, l'adolescenza e infine l'età adulta. E' necessario difendere e potenziare la nostra Associazione in continuità con un fantastico passato, favorendo innovazione e sviluppo e superando la superspecializzazione con la costituzione dei Dipartimenti "reali" al di là del sistema sanitario per intensità di cura, rinforzando i rapporti ospedale - territorio, così come è stato fatto a Trieste, grazie alla fattiva collaborazione fra un

illuminato Fulvio Camerini e il sottoscritto per assicurare la "vera" continuità assistenziale. La sinergia tra politica sanitaria del Paese, cura clinica e la Cardiologia però è indispensabile. Questa sinergia è fondamentale perché l'effettiva implementazione degli obiettivi di salute richiede un'interazione efficace tra i risultati della ricerca e l'applicazione dei suoi risultati nella pratica clinica, per migliorare la salute della popolazione, in particolare per combattere l'epidemia di malattie cardiovascolari croniche. In questa situazione è urgente l'utilizzazione di nuovi modelli di assistenza studiati per ottimizzare l'efficacia delle "cure" mediante il miglioramento dell'assistenza coordinata, centrata però sul paziente e modificando in modo, sostanziale l'assistenza sanitaria degli utenti.

In quale direzione va la Cardiologia?

La nostra specialità ha contribuito in modo importante ad aumentare la qualità della cura negli ultimi 50 anni, ma la marea inesorabilmente crescente di pazienti anziani con malattie cardiache croniche richiede altri progressi. La ricerca di questi ultimi anni ha permesso di comprendere molti fenomeni cardiovascolari e ha offerto strumenti reali per prevenire, diagnosticare e curare le malattie di cuore. Abbiamo iniziato a capire i meccanismi biochimici ed elettrici e le vie con cui il cuore è danneggiato e muore, e cosa succede quando si rompe una placca in un'arteria, le fibre miocardiche si indeboliscono, una camera atriale fibrilla e come, dopo un attacco cardiaco, le fibre del miocardio muoiono in massa. Quando saremo capaci di fermare la catena di questi eventi, avremo sconfitto le malattie cardiovascolari. Quello che stiamo vivendo è un momento esaltante per i pazienti e i cardiologi, ma stare al passo con i tempi significa recepire il flusso d'informazioni provenienti dalla letteratura e imparare a utilizzare i risultati dei trial con criticità. I costi crescenti della sanità, l'impossibilità d'incrementi senza fine delle risorse economiche, spingono a riproporre il concetto che non basta che un esame sia utile o una cura sia efficace per decidere di praticarli incondizionatamente a tutti.

I Cardiologi sono Medici privilegiati

Noi Cardiologi siamo medici privilegiati, perciò dobbiamo migliorare la

comunicazione con i nostri pazienti utilizzando un linguaggio semplice e accessibile, coinvolgendoli maggiormente nella "cura" per aumentarne la compliance. Oggi, con i moderni mezzi di comunicazione, i pazienti sono molto più informati sui progressi in cardiologia. Tuttavia un titolo del New York Times deve farci riflettere molto: naufragio del rapporto medico - paziente. Soprattutto il malato deve tornare a essere al centro del sistema, il malato non deve essere un cliente per l'Azienda Sanitaria ma è urgente riaffermare, come ha riferito il Cardinale Martini, la centralità della persona umana. Il Cardiologo del giorno d'oggi, ricco di tecnologie, rischia di perdere l'empatia e la capacità di interessarsi delle persone che invece hanno bisogno di Medici attenti ai pazienti con una malattia e non solo alla malattia di cui sono portatori. Esigenza impellente è una nuova organizzazione del lavoro in ospedale: i Dirigenti di primo livello non possono più operare una medicina individualista ma preferire quella di gruppo operando con un identico fine verso un'unica meta finale. Quelli di secondo livello, invece, devono accettare il "crepuscolo delle gerarchie" con la ricerca del consenso in un lavoro di squadra. Ambedue, con l'aggiornamento continuo e la ricerca, devono, nell'operare quotidiano al letto del malato o in ambulatorio, "applicare" il metodo scientifico che rende più rigoroso il nostro lavoro. Tramite il nostro Maestro, Fulvio Camerini, abbiamo saputo che il famoso cardiologo londinese Paul Wood

aveva chiaramente dimostrato nel secolo scorso che l'approccio di un medico colto ed esperto in clinica è simile a quello usato nella ricerca di base, perciò Lui personifica l'epitome (il compendio) sia della Medicina Clinica sia del fare scientifico e il metodo scientifico deve essere usato al letto del malato. E per tornare al rapporto medico - paziente, nessuno di noi può prevedere il futuro di un cardiopatico, in particolare quando ci chiede quanto tempo ho da vivere, ma dobbiamo chiederci: il prolungamento della vita oltre ogni limite naturale è etico? E non possiamo nemmeno prevedere chi riceverà la ventiseiesima Targa d'Oro dell'ANMCO. ♥



Il Prof. Enrico Geraci non è più con noi:
rimarrà il ricordo della sua cultura, rigore scientifico,
professionalità, e autorevolezza

Caro Prof. Geraci...

«Il rapporto di simpatia umana instaurato permetterà di offrire al paziente il conforto che egli non aveva ancora ricevuto e l'aiuto intellettuale nel chiarimento dei suoi problemi... V'è un momento critico come ben si comprende, nel corso di questo iter: quello in cui il medico dovrà decidere se egli è in grado di condurre questo tipo di trattamento, e soprattutto se si sente di farlo senza alcuna remora. L'esperienza e l'onestà professionale indirizzeranno nel giusto senso.»

In *Le Malattie del Cuore*, G. Schirosa e Coll; *Cuore e Sistema Nervoso*, E. Geraci; pp1019-1031, Società Editrice Universo, Roma 1970.

Così scriveva Enrico Geraci poco più che quarantenne. Monolitico, schietto, ben documentato, credibile, Geraci appariva così. Con il Prof. Enrico Geraci ho instaurato un'amicizia lunga, profonda, affettuosa, ravvivata da periodici contatti e scambi, impregnata di stima e grande ammirazione. Lo incontrai la prima volta nell'agosto 1987 appena laureato, su presentazione del Prof. Luigi Pagliaro, mio professore di Clinica Medica all'Università di Palermo, grande studioso, fine ricercatore clinico e suo grande amico. Ho nitido il ricordo del suo arrivo, alle 7.30, piuttosto compreso, con una valigetta in pelle color cuoio, in una mattina nella quale sarebbe dovuto partire per Milano per una riunione all'Istituto Mario Negri. Avevo bisogno di consigli sul



mio futuro: "Credo sarebbe bene orientarsi su Bologna - Magnani o Trieste - Camerini, sono due Scuole molto serie con una ricerca fortemente orientata al malato caratterizzata da grande rigore clinico. Si doti di un buon testo, l'Hurst può andar bene. Mi faccia sapere. Se sceglierà Trieste le darò le copie di alcuni contributi che può essere utile conoscere perché rappresentano bene interessi scientifici e stile del gruppo". Possedeva un nutrito ed aggiornato archivio di paper interessanti. Erano gli anni dei GISSI e degli ISIS. Geraci era consapevole del suo ruolo importante e costituiva un mito per la classe medica, gli studenti in formazione che avevano accesso al suo istituto ospedaliero ed i pazienti. Molto stimato. Mio padre, Medico anche lui, di qualche anno più grande

mi raccontava dei suoi seminari in Patologia Medica Universitaria, dove Geraci da brillante assistente esponeva le tematiche con l'ausilio di numeri, grafici, confronti e credo una rudimentale ma efficace statistica. Erano anche gli anni di una medicina accademica tradizionalmente autoreferenziale che non sentiva la necessità di processi di validazione e confutazione. Geraci rompeva già negli anni '60 con questi schemi. Negli anni nei quali l'ho conosciuto viveva con grande impegno l'esperienza dei GISSI e credeva nella possibilità che gli studi clinici multicentrici controllati, gli investigator meeting, la partecipazione ai convegni in Sicilia di personalità come Rovelli, Tognoni, Sleight, Feruglio, potessero concretamente contribuire ad elevare una comunità di professionisti ed a rendere adeguate e più qualificate le organizzazioni sanitarie, secondo standard accreditati e misurabili di organizzazione e cura, con favorevoli ripercussioni sulle cure ai pazienti. Mi scrisse, con quella sua stilografica Montblanc nera, che molti hanno conosciuto nelle revisioni che di suo pugno faceva da Direttore a margine dei testi per il *Giornale Italiano di Cardiologia*, una lettera di presentazione per Camerini, generosa, basata prevalentemente sui giudizi riferitigli da Pagliaro, molto chiara nell'esprimere il credito di cui godeva e la determinazione a partire ed a crescere alla Scuola di chi mi avrebbe

be accolto. Nel 1987 lo incontrai altre 2 o 3 volte, sempre la mattina alle 7.30 nel suo studio sito nella palazzina decentrata dell'Ospedale Cervello. La decisione su Trieste arrivò nel gennaio 1988: era paternamente preoccupato di avermi ben consigliato! Negli anni straordinari vissuti con Camerini, gli ritornavano informazioni che esprimevano la mia integrazione e l'apprezzamento che negli anni si consolidavano: credo fosse fiero di osservare i miei progressi e di sentire che un professionista da lui orientato guadagnava credito e responsabilità in una realtà austro-ungarica, certo molto diversa per stile dalla nostra cultura ed apertura mediterranea. Talvolta partecipò al Congresso di Trieste "Incontri in Cardiologia: Scompenso e Cardiomiopatie": molto attento, acuto come sempre nei commenti, precisazioni e notazioni sui casi clinici, spontaneamente portato all'analisi della complessità e dei contesti ed a manifestare elementi di dubbio o aspetti utili da sviluppare ulteriormente e chiarire. Sono stato introdotto più volte da lui agli "Incontri Palermitani di Cardiologia del Cervello": erano un momento di incontro dei Cardiologi delle varie realtà assistenziali di Palermo e credo Trapani. La Sicilia è capace di grande cordialità ed accoglienza ma nell'intimo c'è un individualismo talvolta esasperato che nega paradossalmente il bisogno che vi sarebbe di essere comunità, che introduce elementi di diffidenza, invidia e gelosia. Gli Incontri Cardiologici del Cervello superavano questo individualismo, perché si ricomponavano nell'espe-

rienza, saggezza, cultura, leadership di Geraci, anche quando non si era del tutto d'accordo con lui. Gli incontri o le altre opportunità congressuali, se Geraci era presente, erano la dimostrazione che la Cultura supera tutto ed è generatrice di ricomposizione dei dissidi, conflitti e contrasti. Talvolta, anche in contesti nazionali, ho osservato fastidio o disappunto per interventi decisi di Geraci, ma non ho mai colto polemica sterile o contrasto, perché la cultura e l'onestà di Geraci, che talvolta si faceva schiettezza scomoda, vincevano su tutto. Mi chiedeva sempre della famiglia e dei figli, lo faceva con discrezione ma con la determinazione di chi vuol richiamare attenzione su una componente irrinunciabile della vita degli uomini e professionisti. L'ho sentito molto attento e tenero come nonno. Era un uomo di vasti interessi e cultura: poteva parlare di calcio e del Milan, ma nella stessa serata poteva sintonizzarsi con la medicina sostenibile di D. Callahan o l'epistemologia e la metodologia logica applicata alla clinica di E. Morin. Insieme ad altri colleghi con i quali credo vi fosse comunanza di formazione, valori e obiettivi aveva creato, in quello che era stato un Sanatorio antitubercolare, l'Ospedale Cervello, un'isola di assistenza qualificata ed attrattiva, di didattica moderna e multidisciplinare e di ricerca clinica fortemente centrata sul malato ed i suoi bisogni. Con Luigi Pagliaro curò il testo "Terapia nella pratica medica. Scelta e valutazione dei trattamenti" (C.G. Ed. Medico Scientifiche, Torino 1991). Stile unico capace di coniu-

gare cultura medica, metodologia d'approccio ai problemi e pragmatismo clinico. Pagliaro era un grande costruttore di Universitas vera, con una didattica moderna, per problemi e non per malattie, interattiva, con biblioteche fornite ed accessibili e relazioni internazionali concrete e qualificate. La perdita di una persona cara è certamente fonte di dolore. In Sicilia l'attaccamento agli uomini e alle cose può rendere questa carenza straziante, talvolta esagerata, paralizzante. Noi però siamo anche ciò che ci resiste e ciò è elemento di conforto e spinta a proseguire. Resisterà il suo stile, la sua autorevolezza ed il prestigio che ha dato alla Sicilia. Resisteranno le migliaia di professionisti che presso la Cardiologia del Cervello, con Geraci, si sono formati per poi diffondersi in tutta la Sicilia. Un ultimo pensiero, personale, su "ciò che resiste" voglio esprimerlo per Augusto Canonico, forse l'allievo più vicino a Geraci, colto, discreto, buono, rigoroso, empatico. È stato mio docente di Cardiologia durante il corso di Clinica Medica nel 1986 - 1987, ha diretto l'Unità Coronarica dell'Ospedale Cervello per molti anni, credo in anni difficili sul piano gestionale; ha curato mio padre grave cardiopatico, con me molto impegnato e lontano. Lo ha fatto con molta professionalità ed umanità, assumendo decisioni difficili in momenti difficili nel decorso clinico di un malato anziano ed ha fatto tutto ciò come degno allievo, collaboratore e successore di Geraci. Grazie. ♥

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

