



Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

L'ANMCO avanti sulla strada del cambiamento

Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO

Innovazioni diagnostiche in Cardio-Imaging

Da Milano inizia il cambiamento

"Stay hungry, stay foolish..."

Innovazione e Qualità: Cardionursing 2015

Convention dei Centri Scompenso: diamo voce a tutti!

Decadimento cognitivo e cardiopatie

Verso un cielo sereno. La Sanità cui tendere

Notizie dalla Liguria

ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta: Cuori in cammino

L'ANMCO Puglia e il Pianeta NAO

Appropriatezza in Sicilia

Biomarcatori nella stratificazione del rischio cardiovascolare nel genere femminile

Cosa sappiamo noi Cardiologi sulla rigenerazione miocardica

Il Progetto Parsifal di buona pratica clinica

Embrioni crioconservati: la posizione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo

L'infarto

Pietro... e Brugada

LUGLIO/AGOSTO • SETTEMBRE/OTTOBRE 2015 N°206 - 207



Think **ANMC**



47° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

R I M I N I
2-4 Giugno 2016
Palacongressi

ANMCO

2  16

www.anmco.it

GENERATORI DI CAMBIAMENTO



In copertina: elementi grafici della copertina per il programma degli Stati Generali ANMCO 2014 - 2016

N. 206 -207

luglio - agosto / settembre - ottobre 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

**L'ANMCO avanti sulla strada
del cambiamento** pag. 3
di Michele Massimo Gulizia

DAL CENTRO STUDI

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

DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

**Novità in Cardio-Imaging
nella Cardiologia Clinica** pag. 15
*di Gianluca Pontone, Danilo Neglia,
Antonella Moreo, Alfredo De Nardo, Paolo
G. Pino e Fausto Rigo*

AREA GIOVANI

**Congresso Nazionale
ANMCO 2015: largo ai giovani!** pag. 19
*di Gabriele Vianello, Emilia Biscottini,
Marco Marini, Fabiana Lucà, Giorgio
Caretta, Vincenza Procaccini, Letizia
Riva, Alberto Lavorgna, Luca Poggio,
Fabio Vagnarelli, Renata De Maria*

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

"Stay hungry, stay foolish..." pag. 22
di Iolanda Enea

AREA NURSING

**Un Congresso al quale i Cardiologi
avrebbero dovuto partecipare:
Cardionursing 2015.** pag. 25
Innovazione e Qualità nell'assistenza
*di Fabiola Sanna, Sabrina Barro,
Antonio Boscolo Anzoletti, Sabrina
Egman, Maura Giuseppina Francese,
Massimo Iacoviello, Massimo Imazio,
Vjerica Lukic, Danilo Neglia,
Donatella Radini, Gaetano Satullo,
Sonia Tosoni, Mauro Mennuni*

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Convention dei Centri pag. 29
Scompenso: diamo voce a tutti!
*di Iliara Battistoni, Renata De Maria,
Massimo Iacoviello, Alessandro Navazio,
Daniela Pini, Andrea Mortara,
Nadia Aspromonte*

DALLE TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA

Decadimento cognitivo e cardiopatie pag. 34
*di Giovanni Pulignano, Donatella Del
Sindaco, Maria Denitza Tinti, Massimo
Uguccione*



DALLE REGIONI

BASILICATA

Verso un cielo sereno. pag. 45
 La Sanità cui tendere
di Francesco Paolo Calciano

LIGURIA

Dal CDR della Liguria: pag. 50
 primi risultati del programma
 biennale 2014 - 2016
*di Massimo Zoni Berisso
 a nome del Consiglio Direttivo Regionale
 ANMCO Liguria*



PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta:
 Cuori in cammino pag. 53
*di Andrea Rognoni, Matteo Santagostino,
 Maria Laura Buscemi, Marco Sicuro*

PUGLIA

Pianeta NAO pag. 55
*di Francesca Pierrì, Giuseppe Modugno,
 Luisa De Gennaro, Pasquale Caldarola*

SICILIA

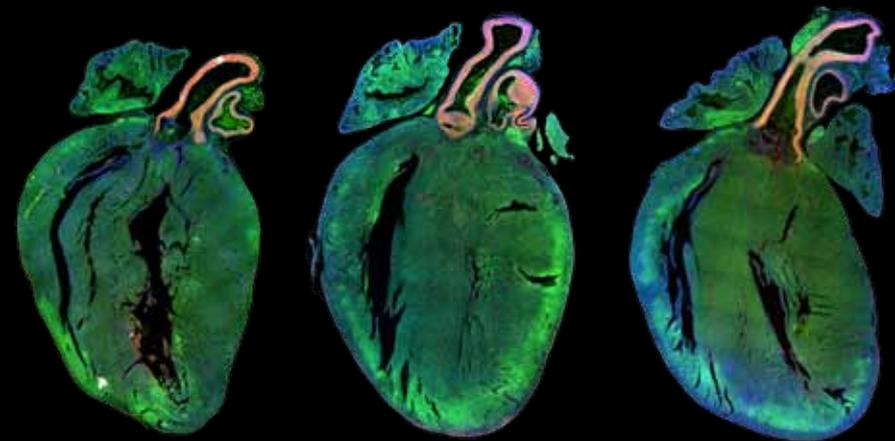
Appropriatezza in Sicilia pag. 60
*di Giacomo Chiarandà, Giovanni De
 Luca e Maurizio Giuseppe Abrignani*

TOSCANA

Utilizzo dei biomarcatori pag. 64
 nella stratificazione del rischio
 cardiovascolare nel genere femminile
di Paola Pasqualini

CUORI ALLO SPECCHIO

Cosa sappiamo noi Cardiologi pag. 68
 sulla rigenerazione miocardica
di Giulia Russo



FORUM

Il Progetto Parsifal pag. 73
 di buona pratica clinica
di Sabino Scardi e Mario Chiatto

**OSSERVATORIO
 DI DIRITTO SANITARIO**

Procreazione medicalmente pag. 78
 assistita e dono di embrioni
 crioconservati per la ricerca:
 un'importante pronuncia della Corte
 Europea dei Diritti dell'Uomo
*di Mario Chiatto e Maria Giovanna
 Murrone*

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

L'infarto pag. 81
di Maurizio Giuseppe Abrignani

Pietro... e Brugada pag. 83
*di Maurizio Giuseppe Abrignani e
 Marcello Costantini*





*Un felice interludio tra il successo del Congresso
2015 e le iniziative presenti e future*

L'ANMCO avanti sulla strada del cambiamento

*... una nuova meta mai raggiunta: 22 Documenti di
Consenso e Position Paper ANMCO*

Think **ANMC**



47° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

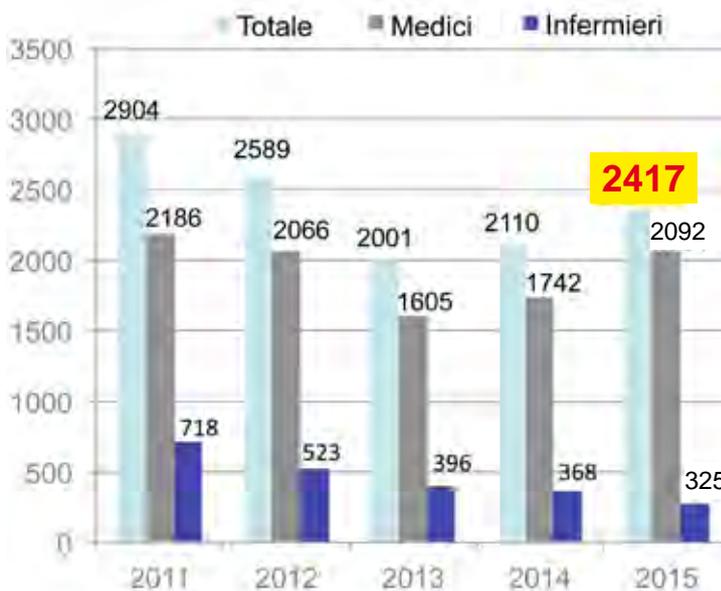
R I M I N I
2-4 Giugno 2016
Palacongressi

Dopo il successo del 2015, pensiamo già al Congresso 2016

Il 46° Congresso Nazionale di Cardiologia, principale evento che da sempre caratterizza la nostra Associazione per autorevolezza formativa, collocato nel solco della tradizione ma nel contempo segno tangibile di rinnovamento e cambiamento a cominciare dalla location (non la consueta Firenze, ma il Marriott Hotel nella Milano dell'EXPO), è stato un Congresso dinamico, ricco di nuove formule comunicative e soprattutto connotato da una vera e propria rivoluzione tecnologica: sale multimediali interattive, touch screen, e-Poster session digitali; altre importanti novità le tre sessioni congiunte in lingua inglese con ACC, ESC ed ECAH e il 1° Campionato di Refertazione ECG. Desidero rivolgere a tutti i numerosi partecipanti (oltre 2.300) un sentito ringraziamento per aver attivamente contribuito al successo di questo appuntamento nel segno dell'innovazione e della tecnologia e complimentarmi particolarmente con tutti i Moderatori che hanno



Iscritti al Congresso ANMCO



reso possibile un'attiva partecipazione dei presenti in sala stimolando un costruttivo dibattito e con i Relatori per l'alto valore scientifico delle relazioni presentate, che hanno saputo stimolare un'approfondita quanto interessante discussione. Spero che questi 3 giorni, particolarmente intensi, di lavori scientifici e di momenti associativi per eccellenza (tra i quali voglio ricordare la consegna della Targa d'oro dell'ANMCO al Prof. Attilio Maseri, Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore"), con i loro interessanti spunti di riflessione e con i loro vivaci confronti, abbiano pienamente corrisposto alle aspettative di tutti e saputo rendere ciascuno un vero protagonista. Il grande successo scientifico - organizzativo ottenuto, riconosciuto da tanti di voi, rappresenta, in effetti, la dimostrazione più tangibile dell'apprezzamento del lavoro svolto. La scelta, condivisa con tutto il Consiglio Direttivo, di portare a Milano la sede del nostro immancabile appuntamento associativo, è risultata vincente: all'aggiorn-

amento sulle più recenti conoscenze in ambito cardiologico, ottenuto grazie al contributo di colleghi ed esperti di valenza nazionale e internazionale nell'ambito di un innovativo format multimediale, abbiamo coniugato l'opportunità di essere parte dell'Esposizione Universale EXPO 2015 che, con il suo tema "Nutrire il Pianeta, Energia per la Vita", pone sempre più l'attenzione generale sull'alimentazione, argomento fondamentale per noi medici Cardiologi, così strettamente correlato alla morbilità delle malattie cardiovascolari anche nei nostri connazionali, che tanto ci sta a cuore. Sono inoltre personalmente fiero dell'eco mediatica e della risposta partecipativa alla Main Session in collaborazione con Age.Na.S. e CeRGAS Bocconi "Esisterà ancora la Cardiologia?", coordinata insieme al giornalista e conduttore del TG1 Rai Francesco Giorgino, che ha lanciato un forte grido di allarme su una questione così importante in termini di ricaduta sulla "Salute pubblica", per affermare ancora il

ruolo centrale della nostra disciplina. Si erano appena spenti i riflettori sul congresso di Milano che già in Consiglio Direttivo abbiamo iniziato a lavorare all'organizzazione del nostro 47° Congresso Nazionale, consueta espressione della forza culturale e del patrimonio scientifico e organizzativo della Cardiologia ospedaliera italiana, ancora fortemente basato sull'interattività, che si svolgerà a Rimini, presso il Palacongressi, dal 2 al 4 giugno 2016. Ritengo importante quanto strategico che per raggiungere prestigiosi risultati scientifici occorra la massima condivisione di tutti gli Organi e Organismi associativi e di tutti i Soci ANMCO, per cui abbiamo richiesto, come sempre, di ricevere idee e proposte per preparare il programma scientifico. I Vostri suggerimenti, inoltrati esclusivamente tramite il sito web ANMCO, saranno armonizzati in un divenire d'interessanti sessioni capaci di stimolare la partecipazione dei Cardiologi e dei medici italiani. Come consuetudine il Consiglio Direttivo citerà nelle pagine del programma definitivo chi avrà contribuito a inviare proposte. Per un'ANMCO in continuo cambiamento, che sta scrivendo nuove pagine associative, sarà la forza delle Vostre idee a generare la migliore cultura cardiologica per gli anni a seguire. Vi ringrazio sin d'ora per la preziosa collaborazione che avete voluto assicurarci inviando oltre 430 proposte: un numero incredibilmente eccezionale sovrapponibile a quello già record della scorsa edizione, con una media di 120 proposte in più rispetto agli anni precedenti.



Le Campagne Educazionali Nazionali

Fervono nel frattempo i lavori delle Campagne Educazionali Nazionali. Già si è conclusa quella su “I bisogni insoddisfatti della cardiopatia ischemica cronica. Siamo in linea con le linee guida: possiamo fare meglio?”, che tra l’evento Start up di Firenze (22 gennaio) e quelli periferici (Roma 10-11 aprile, Firenze 24-25 aprile, Catania 22-23 maggio e Milano 29-30 maggio) ha visto oltre 300 partecipanti. L’interesse per l’argomento e il successo dell’iniziativa sono stati tali che abbiamo messo in cantiere ulteriori 60 riunioni locali, che avranno inizio a gennaio 2016.

Altre due campagne sono a metà percorso e si concluderanno a dicembre di quest’anno per la prima parte e ripartiranno a gennaio 2016 per concludersi entro fine di febbraio.

La Campagna Educazionale Nazionale ANMCO “AF-NAO Shot”, il cui Comitato Esecutivo, che mi vede come Coordinatore, comprende Furio Colivicchi (Roma), Stefania Angela Di Fusco (Roma) e Roberta Rossini (Bergamo), ispirata dalla omonima survey on line ospitata sul sito web ANMCO; ha un format scientifico che prevede lo svolgimento di una serie di relazioni su tema preordinato e di due letture seguite dalla presentazione di due casi clinici interattivi sull’argomento trattato. I due casi clinici interattivi contengono alcuni snodi decisionali che prevedono l’intervento del pubblico attraverso la votazione con iPad. L’evento si con-

	REGIONE COINVOLTE	CITTA'	SEDE	DATA
2015				
1	BASILICATA, PUGLIA	BARI	HOTEL VILLA ROMANAZZI CARDUCCI	mercoledì 14 ottobre 15
2	SICILIA	ACI CASTELLO (CT)	SHERATON CATANIA HOTEL & CONFERENCE CENTER	mercoledì 21 ottobre 15
3	LAZIO, ABRUZZO	ROMA	MARRIOTT PARK HOTEL	martedì 27 ottobre 15
4	PIEMONTE, VALLE D'AOSTA, LIGURIA	TORINO	STARHOTEL MAJESTIC	lunedì 9 novembre 15
5	LOMBARDIA	MILANO	MILAN MARRIOTT HOTEL	giovedì 12 novembre 15
6	EMILIA ROMAGNA, MARCHE	BOLOGNA	ROYAL CARLTON HOTEL	lunedì 16 novembre 15
7	CAMPANIA, MOLISE	NAPOLI	HOTEL RAMADA NAPLES	mercoledì 2 dicembre 15
2016				
8	FRIULI VENEZIA GIULIA, P.A. BOLZANO, P.A. TRENTO, VENETO	VERONA	ROSEO HOTEL LEON D'ORO	sabato 30 gennaio 16
9	CALABRIA	RENDE (CS)	HOTEL SAN FRANCESCO	martedì 2 febbraio 16
10	SARDEGNA	CAGLIARI	T-HOTEL	venerdì 5 febbraio 16
11	TOSCANA, UMBRIA	FIRENZE	GRAND HOTEL MEDITERRANEO	giovedì 11 febbraio 16



cluderà con lo svolgimento di una Tavola Rotonda dove si analizzeranno anonimamente i dati nazionali rilevati dalla Survey AF-NAO Shot, che verranno confrontati con quelli delle singole regioni.

La Campagna “CardioMab Educational” il cui Comitato Esecutivo, oltre me comprende Furio Colivicchi (Roma), Gian Francesco Murreddu (Roma) e Alberto Zambon (Padova), è un importante progetto che affronterà argomenti innovativi attraverso un approccio interattivo, per dirimere insieme le evidenze e le contraddizioni emerse dalle più recenti ricerche scientifiche in tema di prevenzione cardiovascolare e di trattamento dell’ipercolesterolemia anche con l’utilizzo dei nuovi anticorpi monoclonali inibitori della PCSK9. Gli studi epidemiologici e di intervento, condotti a partire dagli anni ’60 del secolo scorso, hanno chiaramente documentato l’esistenza di una correlazione diretta tra livelli di colesterolemia plasmatica ed incidenza di manifestazioni cliniche di malattia cardiovascolare aterosclerotica. Le statine sono state una pietra miliare nella riduzione della colesterolemia per la prevenzione cardiovascolare. Questi agenti producono il loro effetto clinico fondamentale riducendo i livelli plasmatici di colesterolo totale e della sua frazione LDL, che riveste un ruolo centrale nella genesi della placca aterosclerotica. L’introduzione di questi farmaci nella pratica clinica ha sostanzialmente rivoluzionato l’approccio al paziente con elevato rischio cardiovascolare, tanto in prevenzione

	REGIONE COINVOLTE	CITTA'	SEDE	DATA
2015				
1	SICILIA	ACI CASTELLO (CT)	SHERATON CATANIA HOTEL & CONFERENCE CENTER	martedì 20 ottobre 15
2	BASILICATA, PUGLIA	BARI	VILLA ROMANAZZI CARDUCCI	mercoledì 28 ottobre 15
3	CALABRIA	CATANZARO	BEST WESTERN PERLA DEL PORTO	venerdì 30 ottobre 15
4	CAMPANIA	NAPOLI	HOTEL RAMADA NAPLES	martedì 3 novembre 15
5	ABRUZZO, MARCHE, MOLISE, UMBRIA	ANCONA	EGO HOTEL	martedì 10 novembre 15
6	LAZIO, SARGDEGNA	ROMA	MARRIOTT PARK HOTEL	venerdì 13 novembre 15
7	TOSCANA	FIRENZE	GRAND HOTEL MEDITERRANEO	mercoledì 25 novembre 15
2016				
8	EMILIA ROMAGNA	BOLOGNA	ROYAL HOTEL CARLTON	venerdì 22 gennaio 16
9	FRIULI VENEZIA GIULIA, P.A. BOLZANO, P.A. TRENTO, VENETO	MESTRE	NH LAGUNA PALACE	mercoledì 27 gennaio 16
10	LOMBARDIA	MILANO	MILAN MARRIOTT HOTEL	giovedì 4 febbraio 16
11	LIGURIA, PIEMONTE, VALLE D'AOSTA	TORINO	STARHOTEL MAJESTIC	martedì 9 febbraio 16



primaria, che secondaria. In effetti, in tutti i grandi trial d'intervento con le statine, condotti negli ultimi 25 anni, la riduzione dei valori di colesterolemia si è accompagnata a una significativa riduzione della morbilità cardiovascolare aterosclerotica. Più di recente, nel trial IMPROVE-IT, anche l'ezetimibe, un farmaco diverso dalle statine, che inibisce l'assorbimento intestinale del colesterolo, ha dimostrato di poter migliorare la prognosi clinica di pazienti colpiti da una sindrome coronarica acuta. Di fatto, questo studio rappresenta la prima evidenza scientifica di efficacia per un agente non - statinico che riduce il colesterolo plasmatico. Nel corso del trial, inoltre, sono stati raggiunti valori di colesterolo LDL particolarmente ridotti, tanto che i risultati rappresentano un punto in favore del paradigma "the lower, the better". In pratica, quanto maggiore è la riduzione della colesterolemia LDL, tanto migliore sarà l'esito clinico. Un sostanziale cambiamento nella gestione clinica della ipercolesterolemia, tuttavia, sembra essere alle porte con l'avvento di nuovi farmaci biologici: gli anticorpi monoclonali inibitori della proteina PCSK9 (Proteina Convertasi Subtilisina/Kexina tipo 9) che modula l'espressione dei recettori per le LDL a livello epatico. In particolare, la PCSK9 si lega ai recettori delle LDL, aumentandone la degradazione e riducendo la velocità con cui il colesterolo-LDL è rimosso dalla circolazione. Gli inibitori monoclonali di questa proteina, farmaci biologici somministrati per via sottocutanea una-due volte al mese, riducono il

turn-over dei recettori per le LDL, ne aumentano il recupero e contestualmente diminuiscono i livelli plasmatici di colesterolo-LDL. I primi studi sembrano indicare una particolare efficacia di questi nuovi agenti nel ridurre la colesterolemia e migliorare la prognosi clinica. In particolare, questi inibitori sarebbero di particolare interesse in due categorie di pazienti, cioè quelli con ipercolesterolemia familiare e con intolleranza alle statine. Questo evento formativo, dopo l'evento "CARDIOMAB ACADEMY" svoltosi a Bologna il 27 novembre 2014, si propone di presentare gli scenari clinici di gestione delle diverse forme di ipercolesterolemia e aggiornare in merito alle nuove prospettive terapeutiche nel contesto delle dislipidemie.

EBM, Linee Guida, PDTA... come orientarsi? La Convention Consensus Document e gli Stati Generali

La Medicina Basata sull'Evidenza (EBM) nasce ufficialmente nel 1992, da una serie di studi iniziati oltre 10 anni prima presso il Dipartimento di Epidemiologia Clinica e Biostatistica dell'Università canadese McMaster di Hamilton in Ontario. Queste indagini avevano come oggetto il miglior uso della letteratura scientifica per l'aggiornamento professionale dei medici. Da queste radici, l'EBM ha sviluppato il concetto che le "evidenze scientifiche" devono avere un ruolo preminente nelle decisioni terapeutiche, intendendo col termine "evidenze" le informa-





Convention Consensus Documents Gubbio, 19 e 20 novembre 2015

1	I Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) nella prevenzione del trombo-embolismo nella Fibrillazione Atriale (FA): scenari clinici e prospettive future
2	La Gestione Clinica del Paziente con Cardiopatia Ischemica Cronica (CIC)
3	Telemedicina e Scompensio Cardiaco
4	Percorso diagnostico-terapeutico nel paziente con dislipidemia e intolleranza alla terapia con statine
5	Chiusura Percutanea Auricola Sinistra
6	"Clinical pathways and management of antithrombotic therapy in patients with acute coronary syndrome (ACS) Percorsi assistenziali e strategie per la terapia antitrombotica delle SCA"
7	Ambulatori Scompensio Cardiaco. Linee Guida, Classificazione e Organizzazione
8	Nuove prospettive per il trattamento delle dislipidemie: il ruolo degli inibitori della proteina PCSK9
9	Definizione, precisione e appropriatezza del segnale elettrocardiografico di: elettrocardiografi, ergometri, holter e monitor posti letto
10	Gravidanza e Cardiopatie Congenite
11	Approccio clinico-pratico al pretrattamento farmacologico in occasione di procedure di rivascularizzazione miocardica
12	Uso dei Nuovi Anticoagulanti Orali nella terapia e nella prevenzione della Trombo-Embolia Polmonare
13	Gestione Intra-Ospedaliera dei pazienti che si presentano con Dolore Toracico
14	Gestione clinica della ipercolesterolemia dopo Sindrome Coronarica Acuta
15	Gestione della Dimissione Ospedaliera
16	Stratificazione del Rischio in Chirurgia Cardiaca e TAVI specifico per il Paziente Anziano
17	Snodi clinico - gestionali in ambito cardioncologico
18	Raccomandazioni sull'impiego dei biomarcatori cardiaci nello Scompensio Cardiaco
19	L'Organizzazione dell'Assistenza nella Fase Post-Acuta delle Sindromi Coronariche
20	Telemedicina e rete dell'Emergenza-Urgenza
21	Raccomandazioni per il follow up del paziente con Trombo-Embolia Polmonare
22	Considerazioni su una valutazione poliparametrica nella stratificazione del rischio di morte improvvisa per l'indicazione all'impianto di cardioverter-defibrillatore in prevenzione primaria, nella disfunzione ventricolare sinistra di origine ischemica e non ischemica

Tabella

zioni aggiornate e metodologicamente valide contenute negli studi clinici pubblicati nella letteratura scientifica internazionale. L'EBM è attualmente posta alla base della creazione delle linee guida cliniche, la cui definizione più nota è quella formulata dall'Institute of Medicine, proprio nel 1992, che le propone come "raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche". Il termine linea guida è, in realtà, spesso usato in modo impreciso e scambiato con

altri quali protocollo e percorso diagnostico terapeutico. In modo sintetico per "protocollo" s'indica uno schema predefinito nell'attività clinica diagnostica, descrivendo una rigida sequenza di comportamenti, come avviene anche nel caso della sperimentazione di farmaci o nel campo della ricerca. Il "percorso diagnostico o terapeutico", invece, è la descrizione d'interventi medici o infermieristici nella loro sequenza cronologica, messi in atto nell'ambito di una specifica patologia, per conseguire il massimo livello di qualità con i minori costi e ritardi

nel contesto organizzativo nel quale si opera. Negli anni la nostra forza è stata la coesione di tutte le Cardiologie ospedaliere nel partecipare a progetti scientifici che hanno reso ANMCO riconoscibile come interlocutore privilegiato per le Istituzioni e per la comunità scientifica internazionale. Oggi, ribadendo ulteriormente questa coesione a difesa della specificità della nostra disciplina, su mia proposta il Consiglio Direttivo, nell'ambito del proprio mandato, ha ritenuto di avviare un'azione di approfondimento critico sui diversi temi scientifici di grande impatto



per l'attività clinica della Cardiologia Ospedaliera. Muovendo dalle evidenze scientifiche e dalle linee guida internazionali, i Cardiologi ANMCO concorreranno a tracciare delle sintesi condivise, volte alla produzione di documenti di consenso e di position paper su alcuni temi clinici di grande rilievo, quali la gestione: delle sindromi coronariche acute, della cardiopatia ischemica cronica, della fibrillazione atriale, dello scompenso cardiaco, delle dislipidemie, della TAVI negli anziani, della chiusura dell'auricola, della cardioncologia, del segnale elettrocardiografico per strumenti elettromedicali di precisione, della telemedicina in ambito di scompenso cardiaco e di rete per l'emergenza, della dimissione ospedaliera Cardiologia. Rimando alla visione della Tabella per l'elenco completo dei 22 Documenti anzi descritti. Tali Documenti dovrebbero consentire di trasformare linee guida ed evidenze dalla letteratura scientifica in piani e percorsi diagnostico terapeutici utili nel contesto complesso del Servizio Sanitario Nazionale Italiano. Alcuni di questi Documenti li stiamo realizzando coinvolgendo anche altre Società Scientifiche cardiologiche, cardiocirurgiche e di medicina interna, a testimonianza della trasversalità di ANMCO per l'indubitabile riferimento che la nostra Associazione ricopre nel panorama medico - scientifico nazionale (SIC - Società Italiana di Cardiologia; AIAC - Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo; AICO - Associazione Italiana Infermieri di Camera Operatoria; AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica; GICR - IACPR Società Ita-

liana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva; GISE - Società Italiana di Cardiologia Invasiva; SICCH - Società Italiana di Chirurgia Cardiaca; SICP - Società Italiana di Cardiologia Pediatrica; SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia; SIMEU - Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza). Position Paper e Statement ANMCO verranno presentati e discussi nella loro bozza finale in un'apposita Convention di approvazione dei Documenti Scientifici ANMCO (19 - 20 novembre) che precederà gli Stati Generali ANMCO dal titolo "L'ANMCO avanti sulla strada del cambiamento", che si svolgeranno dal 21 al 22 novembre 2015 a Gubbio, presso il Park Hotel ai Cappuccini, già sede di eventi istituzionali internazionali. Nella scorsa edizione abbiamo gettato le basi di un rinnovamento associativo che, a distanza di un anno, ha già dato i suoi primi e consistenti frutti. Quest'anno approfondiremo la riflessione sulle future strategie associative in una kermesse cardiologica da sempre così rilevante per la vita della nostra Associazione che in questo biennio mi onoro di presiedere. Grazie alla collaborazione e al contributo di tutti i Soci, degli Organi e degli Organismi ANMCO siamo riusciti a rallentare il processo di disaffezione di molti che stava minando alle basi lo stesso concetto di associazionismo. In questo momento di trasformazione, in cui rischiamo di pagare più di altri le conseguenze di un depauperamento del Sistema Sanitario Nazionale, così come lo abbiamo sempre conosciuto, a causa di una passata, pesante assenza di ANMCO dal tavolo decisionale governativo,

abbiamo lavorato intensamente per riappropriarci del ruolo che ci è consono, ovvero di riprendere ad essere l'interlocutore naturale e scientificamente più accreditato del decisore pubblico in materia di sanità italiana. La rappresentazione ai massimi vertici governativi del nostro documento programmatico "Rapporto ANMCO sugli effetti dell'imminente applicazione del nuovo regolamento sugli standard organizzativi in area cardiovascolare", già oggetto di ampia rassegna stampa e divulgazione sulle maggiori testate giornalistiche accreditate e network radiotelevisivi e che è stato consegnato a tutti i Presidenti Regionali, ha suscitato ampio apprezzamento anche recentemente dal Ministero della Salute nella persona del Direttore Generale della Programmazione Sanitaria Dott. Renato Alberto Mario Botti, accreditando nuovamente l'ANMCO come Società Scientifica equilibrata e capace di proporre soluzioni concrete in linea con gli orientamenti politico-economico-gestionali di un Paese con una rilevante spesa sanitaria, oggi non più sostenibile.

A ben rileggerci quindi nel prossimo numero, carichi dei risultati di queste novità e di tante altre già avviate, primi tra tutti alcuni grandi studi avviati nel campo della Cardiopatia Ischemica Cronica, della Fibrillazione Atriale, delle Dislipidemie e del Follow-up del paziente NSTEMI.

Un caro saluto a tutti Voi e una buona preparazione all'imminente Santo Natale. ♥

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 FRANCESCO 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
furio.colivicchi@gmail.com

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@aas1.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 arruolamento	
STEM-AMI OUTCOME	46	1.530	409	2 anni	in corso	Newsletter
GISSI Outliers VAR (osservazionale)	10	60	62	3 anni	chiuso	Newsletter
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	5 anni	chiuso	Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	22 (460)	1.100 (21.400)	926 (20.056)	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)	88 (2.124)	Event driven	in corso	
TOSCA.IT In collaborazione con Società Italiana Diabetologi	61	3.371	3.036	Event driven	chiuso	
DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi	21	186	8	48 settimane	in corso	

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 arruolamento
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

START

Lo Studio START è un registro osservazionale, prospettico, multicentrico, nazionale, che verrà condotto in circa 250 reparti di Cardiologia, con lo scopo di valutare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con diagnosi di coronaropatia stabile trattati presso le Cardiologie italiane.

L'obiettivo principale del registro è quello di ottenere una completa e attendibile descrizione delle modalità di diagnosi e trattamento (farmacologico e non-farmacologico) dei pazienti con diagnosi di coronaropatia stabile.

Saranno inclusi nel registro i pazienti consecutivi dimessi (dopo un ricovero ordinario o in regime di day-hospital) o valutati ambulatorialmente presso le Cardiologie aderenti al progetto nell'arco temporale di 3 mesi con diagnosi di coronaropatia stabile. I pazienti non dovranno obbligatoriamente avere una documentazione di ischemia miocardica al momento dell'arruolamento. Potranno anche essere arruolati pazienti asintomatici ma con documentazione di ischemia miocardica inducibile. Saranno esclusi i pazienti con sintomatologia instabile come la presenza di una rapida progressione della sintomatologia anginosa o angina di classe IV secondo la classificazione della Canadian Cardiovascular Society. Ulteriori criteri di esclusione saranno la presenza di un ricovero per sindrome coronarica acuta nei 30 giorni precedenti all'arruolamento o un'eziologia dell'angina che con ogni probabilità non sia dovuta a coronaropatia (ad esempio stenosi aortica severa o cardiomiopatia ipertrofica).

Sarà eseguito un follow-up clinico a 12 mesi dal momento dell'arruolamento nel registro. Durante tale controllo sarà valutata l'incidenza di: - morte per tutte le cause e per cause cardiovascolari; - nuova rivascolarizzazione miocardica (PCI o CABG); - nuovo ricovero per cause cardiovascolari e non cardiovascolari. Al momento del follow-up sarà inoltre valutata l'aderenza ai protocolli farmacologici prescritti alla dimissione, la qualità della vita e lo stato di salute.

BLITZ AF

Lo Studio BLITZ-AF è un registro osservazionale tramite il quale si intende raccogliere dati aggiornati utili per valutare l'adesione alle Linee Guida, le modalità di gestione precoce della FA durante il ricovero in Pronto Soccorso o in Cardiologia, l'utilizzo dei nuovi farmaci antitrombotici e le strategie antiaritmiche adottate in questi pazienti. Il BLITZ-AF ci permetterà inoltre una valutazione dell'outcome associato alle diverse modalità di gestione della FA.

Lo studio sarà condotto in circa 200 Ospedali dotati di Cardiologia, rappresentativi della realtà nazionale sia dal punto di vista geografico che dal punto di vista della complessità della struttura. Verranno raccolte retrospettivamente informazioni sulle ammissioni dei pazienti con FA ricoverati in Pronto Soccorso e verranno arruolati nel registro i pazienti con FA ricoverati nella Cardiologia dell'Ospedale. La diagnosi di FA deve essere confermata da un ECG. La FA può essere o la diagnosi primaria del ricovero o una secondaria. L'attesa è che vengano raccolte informazioni per circa 3000 ammissioni in Pronto Soccorso e vengano arruolati circa 2000 pazienti in Cardiologia.

Trattandosi di uno studio osservazionale, il progetto non prevede nessuna modalità terapeutica specifica né l'esecuzione di alcun esame strumentale supplementare rispetto a quelli che comunemente vengono eseguiti nella pratica dei centri partecipanti e dei pazienti arruolabili. I pazienti verranno trattati in base ai protocolli standard utilizzati presso i Centri; verrà comunque fatta una forte raccomandazione a seguire le Linee Guida sulle modalità di gestione e di trattamento della FA.

L'arruolamento dei pazienti ricoverati con FA in Cardiologia durerà 12 settimane mentre la raccolta dei dati in PS durerà 4 settimane.

Lo studio prevede anche un sottoprogetto che richiede il follow up ad 1 anno dei pazienti arruolati.

Nei pazienti che vengono abitualmente seguiti in follow-up a 1 anno e in tutti i pazienti dei centri che aderiranno al sottoprogetto dello studio verranno raccolte informazioni sugli eventi occorsi e sulle modalità di gestione antitrombotica e antiaritmica della FA.



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)

Mirko Muretti (Sassari)

Daide Pacini (Bologna)

Bruno Maria Passaretti (Bergamo)

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)

Georgette Khoury (Amelia - TR)

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 (La Spezia)

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

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'evoluzione tecnologica comporta la necessità di aggiornamenti diagnostici sempre più frequenti e adeguati alla realtà clinica

Novità in Cardio-Imaging nella Cardiologia Clinica

Evoluzione diagnostica in Cardiologia Clinica

Introduzione

Le recenti applicazioni tecnologiche nell'ambito della cardiopatia ischemica e aritmica permettono di migliorare la nostra capacità di gestire al meglio i pazienti. Per ognuna delle singole metodiche del Cardio-Imaging vengono riportate le novità più rilevanti che ogni Cardiologo clinico dovrebbe conoscere.

Novità in Cardio - TAC: Cardiopatia Ischemica

La tomografia computerizzata cardiaca (CCT) è stata recentemente proposta come una robusta tecnica per escludere la presenza di patologia coronarica significativa (CAD) in pazienti con probabilità intermedia di malattia coronarica con tecniche che consentono di ottenere tale informazione anche con limitata radio esposizione (G. Pontone, JACC 2009). Se recenti studi multicentrici (D. Neglia, Circulation CI 2015) hanno mostrato una mag-

giore accuratezza diagnostica della CCT rispetto ai più comuni test funzionali non invasivi (NIST), in un recente studio americano (2014 NEJM) nel confronto diretto tra strategia anatomica, con CCT, verso una strategia funzionale con NIST, in termini di costo-efficacia, la CCT è risultata equivalente ma non superiore ai NIST. Questo ribadisce come l'approccio integrato anatomico - funzionale rappresenti il goal diagnostico a cui dover puntare. A tal riguardo la recente introduzione e validazione della FFR misurata con CCT (FFRCT) ha aperto la possibilità ad una valutazione integrata con CCT. L'analisi costo - efficacia della FFRCT rispetto alle strategie diagnostiche standard è stato oggetto dello studio multicentrico europeo PLATFORM (G. Pontone, AHJ 2015) appena concluso, i cui risultati sono stati presentati in anteprima in occasione del Congresso

Europeo di Cardiologia a Londra. Da tale studio si potranno ottenere importanti informazioni in merito a come le strategie diagnostiche nella valutazione della CAD potranno cambiare nel prossimo futuro.

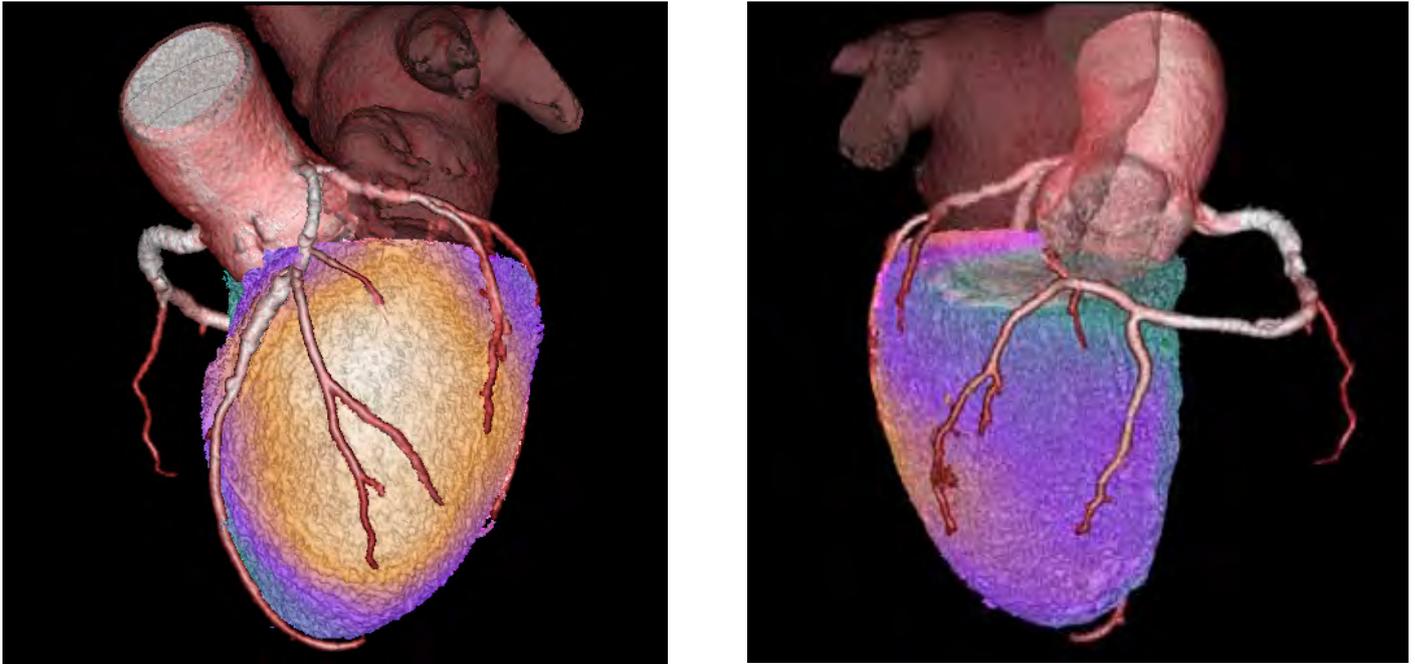
Novità in Cardiologia Nucleare: Cardiopatia Ischemica

L'angiografia coronarica mediante CT (CTCA) è stata introdotta nella pratica clinica dal 2005. Grazie ai progressi tecnologici che hanno reso disponibili macchine con sempre maggiore risoluzione spaziale e temporale (da 64 strati a 320 strati) e capaci di ottenere esami completi con sempre più bassa esposizione radiogena (meno di 2mSv), la CTCA si è affermata tra le metodiche non invasive di screening in pazienti con angina stabile e sospetta malattia coronarica. Innumerevoli trial clinici hanno dimostrato che la CTCA è in grado di escludere

Approcci terapeutici interventistici sempre più complessi e la tecnologia che ha subito negli ultimi tempi trasformazioni sempre più avanzate, richiedono che tali conoscenze vengano trasferite con sempre maggior puntualità anche al cardiologo clinico, per migliorarne appropriatezza e work-flow diagnostico



Figura 1



Vengono riportate le immagini della CTCA e le immagini di fusione CTCA - SPECT ottenute presso la Fondazione G. Monasterio di Pisa mediante CT 320 strati e SPECT - CZT in un paziente con angina da sforzo. La CTCA mostra esiti di PCI e stenting dell'arteria discendente anteriore e della coronaria destra con artefatti da indurimento del fascio e le immagini di fusione mostrano un'ampia area ischemica (> 10% del miocardio ventricolare sinistro) a carico del setto interventricolare, dell'apice e della parete infero-laterale prevalentemente nel territorio della coronaria destra. Tali risultati indicano una nuova coronarografia e se possibile una nuova rivascolarizzazione.

(Cortesia del Dott. Danilo Neglia, Dott.ssa Alessia Gimelli, Dott. Dante Chiappino e Dott. Alberto Clemente, FTGM, Pisa)

con alta probabilità una malattia coronarica critica in particolare in popolazioni con bassa prevalenza di malattia. Il principale problema è la gestione clinica dei pazienti dopo CTCA. Infatti la esclusione con maggiore certezza di una malattia coronarica ostruttiva come causa dei sintomi può virtuosamente determinare una riduzione della richiesta di altri esami diagnostici e di coronarografie invasive aumentando il ricorso a terapia medica

preventiva. Allo stesso tempo però la documentazione di una malattia ostruttiva può aumentare il numero delle coronarografie e delle rivascolarizzazioni inappropriate. Inoltre in alcuni casi, come in presenza di calcificazioni importanti o di stent, l'interpretazione delle immagini CTCA può risultare difficile. Secondo le evidenze disponibili e secondo le Linee Guida europee la coronarografia e l'eventuale rivascolarizzazione sono appropriate

in pazienti con angina stabile che oltre alla dimostrazione anatomica di coronaropatia presentano una significativa ischemia inducibile. Le metodiche di medicina nucleare come la SPECT e la PET consentono una valutazione della perfusione miocardica da stress e possono essere utilizzate, grazie alle più recenti tecnologie, per ottenere immagini anatomo-funzionali di fusione con CTCA (Figura 1). Le immagini di fusione consentono di



L'evoluzione tecnologica nell'ambito del Cardio-Imaging richiede che le conoscenze siano a pronta disposizione della cardiologia clinica, per un appropriato utilizzo

dimostrare non invasivamente la presenza di una malattia coronarica funzionalmente rilevante e quindi selezionare i pazienti da riferire a coronarografia invasiva ed eventuale rivascolarizzazione. Le nuove CT, le nuove camere SPECT e l'uso della PET consentono inoltre di ridurre notevolmente la dose radiogena (meno di 2 mSv per CT e PET e meno di 5 mSv per SPECT). Sono in fase di ricerca avanzata gli sviluppi della CTCA per lo studio nello stesso esame della perfusione miocardica ed una stima del significato funzionale della stenosi (FFR). Quale metodica funzionale combinare alla CTCA può dipendere da molteplici fattori, non da ultimo il costo ed il rapporto rischio beneficio, ma rimane il fatto che tale combinazione è certamente auspicabile.

Novità in Ecocardiografia Coronarica

La possibilità di mappare la velocità di flusso coronarico dal tratto prossimale al tratto distale della coronaria discendente anteriore con ecocardiografia transtoracica dedicata è, ai giorni nostri, una realtà comune, ottenibile in quasi il 70% dei pazienti. Il riscontro di velocità di flusso basali superiori agli 80 cm/s (Figura 2) permette poi una accuratezza diagnostica di ateromasia funzionalmente critica in più del 70% dei casi (Moreo, Hypertension 2015, Holte EHJCI 2015). Recentemente un gruppo di studiosi Inglesi ha proposto una innovativa metodica di analisi del riempimento coronarico con ecocardiografia transtoracica. Questi autori infatti derivando la pressione aortica centrale da un sistema software non invasivo hanno dimostrato come le due analisi siano sovrapponibili (Broyd 2015). Questa metodica permetterà nel futuro prossimo di ottenere delle curve di riempimento coronarico capaci di scomporre la curva di riempimento coronarica nelle sue due componenti principali, una positiva di "spinta" ed una negativa di aspirazione, aprendo nuove possibilità di analisi funzionale sui meccanismi fisiopatologici dei diversi tipi di insufficienza coronarica (micro-macrocircolatoria; Davies 2015).

La cardiopatia ischemica e aritmica rappresentano le patologie più frequente nella pratica clinica e per essere adeguati dobbiamo applicare al meglio le potenzialità diagnostiche innovative

Novità in Cardiorisonanza Magnetica: Fibrillazione Atriale

La fibrillazione atriale (AF) è un'aritmia frequente con una prevalenza stimata globale di oltre 33 milioni nel 2010 (Chugh, Circulation 2014) e con proiezioni che indicano incrementi di 2-3 volte entro il 2030 (Colilla, AJC 2013). L'ablazione transcateretere con radiofrequenza (RFCA) si è dimostrata efficace nel trattamento di tale patologia (Wazni OM JAMA 2005 Stabile G EHJ 2006; Haissaguerre M NEJM 1998, Lee G Lancet 2012) ed ora da Linee Guida è raccomandazione di Classe I (Circulation 2014). Tuttavia, il tasso di recidiva non dopo l'ablazione rimane non trascurabile e la riconnessione delle vena polmonari (PV) è considerata la principale causa di fallimento procedurale (Verma Circulation 2005; Ouyang

Vengono descritte per ognuna delle singole metodiche di Cardio-Imaging alcune recenti applicazioni che possono aiutare il Cardiologo nella gestione clinica quotidiana



F Circulation 2005). L'introduzione dell'imaging dell'atrio sinistro mediante risonanza magnetica cardiaca (CMR) è stato dimostrato che migliora la performance della RFCA grazie alla possibilità di eseguire l'ablazione attraverso una guida anatomica 3D del LA con riduzione anche della radio esposizione complessiva (Steinberg BA Cuore 2014, Blomstrom Lundqvist C Europace 2013, Pontone G Int J Cardiol 2015). Un recente studio multicentrico americano, il DECAAF

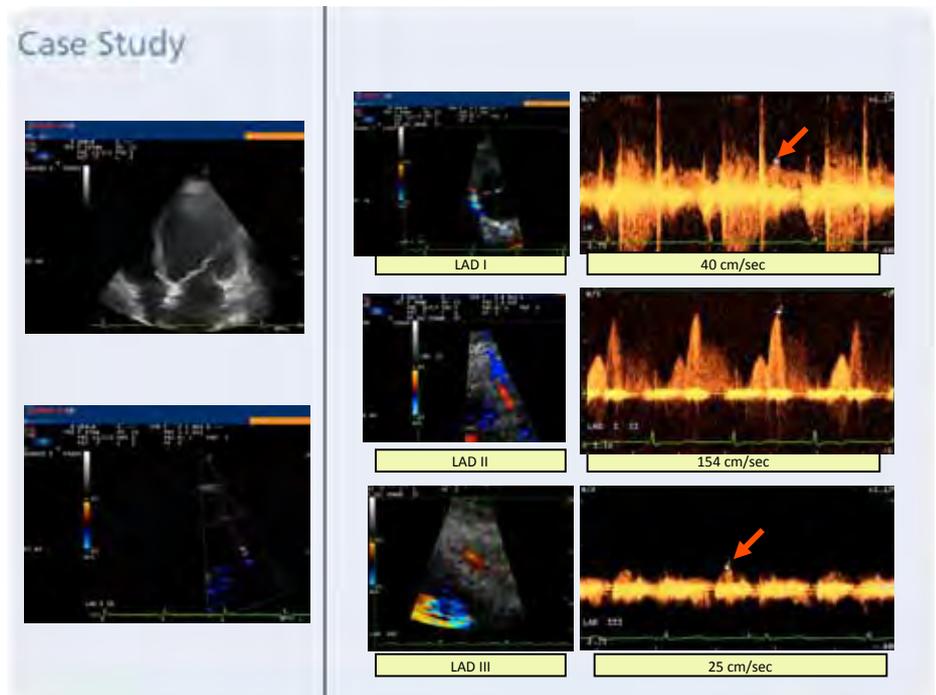
Study (Marrouche, NEJM 2014) ha mostrato come tra i pazienti con AF sottoposti ad ablazione TC, la CMR fornisca come valore clinico aggiuntivo la valutazione della fibrosi atriale che risultata indipendentemente associata a probabilità di recidiva. Su questa scorta, una recente ricerca di un gruppo di ricercatori svizzeri (Kottkamp H JACC 2015) ha dimostrato come la CMR possa svolgere un ruolo importante nel descrivere preventivamente la localizzazione e l'estensione delle

aree fibrotiche immaginando di poter eseguire RFCA guidata dalla CMR concentrandola nelle aree specifiche di fibrosi atriale al fine di massimalizzare il rate di successo delle procedure ablativo. Ovviamente, si attendono studi multicentrici randomizzati in tale direzione che potranno chiarire in un prossimo futuro quale sia il ruolo chiave della CMR nel trattamento dei pazienti con AF. ♥

Eco TT Approccio asse lungo che mette in evidenza il punto da cui, modificando l'angolo di approccio, è possibile ottenere il riscontro anatomico e flussimetrico per evidenziare il tratto medio - distale della coronaria discendente anteriore. Nel tratto medio è visualizzabile un patologico incremento della velocità di flusso che testimonia la presenza di una ateromasia funzionalmente critica.

LAD I = a sinistra abbiamo l'approccio color doppler che permette di identificare il I tratto della Discendente anteriore (LAD=Left anterior descending coronary artery) a destra vi è l'immagine spettrale del I tratto della discendente anteriore con velocità di flusso di 40 cm/s che sono velocità normali per questo segmento coronarico

LAD II = a sinistra è visualizzabile il tratto medio LAD con evidenza di aliasing a testimonianza che la velocità di campionamento è elevata. L'equivalente spettrale a destra con Puse Doppler evidenzia una velocità di flusso francamente patologica fra il I e il II tratto LAD a testimonianza che il flusso in questo segmento subisce una repentina accelerazione di significato clinico patologico



LAD III = LAD distale con approccio Color doppler in colore rosso a testimonianza che la velocità di flusso rientra nel range di campionamento fisiologico come testimoniato dall'equivalente spettrale a destra che mostra delle velocità di flusso normali



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

Congresso Nazionale ANMCO 2015: largo ai giovani!

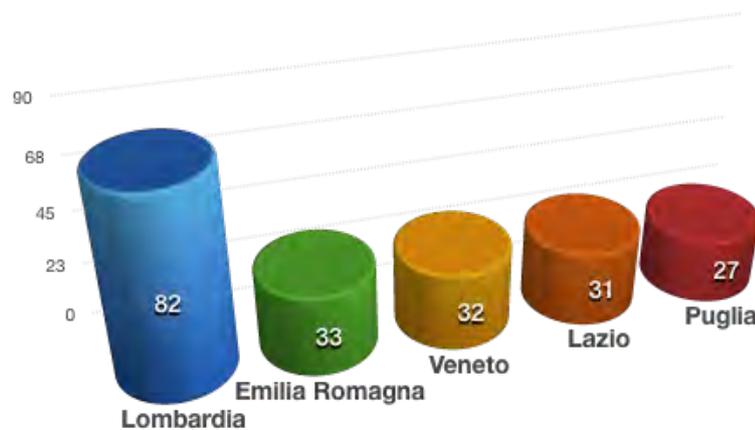
La nostra Associazione... dimostra meno di 40 anni!

Chiunque di voi abbia partecipato all'ultimo Congresso Nazionale ANMCO ha sperimentato il clamoroso cambio di sede, ammirato l'imponenza della città ospitante e apprezzato la bellezza favolistica dell'EXPO. Ha

inoltre sofferto l'eccezionale canicola, anticipo di questa afosa estate, ma ha certamente notato la cospicua componente giovanile presente. I numerosi giovani iscritti hanno infatti visitato gli stand, riuniti in gruppetti in cerca di riposo o refrigerio, ma soprattutto sono stati protagonisti di affollate sessioni, in qualità di relatori o di attenti e partecipi uditori. Lo conferma la statistica elaborata dalla Segreteria del Congresso:

- circa 1/5 degli iscritti (361 su 1.772) aveva meno di 40 anni;
- l'età media degli under 40 (U40) è stata di 34 anni.

Iscritti al Congresso per regione



Sono stati presentati da under 40:

- il 40% delle comunicazioni;
- il 33% dei poster totali;
- 188 lavori scientifici.

A livello regionale la parte del leone l'ha fatta la Lombardia, con la maggior rappresentanza giovanile, seguita a distanza nell'ordine da Emilia Romagna, Veneto e Lazio, tutte "sul filo di lana" nella sfida per un posto vicino al gradino più alto del podio. Bisogna riconoscerlo, si respirava aria di cambiamento a Milano! L'intero "look" del Congresso è parso innovativo e giovanile; molto utile ad esempio la "My Congress App" creata per l'occasione,

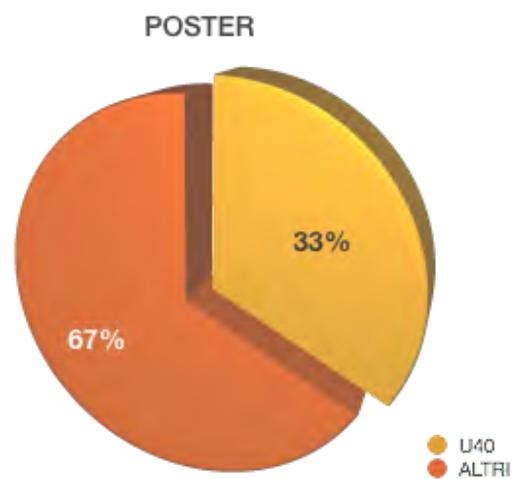
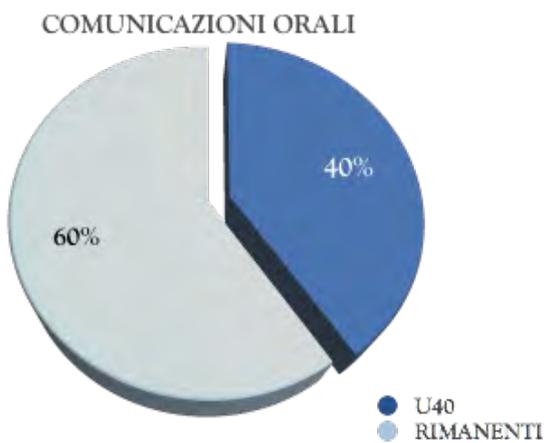
indispensabile per consultare rapidamente il fitto programma congressuale, comoda per la possibilità di interagire direttamente con i discussant di numerose sessioni tramite il proprio tablet - smartphone o per mezzo dei

numerosi device presenti nelle aule interattive e messi gratuitamente a disposizione dei partecipanti. Lodevole, in questi tempi di difficoltà economica e di scarso "fundraising" l'assegnazione di due borse di studio e tre premi di ricerca intitolati "Maseri - Florio". Da non dimenticare inoltre, il puntuale contributo fornito dalla redazione dell'ormai famoso *Congress News Daily*, quotidiano online di informazione ed approfondimento sul Congresso Nazionale, la cui Redazione è composta in maggioranza da giovani giornalisti-cardiologi. Infine, ma non per ordine

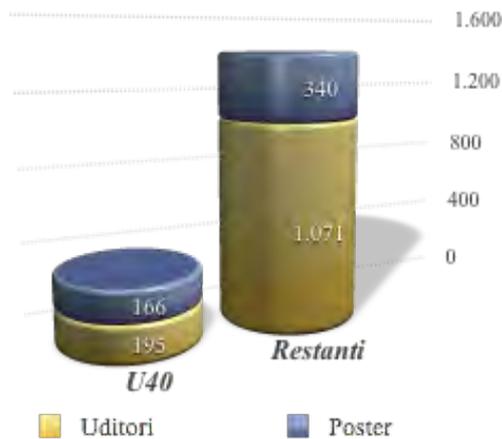


Al Congresso 1/5 degli iscritti aveva meno di 40 anni; sono stati presentati da Under 40 il 40% delle comunicazioni e 1/3 dei poster

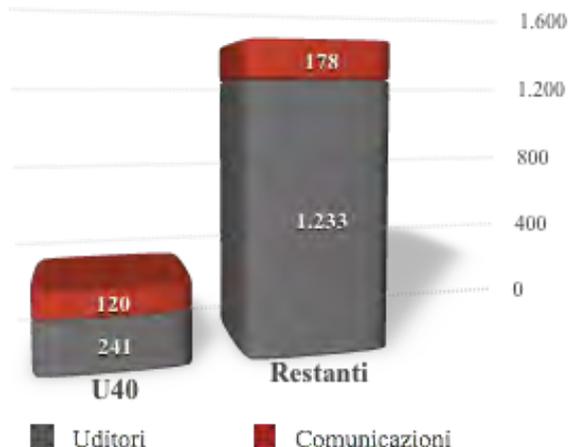
Aria di novità al Congresso ANMCO 2015: nuova città congressuale (Milano), possibilità di ammirare l'EXPO, strumenti di comunicazione interattivi
Rilevante il ruolo della componente giovanile (under 40) degli iscritti al Congresso



Rapporto Poster presentati/Uditori



Rapporto Comunicazioni orali/Uditori





Innovativa proposta dell'Area MCP per mantenere vivo l'interesse verso Embolia Polmonare (TEP) e Ipertensione Polmonare (IP)



“Stay hungry, stay foolish...”

In clima di depotenziamento del SSN, l'Area MCP avanza una proposta innovativa e controcorrente per mantenere vivo l'interesse verso TEP e Ipertensione Polmonare

Sono trascorsi dieci anni da quando Steve Jobs pronunciò ai laureandi dell'università di Stanford nel 2005 quello che viene considerato il suo testamento spirituale. Il suo discorso chiude con la celebre frase, tratta dall'ultimo

numero di “Whole Earth Catalog” Rivista da lui stesso definita il GOOGLE in forma cartacea, “stay hungry, stay foolish...”: “siate affamati e folli”, con la quale invitava gli studenti a non perdere mai la curiosità e l'ambizione di cambiare

il mondo con un pizzico di follia. Dopo la morte di Steve Jobs nel 2011 per cancro, sulla scia del successo di Apple, “stay hungry, stay foolish” è diventato un mantra per molti. Al di là dell'eccessivo utilizzo del mantra, del fatto che si può essere denigratori



o ammiratori di Steve Jobs, una cosa è certa: è uno che ha lasciato traccia di sé. Vi chiederete quale sia il link tra il discorso e la nostra proposta. In realtà vi renderete conto che Steve Jobs ci fornisce gli elementi per rispondere alla seguente domanda: quali le prospettive per i pazienti con patologie del circolo polmonare nel panorama di un Servizio Sanitario Nazionale per il quale si prospetta un depotenziamento in termini di risorse economiche e strutturali? I pazienti con embolia polmonare e ipertensione polmonare sono sicuramente pochi rispetto ai pazienti con altre patologie cardiologiche, ma tutti “outlier”, con necessità di interazione fra specialisti per la diagnosi, difficoltà di accesso alle cure, necessità di essere seguiti nel tempo con notevole impegno di risorse. Ma proviamo a rispondere alla domanda seguendo la struttura del famoso discorso che lo ricorderete si snoda attraverso “3 storie”. La prima storia parla di “Unire i puntini...”: *“non è possibile unire i puntini guardando in avanti ma solo guardando indietro”*. Se guardiamo alla storia del Comitato di Coordinamento dell’Area Malattie del Circolo Polmonare negli ultimi anni sono state profuse energie in iniziative con scopo educativo e di ricerca epidemiologica, il Registro IPER, le Survey INCIPIT 1, INCIPIT 2 e PETER nel loro insieme ci hanno fornito dati preziosi circa la sotto - diagnosi a tutt’oggi delle patologie, il sottoutilizzo di talune metodiche diagnostiche e di terapie

interventistiche con una eterogeneità organizzativa su tutto il territorio nazionale. La seconda storia era di “amore e di perdita”: *“nella vita le sconfitte sono le svolte migliori perché costringono a pensare in modo diverso e creativo”*; a tal proposito, l’Area non si è mai arresa di fronte alle difficoltà

All’indomani del Decreto Legge che prevede una razionalizzazione delle risorse sul territorio nazionale del SSN, l’Area Malattie del Circolo Polmonare elabora la proposta di una piattaforma informatica per una migliore gestione clinica dei pazienti con embolia polmonare e ipertensione polmonare

e ai dati di una evidente difformità nel diritto di accesso alle cure per i pazienti con patologie del circolo polmonare sul territorio nazionale, il non riuscire a reperire i fondi per finanziare le iniziative di ricerca ideate per porvi rimedio, sono state stimoli per una nuova creatività. La terza storia era storia di “morte”: *“il tempo a vostra disposizione è limitato, non sprecaelo vivendo una vita che va*

bene per altri ma non vi appartiene. Non lasciatevi condizionare, non lasciate che il rumore delle opinioni altrui copra la voce che avete dentro”, che tradotto per noi significa rimboccarsi le maniche poiché il tempo a nostra disposizione è veramente breve prima che arrivi la scure della riduzione delle risorse. Abbiamo pensato che la risposta migliore alla prospettiva del depotenziamento sia la creazione di una rete operativa stabile sul territorio nazionale per le patologie del circolo polmonare. Ci apprestiamo, quindi, come Comitato di Coordinamento dell’Area Malattie del Circolo Polmonare, a proporre al nostro Presidente Dott. Michele Massimo Gulizia, al Consiglio Direttivo Nazionale una iniziativa che potrà sembrare “controcorrente”, sufficientemente “folle” cioè la creazione di una piattaforma informatica che consenta di creare un database per i pazienti con embolia polmonare e ipertensione polmonare, di condividere i dati relativi ai singoli pazienti tra specialisti nel settore con il duplice obiettivo di poter migliorare la ricerca clinica e di garantire uguale accesso alle cure su tutto il territorio. La proposta è nata in seno al board dalla esperienza, già effettuata, potremmo dire, di “start up”, dai Dottori Francesca Bux, Carlo D’Agostino in Puglia con il Registro apulo - lucano per la ipertensione polmonare. Ricorderemo, infatti, che la Regione Puglia ha già fatto l’esperienza della chiusura dei piccoli Ospedali, con il



«Nella vita le sconfitte sono le svolte migliori perché costringono a pensare in modo diverso e creativo»

rischio di eventuali disservizi per gli ammalati; la creazione del Registro “Realip” è riuscito a preservare la qualità delle cure per i pazienti con Ipertensione Polmonare (IP) in Puglia. Il contributo alla discussione in seno al board fra tutti i componenti, i Dottori Matteo Rugolotto, Marco Vatrano, Maria Paola Cicini, Eugenio Vinci, Amedeo Bongarzone, e gli storici consulenti dell’Area Fraco Casazza, Loris Roncon, Pietro Zonzin, ci ha consentito di ampliare tale proposta con quella di una piattaforma per entrambe le patologie di interesse dell’Area: TEP e IP. L’idea è quella di fornire uno strumento informatico utile per la gestione dei pazienti con embolia polmonare, ipertensione polmonare attraverso un sistema software web based. Si tratta di implementare un cloud raggiungibile via internet fisicamente installato in un data center che garantisca continuità e stabilità di accesso, servizi di sicurezza per la prevenzione di eventuali “intrusioni”, virus. Sarà strutturato in un framework amministrativo per la gestione dei dati dei centri accreditati e un framework clinico

con una serie di funzioni finalizzate alla raccolta e alla storicizzazione delle informazioni con dati anagrafici, laboratoristici, strumentali e di follow up. Tale piattaforma informatica non interferirà con le cartelle informatiche già esistenti, essendo finalizzata esclusivamente alla gestione delle patologie del circolo polmonare. Riteniamo che la creazione di reti informatiche possa essere una delle risposte possibili alla riduzione degli Ospedali per un Sistema Sanitario più snello, in rete, in cui i pazienti abbiano sempre la possibilità di essere assistiti nel migliore dei modi. Se Steve Jobs incitava gli studenti dicendo: *“dovete trovare quello che amate. Questo vale per il vostro lavoro e per i vostri affetti. Il vostro lavoro riempirà una buona parte della vostra vita, e l’unico modo per essere realmente soddisfatti è fare quello che riterrete un buon lavoro. E*

«Il tempo a vostra disposizione è limitato, non sprecatelo vivendo una vita che va bene per altri ma non vi appartiene. Non lasciatevi condizionare, non lasciate che il rumore delle opinioni altrui copra la voce che avete»

l’unico modo per fare un buon lavoro è amare quello che fate”, noi, dal canto nostro, abbiamo già raggiunto “ciò che amiamo” ossia la medicina, la cardiologia e desideriamo sicuramente poter continuare a fare un buon lavoro. Per noi fare un buon lavoro significa anche difendere i

La risposta dell’Area MCP al previsto depotenziamento del SSN è quella di incrementare la messa in rete degli ospedali per una migliore gestione delle patologie del circolo polmonare

diritti di quei cittadini con patologie rare che devono poter accedere ai servizi diagnostico - terapeutici assistenziali e alle cure secondo livelli standardizzati su tutto il territorio nazionale. Quindi a tutti i colleghi interessati alle patologie del circolo polmonare dico con Steve Jobs *“stay hungry, stay foolish...”* se la proposta dell’Area sarà accolta, disponiamoci ad abbattere insieme le barriere comunicative, disponiamoci a collaborare operativamente nella consapevolezza che ciò costituisce risorsa insostituibile per la assistenza ai nostri ammalati. ♥



DI FABIOLA SANNA, SABRINA BARRO, ANTONIO BOSCOLO ANZOLETTI,
SABRINA EGMAN, MAURA GIUSEPPINA FRANCESE, MASSIMO IACOVIELLO,
MASSIMO IMAZIO, VJERICA LUKIC, DANILO NEGLIA, DONATELLA RADINI,
GAETANO SATULLO, SONIA TOSONI, MAURO MENNUNI

Un Congresso al quale i Cardiologi avrebbero dovuto partecipare: Cardionursing 2015. Innovazione e Qualità nell'assistenza

Oltre 300 Infermieri hanno attivamente partecipato al Cardionursing 2015, svoltosi il 5 e il 6 giugno, nella prestigiosa sede del Marriott Hotel di Milano, in contemporanea al 46° Congresso Nazionale ANMCO

“La relazione ha destato molto interesse nel pubblico ed ha innescato una serie di interessanti interventi. Ritengo sia stata un'esperienza entusiasmante e soprattutto molto istruttiva”, così esordisce Angelo Sante Bongo, relatore al Simposio Congiunto sulla Struttura e Organizzazione Funzionale dell'UTIC. “Durante il recente congresso Nazionale Cardionursing, svoltosi a Milano, ho avuto l'opportunità di relazionare di fronte ad un folto pubblico di medici e infermieri sul tema della presa in carico del paziente da parte del Cardiologo in caso di sindrome coronarica acuta. La relazione è stata imperniata sulle evidenti differenze con il passato e sul

ruolo attuale della UTIC, intesa come unità di trattamento intensivo cardiologico non solo coronarico.” Infatti, le modifiche epidemiologiche hanno aumentato in modo esponenziale la complessità assistenziale e la presa in carico del paziente non può prescindere dalle evidenze scientifiche in





continua evoluzione. *“Inoltre - ha stigmatizzato nel corso dello stesso Simposio Cristiana Caredda - la diversa tipologia delle strutture e una carente organizzazione dei servizi possono rappresentare un limite ad una presa in carico appropriata. I PDTA e la multidisciplinarietà, di cui tanto parliamo, spesso rimangono solo pensati teoricamente e non applicati nella realtà clinica quotidiana. La definizione di un core curriculum professionale potrebbe favorire l’istituzione di percorsi formativi specifici che garantirebbero l’implementazione delle competenze degli infermieri (e non solo, ndr) che operano nelle UTIC.”* L’esigenza di una nuova formazione multiprofessionale è stata ribadita anche da Antonella D’Errico, nel corso del Simposio su “Organizzazione per Intensità di Cure”. La relatrice ha sottolineato che la nuova modalità organizzativa ospedaliera rende indispensabile la formazione di nuove figure professionali, non necessariamente solo infermieristiche. Tra queste, il flow manager, il bed manager, il case manager, i referenti di processo e di area. *“Il ridisegno delle competenze - ha rimarcato la Relatrice - è l’occasione per una riflessione sull’impostazione dei processi clinico assistenziali e su come il*



dispiegamento delle potenzialità delle diverse professioni, a cominciare proprio da quella infermieristica, possa consentire di recuperare efficienza, appropriatezza, prossimità e continuità nella risposta socio-sanitaria”. A questo proposito, anche l’OCSE, valutando il Sistema Sanitario Nazionale, pur riconoscendone i pregi, ribadisce che *“bisogna andare verso la costituzione di aggregazioni multiprofessionali, verso la creazione di reti assistenziali”.* La D’Errico ha concluso,

sottolineando la necessità di *“garantire una presenza altamente efficace in cui sia sempre più trasparente e strutturalmente integrato l’apporto di chi diagnostica e cura le patologie e di chi assiste e accompagna la persona nei suoi percorsi curativo - assistenziali.”* A proposito dei percorsi assistenziali, Giovanni Pulignano, relatore nel Simposio “Complessità e Fragilità” ed intervistato per “Cardiologia negli Ospedali”, ci ha detto: *“Nelle ultime decenni il progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato un parallelo aumento dei tassi di incidenza e prevalenza delle patologie croniche. Con l’avanzare dell’età, le malattie cardiovascolari si fanno più frequenti, e si è sempre più spesso chiamati a confrontarsi con pazienti anziani complessi, nei quali la multimorbidità, la disabilità e la fragilità rendono tutto più difficile, accrescendo il rischio di errori diagnostici e terapeutici. A questo problema spesso sono date risposte inappropriate o carenti, se si*

Il Congresso ha affrontato diversi ambiti sui quali si è concentrata l’azione e il pensiero critico della componente infermieristica, dedita all’assistenza del paziente cardiopatico: dalla organizzazione per intensità di cure alla dimissione dal reparto per acuti, alla valutazione multidimensionale e presa in carico del paziente complesso e fragile



ricorre unicamente al modello convenzionale di cura, ancora troppo incentrato sull'Ospedale e sulla prestazione specialistica, per lo più interessato alla risoluzione dell'emergenza - urgenza, ma impreparato a gestire al meglio le problematiche specifiche della cronicità. La cura di questi pazienti richiede quindi nuovi paradigmi, basati su un approccio specifico, più comprensivo che superi i limiti e l'inadeguatezza di quelli attuali". Il tema è stato ripreso da Tiziana Di Giacomo, nel corso del Simposio sul Percorso di Assistenza al Malato con Scompensamento Cardiaco, che ha aggiunto: *"Per una ottimale gestione di questa sindrome, l'attuale modello di cura, ancora incentrato su un sistema frammentato e basato più sulla singola prestazione specialistica e sull'Ospedale piuttosto che sul paziente, deve essere sostituito da un approccio che recuperi la centralità del paziente nel processo di cura, attraverso la definizione di precisi PDTA, basati sulla continuità assistenziale e sulla*

stretta collaborazione tra specialisti, medici di medicina generale, infermieri e operatori sociali". Ma ciò non sembra bastare. Gran parte del carico assistenziale è rappresentato dalle malattie croniche in pazienti sempre più anziani e fragili. *"La recente innovazione tecnologica in campo cardiologico - ha sostenuto Domenico Miceli nell'ambito della Main Session sulla Valutazione Multidimensionale del Cardiopatico Anziano - ha permesso il trattamento con nuovi farmaci, dispositivi e procedure interventistiche o chirurgiche di pazienti in precedenza considerati incandidabili. L'incertezza del beneficio individuale di tali trattamenti, associata alla riduzione delle risorse sanitarie, enfatizza il problema della selezione appropriata dei pazienti. La valutazione della fragilità è fondamentale quindi per affinare la stima del rischio nel singolo paziente e guidare la scelta di un piano di cura personalizzato efficace".* Gli ha risposto Gianluca Gonzi, che nella stessa Main Session, pur evidenziando

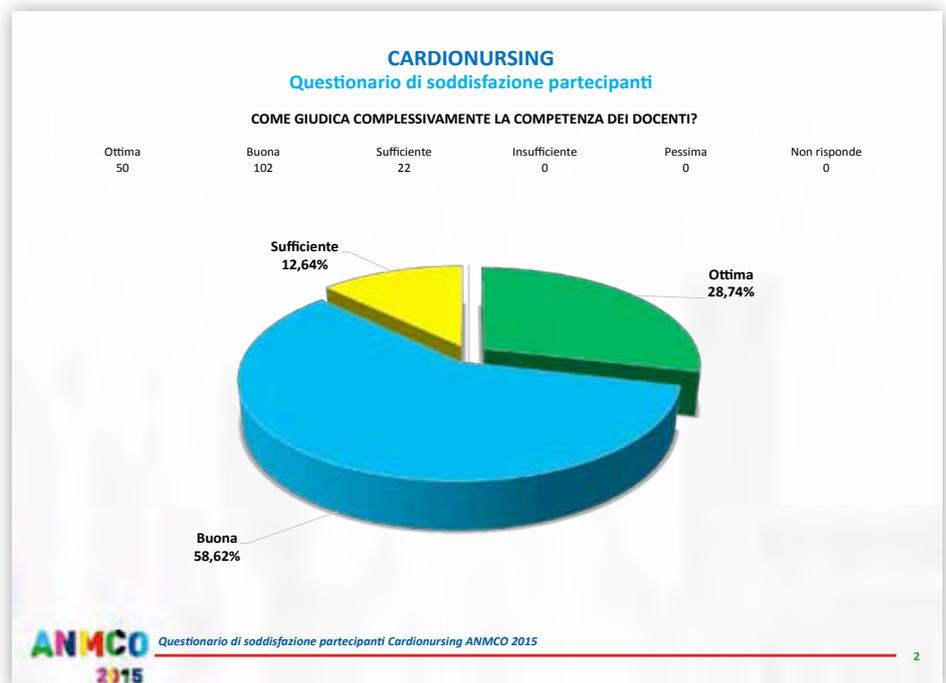
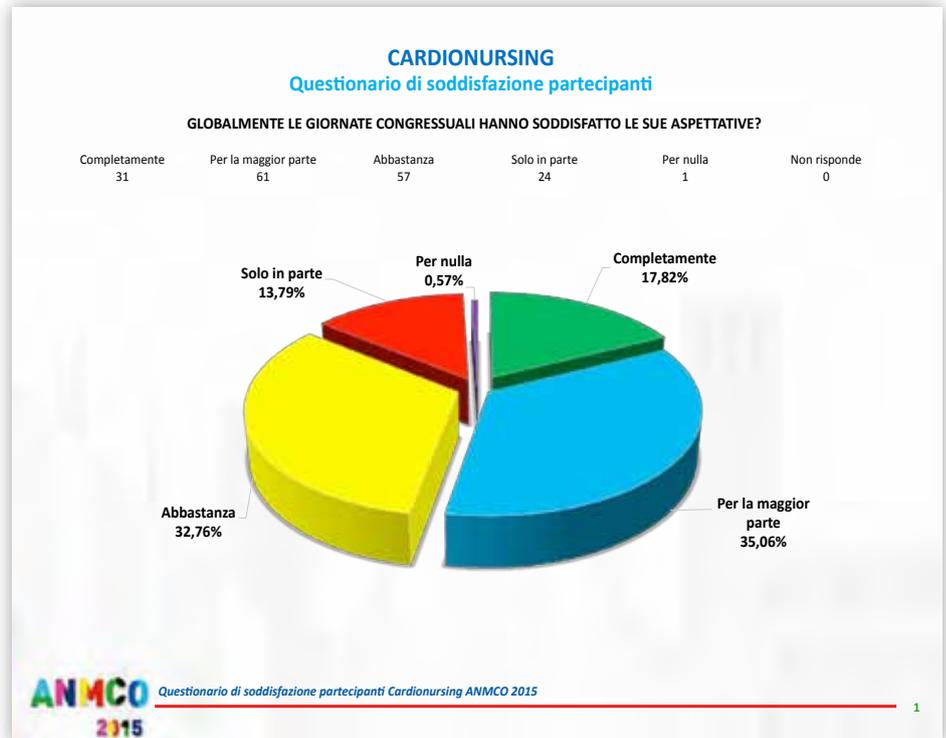
l'importanza prognostica e terapeutica di tale valutazione, ha lamentato una scarsa "sensibilizzazione" dei Cardiologi alla valutazione multidimensionale. Un piano di cura veramente personalizzato deve prevedere di prendersi cura anche di malati con scompenso cardiaco refrattario. Virna Bui, nella partecipatissima Tavola Rotonda "Quando e Quali Cure Palliative in Cardiologia", ha sottolineato il bisogno di *"intensificare i rapporti tra i professionisti dei vari nodi della rete assistenziale per garantire una reale continuità, soprattutto perché il PDTA scompenso vede l'intersecarsi di numerosi setting di cura".* E ancora, chiosando il cerchio tra cronicità, fragilità e cure del malato terminale, *"L'Hospice è il luogo in cui la qualità di vita è l'obiettivo principale, per garantire la dignità e il rispetto dell'essere umano".* Per completare il quadro di un Cardionursing profondamente rinnovato, si possono citare i Focus sulla Cardiologia Riabilitativa, sulla Prevenzione Cardiovascolare e sul Ruolo dell'Infermiere nella Gestione della Terapia Anticoagulante Orale

"L'atmosfera collaborativa e la competenza dei relatori hanno confermato le giuste aspettative di un Congresso che si è presentato rinnovato nella sede e nell'organizzazione"
Giovanni Pulignano



“Mettere in luce i nostri saperi disgiunti come inadeguati, poiché le singole discipline non bastano a trovare risposte a problemi complessi” Edoardo Manzoni

nonché gli Uptodate sull’Assistenza a distanza del Cardiopatico e sulla Qualità dell’Assistenza in Cardiologia Interventistica. A latere dei lavori congressuali sono stati organizzati quattro Minimaster che sempre incontrano un alto gradimento da parte dei partecipanti. Il consueto Minimaster sull’elettrocardiogramma avanzato è stato molto partecipato. A fianco di un argomento di nicchia ma molto interessante (La terapia sostitutiva renale), sono stati tenuti altri due Minimaster: “Dall’arresto cardiaco preospedaliero al trattamento del post-arresto” e “La Sicurezza della terapia farmacologica”. Il primo ha previsto anche una parte pratica con addestramento BLS-D su manichino. Il secondo si è concentrato sulla responsabilità dell’Infermiere nella gestione della terapia farmacologica con l’intento di aumentare la sicurezza del malato. Infatti, è utile non dimenticare mai quali siano le specifiche competenze e responsabilità di cui ogni Infermiere deve farsi carico in questa delicata attività con un’opera di monitoraggio e verifica costante del processo terapeutico che presuppone, da parte del professionista, conoscenze e abilità approfondite e competenze specifiche e sempre aggiornate. In conclusione, un Cardionursing in cui si è respirata innovazione tecnologica sempre associata a qualità e umanità nell’assistenza al paziente cardiopatico oggi, nell’ambito di un imprescindibile approccio in team multiprofessionali “votati” ad una formazione “long life” non semplicemente limitata ad abilità



tecniche. Ne è scaturita una immagine professionale dell’Infermiere nei vari setting a tutto tondo, con

l’identificazione dei nuovi ruoli dello stesso all’interno dell’odierno contesto “cardiologico”. ♥



ILARIA BATTISTONI, RENATA DE MARIA, MASSIMO IACOVIELLO,
ALESSANDRO NAVAZIO, DANIELA PINI, MICHELE GABRIELE,
ANDREA MORTARA, NADIA ASPROMONTE

Convention dei Centri Scompensio: diamo voce a tutti!

Un momento importante di condivisione per gli Iscritti dell'Area Scompensio Cardiaco



L'obiettivo principale dell'anno di lavoro dell'attuale Area Scompensio Cardiaco è stato quello di definire alcune Linee Guida ed elaborare un Documento organizzativo sull'attività ambulatoriale dei Centri Scompensio Cardiaco in Italia. Questo progetto ambizioso mira a proporre un modello di rete dedicato alla cura di questa tipologia di pazienti offrendo una efficace integrazione fra Ospedale e Territorio. Dal punto di vista epidemiologico all'inizio di questo anno erano disponibili solo i dati provenienti da una precedente indagine sull'attività dei centri scompensio risalente al 2006 e i dati più recenti ricavati dall'ultimo Censimento delle Strutture Cardiologiche italiane del

2010. Si rendeva pertanto necessario aggiornare queste informazioni per avere un punto di partenza più attuale sull'attività degli Ambulatori Scompensio in tutte le regioni italiane. Per tale motivo dai primi di maggio l'Area Scompensio Cardiaco ha messo a punto una indagine conoscitiva sulla organizzazione dei Centri Scompensio Cardiaco in Italia (Survey tutt'ora attiva e disponibile sul Sito WEB ANMCO). La Survey si pone l'obiettivo di fotografare il sistema di cure oggi disponibile per il paziente affetto da scompensio cardiaco sia in termini di dotazioni strutturali che di personale. All'interno del 46° Congresso ANMCO che si è svolto a Milano nel giugno scorso, l'Area Scompensio Cardiaco ha sentito l'esigenza di organizzare

un evento rivolto ai propri iscritti, con l'obiettivo di raccogliere testimonianze, criticità e punti di forza di chi quotidianamente affronta le difficoltà per garantire un buon livello di cura nell'ambito della patologia scompensio cardiaco. Alla Convention sono stati invitati 100 colleghi Cardiologi provenienti da diversi Ospedali italiani, opportunamente selezionati sulla base dei risultati parziali della Survey, in modo tale da garantire una equa rappresentanza di tutto il territorio nazionale. Abbiamo avuto a disposizione due sessioni da 2 ore ciascuna all'interno delle quali è stata discussa la bozza del Documento preparata dall'Area nel primo semestre 2015, ma soprattutto sono stati raccolti i commenti ed i pareri dei Colleghi



La Convention dell'Area Scompensio Cardiaco svoltasi all'interno dell'ultimo Congresso ANMCO di giugno è stato un momento fortemente voluto dall'Area per discutere assieme ai propri iscritti la bozza del Documento di riorganizzazione dell'attività ambulatoriale dei Centri Scompensio Cardiaco in Italia e raccogliere criticità e proposte di chi quotidianamente si trova ad affrontare questo genere di problematiche in prima persona

presenti che avevano già avuto modo di esaminare in precedenza la proposta. Organizzare l'evento è stato un compito quanto mai arduo ma ciò che ne è emerso è stata una descrizione lucida e realistica della condizione delle strutture ospedaliere e non che si occupano di scompenso cardiaco nel nostro paese. Uno dei problemi maggiormente sottolineati è la mancanza di un collegamento funzionale tra l'attività ospedaliera dei centri scompenso che si occupano della cura di pazienti a maggior complessità e le strutture dislocate sul territorio, spesso assenti o non adeguatamente segnalate. Questo si traduce in un sovraffollamento delle strutture ospedaliere costrette a farsi carico anche di pazienti ormai stabili togliendo spazio a pazienti all'inizio del loro processo diagnostico-terapeutico. Tale problema nasce frequentemente dalla scarsa conoscenza delle caratteristiche del proprio territorio e dalla mancanza di una vera e propria rete di patologia, all'interno della quale il paziente possa essere allocato a seconda dei diversi stadi della sua malattia e della gravità delle comorbidità. La creazione di una rete che possa adattarsi alle esigenze di ogni specifico territorio è vista da tutti come un obiettivo a cui puntare per garantire ad ogni paziente le stesse possibilità di cura. La collaborazione con i Medici di Medicina Generale non viene sempre vissuta come uno strumento di ausilio, spesso per la mancanza di comunicazione tra lo specialista che si trova ad avere momentaneamente il paziente in carico e il medico

curante che dovrebbe tenere le fila del percorso globale. Trattandosi sempre più di pazienti fortemente anziani con grosse comorbidità ed elevati livelli di fragilità, è stato a gran voce richiesto l'intervento dei sistemi di cure palliative sul territorio, risorsa ancora poco disponibile nonostante le nuove disposizioni normative. Altro problema evidenziato durante la Convention è quello del disomogeneo dislocamento delle strutture sul territorio italiano; esistono ad oggi numerose regioni all'interno delle quali non è possibile individuare centri di riferimento per la cura di pazienti con scompenso cardiaco avanzato. Questo non fa che determinare un notevole disagio per i pazienti costretti a lunghi viaggi della speranza e ad ingenti spese per cercare di accedere alle cure più complesse; tutto questo non fa che accentuare ancora una volta il problema della geolocalizzazione del paziente e del diverso accesso alle cure. Inoltre, è stato sottolineato da più fonti, come i recenti tagli a carico del Sistema Sanitario abbiano fortemente contribuito a limitare la possibilità di continuare a garantire un servizio ambulatoriale di qualità, lasciando spesso servizi basati sull'attività di un singolo operatore, senza supporti strutturali e senza specifici riconoscimenti. Un altro importante problema emerso a gran voce, è quello della competenza e della formazione non solo del personale paramedico ma anche e soprattutto del personale medico. Tale problema è ancora più calzante in quelle realtà dove la cura dello scompenso è affidata anche a specialisti non Cardiologi o a

Cardiologi "temporaneamente prestati" alla cura di questa tipologia di pazienti. A questo punto sarebbe auspicabile puntare alla creazione di una certificazione rivolta ai Medici coinvolti nella cura dei pazienti con scompenso cardiaco acuto e cronico così come avviene per altre specializzazioni. A tale proposito l'Area Scompensio Cardiaco sta già lavorando in collaborazione con altre Aree per mettere a punto un programma dedicato all'organizzazione di Corsi e Master per il Medico Specialista interessato alla cura del paziente con scompenso cardiaco e i dettagli verranno comunicati a breve a tutti gli iscritti. In conclusione possiamo dire che la Convention ha rappresentato per l'Area un momento estremamente formativo, sia perché ha permesso di iniziare un rapporto più diretto con chi opera su questa malattia, ma soprattutto perché ci ha fatto condividere le diverse modalità di organizzazione del lavoro, le numerose difficoltà che incontriamo tutti i giorni e i bisogni che spesso rimangono inespresi. Per tutto ciò un grazie sentito va ai 100 colleghi che hanno condiviso con noi la Convention e a tutti gli Iscritti dell'Area che hanno manifestato interesse al lavoro fin qui iniziato. Tutte le osservazioni presentate hanno permesso di rivedere e arricchire il Documento sull'organizzazione degli Ambulatori Scompensio che sarà disponibile il prossimo anno. ♥



**Ringraziamo tutti i partecipanti alla Convention
dei Centri Scompensamento che si è svolta
durante il Congresso Nazionale ANMCO al Village**

1° SESSIONE 10.00 - 12.00

REGIONE	OSPEDALE	CITTÀ	REFERENTE
EMILIA ROMAGNA	AUSL RE M.S.MICHEL	REGGIO EMILIA	LUISA VASTANO
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE BELLARIA	BOLOGNA	STEFANO URBINATI
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE CIVILE 'GUGLIELMO DA SALICETO'	PIACENZA	PIEPOLI MASSIMO
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE G.B. MORGAGNI - L. PIERANTONI	FORLÌ	ELISA GARDINI
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE INFERMÌ	RIMINI	SAMUELA CARIGI
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE CIVILE	GUASTALLA (RE)	ELISA GUERRI
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE G.B. MORGAGNI - L. PIERANTONI	FORLÌ	DONATELLA FERRINI
EMILIA ROMAGNA	OSPEDALE CIVILE SANTA MARIA DELLE CROCI	RAVENNA	GIANCARLO BELLANTI
LIGURIA	OSPEDALE PADRE ANTERO MICONE	GENOVA	ALBERTO CAMERINI
LIGURIA	OSPEDALE DI RAPALLO	RAPALLO (GE)	ALESSANDRO VALLEBONA
LOMBARDIA	OSPEDALE DI CIRCOLO E FONDAZIONE MACCHI	VARESE	FABRIZIO MORANDI
LOMBARDIA	OSPEDALE S. ANTONIO ABATE	GALLARATE (VA)	IVAN CAICO
LOMBARDIA	PRESIDIO OSPEDALIERO DI SARONNO	SARONNO (VA)	DANIELE NASSIACOS
LOMBARDIA	OSPEDALE DI CIRCOLO GALMARINI	TRADATE (VA)	PAOLA ANTOGNAZZA
LOMBARDIA	OSPEDALE S. ANNA	SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO)	CARLO CAMPANA
LOMBARDIA	OSPEDALE NIGUARDA	MILANO	FABRIZIO OLIVA
LOMBARDIA	OSPEDALE BASSINI	CINISELLO BALSAMO (MI)	FRANCESCO GENTILE
LOMBARDIA	OSPEDALE SAN GERARDO	MONZA (MB)	ANTONIO CIRO'
LOMBARDIA	OSPEDALE CARATE BRIANZA	CARATE BRIANZA (MB)	ALBERTO ALBERZONI
LOMBARDIA	CENTRO CARDIOLOGICO MONZINO	MILANO	ANNA APOSTOLO
LOMBARDIA	AZIENDA OSPEDALIERA PAPA GIOVANNI XXIII	BERGAMO	MICHELE SENNI
LOMBARDIA	SPEDALI CIVILI	BRESCIA	MARCO METRA/CARLO LOMBARDI
LOMBARDIA	FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	PAVIA	CLAUDIA RAINERI
LOMBARDIA	OSPEDALE CIVILE	VIGEVANO (PV)	FEDERICA ZORZOLI
LOMBARDIA	ISTITUTI OSPITALIERI	CREMONA	GIUSEPPE DI TANO
LOMBARDIA	OSPEDALE CIVILE OGLIO PO	CASALMAGGIORE (CR)	MASSIMO CARINI
LOMBARDIA	OSPEDALE SAN LUCA - ISTITUTO AUXOLOGICO	MILANO	GABRIELLA MALFATTO
LOMBARDIA	OSPEDALE S. ANTONIO ABATE	GALLARATE (VA)	CHIARA MINOIA
MARCHE	OSPEDALE CIVILE - ASUR 4	SENIGALLIA (AN)	ELENA FALCHETTI
MARCHE	OSPEDALE CIVILE AUGUSTO MURRI	FERMO	DOMENICO GABRIELLI
MOLISE	OSPEDALE A. CARDARELLI	CAMPOBASSO	FRANCESCO VERSACI
PIEMONTE	OSPEDALE MAGGIORE SS. ANNUNZIATA	SAVIGLIANO (CN)	LIVIO CORRENDO
PIEMONTE	OSPEDALE MAGGIORE SS. TRINITA'	FOSSANO (CN)	MAURO FEOLA
PIEMONTE	FONDAZIONE SALVATORE MAUGERI	VERUNO (NO)	MASSIMO PISTONO
PIEMONTE	OSPEDALI SS. ANTONIO E MARGHERITA	TORTONA (AL)	GABRIELLA LENCIONI
PUGLIA	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 1 - ASL BRINDISI	BRINDISI	SERGIO PEDE
SICILIA	PRESIDIO G. RODOLICO	CATANIA	GIUSEPPE LEONARDI
TOSCANA	OSPEDALE CIVILE SAN GIUSEPPE	EMPOLI (FI)	FLAVIO VENTURI
TOSCANA	OSPEDALE SANTA MARIA NUOVA	FIRENZE	MASSIMO MILLI
TRENTINO ALTO ADIGE	CASA DI CURA VILLA BIANCA	TRENTO	GIOVANNI CIOFFI
VALLE D'AOSTA	OSPEDALE GENERALE REGIONALE-PO U. PARINI	AOSTA	MARCO SICURO
VENETO	OSPEDALE CIVILE	BELLUNO	LUIGI TARANTINI

**2° SESSIONE 12.00 - 14.00**

ABRUZZO	OSPEDALE CIVILE G. MAZZINI	TERAMO	COSIMO NAPOLETANO
BASILICATA	AZIENDA OSPEDALIERA SAN CARLO	POTENZA	MARIA AUSILIA PETRUZZI
BASILICATA	OSPEDALE S. GIOVANNI DI DIO	MELFI (PZ)	SALVATORE GUBELLI
CALABRIA	OSPEDALE SANTISSIMA ANNUNZIATA	COSENZA	GIANFRANCO MISURACA
CALABRIA	OSPEDALI RIUNITI G. MELACRINO F. BIANCHI	REGGIO CALABRIA	VINCENZO AMODEO
CALABRIA	OSPEDALE TIBERIO EVOLI	MELITO DI PORTO SALVO (RC)	BRUNA MISERRAFITI
CALABRIA	OSPEDALE GIOVANNI PAOLO II	LAMEZIA TERME (CZ)	MARIA LEVATO
CAMPANIA	AZIENDA OSPEDALIERA G. RUMMO	BENEVENTO	PAOLO SILVESTRI
CAMPANIA	OSPEDALE SAN GENNARO	NAPOLI	MARIO MALLARDO
CAMPANIA	AZIENDA OSPEDALIERA S. ANNA E S. SEBASTIANO	CASERTA	ANTONIO PALERMO
CAMPANIA	AORN GIUSEPPE MOSCATI	AVELLINO	VITTORIO PALMIERI
CAMPANIA	OSPEDALE SAN LUCA	VALLO DELLA LUCANIA (SA)	GIOVANNI GREGORIO
FRIULI VENEZIA GIULIA	AAS 1 TRIESTINA	TRIESTE	ANDREA DI LENARDA
FRIULI VENEZIA GIULIA	AOU SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA	UDINE	MAURO DRIUSSI
LAZIO	OSPEDALE SANTO SPIRITO	ROMA	ANGELA BEATRICE SCARDOVI
LAZIO	AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	ROMA	GIUSEPPE CACCIATORE
LAZIO	OSPEDALE SAN CAMILLO	ROMA	GIOVANNI PULIGNANO
LAZIO	OSPEDALE MADRE GIUSEPPINA VANNINI	ROMA	GERARDO ANSALONE
LAZIO	OSPEDALI RIUNITI ALBANO-GENZANO	ALBANO LAZIALE (RM)	PAOLO MIDI
LAZIO	OSPEDALE SAN CAMILLO	ROMA	FABIO SBARAGLIA
LAZIO	AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	ROMA	DONATELLA DEL SINDACO
MARCHE	OSPEDALI RIUNITI	ANCONA	MARCO MARINI
PIEMONTE	OSPEDALE SAN LUIGI GONZAGA	ORBASSANO (TO)	LAURA MONTAGNA
PUGLIA	OSPEDALE SAN PAOLO	BARI	PASQUALE CALDAROLA
PUGLIA	OSPEDALE CONSORZIALE POLICLINICO	BARI	MASSIMO IACOVIELLO
PUGLIA	OSPEDALE DI VENERE	BARI-CARBONARA	CARLO D'AGOSTINO
PUGLIA	AZIENDA OSPEDALIERA CARDINALE G. PANICO	TRICASE (LE)	ROLANDO MANGIA
PUGLIA	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II	BISCEGLIE (BT)	GIUSEPPE MODUGNO
PUGLIA	FONDAZIONE S. MAUGERI CLINICA DEL LAVORO	CASSANO DELLE MURGE (BA)	ROCCO LAGIOIA
SARDEGNA	AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTTU	CAGLIARI	MAURIZIO PORCU
SICILIA	ISMETT	PALERMO	FRANCESCO CLEMENZA
SICILIA	OSPEDALE AJELLO C/O OSPEDALE VITTORIO EMANUELE I	CASTELVETRANO (TP)	FRANCESCA SCORDATO
SICILIA	ISMETT	PALERMO	GABRIELE DI GESARO
SICILIA	OSPEDALE E. MUSCATELLO	AUGUSTA (SR)	CETTINA RUPERTO
SICILIA	COT CURE ORTOPEDICHE TRAUMATOLOGICHE	MESSINA	ROBERTO CARUSO
SICILIA	OSPEDALE CIVILE SANT'ANTONIO ABATE	ERICE (TP)	GIUSEPPE LEDDA
SICILIA	AOR VILLA SOFIA - CERVELLO PRESIDIO CTO	PALERMO	VINCENZO CIRINCIONE
TOSCANA	AOU CAREGGI	FIRENZE	GABRIELE CASTELLI
TOSCANA	OSPEDALE DELLA VAL DI NIEVOLE	PESCIA (PT)	GESSICA ITALIANI
TOSCANA	AOU CAREGGI	FIRENZE	SERAFINA VALENTE
TRENTINO ALTO ADIGE	OSPEDALE SANTA CHIARA	TRENTO	ALBERTO MENOTTI
UMBRIA	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PERUGIA	ADRIANO MURRONE
UMBRIA	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PERUGIA	GIANFRANCO ALUNNI
VENETO	OSPEDALE ORLANDI	BUSSOLENGO (VR)	EMANUELE CARBONIERI
VENETO	DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIOLOGICHE, TORACICHE E VASCOLARI	PADOVA	FRANCESCO TONA
VENETO	AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10	JESOLO (VE)	LOREDANO MILANI
VENETO	OSPEDALE G. FRACASTORO	SAN BONIFACIO (VR)	GIULIA FRIGO
VENETO	OSPEDALE MATER SALUTIS	LEGNAGO (VR)	PAOLA GUARISE



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)



Decadimento cognitivo e cardiopatie

Cosa è il Decadimento cognitivo e come e perché si valuta Toolkit di Cardiogeriatría, parte II

L' invecchiamento della popolazione e il miglioramento delle cure rappresentano i principali determinanti dell'aumento di incidenza e prevalenza delle cardiopatie e del decadimento cognitivo.

Che cosa è il decadimento cognitivo?

Nella pratica clinica esso comprende uno spettro continuo di ridotta performance nei domini intellettivi

visuo-spaziali, della memoria, del linguaggio, delle funzioni esecutive e del calcolo, che va da condizioni che non causano in sé disabilità, spesso età-correlate (*cognitive aging*), fino alla demenza conclamata con dipendenza nelle attività della vita quotidiana. Studi clinici e di popolazione suggeriscono una prevalenza del decadimento cognitivo dal 10% al 20% nei soggetti con età superiore a 65 anni, ma questa è ben più alta nei cardiopatici della

stessa età, in cui può superare anche il 30%⁽¹⁾. Non infrequentemente una cardiopatia acuta si complica con quadri di delirium che rendono particolarmente gravosa l'assistenza di questi pazienti nei nostri reparti.

Quali relazioni esistono tra decadimento cognitivo e patologie cardiovascolari?

È noto che i fattori di rischio cardiovascolare svolgono un ruolo nella patogenesi di alterazioni cerebrovascolari (Figura 1), ma anche di tipo neurodegenerativo, quali quelle che si riscontrano nella demenza di Alzheimer^(1,2).

- Nello Scompensamento Cardiaco il meccanismo sembra essere legato all'ipoperfusione cerebrale e alla ridotta reattività cerebrovascolare, nonché a microlesioni lacunari che possono coinvolgere la corteccia frontale; nei pazienti con decadimento cognitivo si riscontra inoltre una più alta prevalenza di multimorbidità, come anemia e insufficienza renale, anche queste frequentemente associate a ridotta performance cognitiva⁽¹⁾.

- L'ipertensione arteriosa è un noto fattore di rischio per lo sviluppo di demenza. Indipendentemente dalla

P. Abete et al. / Ageing Research Reviews 18 (2014) 41–52

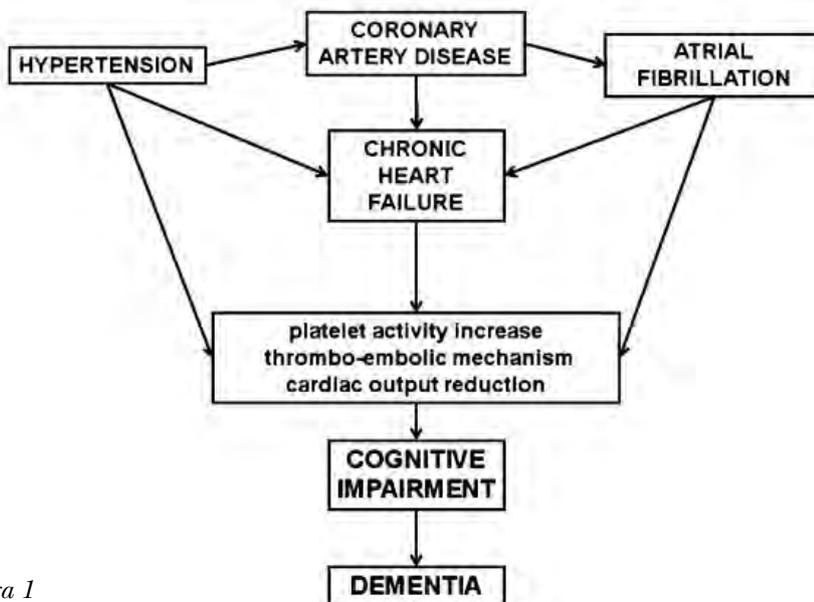


Figura 1



Ridotta performance nei domini intellettivi visuo-spaziali, della memoria, del linguaggio, delle funzioni esecutive e del calcolo

prevenzione dell'ictus, la terapia dell'ipertensione è risultata efficace nel ridurre la progressione del decadimento cognitivo, sebbene le evidenze derivanti dai trial non siano sempre concordanti. Infatti, se una elevata variabilità dei valori pressori sistolici è associata a un aumentato rischio di ictus, demenza e decadimento cognitivo, è altrettanto vero che terapie eccessivamente aggressive possono essere controindicate e addirittura peggiorare la performance cognitiva. Questo perché nei pazienti più anziani gli effetti dello stress emodinamico sul circolo cerebrale possono manifestarsi con perdita dei meccanismi di regolazione della perfusione, aumentando la sensibilità agli effetti dell'ipoperfusione, ad esempio in caso di eccessivo trattamento o ipotensione ortostatica⁽¹⁾.

- Numerose evidenze correlano la

Il deficit cognitivo è ormai di frequente riscontro nei cardiopatici anziani e interferisce sia con le modalità di cura che con la prognosi. L'identificazione consentirebbe un miglior inquadramento del paziente e l'adozione di appropriate modalità di follow-up

III. Stato cognitivo: Mini Mental State Examination (Folstein MMSE)

MS1. ORIENTAMENTO TEMPORO-SPAZIALE

- Qual è la data di oggi? (o anno, o stagione, o mese, o giorno del mese, o giorno della settimana) _____ (0-5)
- In quale nazione siamo? o Regione? o Città? o Come si chiama questo posto? o A quale piano? o (Assegnare 1 punto per ogni risposta corretta) _____ (0-5)

MS2- MEMORIA

- Annunciare al paziente che si farà un test di memoria.
- Proporre i seguenti 3 nomi, uno al secondo (o CASA, o PANE, o GATTO). Chiedere subito al paziente di ripeterli. Se necessario ripetere fino a 6 volte fino a che non siano stati appresi (Assegnare 1 punto per ogni nome ripetuto esatto) _____ (0-3)

MS3. ATTENZIONE E CALCOLO

- Fare entrambe le prove e assegnare il punteggio migliore ottenuto in una delle due:
- Quanto fa 100 meno 7? E 93 meno 7? Fermarsi dopo 5 operazioni (o 93, o 88, o 79, o 72, o 65) (Assegnare 1 punto per ogni risposta corretta) _____ (0-5)
- oppure: sillabare a ritroso la parola CARNE (contare il numero di lettere esatte: oE oN oA oC) _____ (0-5)

MS4. MEMORIA DI RICHIAMO

- Ripeta i nomi dei tre nomi appresi precedentemente (oCASA, oPANE, oGATTO). (Assegnare 1 punto per ogni risposta corretta) _____ (0-3)

MS5. LINGUAGGIO

- Come si chiama questa (maffa)? Come si chiama questo (orologio)? _____ (0-2)
- Provi a dire "tigre contro tigre" _____ (0-1)
- Prenda questo foglio con la mano destra o, lo pieghi a metà o e lo metta sul tavolo o (Assegnare 1 punto per ogni manovra corretta) _____ (0-3)
- Presentare al paziente il foglio con la scritta: "Chiuda gli occhi" e invitare il paziente ad obbedire. _____ (0-1)
- Far scrivere una frase di sua scelta (deve contenere soggetto e verbo): _____ (0-1)

MS6. ABILITA' PRASSICO-COSTRUTTIVA

- Copi questo disegno (il punto viene assegnato solo se sono presenti i 10 angoli e due di questi si intersecano) _____ (0-1)



Punteggio grezzo: MS7 _____
Punteggio MSE corretto per età ed educazione (vedere Tabella): MS8 _____

Figura 2

fibrillazione atriale al decadimento cognitivo attraverso multipli meccanismi fisiopatologici, quali ipercoagulabilità e infiammazione, eventi tromboembolici silenti e ictus cripto genici e ipoperfusione cerebrale legata all'aumentata irregolarità del battito cardiaco⁽¹⁾.

Come si misura il decadimento cognitivo?

Tralasciando valutazioni neurologiche e psichiatriche ultraspecialistiche,

al di fuori della pertinenza del Cardiologo, e impraticabili sul piano della praticità imposta dai ritmi di lavoro, esistono test cognitivi di facile esecuzione e validati anche in campo cardiologico; in primis il Mini Mental State Examination, il test storicamente più utilizzato soprattutto nei pazienti con scompenso cardiaco (Figura 2). Di semplice e rapida somministrazione, richiede circa 10 minuti di tempo



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) - ITALIA -

NOME: _____
 Scolarità: _____ Data di nascita: _____
 Sesso: _____ DATA: _____

VISUOSPAZIALE / ESECUTIVO		Copi il cubo		Disegni un orologio (undici e dieci) (3 punti)		PUNTI		
		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Numeri <input type="checkbox"/> Lancette				_/5		
DENOMINAZIONE						_/3		
MEMORIA	Leggere la lista di parole: il soggetto deve ripeterle. Fare le prime 2 prove di seguito e il "Richiamo" dopo 5 min.	Faccia	Velluto	Chiesa	Margherita	Rosso	0 punti	
ATTENZIONE	Leggere la serie di cifre (una cifra / sec.)	Il soggetto deve ripeterle		[] 2 1 8 5 4			_/2	
		Il soggetto deve ripeterle in ordine inverso		[] 7 4 2			_/1	
	Leggere la serie di lettere. Il soggetto deve dare un colpetto con la mano sul tavolo ad ogni lettera "A". 0 punti se ≥ 2 errori	[] F B A C M N A A G H L B A F A H D E A A G A M O F A A B					_/3	
	Sottrazione di 7 partendo da 100 per 5 volte	[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	_/3	
	4 o 5 sottrazioni corrette: 3 pt, 2 o 3 corrette: 2 pt, 1 corretta: 1 pt, 0 corrette: 0 pt							
LINGUAGGIO	Ripeta: So solo che oggi dobbiamo aiutare Giovanni. Il gatto si nascondeva sempre sotto il divano quando c'erano cani nella stanza.			[]			_/2	
			[]					
Fluenza	/ In 1 minuto, nomini il maggior numero possibile di parole che iniziano con la lettera "F". [] (N ≥ 11 parole)						_/1	
ASTRAZIONE	Similitudini tra per es. banana / arancio = frutti; [] treno / bicicletta [] orologio / righello						_/2	
RICHIAMO DIFFERITO	Deve ricordarsi le parole SENZA AIUTO	Faccia	Velluto	Chiesa	Margherita	Rosso	Punti solo per ripetizione SENZA AIUTO	_/5
		[]	[]	[]	[]	[]		
Opzionale	AIUTO	Categoria Seman.	Scelta multipla					
ORIENTAMENTO	[] Data	[] Mese	[] Anno	[] Giorno	[] Luogo	[] Città	_/6	
© Z. Nasreddine. Traduzione a cura di A. Pirani, C. Tulipani, M. Neri. Versione: 26 Luglio 2008 www.mocatest.org		Normale: ≥ 26 / 30		TOTALE		_/30	Aggiungere 1 punto se ≤ 12 anni di istruzione	

Figura 3

con un punteggio massimo di 30 (che va corretto in base all'età e alla scolarità) e valori inferiori a 24 che indicano un deficit cognitivo. Esso tuttavia ha una ridotta sensibilità nell'individuare forme iniziali, in particolare riguardo le funzioni

esecutive. Tale motivo ha indotto a implementare altri tool come il Montreal Cognitive Assessment (MoCA), un test di screening rapido la cui somministrazione richiede solo 10 minuti e permette una maggiore discriminazione del

decadimento cognitivo lieve. Il MoCA valuta i domini dell'attenzione e della concentrazione, delle funzioni esecutive, della memoria, del linguaggio, le abilità visuocostruttive, l'astrazione, il calcolo e l'orientamento; un punteggio uguale o superiore a 26 (su un massimo di 30) è considerato come cut-off di normalità. Il test è disponibile online al seguente indirizzo: <http://www.mocatest.org/> (Figura 3). Un test di screening rapido delle funzioni esecutive e della memoria particolarmente utile al Cardiologo è il MiniCog, che combina il Clock Drawing Test e un test di richiamo di tre parole, eseguibile in meno di 5 minuti⁽³⁾. Il Mini-Cog è stato validato con successo nella valutazione prognostica dei pazienti ospedalizzati per scompenso cardiaco, verosimilmente perché in grado di individuare anche pazienti non dementi ma con un deficit delle funzioni cognitive preposte a determinare i comportamenti di autocura e di gestione della terapia, essenziali per evitare riacutizzazioni precoci e nuovi ricoveri (Figura 4). **Perché valutare il decadimento cognitivo in Cardiologia?**

La disfunzione cognitiva, attraverso i deficit di memoria e delle funzioni esecutive, può influenzare le scelte terapeutiche e la prognosi andando a interferire con la raccolta dell'anamnesi, i comportamenti di auto-cura, quali l'aderenza, l'adozione di corretti stili di vita, il pronto riconoscimento dei sintomi e la tempestiva richiesta di intervento medico in caso di instabilizzazione.

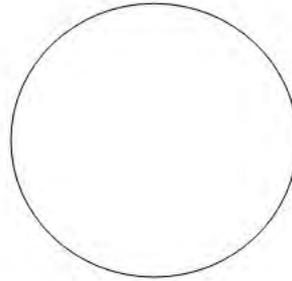


SCREENING PER FRAGILITA' COGNITIVA MINI COG – STAND-UP / WALKING TEST

Scolarità: anni	Vive con:	Supporto:	
Tel:	Via		SCO

- Proporre i 3 nomi, uno al secondo. Chiedere subito al paziente di ripeterli. Se necessario ripetere fino a 6 volte fino a che non è sicuro di averli imparati

DESEGNARE UN OROLOGIO COME QUELLO MOSTRATO E METTERE LE LANCETTE ALLE 11 E 10:



CLOCK DRAWING TEST: normale: = 2 punti ; patologico: = 0 punti

Ripeta i nomi dei tre nomi appresi precedentemente (,).

(Assegnare 1 punto per ogni risposta corretta)

PUNTEGGIO (0-5):

Tempo per alzarsi dalla sedia a mani conserte: sec; non si alza:

Tempo per percorrere 4 metri: sec Gait speed: m/sec

Deambula con ausilio?: Non deambula:

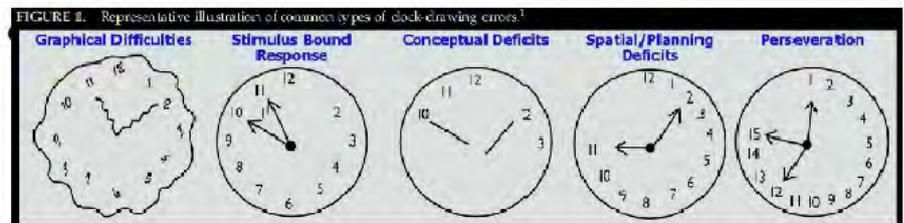


Figura 4

Nello scompenso cardiaco, in particolare, essa si è dimostrata un significativo predittore di ridotta qualità di vita, riospedalizzazioni e mortalità; questo è in parte spiegabile perché le funzioni cognitive - e in particolare quelle esecutive - sono alla base di una corretta aderenza alla terapia e dell'autocura, con rischio di riacutizzazioni, ricoveri e eventi avversi. Nel trattamento dell'ipertensione, un controllo troppo stretto dei valori pressori può avere un effetto negativo sulle funzioni cognitive, e un target di pressione sistolica diurno tra 130 e 145 mmHg può essere quello più appropriato. Anche nella fibrillazione atriale il decadimento cognitivo e funzionale si associa a un maggiore difficoltà nella gestione della terapia anticoagulante e a un maggior rischio di cadute, traumi e sanguinamenti, verosimilmente per la ridotta autonomia negli spostamenti e per la difficoltà a comprendere correttamente le istruzioni inerenti la terapia; inoltre, il decadimento cognitivo si associa a un minor tasso di prescrizione degli anticoagulanti orali, per il rischio di sanguinamenti gravi percepito soggettivamente dal clinico prescrittore, con un conseguente aumento del rischio cardioembolico e di ictus. L'identificazione di deficit cognitivo consentirebbe in tutti questi pazienti l'arruolamento in modelli gestionali, impostati su una gestione multidisciplinare in cui convergano competenze cardiologiche, internistiche e geriatriche deputati alla presa in carico precoce e alla gestione a lungo termine ⁽⁴⁾. In campo cardiocirurgico e interventistico numerosi studi hanno valutato il

ruolo del decadimento cognitivo sulla prognosi e l'impatto delle procedure su esso. In uno studio recente ⁽⁵⁾, il decadimento cognitivo era predittore di decadimento funzionale e/o morte a 6 mesi dopo TAVI. Per tali motivi la Task Force di Cardiogeriatrics ANMCO ha proposto un Documento di Consenso sulla Stratificazione del rischio in Chirurgia Cardiaca e TAVI specifico per il Paziente Anziano, in collaborazione con SICCH, e GISE e Area CardioChirurgia ANMCO. La presentazione è prevista per gli Stati Generali che si terranno a novembre: al lavoro! ♥

Bibliografia

1. Abete P, et al. Cognitive impairment and cardiovascular diseases in the elderly. A heart-brain continuum hypothesis. Ageing Res Rev. 2014;18:41-52.
2. O.P. Almeida, et al. Cognitive and brain changes associated with ischaemic heart disease and heart failure. Eur Heart J 2012; doi:10.1093/eurheartj/ehr467
3. Eknoyan et al. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2012; 24:3.
4. Del Sindaco D et al. Role of a multidisciplinary program in improving outcomes in cognitively impaired heart failure older patients. Monaldi Arch Chest Dis 2012 . 16.
5. Schoenenberger AW, et al. Predictors of functional decline in elderly patients undergoing transcatheter aortic valve implantation (TAVI). Eur Heart J. 2013;34:684-92.

ABRUZZO

Presidente: Gerardo Rasetti (Pescara)
Consiglio Regionale:
 Marcello Caputo (Chieti)
 Alberto D'Alleva (Pescara)
 Alessandro D'Aroma (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:

Consiglio Regionale:

Angela Rita Colavita (Campobasso)

Gianludovico Magri (Campobasso)

Alexandra Sabusco (Campobasso)

Antonio Trivisonno (Isernia)

www.anmco.it/regioni/elenco/molise



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

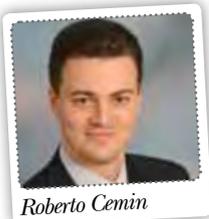
Presidente: Roberto Cemin (Bolzano)

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri



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

ANMCO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

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

DATI ANAGRAFICI

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

DATI PROFESSIONALI

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

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

Tipologia

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

Anno di assunzione nella struttura indicata

Nome del Primario o facente funzione

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Specificare da quando viene svolto il ruolo indicato /
mese anno

Qualifica

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

In quiescenza

Non di ruolo



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

MODULO PER LA DOMANDA DI FELLOWSHIP ANMCO

• da presentare entro il 29 febbraio 2016 •

Il presente modulo può essere inviato per posta (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze), per fax (055/5101350) o per e - mail (fellowship@anmco.it)

DATI ANAGRAFICI

NOME E COGNOME SESSO F M
DATA E LUOGO DI NASCITA
INDIRIZZO
CITTÀ/PROVINCIA/CAP
TEL. / CELL. / FAX
E-MAIL

DATI PROFESSIONALI

DENOMINAZIONE OSPEDALE
DENOMINAZIONE STRUTTURA
INDIRIZZO
CITTÀ/PROVINCIA/CAP
TELEFONO / CELLULARE / FAX
E-MAIL
ANNO DI LAUREA ANNO DI ISCRIZIONE ALL'ANMCO
STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE
LINGUE CONOSCIUTE
Livello di Conoscenza: Eccellente Buono Mediocre

DOCUMENTAZIONE (BARRARE I DOCUMENTI PRESENTATI)

- Lettera di presentazione del Presidente Regionale, di un Chairperson o di un Co-Chairperson Aree ANMCO e di 1 Fellow;
- Lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche utili alla valutazione, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstract a congressi internazionali, abstract a congressi nazionali, capitoli di libri;
- Attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- Breve curriculum vitae (formato europeo);
- Foto in formato elettronico.

CAMPI DI INTERESSE IN CUI IL CANDIDATO SI RITIENE ESPERTO

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

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

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

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma

FELLOWSHIP ANMCO

• Termine di presentazione della domanda 29 febbraio 2016 •

REGOLAMENTO FELLOWSHIP ANMCO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO in regola con le quote associative;
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale:
 - Partecipando come autore di almeno 5 pubblicazioni scientifiche, su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni, oppure
 - partecipando come primo autore ad almeno 5 abstract negli ultimi 5 anni (comunicazioni o poster in convegni o riunioni scientifiche a livello nazionale o internazionale), purché in associazione ad almeno una delle seguenti 3 condizioni:
 - primo autore o co-autore di almeno 3 pubblicazioni per esteso (riviste scientifiche indicizzate in Index Medicus, capitoli di libri, etc.)
 - oppure
 - almeno 5 pubblicazioni negli ultimi 10 anni, su riviste censite in Index Medicus, derivate da studi multicentrici ANMCO o non ANMCO in qualità di partecipante allo studio, con partecipazione documentata in appendice al lavoro oppure in apposita certificazione
 - oppure
 - documentando l'attività continua di Revisore per almeno una rivista recensita su Index Medicus negli ultimi 3 anni.

Domanda di ammissione alla Fellowship

La domanda di accesso alla Fellowship in campo scientifico-didattico-editoriale dovrà essere inviata per email (fellowship@anmco.it) oppure tramite submission online corredata dai seguenti documenti:

- a) modulo apposito, debitamente compilato;
- b) foto in formato elettronico;
- c) breve curriculum vitae (formato europeo);
- d) documentazione libera comprovante l'attività nei campi di interesse ritenuti qualificanti dal Candidato;
- e) lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, abstract a Congressi internazionali, abstract a Congressi nazionali, capitoli di libri;
- f) segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il Candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);
- g) lettera di presentazione del Presidente Regionale, di un Chairperson o di un Co - Chairperson Aree ANMCO e di 1 Fellow (l'elenco dei Fellow è consultabile sul sito www.anmco.it nell'Area riservata ai Soci).

Per i Soci che siano già Fellow della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il Candidato lo desideri e lo dichiari nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti e, g.

Perché il Candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta, deve pervenire al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO all'indirizzo email: fellowship@anmco.it entro l'ultimo giorno del mese di febbraio dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Domande presentate dopo la scadenza e/o incomplete non verranno considerate dalla Commissione giudicante.

Mantenimento della Fellowship

I Fellow ricevono l'avviso di pagamento della tassa annuale (€100.00) entro il mese di novembre la quale dovrà essere versata entro il 20 dicembre e copre il periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo.

Qualora il Fellow non regolarizzasse i pagamenti della tassa annuale di Fellowship entro le date indicate verranno sospesi i privilegi dovuti ai Fellow ANMCO in regola.

I privilegi saranno riattivati dopo il pagamento degli arretrati.

Benefici Fellowship

I Fellow sono riconosciuti come un Gruppo ristretto di esperti ANMCO a cui verrà chiesto di operare attivamente in diversi ruoli all'interno dell'Associazione.

Congresso Nazionale ANMCO

Registrazione gratuita al Congresso;

Desk Fellow dedicato nell'Area di registrazione per ritirare il kit congressuale incluso il badge dorato e/o per qualsiasi altra informazione;

Accesso esclusivo alla Fellow ANMCO Lounge: collegamento internet, computer, catering, consultazione riviste e programma Congresso

La possibilità di prenotazione alberghiera 15 giorni prima degli altri iscritti

Diploma Fellowship ANMCO:

I nominativi dei neo-eletti Fellow verranno annunciati durante il Congresso Nazionale ANMCO i quali potranno ritirare il Diploma e la spilla Fellow ANMCO al Desk dedicato.

ANMCO Fellows Club – accesso online

Nominativi Fellow online con indirizzi e informazioni di contatto, data elezione Fellowship

I Fellow potranno, ove possibile, usufruire di una riduzione della quota d'iscrizione agli eventi ANMCO.

Fellow Emerito

Lo status di Fellow Emerito sarà conferito dalla Commissione Giudicante al Fellow al raggiungimento del 65° anno di età in quiescenza con S.S.N. e in regola con le quote associative ANMCO e con la tassa annuale Fellowship.

I Soci ANMCO che hanno ricevuto la Targa d'Oro e i Past President ANMCO, in regola con le quote associative ANMCO e con la tassa annuale Fellowship, verranno considerati Fellow Emeriti e usufruiranno dei benefici a loro dedicati.

Il Fellow Emerito non è tenuto al versamento della tassa annuale per la Fellowship e ha diritto alla partecipazione gratuita al Congresso Nazionale ANMCO.

Commissione giudicante

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

Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presentati almeno 5 Membri; la decisione è a maggioranza assoluta (5 voti favorevoli). Qualora si giunga ad un voto di parità, prevale il voto del Presidente della Commissione.

I 4 Componenti di diritto sono:

Il Presidente dell'ANMCO in carica;

Il Direttore di nomina ANMCO di una delle riviste della Federazione Italiana di Cardiologia (Giornale Italiano di Cardiologia e Journal of Cardiovascular Medicine);

I due Vice Presidenti dell'ANMCO in carica.

I 4 Componenti di nomina sono:

Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO

I 4 Componenti della Commissione di nomina durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per un solo mandato consecutivo.

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

La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarate dal Candidato.



Favorire una esplosione di colori e proposte nel mondo della Sanità

Verso un cielo sereno La Sanità cui tendere

Migliorare il Sistema Sanitario è possibile

Verso un cielo sereno. La Sanità cui tendere.

Favorire un'esplosione gradevole di colori nel mondo della sanità. Un cielo terso, sereno che apra prospettive per i malati, per i medici, per gli infermieri, per il personale parasanitario. Lavorare insieme per raggiungere obiettivi avanzati e mettere al servizio dei cittadini un'eccellenza che possa

rappresentare un modello di riferimento anche per altri.

Investire in ricerca

In dieci anni l'Italia ha perso quasi 700mila laureati all'anno, passando dall'11,9% del 2002 al 27,6% del 2012, una media di 68mila all'anno, la cui formazione è costata nel complesso 8,5 miliardi (ricerca realizzata da Editutto nell'ambito di un convegno organizzato dalla Fondazione Malavasi-Scuole Manzoni

di Bologna). Preoccupante non tanto le partenze dei ragazzi tutto sommato in linea con il resto d'Europa, quanto l'assenza di arrivi. La "brain circulation", la circolazione dei cervelli, in Italia, a differenza degli altri paesi europei, è quasi a senso unico. Fra le soluzioni individuate per far ritornare i cervelli in Italia, durante il Convegno di Bologna, la lotta al nepotismo e al baronismo e l'urgenza di strutturare un mercato



*Stampante 3D,
laboratorio Syskrack Grassano*

del lavoro più equo, dove tutti abbiano le giuste tutele”. L’Italia spende per l’Università, rispetto al PIL, circa la metà (0,7%) di quanto fanno gli altri Paesi dell’Europa a 27 e un terzo rispetto ai Paesi del Nord dell’Europa. Investire in ricerca, innovazione e sviluppo è porre le basi per un futuro migliore, per maggiori opportunità per i giovani.

Potenziare la ricerca

Favorire la messa in rete di centri periferici con i grossi istituti di ricerca sia in ambito nazionale che internazionale, per non essere solo spettatori e utilizzatori passivi delle scoperte, ma contribuire alle stesse. Analizziamo alcuni campi di studio. Partiamo da un progetto importante in ambito cardiovascolare, ma che può abbracciare qualsiasi disciplina della medicina, l’approccio individualizzato. Non la malattia, ma il malato, capovolgendo schemi consueti. Non solo la medicina di genere con le sue specificità fisiopatologiche e biologiche, ma l’approccio verso ogni persona.

Multi pillola, la possibilità di inserire nella stessa molecola più di due, tre principi attivi nel rispetto della farmacocinetica di ogni molecola. Sarebbe un ottimo viatico per favorire l’aderenza alla terapia e la compliance in Cardiologia. Le nanotecnologie, la possibilità in ambito di tecnica farmaceutica di un involucro di silicio o altro materiale in cui s’inseriscono vari principi attivi in quantità adeguate per lunghi periodi, garantendo la dismissione costante del farmaco nelle quantità e nei tempi stabiliti e la possibilità di indirizzare il principio attivo su determinate cellule, riducendo in tal modo anche gli effetti collaterali. Le stampanti 3D in medicina. Un giovane ingegnere, tragicamente scomparso, precursore delle stampanti 3D affermava che il limite di questa tecnologia è nella fantasia e nelle capacità di chi s’avvicina a questo mondo. Tanti oggi i campi di possibile applicazione, da protesi, a segmenti corporei, in odontoiatria e via discorrendo. Tecnologia questa che ha un pregio, non costa molto. Investire in primis sul materiale umano elemento essenziale nell’ambito della ricerca e dell’innovazione tecnologica. Una ricerca all’avanguardia determinerà delle ricadute importanti sul PIL del Paese, sull’occupazione. Questo implica una visione e una programmazione nel medio – lungo periodo. Se obiettivi e risultati devono riguardare solo l’oggi non si va da nessuna parte né per l’oggi men che mai per il domani. Indispensabile lungimiranza politica: favorire una programmazione con tempi adeguati,

che dia risposte strutturali nel lungo periodo.

Piattaforma unica nazionale per acquisti

Una piattaforma nazionale dove in tempo reale si possano controllare le spese da parte di ogni segmento della sanità da Aosta a Marsala, con la possibilità di poter intervenire subito da parte di chi deve esercitare il controllo, per richiamare a pratiche corrette e trasparenti. Trasparenza nelle proposte, negli acquisti. Il problema non è solo quello economico, del massimo ribasso, ma coniugare qualità in primis con costi adeguati. Non deve essere possibile che una siringa abbia costi diversi, a macchia di leopardo. Acquistare un ecocardiografo, con relazioni tecniche che spieghino il perché di una scelta: l’acquisto di un presidio che deve essere utilizzato per la routine, o l’acquisto di un presidio da utilizzare per ricerche ed esami di livello superiore. La scelta quella di favorire la qualità al prezzo più conveniente, considerando anche la manutenzione, la facilità dei controlli e degli interventi tecnici se e quando richiesti. È il medico che deve farsi carico del risparmio per far sì che il Sistema Sanitario ne tragga giovamento in modo da offrire al paziente prestazioni ottimali. La programmazione deve essere fatta a vari livelli, da quello locale a quello nazionale, a quello europeo per le malattie rare, nella consapevolezza che l’evoluzione tecnologica determina costi maggiori e che questo richiede un’attenta valutazione nel momento di elaborare richieste. Dovremmo, come medici guardare al



malato, alle patologie, alla diagnosi, alla gestione farmacologia e globale del paziente. Questo il compito che ci attende. Non altri. Avere voce in capitolo è importante.

Parlare con il NOI

Non abbiamo come categoria una valenza e una forza contrattuale da far valere nelle dinamiche istituzionali. Non siamo una lobby, e questo non è un danno. Lobby no, ma far valere le ragioni della nostra professione, che coincidono in genere con quelle dei pazienti. Pensare per un attimo a una piattaforma comune, da realizzare all'interno dell'organo istituzionale che ci rappresenta, l'ordine dei medici, e proporla a livello istituzionale, coinvolgendo se occorre anche i pazienti. Una considerazione sui farmaci. Oggi è il farmacista a decidere quale farmaco generico dispensare. Questo da solo è un elemento negativo per il paziente, che può indurlo in errore. Di seguito una proposta sul tema. Evitare l'errore: "Su quest'aspetto, l'errore nell'assunzione dei farmaci, vogliamo rilevare come un'opportunità adesso concessa ai farmacisti, quella di poter consegnare qualsiasi farmaco generico a prescindere dalla prescrizione del medico, possa favorire l'errore da parte del paziente. Come spesso accade in Cardiologia, molti cardiopatici assumono tanti farmaci. Molti possono essere farmaci generici. Consegnare oggi un farmaco con la scatola rossa, domani celeste, poi bianca, poi di nuovo rossa, può facilmente indurre in errore il paziente. Se il paziente assume più di un farmaco generico aumenta il rischio potenziale al quale

si espone. La soluzione al problema è semplice. Il generico prescritto dal medico non deve essere modificato, al pari della specialità, per evitare che il cambio di colore della confezione crei confusione al paziente".

Paghiamo un vecchio dazio verso chi vuole avere il comando senza

essere disturbato. Sempre attuale la logica del "divide et impera", famosa locuzione che permette alla politica di gestire la programmazione della sanità, lasciando poco spazio a chi ogni giorno si rimbecca le maniche nelle strutture d'emergenza ospedaliere, UTIC, Rianimazioni,

Quadro del maestro Franco Artese





Stroke Unit, Pronto Soccorso, nei reparti ospedalieri, negli ambulatori ospedalieri e territoriali, nelle sale operatorie, negli studi dei medici di famiglia, negli ambulatori della continuità assistenziale, in quelli territoriali, sui mezzi di soccorso del 118. La responsabilità di questo stato di cose è nostra. Importante chiedere di essere ascoltati e entrare nelle scelte del pianeta sanità. Una richiesta presentata dalla categoria nel suo

problema sanitario nei prossimi anni, tale da richiedere interventi vari. Non può né deve essere l'ospedalizzazione la sola risposta. L'ospedalizzazione in reparti per acuti da riservare a casi molto selezionati, alle forme refrattarie, a quelle di particolare gravità. Laddove sia richiesta una fase d'ospedalizzazione per instabilità di tipo medio, che non possono essere gestite a casa, la risposta deve venire dai centri di lungodegenze o nei casi

di comunità, RSA e altre possibili scelte. E ancora un'assistenza territoriale, domiciliare in grado di governare il controllo clinico del paziente a casa, sia nel post ricovero, sia per evitare ricoveri impropri, esempio la gestione domiciliare dello scompenso cardiaco. Per questo è necessario garantire a domicilio la fattibilità di esami ematochimici di primo livello, elettrocardiogramma ed esami strumentali da base, operare

La salute è un bene primario.

Va salvaguardata e garantita a ogni cittadino

Questo elemento di democrazia e giustizia sociale può essere garantito solo da un Servizio Sanitario Nazionale, in grado di offrire parità di trattamento a ogni persona

insieme riceverebbe un'attenzione adeguata. Parlare con il NOI: una problematica ad esempio dei cardiologici deve essere condivisa da tutti i medici, così come una richiesta da parte della continuità assistenziale. Chiedere che siano rivisti gli emolumenti per i professionisti e tutti quelli che operano nel campo della sanità pubblica, perequandoli a Paesi come Germania, Francia, Spagna, Gran Bretagna. Lo stesso dicasi per i compensi dei manager.

Facilitare il percorso ai pazienti

La vita media aumenta, aumenta la richiesta di salute non negli ultimi anni, come accadeva in passato, ma ora negli ultimi decenni. Lo scompenso cardiaco per l'aumento della vita media, per l'ottimizzazione delle cure rappresenterà un grosso

in cui preminente è l'aspetto sociale dalle RSA o forme similari. La gran parte dei casi di SC deve essere gestito al domicilio del paziente. Questo pone problemi di gestione delle patologie della terza età, di spesa per farmaci, controlli e richiesta di prestazioni sanitarie.

Medicina ospedaliera e territoriale

Se diminuiscono i posti letto, ovvio che si crea uno squilibrio nell'offerta. Si cambino i postulati. Si metta al centro una positiva ambizione, quella di potenziare un SSN che possa richiamare pazienti anche da altri Paesi, da altre Nazioni. Questo deve prevedere ancor più una razionalizzazione dell'intero settore: ospedali per acuti, centri d'eccellenza, di riabilitazione, lungodegenze, Hospice care, ospedali

questi controlli insieme al Distretto che deve favorire anche l'assistenza Infermieristica e di supporto (OSS), una presenza strutturata del volontariato, con la supervisione specialistica diretta o indiretta tramite le tecnologie disponibili.

Rivedere i percorsi d'accesso in ospedale. Il dolore toracico

Mettere la clinica al primo posto nella valutazione e nella decisione. Analizziamo il percorso del dolore toracico. Cinquantenne con dolore toracico tipico si reca al PS. Rapidissimamente si procede a un ECG e un prelievo per gli indici di necrosi miocardica, che si ripetono eventualmente a distanza di ore. Se il dolore è scomparso, l'ECG è negativo, gli esami ematochimici sono nella norma in genere il paziente



Il Sistema Sanitario va pensato e programmato come un sistema in grado non solo di dare risposte agli ammalati, ma di porsi come modello di eccellenza da replicare

Un cielo terso, sereno che apra prospettive per i malati, per i medici, per gli Infermieri, per il personale parasanitario

Avere l'ambizione di potenziare il sistema e porsi come punto di riferimento in positivo a livello mondiale

è rinviato a casa con l'invito di prendere contatto il cardiologo per completare, se utile, l'iter diagnostico, o ritornare al PS in caso di ripresa della sintomatologia algida. Capita a volte che nelle ore o nei giorni successivi la sintomatologia evolva in una SCA o in un infarto. Alla presenza di un dolore tipico, anche con una prima negatività degli esami diagnostici, auspicabile, soprattutto nel soggetto giovane, una presa in carico in D.H., o in casi selezionati un ricovero per valutare l'iter ed eseguire un test provocativo dopo 48 – 72 ore in modo da completare il percorso in modo "protetto", questo alla luce dei dati epidemiologici che pongono morbilità e mortalità cardiovascolare ai primi posti.

La medicina difensiva

Ritenere che il consigliare una mole notevole d'esami al paziente possa mettere il medico a riparo da contestazioni non è una strada praticabile. Di seguito una considerazione, "l'uso inutile e inappropriato degli esami diagnostici (tac, risonanza, ecografie, ecc.)

determina un consistente aumento del rischio di errori sanitari". Occorre mettere al centro la clinica e i percorsi condivisi tra i medici. Questo determinerà effetti positivi anche sulle liste d'attesa, dove occorre intervenire a monte della richiesta, sul versante dell'appropriatezza, da definire non con atti burocratici ma con percorsi definiti in una dialettica corretta medico - paziente. Rafforzare il rapporto fiduciario con il paziente, questo sì che può rappresentare un argine alla conflittualità tra medico e paziente.

Conclusione

Absolutamente non equo prevedere forme di partecipazione alla spesa o offerta di servizi sanitari difforni a livello regionale. La sanità deve prevedere un'uniformità di trattamento e prestazioni sul territorio nazionale. Discutere anche se non sia il caso di rinunciare alla regionalizzazione e ritornare alla centralità della sanità. Servizi prioritari quali salute e scuola non devono avere offerte difforni in ambito regionale. Separazione

netta tra politica e gestione amministrativa. Questo elemento di democrazia e giustizia sociale può essere garantito solo da un Servizio Sanitario Nazionale, in grado di offrire parità di trattamento a ogni persona. Importante coniugare questo principio costituzionale fondamentale su tutto il territorio nazionale con un'attenta valutazione e responsabilizzazione economica da parte di chi opera. Avere l'ambizione di potenziare il sistema e porsi come punto di riferimento in positivo a livello mondiale.

Dove trovare le risorse

Si stima che in Italia l'imponibile evaso è di circa 316 miliardi l'anno. Il volume d'affare delle mafie in Europa è di circa 110 miliardi l'anno. Numeri notevoli. Si guardi alla legislazione vigente su questi temi in altre Nazioni, dove i reati fiscali assumono un'importanza preminente e si agisca di conseguenze. Uno Stato non può permettere che ci siano queste "criticità". ♥



Dal CDR della Liguria: primi risultati del programma biennale 2014 - 2016

A distanza di un anno dalla presentazione al CN di luglio 2014 del programma 2014-2016 del CD Regionale della Liguria, desideriamo fare il punto sullo stato di avanzamento dei progetti elaborati con un breve articolo informativo per gli iscritti della nostra Associazione e per tutti i lettori di Cardiologia negli Ospedali. Per una più rapida e facile comprensione dei contenuti abbiamo ritenuto opportuno fare una breve premessa in cui elencare sinteticamente i punti salienti del nostro programma:

1) Impegno ad ottenere un maggiore coinvolgimento della nostra Associazione nelle decisioni di organizzazione sanitaria e di gestione dei pazienti cardiologici della Liguria sviluppando una serie di iniziative indirizzate ad ottimizzare i percorsi diagnostico terapeutici e a valutare l'appropriatezza dell'uso delle risorse sanitarie.

2) Istituzione di una Commissione di Studio per la Cardio-Oncologia con lo scopo di valutare il reale impatto del paziente oncologico sulle Strutture Cardiologiche Liguri, individuare eventuali criticità nel complesso processo gestionale dei pazienti cardio-oncologici, elaborare e diffondere documenti di gestione diagnostico-terapeutica concordati con altre Associazioni Scientifiche, organizzare eventi formativi mirati alla crescita della cultura cardio-oncologica in Liguria.

3) Istituzione di una Commissione di Studio per lo Scompensamento Cardiaco con lo scopo di contribuire a diffondere la conoscenza e l'applicazione di nuovi strumenti di cura e di gestione del paziente con scompenso cardiaco e favorire l'introduzione nella pratica clinica di nuovi modelli organizzativi di continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio già in fase di sperimentazione in

alcune zone del territorio metropolitano genovese.

4) Istituzione di una Commissione di Studio per la Gestione dei Pazienti Cardiopatici Congeniti Adulti (GUCH) con gli stessi obiettivi individuati per la Commissione di Studio per la Cardio - Oncologia.

5) Proposta di riprendere la perduta abitudine di organizzare il Congresso Regionale di Cardiologia in modo congiunto con tutte le altre Associazioni Scientifiche Cardiologiche Liguri.

Il lavoro del CDR in questo primo anno di attività sebbene reso sempre più arduo dai pesanti carichi di lavoro ospedalieri e dai sempre maggiori impegni di burocrazia amministrativa, può essere considerato abbastanza soddisfacente. L'unico Punto del programma che non ci è stato possibile rispettare è il primo, ma non per nostre deficienze. Infatti la proposta fatta in collaborazione con l'AIAC Ligure all'Assessorato alla Sanità della Regione Liguria di costituire un Registro di valutazione gestionale dei pazienti sottoposti ad impianto di pace-maker e defibrillatori cardiaci definitivi non è stato accettato con la motivazione di una momentanea

Nonostante le difficoltà organizzative il CDR della Liguria ha messo in opera la grande maggioranza delle iniziative programmate per il biennio 2014-16



impossibilità a gestire questo tipo di studio da parte delle strutture amministrative regionali. Le spese per l'effettuazione dello studio sarebbero state coperte con risorse procurate dalle nostre Associazioni Scientifiche! Non abbiamo comunque perso la fiducia di portare a termine questa iniziativa che riteniamo importante per tanti motivi; primi fra tutti la valutazione della nostra appropriatezza prescrittiva e la conoscenza nella pratica clinica del decorso a medio-lungo termine dei pazienti sottoposti ad impianto. Attendiamo di poter ripresentare questo ed altri progetti al nuovo Assessorato che si è appena insediato dopo le elezioni di maggio 2015. Per quanto riguarda invece il Punto 2, è stato organizzato il “Censimento del carico di lavoro da problemi cardio-oncologici sulle strutture cardiologiche liguri” concordato con i Presidenti Regionali AIOM, FADOI e AIPO. I questionari sono stati inviati a tutti i centri ospedalieri di riferimento della Liguria. Attendiamo di terminare la raccolta dei dati per passare alla loro elaborazione e per conoscere i punti di forza e di debolezza del nostro sistema gestionale cardio-oncologico. Sulla base di questi dati verranno poi modula-

te iniziative educativo-formative ad hoc. Le iniziative relative al Punto 3 del programma sono state due: a) in giugno 2015 è stato organizzato in collaborazione con SIMEU e IRC Liguria un evento formativo dal titolo “Aggiornamenti in cardiologia” in cui è stato fatto il punto sulle nuove terapie dello scompenso cardiaco e sulle procedure interventistiche coronariche e aritmologiche nella insufficienza renale cronica. In particolare una intera sessione è stata dedicata ai problemi acuti e cronici di gestione dei sistemi impiantabili di assistenza ventricolare visti dal punto di vista del cardiocirurgo e dei medici dell'area emergenza; l'evento ha avuto molto successo di pubblico e la discussione è stata molto costruttiva a dimostrazione dell'interesse dei medici liguri per i problemi di gestione dello scompenso cardiaco; b) da gennaio 2015, sotto la supervisione del dott. A. Camerini membro del CD Regionale, è iniziato in due Distretti Sanitari dell'Area Metropolitana Genovese un progetto pilota di follow-up attivo a gestione prevalentemente infermieristico su pazienti con scompenso cardiaco in Stadio C. Il modello basato sul monitoraggio dei parametri vitali

e l'utilizzo dell'impedenziometria total body da parte del personale infermieristico ha lo scopo di verificare il grado di autonomia gestionale di questi ultimi. I dati preliminari hanno dimostrato una eccellente concordanza di opinioni (> 90%) tra le soluzioni gestionali proposte dagli infermieri e quelle realmente applicate dai medici. I dati appena esposti sembrano aprire nuovi spazi di utilizzo del personale infermieristico. Se l'affidabilità del modello verrà confermata su un maggior numero di pazienti e per un periodo più prolungato di tempo, l'ANMCO Liguria si impegna a proporre e a diffondere tale esperienza in altri Distretti della Liguria. Per quanto riguarda il Punto 4 del programma la “Commissione per la Gestione dei Pazienti Cardiopatici Congeniti Adulti” si è imbattuta in notevoli difficoltà riguardo l'elaborazione di un piano strategico indirizzato al raggiungimento degli obiettivi pre-stabiliti dal CDR. La mancanza di un sistema di ambulatori cardiologici specifici distribuiti sul territorio e la difficoltà di individuare i pazienti che generalmente afferiscono ai Centri Pediatrici di loro riferimento (anche fuori regione) rendono complessa l'acquisizione dei dati.



Queste difficoltà hanno rallentato l'operatività della Commissione. È sicuramente necessario cercare la collaborazione dei MMG per ottenere dati epidemiologici validi propedeutici allo sviluppo delle iniziative in programma. Sulla base di queste considerazioni la Commissione sta lavorando per trovare soluzioni percorribili. Il problema è sicuramente di grande importanza socio-sanitaria e merita di essere affrontato e perseguito con determinazione. Per finire. Sicuramente verrà ripresa la piacevole consuetudine del Congresso Regionale di Cardiologia Congiunto tra tutte le Associazioni Scientifiche interessate che è andata persa ormai da tre anni. Auspichiamo di trovare un accordo per effettuarlo in aprile 2016 e per mantenere questa collocazione temporale anche per i prossimi anni. Arrivederci. Al termine del nostro mandato ci ritroveremo ancora su questo Giornale per rendere conto della nostra attività biennale che auspichiamo possa essere continuata e potenziata da chi ci succederà. ♥

**Attendiamo i risultati di
due importanti progetti su
Cardio-Oncologia
e Scompenso Cardiaco
per poter sviluppare
iniziative ad hoc**



Attraversare il Piemonte camminando giorno per giorno per dimostrare che non è necessario essere atleti per proteggere il nostro cuore: il cuore si allena camminando, il cuore si allena sognando

ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta: Cuori in cammino

Da Aosta a Torino, da Alessandria a Novara attraverso il Piemonte

Nel corso di recenti Congressi di Cardiologia è stato più volte messo in evidenza come i decessi da infarto siano diminuiti di oltre il 60% dagli anni '70, ma proprio grazie alla ottimizzazione delle cure oggi siano i giovani paradossalmente a rischiare di più di quelli di un tempo: colpa della minor prudenza con gli stili

di vita. Sono mutati anche i fattori di rischio: se negli anni '70 erano pressione arteriosa, fumo e colesterolo, oggi il pericolo maggiore arriva da alimentazione scorretta e sedentarietà. A cui si aggiungono stress, depressione e nei giovani anche sbalzo. In altre parole i nostri figli sono destinati ad ammalarsi di più dei nostri nonni se non cambie-

ranno le abitudini.

Ecco perché nell'ottica della PREVENZIONE, assume una grande valenza la presa di coscienza di quali sono gli stili di vita corretti da adottare soprattutto da parte di quella popolazione che - non avendo avuto patologie coronariche - ne ignora o sottovaluta l'importanza. È a loro che si rivolge questo pro-

Nel corso dei recenti Congressi di Cardiologia è stato più volte messo in evidenza come i decessi per infarto siano diminuiti di oltre il 60% dagli anni '70 e che grazie all'ottimizzazione delle cure oggi siano i giovani a rischiare di più di quelli di un tempo; colpa della minor prudenza con gli stili di vita.

Ecco perché nell'ottica della prevenzione assume una grande valenza la presa di coscienza di quali sono gli stili di vita corretti da adottare.

L'obiettivo dell'iniziativa "Cuori in cammino" organizzata da ANMCO Piemonte - Valle d'Aosta è quello di stimolare la popolazione sui temi dell'attività fisica e della sana alimentazione.



Una leggera attività fisica costante, un'alimentazione corretta ed un approccio positivo alla vita possono essere il salvacondotto che tutti dovrebbero seguire

getto, alla popolazione giovane, in particolare nella fascia d'età 30 - 55 anni, che ha oramai dimenticato le sane abitudini imparata a scuola e che sfugge ai messaggi e alle attività di prevenzione rivolte principalmente a fasce d'età più anziane. Da qui l'idea proposta dal Consiglio Direttivo Regionale Piemonte e Valle d'Aosta dell'ANMCO: coinvolgere i cardiologi della Regione in un progetto di comunicazione rivolto a parlare al cuore delle persone fuori dal contesto più abituale dei luoghi di cura e della scuola cioè nelle piazze, nelle strade. Partendo da un testimonial significativo, cioè un soggetto «qualunque», che rientra nella tipologia delle persone a cui intendiamo rivolgerci, che è già stato colpito da diversi episodi coronarici. Obiettivo: stimolare attivamente la popolazione sui temi della «attività fisica» e della «sana alimentazione», per sensibilizzare tutti sull'importanza, ma anche sulla semplicità, dell'applicazione di stili di vita corretti come principale prevenzione delle malattie cardiovascolari. Attraversare il Piemonte camminando giorno per giorno,

**7 tappe per 7 centri
cardiologici del Piemonte
e della Valle d'Aosta per
toccare le diverse zone
delle Regioni**

per dimostrare che non è necessario essere atleti per proteggere il nostro cuore: il cuore si allena camminando, il cuore si allena sognando. Una leggera attività fisica costante, un'alimentazione corretta, un approccio alla vita positivo, possono essere il salvacondotto che tutti dovrebbero seguire. Un Tour fatto di tappe di circa 6 km, effettuato camminando in alcuni dei principali centri urbani del Piemonte e della Valle d'Aosta (Pinerolo, Aosta, Biella, Novara, Alessandria, Alba, Cuneo, Torino) per richiamare l'attenzione e sensibilizzare la popolazione sull'importanza della pratica di una leggera attività fisica. Non vuole e non deve essere un'impresa da supereroi per non trasmettere un messaggio sbagliato: per questo le tappe percorse camminando con una lunghezza alla portata di tutti, sono state pensate perchè passasse il messaggio che anche chi arriva da una vita sedentaria può compiere «l'impresa» di camminare un'intera tappa. Obiettivo: stimolare i soggetti a rischio a svolgere una attività fisica leggera, ripetuta più volte la settimana. Il Tour si proponeva di promuovere stili di vita sani attraverso l'esempio della pratica del movimento come attività di prevenzione.

Due gli elementi chiave del progetto a ogni tappa:

- Cuori in Cammino, la camminata non competitiva percorsa dal testimonial insieme a tutti coloro che volevano fare un pezzo di strada insieme;

- Il Villaggio del Cuore, allestito nel centro della città, dove svariate attività formative hanno consentito di interagire con la popolazione. Ad ogni tappa ha partecipato chiunque volesse dare la propria testimonianza attiva all'iniziativa. Con il supporto delle associazioni «laiche», cioè non costituite da Medici, ma da cittadini, come le locali Associazioni di Amici del Cuore sono stati coinvolti anche altri soggetti che hanno avuto patologie cardiologiche. Inoltre è stato individuato per ogni tappa un Testimonial celebre invitato a partecipare, al fine di incrementare la visibilità mediatica della manifestazione. In attesa dell'arrivo della tappa, nel tardo pomeriggio, è stato allestito in una delle piazze principali il Villaggio del Cuore, con attività informative e interattive. Sono state installate alcune postazioni di tapis roulant dove la popolazione era invitata a percorrere 1 km per ricevere il gadget di Cuori in Cammino. Personale medico e infermieristico specializzato ha effettuato invece specifici Test per il controllo dei fattori di rischio coronarici. ♥

**Il tour si propone di
promuovere stili di
vita sani attraverso
l'esempio della pratica al
movimento fisico come
attività di prevenzione**



L'ANMCO Puglia e il Pianeta NAO

Pianeta NAO

PDTA multidisciplinare per la corretta gestione e follow-up dei pazienti in trattamento con i NAO

Si è concluso a Bari il 30 maggio il percorso avviato dall'ANMCO Puglia nel febbraio scorso sulla gestione multidisciplinare dei NAO (vedi *"Cardiologia negli Ospedali"* N. 203 gennaio/febbraio 2015). Da circa 2 anni in Italia è possibile utilizzare per la prevenzione dell'ictus nei pazienti affetti da fibrillazione atriale non valvolare, oltre che gli antagonisti della vitamina K (AVK), anche i nuovi anticoagulanti orali (NAO). Questi ultimi, rispetto agli AVK, hanno dimostrato pari, se non addirittura maggior efficacia, nella prevenzione dell'ictus e maggior sicurezza in termini di incidenza di eventi emorragici (in particolare per le emorragie intracraniche). L'aspetto più innovativo dei NAO è legato alla non necessità di un continuo monitoraggio del grado di anticoagulazione, che, con l'utilizzo di questi farmaci, rimane relativamente costante e non oscillante come per gli AVK. Sebbene tutto ciò ha suscitato grande entusiasmo tra medici e pazienti, non si deve ritenere che tale terapia possa prescindere da un attento monitoraggio clinico per ridurre al minimo le complicanze della terapia anticoagulante ed assicurare un'adeguata compliance al trattamento. Se da un lato la gestione

degli AVK, seppur più complessa, è ormai ben codificata da oltre 50 anni e affidata quasi esclusivamente ai centri di emostasi e trombosi, non è ancora ben definito chi e come debba gestire il follow up dei pazienti in trattamento con i NAO. L'ANMCO Puglia ha voluto, a tal riguardo, promuovere l'elaborazione di un PDTA multidisciplinare, coordinato dal Presidente Regionale Dott. Pasquale Caldarola, nel quale sono state coinvolte tutte le figure mediche

A due anni dall'inizio dell'uso nella pratica clinica dei nuovi anticoagulanti orali dubbi ed incertezze sono stati chiariti, ma non è ancora stato definito chi debba gestire il follow-up dei pazienti in terapia con i NAO...

L'ANMCO Puglia impegnata ad abbattere quest'ultima frontiera

interessate alla gestione dei pazienti anticoagulati: Cardiologi, Neurologi, Internisti, Chirurghi, Coagulologi/Ematologi, Medici di Pronto Soccorso e Medici di Medicina Generale al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

1. Definire i ruoli specifici delle varie figure mediche e le rispettive modalità di interazione.
 2. Definire la strategia ottimale per il follow-up del paziente al quale vengono prescritti i NAO al fine di garantire la prosecuzione della terapia nella massima sicurezza.
 3. Favorire una ottima aderenza alla terapia.
 4. Predisporre materiale di supporto per facilitare la comunicazione tra le varie figure mediche e guidare il follow-up del paziente sulla base di specifiche condizioni cliniche.
- Nei due workshop eseguiti, oltre ad essere state esposte le finalità del PDTA prima menzionate, sono stati individuati dei gruppi di lavoro e i loro coordinatori, di seguito elencati:
1. Gruppo per la definizione del ruolo del prescrittore;
 2. Gruppo per la definizione del ruolo dei centri TAO;
 3. gruppo per la definizione del ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG);
 4. Gruppo per l'elaborazione dei materiali di supporto.



Gruppo per la definizione del ruolo del MMG:

Sportelli Giovanni MMG
(Coordinatore)

Calvani Maurizio - Internista

Calabrese Nicola - MMG

Mazzone Anna Maria - Ematologa/
Centro TAO

Modugno Giuseppe - Cardiologo

Gruppo per la definizione del ruolo di Prescrittore:

Pellegrino Pier Luigi Cardiologo
(Coordinatore)

Cacudi Nicola - Neurologo

Misceo Salvatore - Neurologo

Scalera Giuseppe - Cardiologo

Scarafile Rita - Ematologo/Centro
TAO

Gruppo per la definizione del ruolo dei centri TAO:

Iannone Angela Maria Ematologa/
Centro TAO

Brescia Filomena - Cardiologo

Genchi Guido - MMG

Ria Luigi - Internista/Centro TAO

Gruppo per l'elaborazione dei materiali di supporto:

De Gennaro Luisa Cardiologo

Ognissanti Giuseppina - Ortopedico

Pierri Francesca - Cardiologo

Trotta Chiara - Medico di PS

Zamparella Maria - MMG

Il Documento finale ha individuato le seguenti definizioni.

Ruolo del Prescrittore: stabilisce o verifica l'indicazione al trattamento anticoagulante che si appresta a prescrivere sul Sito AIFA, informa il paziente e ne suggerisce i comportamenti, consiglia un follow-up clinico e laboratoristico, consegna una scheda paziente e una lettera per il MMG, collabora con le altre figure professionali nella gestione

dei NAO, effettua la visita ai 12 mesi per l'eventuale rinnovo del piano terapeutico.

Ruolo del MMG: individua i soggetti candidabili al trattamento NAO, effettua il counseling con il paziente o con il caregiver, esegue il monitoraggio clinico e di laboratorio, decide i comportamenti da attuare in caso di chirurgia elettiva.

Ruolo dei Centri Emostasi e Trombosi (CET): con l'avvento dei NAO sembra ragionevole che i CET mantengano un ruolo nelle varie fasi della gestione terapeutica quali la prescrizione, il contatto con il MMG e con lo specialista, gestiscano il paziente in concomitanza con procedure invasive o interventi programmati, gestiscano le complicanze eseguendo ed interpretando i test specifici in situazioni di emergenza (Tabella 1).

Scheda riassuntiva ruolo MMG		
SCENARIO	OBIETTIVO	MODALITA' OPERATIVE
A. Pazienti con FANV già nota ma non sottoposti a terapia antitrombotica o trattati con antiaggreganti	Stratificazione del rischio trombotico ed emorragico per avvio della terapia anticoagulante	MMG controlla emocromo, funzione epatica e renale PT e PTT ed invia il paziente al CET o lo specialista prescrittore, mediante accesso con richiesta SSN indicando la motivazione specifica
B. Pazienti con FANV già in terapia anticoagulante con anti-vitamina K seguiti dal CET	Valutare la possibilità di passare da AVK a NAO, considerando i criteri di eleggibilità e rimborsabilità	MMG controlla emocromo, funzione epatica e renale PT e PTT ed invia il paziente al CET mediante accesso con richiesta SSN, indicando la motivazione specifica
C. Pazienti con FA non valvole già in terapia anticoagulante con anti-vitamina K seguiti dal MMG	Valutare la possibilità di passare da AVK a NAO, considerando i criteri di eleggibilità e rimborsabilità	MMG controlla emocromo, funzione epatica e renale PT e PTT ed invia il paziente, mediante accesso con richiesta SSN, indicando la motivazione specifica, al CET o ad altro specialista prescrittore in relazione alla patologia prevalente per la quale il paziente risulta eleggibile
D. Follow-up clinico ai 12 ed ogni tre mesi	Verifica: <input type="checkbox"/> condizioni cliniche del paziente, <input type="checkbox"/> aderenza alla terapia, <input type="checkbox"/> complicanze emorragiche (angimamenti maggiori o minori) trombotiche (infarto, embolia polmonare, IIA, TVP) <input type="checkbox"/> interazioni farmacologiche: - Patologie intercorrenti, - Presenza di effetti collaterali, - Situazioni cliniche che rendano necessario un adeguamento posologico o la sospensione del farmaco	Il paziente viene valutato dal MMG con cadenza trimestrale e in caso di condizioni intercorrenti di significativo impatto clinico
E. Follow-up di laboratorio successivo al terzo mese	Valutare eventuali variazioni della funzione renale ed epatica che indicano modifiche terapeutiche	- Valutare prima dell'inizio della terapia e annualmente per tutti i pazienti emocromici. Creatinina, GFR, GOT, GPT, PT/INR, aPTT, Bilirubina, albuminemia - Valutare ogni tre mesi in pazienti con GFR < 30 ml/min: emocromo, Creatinina, GFR - Valutare ogni sei mesi in pazienti con GFR tra 30 e 50 ml/min e nei pazienti fragili emocromici, Creatinina, GFR



SCHEDA RIASSUNTIVA RUOLO CET		
SCENARIO	OBIETTIVO	MODALITA' OPERATIVE
Prescrizione	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione del paziente naive inviato da specialista o da MMG Selezione pazienti in AVK che meritano passaggio a NAO 	Rilascio piano terapeutico, impostazione della terapia, programma educativo, modulistica specifica
Contatto col MMG	<ul style="list-style-type: none"> Supportare il MMG nelle situazioni complesse (interferenze farmacologiche, complicanze) 	Rivalutazione del paziente ed eventuali suggerimenti operativi
Contatto con lo specialista	<ul style="list-style-type: none"> Eseguire consulenza in caso di eventi avversi, complicanze tromboemboliche o emorragiche 	Suggerimento delle strategie da intraprendere per superare le criticità
Gestione delle procedure invasive/interventi programmati	<ul style="list-style-type: none"> Impostare la corretta modalità di sospensione in caso di procedure invasive o interventi programmati 	Rilascio di schema scritto con indagini da eseguire e modalità di sospensione e ripresa della terapia
Gestione delle emergenze	<ul style="list-style-type: none"> Permettere un immediato ed opportuno intervento terapeutico in caso di complicanze emorragiche o tromboemboliche 	Suggerimento delle misure urgenti da adottare per affrontare la complicanza
Valutazione/esecuzione test specifici	<ul style="list-style-type: none"> Valutare l'attività anticoagulante ed adoperarsi per una eventuale correzione in caso di necessità. Programmare le indagini opportune in caso di procedure invasive o interventi in urgenza/emergenza Stabilire l'attività dell'anticoagulante in caso di situazioni particolari: pesi estremi, interventi programmati, interferenze farmacologiche, alterazioni della funzionalità renale. 	Esprimere, sulla base dell'attività farmacologica, le misure da adottare per la sua opportuna correzione e per la risoluzione delle criticità

Tabella 1

Materiale di Supporto: nella gestione del follow-up dei pazienti in trattamento con i NAO è particolarmente utile disporre di materiale di supporto omogeneo e comune a tutte le figure sanitarie coinvolte; a tal fine sono stati predisposti dei format comuni: lettera di invio paziente al primo prescrittore da parte del MMG; scheda di follow-up paziente che ha possibilità di essere informatizzata, permettendo una compilazione più rapida, precisa e può rappresentare una utile banca dati; lettera di accompagnamento da parte del Prescrittore per il MMG; calendario

assunzione farmaco. Nell'evento conclusivo, cui ha partecipato la Direzione Aziendale della ASL di Bari ed alcuni Direttori di Distretto, è stato consegnato a tutti i partecipanti un opuscolo dettagliato comprensivo del materiale di supporto. Ci si propone di far approvare il PDTA sia a livello aziendale che regionale, all'interno della Commissione Appropriata prescrittiva. Grazie all'ANMCO, la Puglia potrà avere un'unica modalità di gestione, coordinata e condivisa, dei pazienti in trattamento con i NAO dal Subappennino Dauno al finis terrae. ♥

Heidbuchel H, Verhammel P, Alings M, Antz M, Hacke W, Oldgren J, Sinnaeve P, Camm AJ and Kirchhof P. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace* (2013) 15, 625–651.

Camm AJ, Kirchhof P, Lip GY, Schotten U, Savelieva I, Ernst S et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Europace* 2010; 12:1360–420.

Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH et al. Focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Europace* 2012;14:1385–413.

Determina n. 495/2013, G.U. Serie Generale n° 127 del 1/06/2013; Determina n. 740/2013, G.U. n° 202 del 29/08/2013; Determina n. 1110/2013, G.U. n° 297 del 19/12/2013.

Recommendations for the emergency management of complications associated with the new direct oral anticoagulants (DOACs), apixaban, dabigatran and rivaroxaban.. Steiner T1, Böhm M, Dichgans M, Diener HC, Ell C, Endres M, Epple C, Grond M, Laufs U, Nickenig G, Riess H, Röther J, Schellinger PD, Spannagl M, Veltkamp R *Clin Res Cardiol.* 2013 Jun;102(6):399-412. doi: 10.1007/s00392-013-0560-7. Epub 2013 May 14.

Guida alla terapia con anticoagulanti orali- Raccomandazioni FCSA 2014. A. Falanga, G. <finazzi, C. Manotti, F. Marongiu, V. Pengo. D. Poli, A. Tosetto, A. tripodì ed al.. XIII edizione.

2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society: Craig T. January, L. Samuel Wann, Joseph S. Alpert, Hugh Calkins, Joseph C. Cleveland, Jr, Joaquin, E. Cigarroa, Jamie B. Conti, Patrick T. Ellinor, Michael D. Ezekowitz, Michael E. Field, Katherine T. Murray, Ralph L. Sacco, William G. Stevenson, Patrick J. Tchou, Cynthia M. Tracy and Clydpublished online March 28, 2014;

Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation Christopher B. Granger, M.D., John H. Alexander, M.D., M.H.S., John J.V. McMurray, M.D., Renato D. Lopes, M.D., Ph.D., Elaine M. Hylek, M.D., M.P.H., Michael Hanna, M.D., Hussein R. Al-Khalidi, Ph.D., Jack Ansell,



Schede di follow up del paziente

Scheda Follow-up
Trattamento nuovi anticoagulanti orali

Logo _____

Cognome e Nome paziente _____ Data di nascita _____

Sesso m f Peso 60 Kg Età 65 anni

Indirizzo paziente _____

Farmaco/Dosaggio (a stomaco pieno/indifferente) _____ orario assunzione _____

Indicazione al trattamento _____ Data inizio trattamento _____

Medico prescrittore _____ Tel. Centro prescrittore _____

CHA2DS2VASc score HAS-BLED score Data rinnovo Piano Terap. _____

Dati Clinici / Strumentali significativi _____

Farmacici concomitanti

Nome	Dose	Nome	Dose

FOLLOW-UP CLINICO

Dopo 1 MESE dall'inizio della terapia e poi **TRIMESTRALMENTE** a cura del MMG (a cura del prescrittore o del centro TAO in caso di complicanze o su indicazione del MMG)

Valutare:

- 1) Aderenza alla terapia
- 2) Complicanze emorragiche, tromboemboliche o effetti collaterali
- 3) Compatibilità con i farmaci in corso

Follow-up ad un anno presso il centro prescrittore

Data inizio terapia	Medico/Sede	Creatinina	CrCl (mL/min)	Emoglobina
		1,40	45	

Data follow-up	Medico/Sede	Creatinina	CrCl (mL/min)	Emoglobina
			#DIV/0!	

La tabella va aggiornata dal prescrittore, medico curante, specialista centro TAO



FOLLOW-UP LABORATORIO (esami da richiedere)

ANNUALE	SEMESTRALE (se GFR tra 30-60 mL/min o età > 75 aa)	TRIMESTRALE (se GFR tra 15-30 mL/min)
Emocromo * Funzionalità epatica Funzionalità renale Albumina (solo se epatopatici)	Funzionalità renale	Funzionalità renale

* Si consiglia esame emocromico dopo 3 mesi dall'inizio terapia e successivamente, in assenza di complicanze, a cadenza annuale.
 Se accadono condizioni intercorrenti (febbre, diarrea, vomito) che possono avere un impatto clinico-terapeutico, controllare funzionalità renale, epatica ed emocromo, anche se non programmati

GOT	GPT	Bilirubina totale	Albumina	PT/INR	aPTT

GOT	GPT	Bilirubina totale	Aggiornamento terapia o eventi

Informazioni importanti per il paziente

- Assuma i farmaci esattamente come prescritto
- Se non assume il farmaco o salta una dose non è protetto
- Non deve sospendere il trattamento senza aver consultato il suo medico
- Non deve aggiungere altri farmaci senza aver consultato il suo medico
- Informi il suo dentista o chirurgo della terapia anticoagulante orale che sta assumendo prima di qualsiasi intervento

Sanguinamento dal naso, dalle gengive, tosse con sangue, lividi insoliti, mal di testa improvviso e intenso, urine rosse, feci rosse o nere, vomito con sangue o con materiale che sembra fondo di caffè

Cosa fare in caso di:

	XARELTO®	PRADAXA®	ELIQUIS®
Dose dimenticata	Entro 12 ore dall'orario previsto: assumere. Oltre 12 ore: saltare la dose	Entro 6 ore dall'orario previsto: assumere. Oltre 6 ore: saltare la dose	Entro 6 ore dall'orario previsto: assumere. Oltre 6 ore: saltare la dose
Assunzione dubbia	Assumere comunque la dose. Continuare poi normalmente la terapia	Assumere direttamente la dose successiva	Assumere direttamente la dose successiva
Doppia dose	Continuare normalmente la terapia	Saltare la dose successiva e riprendere regolarmente dopo 24 ore	Saltare la dose successiva e riprendere regolarmente dopo 24 ore

In caso di dubbi contattare il medico prescrittore o il proprio medico di medicina generale

Modalità di gestione della terapia prima degli Interventi chirurgici

Non sospendere la terapia, ma eseguire la procedura a valle (preferibilmente 12 ore dopo l'assunzione di Dabigatran o Apixaban e 24 ore dopo l'assunzione di Rivaroxaban) per i seguenti interventi:
 estrazione da 1 a 3 denti, chirurgia parodontale, incisione di ascessi, intervento per cataratta o glaucoma, endoscopia senza chirurgia, piccola chirurgia superficiale

Per altre tipologie di intervento seguire le indicazioni che saranno fornite dal medico di medicina generale, dal medico prescrittore o da altro specialista

Lettera del MMG per il Prescrittore

Caro collega, ti invio il mio assistito Sig./ra, affetto da Fibrillazione Atriale:

Nome Cognome: _____
 Data/Luogo di nascita: _____
 CF: _____
 Residenza: _____
 MMG (nome e cod. veg.): _____

Ti chiedo di valutare la possibilità di:

Avviare il paziente a terapia con i Nuovi Anticoagulanti Orali

Avviare il paziente a terapia con AAV

Sostituire la terapia in corso (ASA o AVK) con i Nuovi Anticoagulanti Orali

Ti allego gli esami ematochimici eseguiti (emocromo, PT, PTT, Transaminasi, Creatininemia, Albumina, Bilirubinemia)

Punteggio CHA2DS2-VASc per la stima del rischio Tromboembolico

Lettera	Fattori di rischio	Punti
C	scompenso Cardiaco/difunzione ventricolo sn	1
H	(H)ipertensione (p)ertensione arteriosa	1
A	età ≥ 75 anni	2
D	Diabete mellito	1
S	Stroke/IT/embolia sistemica	2
V	malattia Vascolare (pregresso IM, ADOc, placca aortica)	1
A	età 65-74 anni	1
Sc	Sesso categoria femmina (non si calcola in caso di "lune AF" ed età < 65anni)	1

*"Lune AF": fibrillazione atriale senza storia/evidenza di Cardiopatia associata

Punteggio HAS-BLED per la stima del rischio emorragico

Lettera	Fattori di rischio	Punti
H	(H)ipertensione (p)ertensione arteriosa sistolica > 160mmHg	1
A	funzione renale e/o epatica Anormali (1 punto ognuna)*	1 o 2
S	Stroke precedente	1
B	(B)leeding sanguinamento anamnestico o predisposizione (asemici)	1
L	(L) INR Labile (< 60% del tempo in range terapeutico TTR)	1
E	Età > 65 anni	1
D	uso concomitante di FANS (Drugs) o abuso di alcol (1 punto ognuno)	1 o 2

*per funzione renale anormale si intende dialisi renale, trapianto renale o creatinina > 2.2; per funzione epatica anormale si intende una cirrosi epatica o valori di bilirubina > 2 volte il valore superiore del normale con ALT o AST o fosfatasi alcalina > 3 volte il valore superiore del normale.

Certo della tua collaborazione, porgo cordiali saluti.



INTESTAZIONE DELLA STRUTTURA PRESCRIVENTE

Caro collega,

il tuo assistito Sig./ranato il È affetto da **FIBRILLAZIONE ATRIALE NON VALVOLARE** e necessita di terapia anticoagulante orale.

Abbiamo deciso di prescrivereal dosaggio di

I Nuovi anticoagulanti orali sono farmaci che possiedono una serie di vantaggi: non richiedono più il controllo del PT, hanno scarse interazioni con gli alimenti, il loro effetto si annulla rapidamente dopo la sospensione, ma hanno, come i dicumarolici, un potente effetto anticoagulante ed un potenziale rischio emorragico.

E' necessario pertanto educare bene i pazienti al corretto utilizzo del farmaco e al tal fine abbiamo consegnato una scheda di follow-up che il paziente dovrà tenere con sé, così come raccomandato dalle linee guida europee e rendere disponibile ad ogni controllo medico.

La terapia con i nuovi anticoagulanti orali prevede un follow up clinico per valutare l'aderenza alla terapia, la presenza di eventuali complicanze emorragiche/tromboemboliche e la compatibilità dell'anticoagulante con i farmaci in corso e un follow up laboratoristico annuale, semestrale o trimestrale a seconda della funzionalità epatica e renale come indicato nelle scheda di follow-up consegnata al paziente.

Interazioni farmacologiche:

Table with 3 columns: CARICAZIONE, RIVAROXABAN, APILAZIONE. Rows include Concomitanza, Caricatura, and Note.

* I farmaci riportati in questa sezione non devono essere usati durante terapia con i NAO. Gli RCP riportano con diversa forza (controindicati da evitare - non raccomandati) la stessa sostanziale raccomandazione.

In caso di necessità potrà rivolgersi alla nostra struttura al numero

Il Prescrittore

Lettera per il Medico di Medicina Generale

Scheda sintetica compiti del prescrittore nel follow up. Table with 3 columns: COMPITI, OBIETTIVI, TEMPSTICA E MODALITA' OPERATIVE.

M.D., Dan Atar, M.D., Alvaro Avezum, M.D., Ph.D., M. Cecilia Bahit, M.D., Rafael Diaz, M.D., J. Donald Easton, M.D., Justin A. Ezekowitz, M.B., B.Ch., Greg Flaker, M.D., David Garcia, M.D., Margarita Galdes, Ph.D., Bernard J. Gersh, M.D., Sergey Golitsyn, M.D., Ph.D., Shinya Goto, M.D., Antonio G. Hermosillo, M.D., Stefan H. Hohnloser, M.D., John Horowitz, M.D., Puneet Mohan, M.D., Ph.D., Petr Jansky, M.D., Basil S. Lewis, M.D., Jose Luis Lopez-Sendon, M.D., Prem Pais, M.D., Alexander Parkhomenko, M.D., Freek W.A. Verheugt, M.D., Ph.D., Jun Zhu, M.D., and Lars Wallentin, M.D., Ph.D., for the ARISTOTLE Committees and Investigators. N Engl J Med 2011;365:981-92.

Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. Stuart J. Connolly, M.D., Michael D. Ezekowitz, M.B., Ch.B., D.Phil., Salim Yusuf, F.R.C.P.C., D.Phil., John Eikelboom, M.D., Jonas Oldgren, M.D., Ph.D., Amit Parekh, M.D., Janice Pogue, M.Sc., Paul A. Reilly, Ph.D., Ellison Themeles, B.A., Jeanne Varrone, M.D., Susan Wang, Ph.D., Marco Alings, M.D., Ph.D., Denis Xavier, M.D., Jun Zhu, M.D., Rafael Diaz, M.D., Basil S. Lewis, M.D., Harald Darius, M.D., Hans-Christoph Diener, M.D., Ph.D., Campbell D. Joyner, M.D., Lars Wallentin, M.D., Ph.D., and the RE-LY Steering Committee and Investigators*. N Engl J Med 2009;361:1139-51. Rivaroxaban versus Warfarin in

Nonvalvular Atrial Fibrillation. Manesh R. Patel, M.D., Kenneth W. Mahaffey, M.D., Jyotsna Garg, M.S., Guohua Pan, Ph.D., Daniel E. Singer, M.D., Werner Hacke, M.D., Ph.D., Günter Breithardt, M.D., Jonathan L. Halperin, M.D., Graeme J. Hankey, M.D., Jonathan P. Piccini, M.D., Richard C. Becker, M.D., Christopher C. Nessel, M.D., John F. Paolini, M.D., Ph.D., Scott D. Berkowitz, M.D., Keith A.A. Fox, M.B., Ch.B., Robert M. Califf, M.D., and the ROCKET AF Steering Committee, for the ROCKET AF Investigators*. N Engl J Med 2011;365:883-91.



Un altro esempio di fattiva collaborazione tra ANMCO e istituzioni

Appropriatezza in Sicilia

Il tema dell'appropriatezza delle prestazioni diagnostiche cardiologiche, già ampiamente affrontato dalla nostra Associazione pure su queste pagine (si vedano anche, a proposito, i due articoli pubblicati di recente sul Giornale Italiano di Cardiologia, uno nel quadro dell'iniziativa "fare di più non significa fare meglio" e uno ad opera dell'Area Prevenzione Cardiovascolare), è estremamente complesso. Le cause alle radici dell'inappropriatezza sono numerose e diverse: il progressivo invecchiamento della popolazione,

con l'incremento di soggetti con sospetta patologia cardiovascolare, la crescente attenzione dei singoli verso la propria salute, stimolata anche dalle aspettative a volte improprie determinate dall'informazione sanitaria erogata dai mass media, lo sviluppo tecnologico degli ultimi decenni, i considerevoli investimenti di risorse da parte del SSN nel settore delle cardiopatie, che hanno permesso un'ampia fruibilità di procedure diagnostiche anche sofisticate, la medicina difensivistica conseguente al boom delle denunce per malpractice, e così via. Di

conseguenza, si è determinato spesso l'utilizzo indiscriminato di tutte le procedure diagnostiche disponibili, al di fuori di specifiche indicazioni, già denunciato da tante Associazioni Scientifiche, che risulta spesso di scarso ausilio per il paziente, quando non introduca addirittura elementi di confusione, instaurando a volte inutili circuiti iperdiagnostici e/o iperterapeutici. Spesso, infatti, le procedure diagnostiche vengono sovrautilizzate, vale a dire utilizzate al di fuori delle corrette indicazioni (ovviamente, si può anche verificare il fenomeno inverso e cioè che

siano talvolta sottoutilizzate). Si può verificare, quindi, un incremento dei potenziali danni o rischi per i pazienti (quando si tratta di metodiche che prevedano l'uso di radiazioni come nel caso della scintigrafia e della coronarografia, o per il carattere invasivo delle procedure, come avviene per la stessa





coronarografia); in ogni caso, anche per l'iperutilizzo di procedure non invasive e innocue come quelle ecocardiografiche (anche per l'abitudine ormai consolidata di ricontrollare a intervalli definiti una qualsiasi patologia cardiovascolare, indipendentemente dalle condizioni cliniche e di stabilità della malattia), si verifica, quantomeno, un aumento a dismisura delle liste di attesa; tutto ciò senza considerare l'incremento esponenziale dei costi per la sanità pubblica. L'attuale organizzazione sanitaria, orientata essenzialmente sul modello della domanda, crea condizioni che mettono in crisi la sostenibilità del sistema e generano insoddisfazione nel cittadino, incrinandone la fiducia. L'esperienza insegna che le politiche di riduzione

delle liste di attesa fondate esclusivamente sull'incremento dell'offerta producono risultati limitati nel breve-medio periodo, che svaniscono più o meno rapidamente a causa della modifica di altri elementi del sistema che ne riducono o ne annullano l'effetto. È quindi necessario fare soprattutto un'analisi dei bisogni reali, distinguendoli da quelli indotti, e governare la domanda, utilizzando criteri di appropriatezza, già ampiamente esplicitati dalle Società Scientifiche. Pertanto, l'indicazione a eseguire un test diagnostico cardiologico, in un Sistema Sanitario a risorse limitate, deve necessariamente rispondere a criteri di appropriatezza. L'argomento, in un momento di grave difficoltà a causa della crisi

economica, è divenuto di estrema, bruciante attualità. Proprio di recente, il 28 luglio 2015, il Senato della Repubblica ha approvato il decreto "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali", al cui art. 9-quater si prevede che con decreto del Ministro della Salute, da adottare previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sono individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, che i medici devono specificare nelle loro prescrizioni. Gli enti del Servizio Sanitario Nazionale dovranno curare l'informazione e l'aggiornamento dei medici prescrittori ed effettuare i controlli necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni sia conforme alle indicazioni di cui al previsto decreto ministeriale (in caso diverso i medici prescrittori, sia dipendenti sia convenzionati, andranno incontro a penalizzazioni



economiche). Inizia quindi un percorso virtuoso, che viene annunciato dal Ministero della Salute come imprescindibile per coniugare sostenibilità e qualità del Sistema Sanitario Nazionale. Nella nostra Regione, tuttavia, già da tempo l'Assessorato della Salute ha intrapreso questo percorso, che ha portato a dare particolare rilievo ai criteri di appropriatezza in Cardiologia, in collaborazione con l'ANMCO ed altre Società Scientifiche. Il metodo utilizzato è stato quello dell'istituzione di tavoli tecnici dedicati, cui sono state invitate a partecipare tutte le più importanti Società Scientifiche, nella figura dei loro Presidenti regionali, con facoltà di presenziare di persona o di delegare associati di loro fiducia. Le successive indicazioni scaturite dal lavoro dei tavoli tecnici sono state redatte facendo esplicito riferimento alle Linee Guida nazionali e internazionali e ad altri documenti della letteratura scientifica, contestualizzandole nella realtà organizzativa e strutturale della nostra regione. Tale lavoro

si è dimostrato estremamente fruttuoso, portando, fino a questo momento, alla realizzazione di ben tre documenti di indirizzo (rispettivamente sui test provocativi di ischemia miocardica in Cardiologia nucleare, sulle procedure invasive diagnostiche in tema di cardiopatia ischemica e infine sulle indicazioni all'esame ecocardiografico), pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (GURS):

- **Criteri di appropriatezza dei test provocativi di ischemia miocardica in Cardiologia nucleare** (*Decreto Assessoriale del 29 dicembre 2014 pubblicato nella GURS n. 3 del 16.01.15*). Il ricorso alla scintigrafia

miocardica, che comporta un'esposizione a radiazioni ionizzanti, deve essere giustificato, nella pratica clinica, da una preliminare accurata valutazione in termini di rischio/beneficio e dopo aver valutato la possibilità di ottenere le stesse informazioni con metodiche alternative (purché altrettanto affidabili dal punto di vista clinico), come consigliato peraltro da specifiche direttive Euratom.

- **Criteri di appropriatezza delle procedure invasive diagnostiche in tema di cardiopatia ischemica** (*Decreto Assessoriale n. 701 del 22 aprile 2015, pubblicato nella GURS n.19 del 08.05.15*). Il documento si prefigge

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA (p. I) n. 24 del 12 giugno 2015 (n. 20)

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 69 - Numero 24

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 12 giugno 2015

DOCUMENTO DI INDIRIZZO

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'
Spett.le g.p., comma 20; art. 2
l. n. 44/98 - Titolo di Palermo

CRITERI DI APPROPRIATEZZA NELL'INDICAZIONE ALL'ESAME ECOCARDIOGRAFICO

GRUPPO DI LAVORO

Giovanni De Luca (coordinatore) dirigente responsabile U.O.B. "Qualità e governo clinico" Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico	
Scipione Carerj	SIC (Società italiana di cardiologia)
Wanda Deste	SIEC (Società italiana di ecografia cardiovascolare)
Marco Di Franco	ANCE (Associazione nazionale cardiologi extraospedalieri)
Salvatore Felis	ANMCO (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri) SIEC (Società italiana di ecografia cardiovascolare)
Salvatore Gibiino	ARCA (Associazioni regionali cardiologi ambulatoriali)
Pietro Ignazio Marino	SNAMID (Società nazionale di aggiornamento per il medico di medicina generale)
Vito Milazzo	SIMG (Società italiana di medicina generale)
Giuseppe Miranda	SICOA (Società italiana cardiologia ospedaliera accreditata)



di assicurare un corretto impiego delle procedure di emodinamica, focalizzando con particolare attenzione quelle indicazioni alla coronarografia che, secondo la letteratura internazionale, sono oggi da considerare del tutto inappropriate.

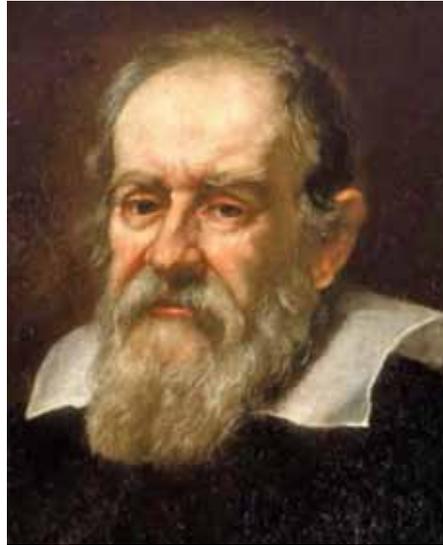
- Criteri di appropriatezza nell'indicazione all'esame

ecocardiografico (*Decreto Assessoriale n. 763 del 30.04.2015, pubblicato nel Supplemento ordinario alla GURS n. 24 del 12.06.2015*). Il documento, in un quadro di razionalizzazione delle risorse, è nato per combattere l'opinione comune secondo cui un esame di per sé innocuo come l'ecocardiogramma non si nega a nessuno.

Tali documenti, nel rispetto prioritario dell'indipendenza del personale sanitario e della libertà di ogni singola indicazione medica, intendono mettere a disposizione degli operatori sanitari (specialisti Cardiologi, Medici Nucleari, Medici di Medicina Generale e tutti quanti si

occupano del settore), uno strumento pratico di rapida consultazione, utile ad assicurare un corretto e ragionato impiego degli strumenti diagnostici al fine di ottimizzare l'appropriatezza del ricorso a tali procedure, migliorando l'efficacia del sistema di cura, la sicurezza per i cittadini assistiti e l'efficienza nell'allocatione delle risorse economiche. La scelta di eseguire esami appropriati, completi, univoci, comprensibili e possibilmente utili nell'ambito clinico permette di perseguire obiettivi di qualità promuovendo - mediante il governo della domanda - il contenimento in modo concreto delle liste di attesa allo scopo di garantire a tutti i cittadini tempi di accesso adeguati ai loro reali problemi clinici e la riduzione del numero di indagini non appropriate, in modo tale da realizzare non tanto una riduzione del numero totale delle procedure, quanto piuttosto un ottimale utilizzo delle stesse, eliminando elementi di spreco di risorse preziose in ambito di sanità pubblica. Gli sforzi realizzati

dalla Regione Sicilia in materia di appropriatezza, segnatamente in ambito cardiologico, sono stati positivamente rilevati dalla Corte dei Conti in occasione del giudizio di parificazione del rendiconto generale della Regione Siciliana svoltosi nel luglio del corrente anno. Il Procuratore Generale d'Appello, in sede di requisitoria, ha rilevato, infatti, che *“tra le note positive, merita approvazione l'attività svolta dall'Assessorato della Salute, volta a ridurre gli sprechi pur mantenendo inalterata la qualità della prestazione: mi riferisco (...) all'attenzione dedicata agli eventi cardiologici che, da soli, costituiscono una parte ingente della spesa regionale”*. Questi documenti, infine, rappresentano un'ulteriore, concreta prova dello stato avanzato di collaborazione fruttuosa che ormai in Sicilia si è realizzato tra le istituzioni regionali e le associazioni scientifiche, in primis la nostra ANMCO. ♥



«Misura ciò che è misurabile e rendi misurabile ciò che non lo è»
Galileo Galilei

Utilizzo dei biomarcatori nella stratificazione del rischio cardiovascolare nel genere femminile

**Possono i nuovi biomarcatori aiutarci a realizzare una
migliore stratificazione del rischio?**

La malattia cardiovascolare (MCV) è attualmente la causa principale di morte nel mondo e questo è soprattutto vero nel genere femminile. Per stratificare il rischio di un individuo di sviluppare MCV sono state create nel corso degli anni le cosiddette carte del rischio. La più nota e utilizzata è la carta del

rischio sec Framingham Risk Score dalla quale derivano le carte europee SCORE e le Carte del Cuore italiane. Queste mettono in relazione: ETÀ-SESSO-FUMO-IPERTENSIONE-COLESTEROLO TOTALE e permettono così di identificare il rischio CV a 10 anni.

1) A RISCHIO MOLTO ALTO: MCV

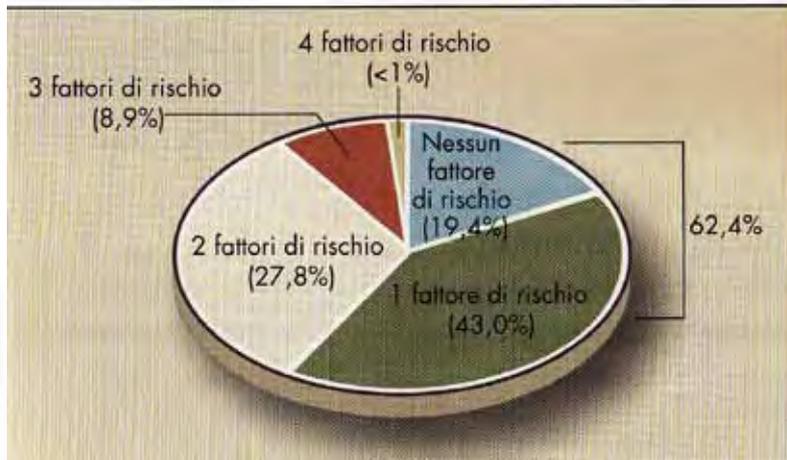
documentata, nota, Diabete mellito, IRC severa: Score > 10% (30% delle carte italiane).

2) RISCHIO ALTO: Diabete mellito - IRC moderata; presenza di altri fattori di rischio: score tra 5-10% (europeo tra 20-30%).

3) RISCHIO MODERATO: score tra 1-5%.



Cos'è un Biomarker: è una caratteristica che è oggettivamente misurabile e valutabile come INDICATORE di un processo biologico normale o patologico, oppure una risposta ad un intervento terapeutico (Clin.Pharmacological.Ther 2001)



Adattata da Khot UN, et al. : Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. JAMA 2003 , 290 : 898/904

10-15 anni il mondo scientifico si è mosso per cercare un “qualcosa” che, aggiunto ai tradizionali fattori di rischio, potesse migliorarne la stratificazione. Questo qualcosa può essere o un nuovo fattore di rischio o un marcatore di rischio, detto anche Biomarker. Cos'è un Biomarker? Secondo la definizione del National Institutes of Health Working Group – Biomarkers and Surrogate End Points: Preferred Definitions and Conceptual Framework (Clin. Pharmacological.Ther 2001): è una caratteristica che è oggettivamente misurabile e valutabile come indicatore di un processo biologico normale o patologico, oppure una risposta ad un intervento terapeutico. Lo possiamo ricavare da un campione biologico, da un paziente o da un test di imaging. Quindi è diverso dal fattore di rischio che presenta un nesso causale con la malattia, questo è associato alla malattia, misura il processo ma non ne è la causa. Altre caratteristiche:

- Accurato
- Riproducibile facilmente.
- Facile da interpretare dai clinici e accettato dal paziente.
- Deve essere costo-efficacia.

Ma soprattutto deve rispondere a queste 3 domande:

- 1) Vi è un'associazione statisticamente significativa tra il biomarker e l'outcome?
- 2) Il nuovo biomarker può migliorare il valore predittivo del rischio se aggiunto a quello già stabilito dal FRS?
- 3) Quindi può in qualche modo modificare il nostro atteggiamento terapeutico? In Figura 1 il numero

Figura 1

4) RISCHIO BASSO > 1% (cuore > 3%).

A dispetto di queste stime sul rischio circa il 60% della popolazione sviluppa MCV pur avendo o un

solo fattore di rischio o nessuno, pazienti perciò definiti a basso rischio. Credo che sia esperienza di tutti. Quindi qualcosa ancora ci sfugge. Ecco perchè negli ultimi

A dispetto delle stime sul rischio CV, circa il 60 % della popolazione sviluppa malattia cardiovascolare pur avendo o un solo fattore di rischio o nessuno, sono perciò pazienti definiti a basso rischio. Credo sia esperienza di tutti. Quindi qualcosa ancora ci sfugge. Ecco perchè negli ultimi 10 - 15 anni il mondo scientifico si è mosso per cercare un “qualcosa” che, aggiunto ai tradizionali fattori di rischio, potesse migliorarne la stratificazione. Questo qualcosa può essere o un nuovo fattore di rischio o un marcatore di rischio, detto anche BIOMARKER



**Possiamo ricavare un biomarker da un campione biologico, da un paziente o da un test di imaging
Quindi è diverso dal fattore di rischio che presenta un nesso causale con la malattia**

di biomarker finora analizzati. Focalizzeremo la nostra attenzione su quelli più studiati nel genere femminile.

CORONARY ARTERY CALCIUM SCORE

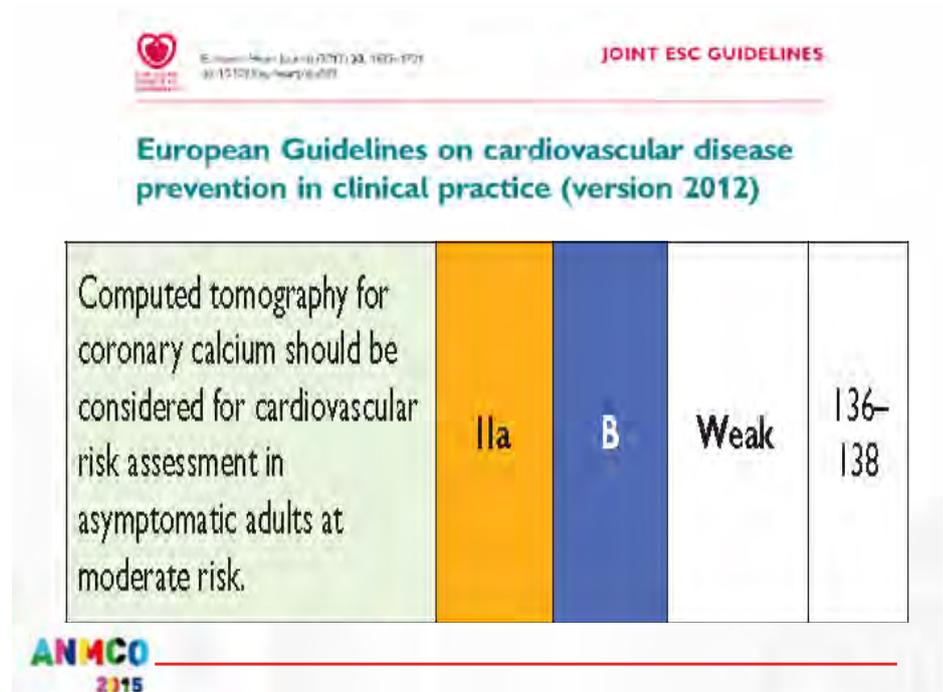
Questo marcatore va a valutare la presenza di placche calcificate nelle coronarie utilizzando la tomografia assiale a fascio di elettroni o l'angiografia multistrato. Tale valutazione è stata realizzata e poi validata in uno score da Agagston nel 1990 su JACC. Molti studi prospettici hanno dimostrato una associazione statisticamente significativa tra alto CACs e il rischio di sviluppare MCV. Tra questi uno dei più importanti è lo Studio MESA.

CORONARY ARTERY CALCIUM SCORE AND RISK FOR CARDIOVASCULAR EVENTS IN WOMEN CLASSIFIED AS LOW RISK BASED ON FRAMINGHAM RISK SCORE (Multi Ethnic Study of Atherosclerosis) Arc.Int.Med 2007
Questo è uno studio epidemiologico multicentrico che è andato a valutare il significato prognostico del CACs su una popolazione definita a basso rischio sec FRS in un follow-up di 3 anni. Erano poco più di 3.000 donne

e 3.000 uomini. Nella popolazione femminile con CACs alto: >300 vi era un rischio 6 volte maggiore di sviluppare MCV e ciò a prescindere dall'età, l'etnicità e dagli altri fattori di rischio. Inoltre migliora la C-statistica passando da 0.77 del FRS a 0.81 e migliora anche la riclassificazione: NRI del 25%. Anche il Rotterdam Study giunge alle stesse conclusioni. Possiamo quindi pensare che il CACs può essere utilizzato? Vi sono dei limiti legati alla tecnica: lo score non valuta la sede delle calcificazioni. Poi vi è il problema dell'esposizione alle radiazioni, anche se basse (1mSv) e degli artefatti che possono sovrastimare la lesione e quindi lo score. Inoltre gli studi sono studi prospettici, con brevi follow-up e su popolazioni molto selezionate, le donne il primo, pazienti anziani

(> di 55 anni) il secondo. Per questo (Figura 2) le Linee Guida europee sulla Prevenzione Cardiovascolare 2012 pongono la valutazione del CAC score in classe di raccomandazione IIa con livello di evidenza B in pz adulti, asintomatici che presentano un rischio intermedio, nei quali il clinico pensa che sia necessario fare un'ulteriore rivalutazione del rischio. **PROTEINA C REATTIVA AD ALTA SENSIBILITÀ.** È una proteina prodotta dal fegato sotto lo stimolo dell'interleuchina - 6 di cui molti studi hanno dimostrato la presenza e il ruolo nell'ambito del processo di aterogenesi. Questo perché ormai è noto che il processo di aterogenesi non è più soltanto un "lipid affair", ma è un processo che coinvolge i mediatori dell'infiammazione e ciò è soprattutto vero nel genere

Figura 2





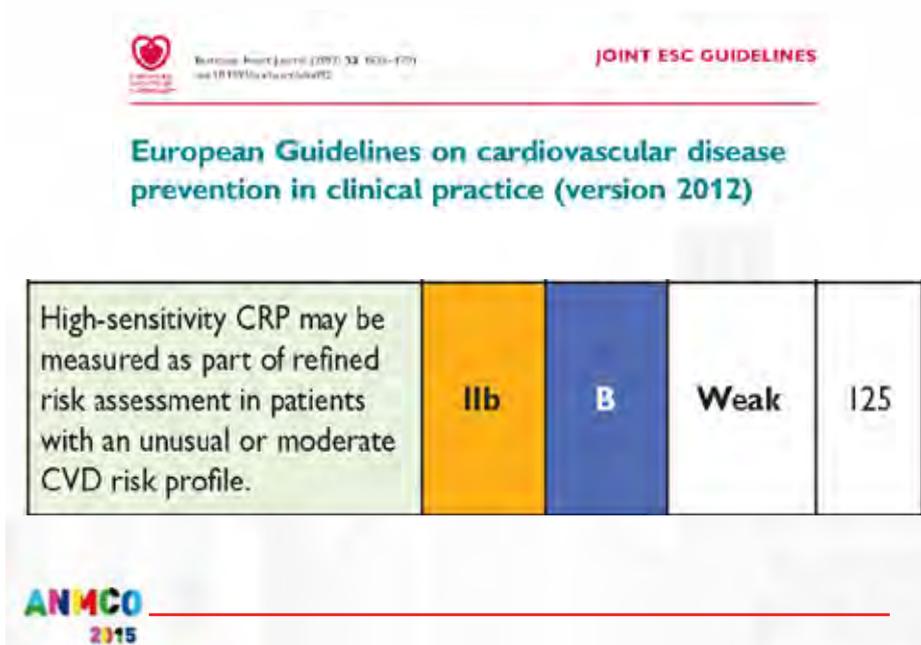
Sta emergendo un numero importante di nuovi biomarcatori al fine di meglio identificare pazienti a maggiore rischio cardiovascolare sui quali applicare strategie comportamentali e terapeutiche più aggressive, ma nessuno è supportato da ampie e forti evidenze tali da giustificare la loro implementazione nella pratica clinica.

femminile. Uno dei più importanti studi sulla hs-PCR è quello di P. Ridker, che ne ha fatti molti su questo argomento, pubblicato sul NEJM nel 2000: C-Reactive Proteine and Other Markers of Inflammation in the Prediction of Cardiovascular Disease in Women. Questo lavoro prospettico analizza in circa 28.263 donne dello Studio Women's Health Study, in un follow-up di 3 anni, la comparsa di MCV in relazione ai valori basali di hs-PCR. Gli eventi erano statisticamente significativi tra le donne che avevano più alti valori di hs-PCR, indipendentemente dagli altri fattori di rischio, aumentando in maniera significativa la C-statistica, concludendo che la hs-PCR è un

significativo predittore di rischio cardiovascolare. Da qui ovviamente sono seguiti una moltitudine di lavori, tuttavia nonostante aumenti l'area sotto la curva e migliori la riclassificazione, le metanalisi degli studi non hanno convinto gli esperti, per cui nelle Linee Guida AHA/ACC 2012 la valutazione del hs-PCR è in classe di raccomandazione IIb livello di evidenza B nei soggetti adulti asintomatici a rischio intermedio (Figura 3). Nel 2007 Ridker pubblica su JAMA un nuovo score di rischio, il Reynold Risk Score, che associa ai tradizionali fattori di rischio la hs-PCR e la familiarità cardiovascolare. È uno studio prospettico su 24.558 donne sane nel quale venivano confrontati lo

score di rischio tradizionale e il nuovo score. Follow-up a 10 anni. Il nuovo score permetteva di riclassificare il 40-50% delle donne che erano a rischio intermedio o ad alto o basso rischio, migliorando l'accuratezza. Tale score è stato indicato come in classe I nella stratificazione del rischio cardiovascolare sia dalle Linee Guida AHA e ACC 2010 e anche dall'Effectiveness-Based Guideline for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women Circulation 2011. Qual è il futuro? Nuove biotecnologie permetteranno di identificare particelle piccolissime del nostro organismo coinvolte nei processi di aterogenesi, nascono così la genomica, proteomica, metabolomica, trascritpomica, ecc. Altri biomarker in fase di studio Cromosoma 9P21, Vit D, Adiponectina, Hba1c, Aptogobina. In conclusione sta emergendo un numero importante di nuovi biomarcatori per identificare pazienti a maggiore rischio cardiovascolare sui quali applicare strategie comportamentali e terapeutiche più aggressive, ma nessuno è supportato da ampie e forti evidenze tali da giustificare la loro implementazione nella pratica clinica, ove si escluda la hs-PCR e la familiarità cardiovascolare nel Reynolds Risk Score. soprattutto nel genere femminile. Molti studi saranno ancora necessari ma come disse Galileo Galilei: «Misura ciò che è misurabile e rendi misurabile ciò che non lo è». ♥

Figura 3



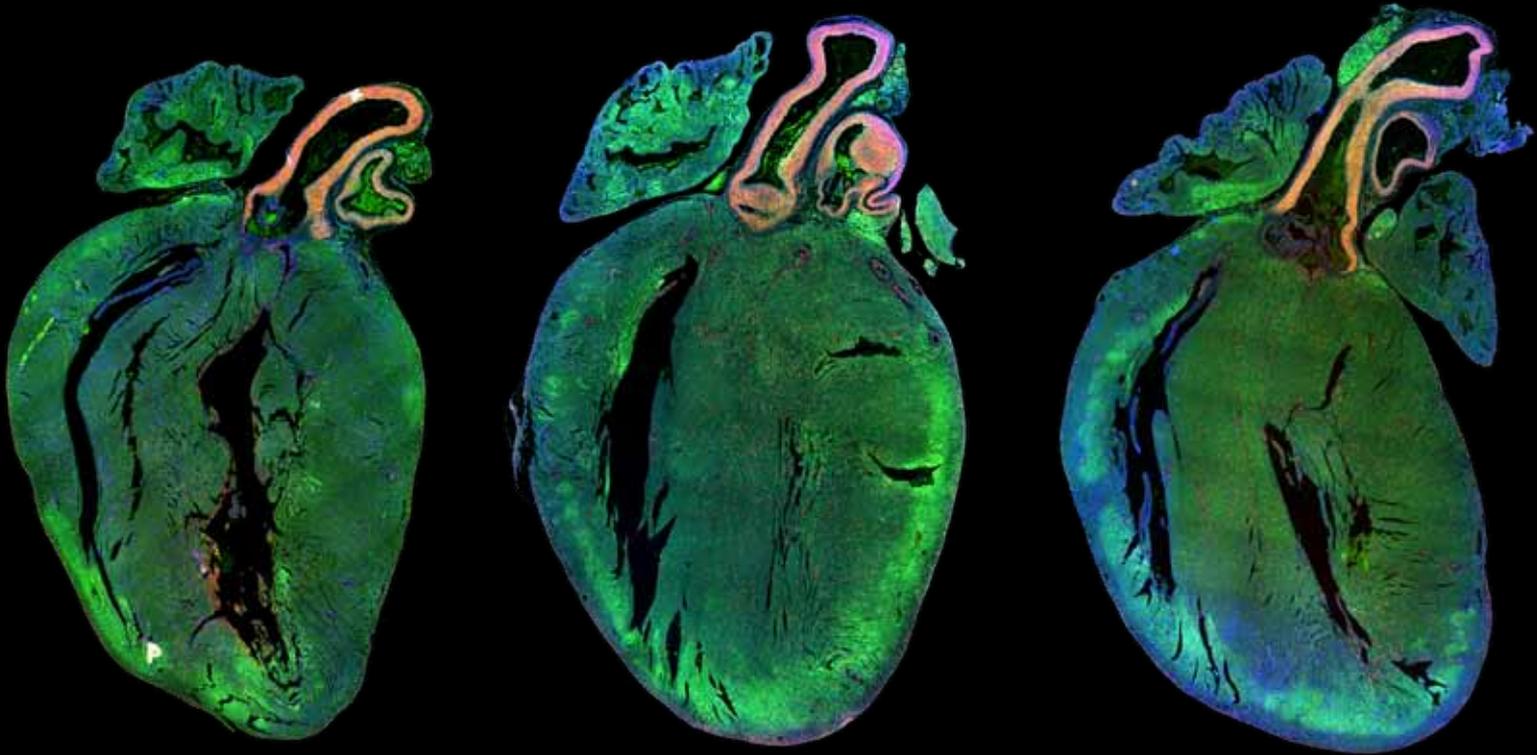


Figura 1 - Cuori trattati con due microRNA che aumentano la proliferazione delle cellule cardiache (al centro e a destra), confrontati con un cuore di controllo (a sinistra). La figura mostra la presenza di molte cellule cardiache in attiva replicazione all'interno della massa muscolare del ventricolo sinistro, che risulta allargato di spessore, nei cuori trattati con i microRNA. In verde: cardiomiociti; rosso: nuclei dei cardiomiociti in attiva replicazione; blu: tutti i nuclei delle cellule.

Cosa sappiamo noi Cardiologici sulla rigenerazione miocardica

Intervista al Prof. Giacca Mauro, Direttore dell'International Centre
for Genetic Engineering and Biotechnology di Trieste

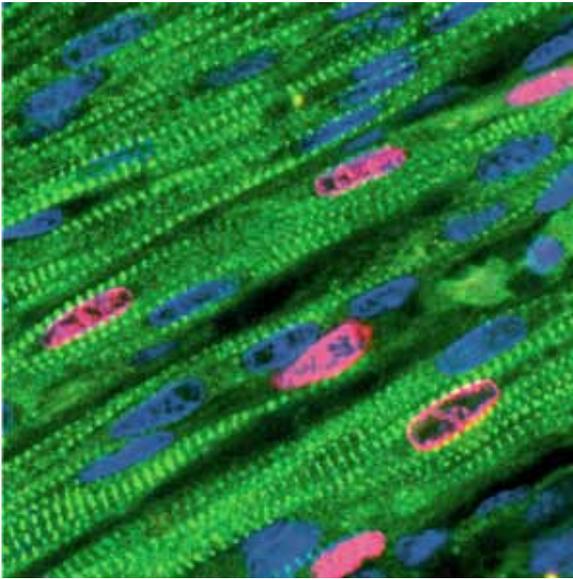


Figura 2 - Sezioni al microscopio a fluorescenza di un cuore trattato con uno dei microRNA che aumentano la proliferazione delle cellule cardiache. I cardiomiociti appaiono verdi e presentano le striature tipiche dell'apparato contrattile del cuore. I nuclei sono blu, con la presenza di numerosi nuclei rosa, indicativi del fatto che rispettive cellule si sono replicate da poco.

A Trieste esiste una struttura di eccellenza, dove è possibile dedicarsi con passione e devozione alla ricerca scientifica di base in campo molecolare. È l'International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology (ICGEB), un'organizzazione internazionale, no-profit nel campo della ricerca scientifica, dell'ingegneria genetica e della biotecnologia, con standard di ricerca di eccellenza. Direttore di tale Struttura è il Prof. Mauro Giacca, laureato in Medicina e Chirurgia, da sempre dedito alla ricerca scientifica in campo medico soprattutto su biologia molecolare e cardiovascolare.

Domanda: Prof. Giacca, perché questo interesse sulle cellule cardiache e il loro potenziale rigenerativo?

Prof. Giacca: È noto che la presenza di fibrosi cardiaca secondaria ad un danno ischemico o infettivo, porta ad un'incapacità contrattile e perdita di

elasticità tale da sviluppare a livello clinico uno scompenso cardiaco che sappiamo avere una prognosi decisamente severa, peggiore della maggior parte dei tumori, in quanto più della metà dei pazienti muore entro 5 anni dalla diagnosi. Purtroppo a livello farmacologico non esistono terapie in grado di 'far rigenerare il cuore'. Quest'ultimo ambizioso obiettivo sembra più facilmente perseguibile dalle nuove biotecnologie, con lo sviluppo di farmaci basati su proteine (fattori di crescita), acidi nucleici (DNA, RNA) o cellule (cellule staminali di vario tipo), in grado instaurare dei programmi biologici tali da portare al ripristino del miocardio danneggiato.

Domanda: Qual è il reale potenziale potere proliferativo del cuore?

Prof. Giacca: Il cuore è il primo organo che si forma durante lo sviluppo embrionale e si accresce grazie alla rapida replicazione dei cardiomiociti. Nell'uomo e nei mammiferi in generale, i

cardiomiociti smettono di proliferare pochi giorni dopo la nascita; essi sono ancora in grado di duplicare il DNA dividere il nucleo una o due volte al massimo, ma non di dividere il citoplasma. Ne risulta una popolazione di cellule multinucleate, verosimilmente incapaci di proliferare ulteriormente. Nell'adulto il cuore è ancora in grado di aumentare le proprie dimensioni ma ciò avviene essenzialmente mediante un aumento di dimensione (ipertrofia) dei cardiomiociti, il cui numero permane però pressoché invariato per tutta la vita dell'individuo. Tutto ciò però non accade in ogni specie. Esistono, infatti, anfibi e pesci che a differenza dai mammiferi conservano la capacità di rigenerare completamente il cuore anche in vita adulta: la rimozione dell'apice cardiaco in questi animali è seguita dalla generazione di nuovo tessuto muscolare perfettamente funzionante. Uno dei modelli più studiati per la medicina rigenerativa è lo zebrafish (*Danio Rerio*), in cui la riparazione del tessuto cardiaco avviene grazie all'attiva replicazione di cardiomiociti maturi che sono capaci di tornare indietro nel proprio stato di differenziamento. Anche in alcuni mammiferi di piccola taglia, come il ratto e il topo, il potenziale proliferativo del muscolo cardiaco si mantiene per alcuni giorni dopo la nascita. L'induzione di un infarto del miocardio o addirittura la resezione dell'intero apice cardiaco in un topo neonato (fino a 5-7 giorni dopo la nascita) sorprendentemente sono riparati da un processo rigenerativo che non lascia tracce, cioè senza la formazione di cicatrice fibrosa.

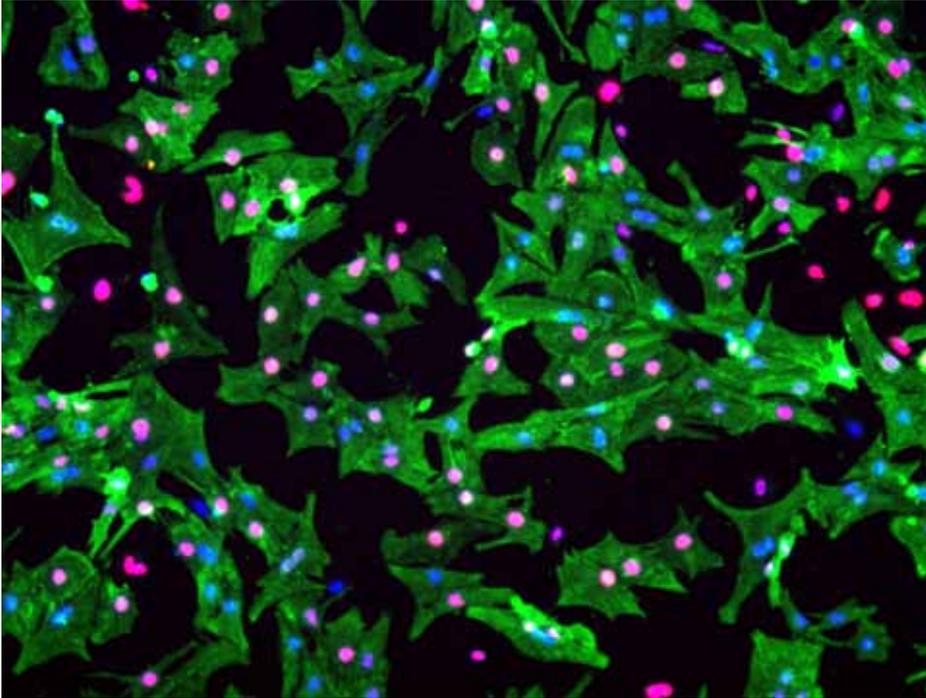


Figura 3 - Immagine al microscopio a fluorescenza di cellule del cuore coltivate in laboratorio e trattate con uno dei microRNA che inducono la loro proliferazione. I cardiomiociti sono colorati in verde; quelli che contengono un nucleo rosa anziché blu sono quelli che si sono replicati in seguito al trattamento con i microRNA.

Domanda: È possibile far attivare questo meccanismo anche nei cardiomiociti adulti?

Prof. Giacca: I primi tentativi di rigenerare il cuore hanno provato a utilizzare le cellule staminali o i cardiomiociti derivati da queste in laboratorio. Le cellule staminali embrionali (ES) sono le cellule staminali per eccellenza, in grado di replicarsi illimitatamente e capaci di dare origine a ogni tipo di tessuto presente nel nostro organismo (totipotenti); una volta indotte a differenziarsi in cardiomiociti garantirebbero quindi una sorgente pressoché illimitata di elementi cellulari da trapiantare dopo un danno. Tuttavia l'utilizzo clinico delle cellule ES comporta una serie di problematiche ad oggi insormontabili. In primis, queste cellule sono intrise di un potenziale tumorigenico preoccupante: se

impiantate in un cuore adulto, esse formano un bizzarro tumore (teratoma), formato da molteplici tipi cellulari, in parte differenziati a formare osso, cartilagine, intestino, cute e annessi cutanei, etc. Inoltre come tutte le cellule eterologhe possono essere rigettate dall'organismo. Infine, la terapia basata su cellule ES presenta importanti implicazioni etiche, poiché richiede la manipolazione e distruzione dell'embrione per uso sperimentale.

Molte di queste limitazioni potrebbero essere sorpassate grazie al lavoro di Shinya Yamanaka, che nel 2006 a San Francisco è riuscito a convertire delle cellule somatiche differenziate, in particolare dei fibroblasti cutanei, in cellule staminali analoghe a quelle embrionali, mediante il trasferimento di quattro geni (Oct3/Oct4, Sox2,

Klf4 e c-myc). Le cellule staminali così ottenute sono state chiamate cellule staminali pluripotenti indotte (*induced pluripotent stem-cells*, iPS) e rappresentano un'attraente alternativa alle cellule ES per ottenere nuovi cardiomiociti specifici per ciascun paziente.

Domanda: In campo clinico c'è stata un'applicazione di queste cellule? Con quali risultati?

Prof. Giacca: Cardiomiociti derivati da cellule ES umane sono stati per ora sperimentati una sola volta nella scimmia, a Seattle, con risultati promettenti ma ancora molto preliminari. Altri laboratori, invece, e in particolare quello di Piero Anversa a Boston, ha provato a impiantare nel cuore cellule staminali adulte, derivate dal midollo osseo o dal cuore stesso. A dispetto dei risultati promettenti ottenuti dalla sperimentazione animale, la trasposizione clinica, effettuata in diverse fasi e su centinaia di pazienti con infarto del miocardio o scompenso cardiaco, si è rivelata però molto deludente.

Domanda: Quindi bisogna arrendersi... ed abbandonare l'idea del cuore che si rigenera?

Prof. Giacca: Una strada decisamente più percorribile sarebbe quella di riuscire ad individuare un farmaco

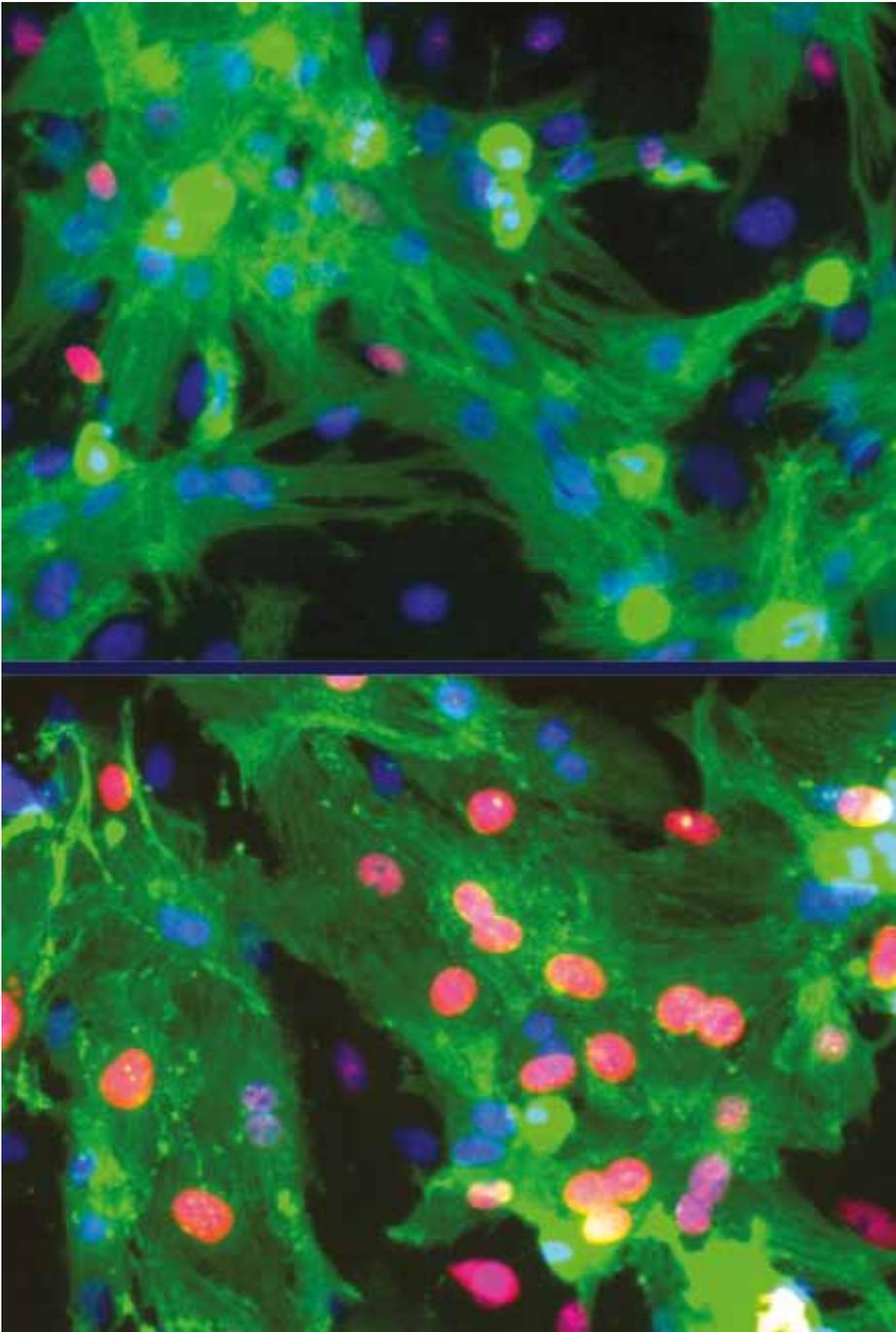


Figura 4 - Immagini al microscopio a fluorescenza di cellule del cuore coltivate in laboratorio, non trattate (parte superiore) o trattate con uno dei microRNA che inducono la loro proliferazione (parte inferiore). I cardiomiociti sono colorati in verde; quelli che contengono un nucleo rosa anziché blu sono quelli che si sono replicati in seguito al trattamento con il microRNA. Questo trattamento induce una massiccia proliferazione delle cellule.

capace di indurre la proliferazione dei cardiomiociti già presenti nel cuore, una molecola che possa essere prodotta, distribuita e somministrata con facilità e a basso costo. Per questo scopo, appaiono particolarmente promettenti i farmaci genetici, molecole di DNA o RNA in grado di attivare complesse funzioni biologiche, come ad esempio la proliferazione cellulare. La terapia genica moderna non si limita a trasferire geni classici, codificanti per proteine, ma utilizza anche altre molecole di DNA o RNA, dotate di svariate azioni biologiche. Ad esempio, i microRNA (miRNA) sono piccole molecole di RNA, lunghe 21-22 nucleotidi, capaci di regolare simultaneamente l'espressione di centinaia di geni bersaglio. La scoperta di tale meccanismo molecolare di regolazione dell'espressione genica, denominato interferenza a RNA, ha valso ai suoi scopritori, i ricercatori americani Andrew Fire e Craig Mello, il premio Nobel per la Fisiologia e la Medicina nel 2006: infatti ciascun miRNA è in grado di legare qualsiasi RNA messaggero che contenga una sequenza di nucleotidi complementare ad esso e così di interferire con la produzione della relativa proteina. Potendo silenziare contemporaneamente multiple proteine, in genere coinvolte in un medesimo processo biologico, ogni miRNA è potenzialmente un regolatore *master*, capace di attivare o di spegnere programmi cellulari complessi, quali l'identità funzionale di una cellula, la sua morte, la sua sopravvivenza o la sua capacità di proliferare.

Domanda. E voi, come avete sfruttato

Figura 5 - *Lo zebrafish*

questa strada?

Prof. Giacca: Il nostro team ha recentemente condotto uno screening per identificare miRNA in grado di stimolare la proliferazione dei cardiomiociti, al fine di individuare potenziali strumenti terapeutici per ottenere la rigenerazione cardiaca. Sono stati così individuati 40 miRNA capaci di stimolare significativamente la crescita dei cardiomiociti neonatali e adulti in coltura. Alcuni di questi sono stati anche iniettati *in vivo*. Somministrati ad un animale neonato, questi hanno comportato la formazione di un cuore più grande rispetto al controllo non trattato, eppure strutturalmente normale, con un impressionante aumento di cardiomiociti proliferanti perfettamente integrati nella struttura del muscolo cardiaco. Gli stessi miRNA si sono anche rivelati in grado di stimolare la rigenerazione del tessuto cardiaco a seguito di un infarto acuto, comportando una riduzione della cicatrice e un significativo miglioramento della funzionalità cardiaca, valutata mediante ecocardiografia.

Domanda: Come valuta questi risultati che sono stati pubblicati su un'importante rivista come 'Nature'?

Prof. Giacca: Complessivamente i risultati di questo studio sono decisamente incoraggianti, ma la strada da percorrere verso la sperimentazione clinica rimane ancora lunga. Sarà necessario validare

l'efficacia dei miRNA in modelli di mammiferi maggiori, come ad esempio il cane e il maiale, nonché nei cardiomiociti umani. Considerato l'effetto pro-proliferativo dei miRNA, di primaria importanza sarà anche verificare l'assenza di effetti collaterali, primo fra tutti la possibilità che queste molecole favoriscano la crescita dei tumori. Un altro aspetto rilevante sarà l'individuazione della via e della forma di somministrazione più efficaci e sicure. Inoltre, il fatto di non esser gravati da problematiche etiche di alcun tipo, fanno sì che i miRNA appaiano oggi come un'arma terapeutica unica e particolarmente promettente per la terapia genica e la medicina rigenerativa. Potrebbero essere proprio i miRNA ad aprire le porte allo sviluppo di veri farmaci che rigenerino un cuore danneggiato.

Domanda: Gentile Prof. Giacca chi

sono i collaboratori di questa sua ricerca?

Prof. Giacca: Una ricerca come la nostra è il frutto di un grande lavoro di team. Devo ricordare la Dott.ssa Serena Zacchigna, che ha condiviso con me molti degli aspetti organizzativi e ideativi del progetto, la Dott.ssa Ana Eulalio e il Dott. Miguel Mano, che hanno condotto gli esperimenti che hanno portato alla scoperta dei microRNA in grado di stimolare la rigenerazione del cuore, il Dott. Matteo Dal Ferro, fondamentale una serie di esperimenti condotti dopo l'infarto e il Dott. Marco David, che ha scoperto alcuni dei meccanismi con cui i microRNA funzionano. Tutto il progetto è condotto in collaborazione con il Professor Gianfranco Sinagra e la sua equipe. ♥



Il progetto PARSIFAL di buona pratica clinica

Lo screening dei familiari degli ischemici prematuri

La maggior parte dei Cardiologi

ha familiarità con i concetti di prevenzione primaria e secondaria. Strasser nel 1978 introdusse il termine di *prevenzione primordiale* per indicare una strategia per prevenire lo sviluppo dei fattori di rischio, promuovendo comportamenti sani. I “germogli”

dell'aterosclerosi sono presenti fin dall'infanzia in particolare nei figli dei soggetti con cardiopatia coronarica prematura (CC). Con quest'ultimo termine le task force europea ed americana prendono in considerazione una CC che si manifesta clinicamente prima dei 55 anni negli uomini e prima dei 65 nelle donne. Un'aggregazione familiare di CCP è stata documentata



L'INIZIATIVA PARSIFAL:
Vedere lontano

da oltre 30 anni e circa il 15% di tutti gli infarti è giustificato solo dalla storia familiare. I figli di questi soggetti hanno, rispetto ai controlli, un rischio aumentato da 2.5 a 7 volte di sviluppare a loro volta una coronaropatia, mentre il rischio assoluto a 10 anni è del 20%. L'associazione tra malattia coronarica dei genitori e presenza di fattori di rischio nei figli probabilmente riflette

l'impatto sia dei fattori genetici sia di quelli ambientali (stile di vita familiare).

Perché una prevenzione primordiale

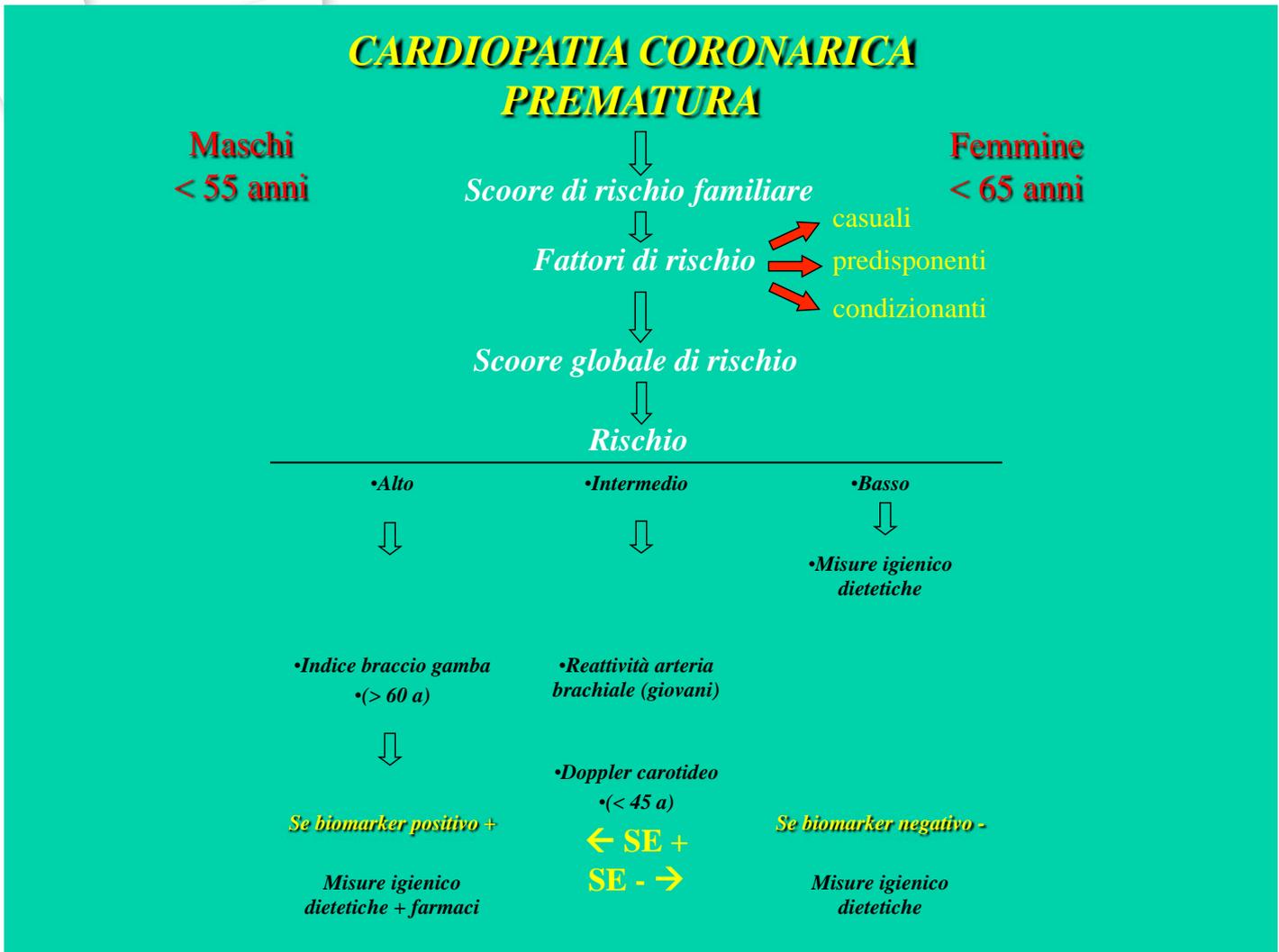
È difficile stabilire in un soggetto adulto per quanto tempo e con quanta forza agisce ciascun fattore di rischio, perché solo per il fumo è possibile indagare in senso retrospettivo e quantitativo.

Molte abitudini di vita, che

sono largamente responsabili della CC, s'instaurano nell'infanzia e sono difficili da modificare più tardi nell'età adulta. La riduzione dei fattori di rischio nei soggetti adulti ad alto rischio non sempre ha dato risultati soddisfacenti. Si va sempre più rilevando il ruolo della trasmissione genetica nel determinare il grado, la severità e l'evoluzione del



Figura 1



processo aterosclerotico. Una serie di studi su popolazioni giovanili condotta negli Stati Uniti e in altre parti del mondo ha documentato la presenza di fattori di rischio già nei bambini, indipendentemente dai differenti strati socio-economici e soprattutto nei bambini appartenenti a popolazioni con elevata presenza di CC e nei figli di soggetti con familiarità di CCP. Fra i fattori di rischio maggiormente implicati nella genesi della CC, particolare importanza assumono nei ragazzi le alterazioni del tasso dei lipidi plasmatici, i valori anormali

della pressione arteriosa, l'abitudine al fumo, l'obesità e la sedentarietà.

Lo score del rischio familiare

La valutazione del rischio familiare migliora se si usa uno score quantitativo che tenga conto del numero dei familiari e dell'età nella quale si è verificato l'evento ischemico (Figura 1).

Lo score di rischio familiare è una variabile continua basata sul confronto tra numero di eventi coronarici osservati o riportati e il numero degli eventi attesi nella famiglia. Poiché il calcolo di questo score richiede l'informatizzazione,

è stata proposta una soluzione più semplice (Tabella I).

Se in una famiglia numerosa non si sono verificati eventi cardiovascolari, il dato è protettivo.

Se non sono presenti eventi in una famiglia poco numerosa o se è presente un evento in una famiglia numerosa, il rischio è moderato.

Il rischio è aumentato se si è verificato un evento in una famiglia di dimensioni medie o un evento precoce in una famiglia numerosa. Invece è importante la presenza di un evento precoce o 2 eventi a qualsiasi età. Se nella famiglia si sono verificati più di 2 eventi in età prematura, il

Un nuovo compito dei cardiologi ospedalieri sarà quello di fornire informazioni adeguate ai pazienti con cardiopatia ischemica prematura, sollecitandoli a far valutare i propri familiari e in particolare i figli più giovani

Rischio	Score	Storia familiare
Protettivo	0	No eventi cardiovascolari in famiglia numerosa
Lieve	< 0.5	No eventi in famiglia poco numerosa o un evento in famiglia numerosa
Moderato	≥ 0.5	Un evento in famiglia di medie dimensioni o un evento precoce in famiglia numerosa
Importante	≥ 1	Un evento precoce o 2 eventi a qualsiasi età
Altissimo	≥ 2	Più di 2 eventi precoci

Tabella 1

rischio è altissimo.

Questo score è stato utilizzato in diversi studi di comunità: in una ricerca caso-controllo, il Family Risk Score è risultato un fattore di rischio indipendente sia in presenza sia in assenza degli altri fattori di rischio tradizionali e non. Negli uomini e nelle donne di media età, uno score > 1 incrementa il rischio relativo di sviluppare un evento coronarico fino a 5 volte.

Lo screening dei familiari degli ischemici precoci

Lo score globale dei fattori di rischio comprende età, sesso, colesterolemia totale, colesterolo LDL e HDL, fumo, ipertensione arteriosa sistolica, trattamento dell'ipertensione arteriosa. Poiché è stato dimostrato che questo score si rapporta con la presenza di aterosclerosi aortica

precoce, la sua valutazione potrebbe rappresentare il punto di partenza per stratificare i soggetti a rischio alto, intermedio o basso. I soggetti con rischio intermedio o alto dovrebbero essere sottoposti ad esami non invasivi di facile praticabilità per migliorare la predizione e selezionare i soggetti da sottoporre a modificazioni sostanziali dello stile di vita o a terapia farmacologica.

Lo screening dei familiari degli ischemici precoci

Poiché in base agli studi clinici, epidemiologici ed osservazionali condotti è stato dimostrato che la familiarità è un importante fattore di rischio per i discendenti, molte Società Scientifiche raccomandano la valutazione del rischio coronarico nei parenti dei cardiopatici ischemici prematuri. Viceversa raramente



Figura 2



PROBANDO: SESSO M F ETÀ _____

Ha avuto una malattia al cuore?

Angina SI NO Infarto SI NO Angine Pectoris SI NO Bypass SI NO Angioplastica/Stent SI NO ICTUS SI NO

Se sì, quando? _____

Soffre di ipertensione? SI NO Colesterolo alto? SI NO Fissione _____ Glicemia Alta Basse Normale

Prende farmaci per: Pressione alta SI NO Cuore SI NO Colesterolo SI NO

Un familiare ha avuto?:

FAMILIARITÀ	INFARTO	ANGINA PECTORIS	BYPASS	ANGIOPLASTICA/STENT	ICTUS
Moglie/Marito: ETÀ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so
Madre: ETÀ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so
Padre: ETÀ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so
Fratello 1: ETÀ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so
Fratello 2: ETÀ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so
Fratello 3: ETÀ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so
Sorella 1: ETÀ _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so

Figura 3

i Cardiologi europei eseguono uno screening di questi soggetti. Nell'Euroaspire II, solo nell'11% dei familiari e nel 6% dei bambini di pazienti con CCP sono stati valutati i fattori di rischio. Nello studio ACCEPT (Stati Uniti) solo il 18% dei pazienti con CCP è stato invitato a far valutare i propri familiari. Abbiamo proposto all'Heart Care Foundation, che l'ha approvato, lo Studio **PARSIFAL** (Premature Atherosclerosis Study in Italian FAmiLies) (Figura 2) che si propone di valutare, anche per la buona pratica clinica, i figli e partner di maschi (<55 anni) o femmine (<65 anni) con coronaropatia documentata angiograficamente,

infarto del miocardio, angioplastica o bypass a-carrualati nel 2016, riportando su apposita cartella (Figura 3) i dati relativi a: presenza di cardiopatia ischemica, età, sesso, BMI, pressione arteriosa, lipidi, glicemia, fumo ecc. e ove possibile, rilevare lo

spessore dell'intima media delle carotidi o il flusso in arteria brachiale. I parenti a rischio cardiovascolare saranno sottoposti a un intervento educativo ed eventualmente farmacologico. Quelli con profilo di rischio elevato saranno studiati con ecografia Doppler dei tronchi epiaortici per la ricerca dell'ispessimento medio-intimale (marker precoce di aterosclerosi subclinica vascolare).

Conclusioni

La storia familiare di CCP perciò è rilevante nella pratica clinica, perché:

- la sua presenza nei due genitori incrementa marcatamente il rischio di eventi coronarici nei discendenti,

- riflette i "patterns" genetico e comportamentale con cui il probando spartisce l'ambiente familiare,
- il grado di rischio varia con l'età nella quale compare la malattia e con il grado di parentela,

La storia familiare di cardiopatia coronarica prematura è un importante fattore di rischio per i discendenti. L'Heart Care Foundation ha approvato il progetto PARSIFAL che si propone di valutare i figli e i partner di maschi (<55 a) e femmine (<65) con una qualsiasi forma di cardiopatia ischemica prematura documentata. Questi saranno sottoposti a un intervento educativo eventualmente farmacologico

Strasser dal 1978 ha introdotto il termine di prevenzione primordiale diretta a evitare a comparsa dei fattori di rischio nei giovani

I cardiologi devono fornire queste informazioni ai pazienti con cardiopatia coronarica prematura sollecitandoli a far valutare i propri familiari

- deve prendere in considerazione fratelli, sorelle, genitori e altri familiari dei pazienti con CCP,

- la storia familiare di CCP è un mezzo sufficiente per identificare i soggetti ad alto rischio,
- perciò tutti i parenti, almeno di primo grado, devono essere sottoposti a una preliminare valutazione del rischio globale per stabilire la classe di rischio e l'intensità dell'intervento preventivo.

Nel PARSIFAL il programma educativo prevede: informazioni ai soggetti, con set di diapositive, incontri specifici locali, feedback periodici, open forum per discutere i casi, infine un Simposio al prossimo

SUGGERIMENTI PER PARTNER E FAMILIARI: se avete genitori o fratelli con CIP

- Fatevi esaminare prima della comparsa della malattia



Figura 4

Congresso Nazionale ANMCO per discutere i risultati aggregati a livello nazionale.

Un nuovo compito dei Cardiologi sarà perciò quello di fornire informazioni adeguate ai pazienti con

CCP, sollecitandoli nello stesso tempo a fare valutare i propri familiari e in particolare i figli più giovani. Anche i medici di medicina generale dovrebbero impegnarsi in questa attività. ♥

L'ANMCO dovrebbe organizzare corsi regionali di formazione sulle modalità per affrontare questo problema molto importante per attuare una prevenzione dei fattori di rischio il più presto possibile



Procreazione
medicalmente assistita
e dono di embrioni
crioconservati per la ricerca:
un'importante pronuncia
della Corte
Europea
dei Diritti dell'Uomo



Qual è l'oggetto della legge 40 del 2004?

La legge 40 del 2004 è intervenuta a disciplinare la c.d. procreazione medicalmente assistita (d'ora in poi pma), espressione con la quale ci si riferisce alle tecniche volte a favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana. Si tratta di un testo legislativo che è stato oggetto di diverse pronunce della Corte Costituzionale – tre per l'esattezza, avutesi nel 2009, nel 2014 e da ultimo nel 2015 – che ne hanno parzialmente, ma significativamente modificato la originaria fisionomia. Sono infatti venuti meno, rispettivamente, il limite numerico massimo predeterminato dal legislatore di embrioni da crearsi ai fini di un unico impianto; il divieto di fecondazione eterologa e, da ultimo, la preclusione per le coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili, rispondenti ai criteri di gravità di cui all'art. 6, comma 1, lettera b), della legge 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza), accertate da apposite strutture pubbliche, di ricorrere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Si può ricorrere liberamente alla pma?

No. Il legislatore ha previsto taluni limiti entro i quali potersi avvalere di tali tecniche. Innanzitutto ci si deve rivolgere esclusivamente presso

le strutture, pubbliche e private, che, godendo dei requisiti posti dal legislatore, abbiano ottenuto apposita autorizzazione. Ancora, l'art. 5 riserva tale possibilità a coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi. Inoltre, più in generale, la pma rappresenta per il legislatore una *extrema ratio*: l'art. 4 statuisce infatti che il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonché ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.

Per quali ragioni vengono in considerazione tali limitazioni?

La ragione ricavabile dalla lettura dello stesso testo legislativo parrebbe da individuarsi nella volontà del legislatore di "tutelare" in qualche misura le coppie che non riescano ad addivenire facilmente, per così dire, all'esperienza genitoriale da tecniche comunque invasive. Conferma di tanto si ricava dalla previsione espressa dell'operare in materia del principio di gradualità affermato dal co. 2 dell'art. 4, volto proprio a circoscrivere il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i

destinatari, ispirandosi al principio della minore invasività.

È prevista qualche forma di attenzione o di tutela anche per l'embrione?

Certo! Particolarmente importanti in tal senso sono gli art. 13 e 14 della stessa legge.

Cosa prevedono tali disposizioni?

Sostanzialmente esse pongono il divieto di sperimentazione scientifica sugli embrioni, a meno che non intervenga una condizione che, sola, può legittimare la ricerca clinica e sperimentale: ossia che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso e purché non siano disponibili metodologie alternative. Ancor più vietate sono poi la selezione eugenetica, la clonazione e la creazione di chimere: tutte ipotesi che richiamano alla mente l'immagine dello scienziato in preda a delirio di onnipotenza che ha ispirato memorabili pagine della letteratura (con esiti infausti anche nella realtà letteraria).

Il nostro Paese, dunque, ha operato una scelta per così dire di prudenza, condivisibile a mio parere. Il nostro ordinamento, come abbiamo avuto modo di vedere in altra occasione, subordina l'acquisto della capacità giuridica e quindi della dignità di soggetto all'evento della nascita. Ciò non toglie che forme di tutela possano e debbano essere previste



pure per fasi della vita “previe” rispetto alla nascita, anche e soprattutto in considerazione del fatto che il diritto in tali ambiti si confronta con tematiche di carattere etico che non possono essere risolte con un approccio semplicistico. Particolarmente significativa, in tal senso, è una recentissima sentenza della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo emanata il 27 agosto 2015 proprio sul ricorso proposto da una cittadina italiana. Questa, in particolare, chiedeva alla Corte di pronunciarsi sulla legittimità del divieto di donare i propri embrioni, sottoposti a crioconservazione nel 2002, per la ricerca, assumendo che proprio tale divieto violasse il suo diritto alla vita privata, garantito dall’art. 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo, nonché il suo diritto di proprietà di cui all’art. 1 del Protocollo 1, allegato alla medesima Convenzione.

È quindi possibile la crioconservazione?

In linea generale, no. Proprio l’art. 14 prima citato prevede un divieto generale in tal senso, al quale può derogarsi soltanto ove il trasferimento nell’utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione. In questo caso la crioconservazione è consentita fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile.

Si consideri peraltro che la stessa legge prevede che debba essere prodotto un numero di embrioni non superiore a quello strettamente necessario per un unico impianto. La vicenda sottoposta alla Corte Europea ad ogni modo, bisogna evidenziare, ha avuto la sua origine in un momento antecedente alla emanazione ed entrata in vigore della legge 40.

Qual è stata la decisione della Corte?

La Corte ha rigettato il ricorso, assumendo che la scelta italiana di precludere la possibilità di donare gli embrioni formati *in vitro* e non impiantati e, nel caso di specie, crioconservati, non sia in alcun modo lesiva dei diritti vantati dalla ricorrente. Molto interessanti, ovviamente, sono le argomentazioni spese in tal senso dalla Corte che ha previamente rilevato come la questione sottoposta sia foriera di interrogativi di carattere etico di rilevante spessore.

Quanto alla pretesa violazione del diritto alla vita privata – che, ricorda la stessa Corte, certamente implica anche una dimensione relativa all’autodeterminazione – il Giudice di Strasburgo ha ritenuto la legittimità della scelta operata dal legislatore italiano: l’emanazione della legge 40 è stata preceduta da un ampio dibattito scientifico che ha involto anche i profili di carattere etico. Inoltre, pur essendovi taluni Paesi che hanno fatto proprio una scelta

maggiormente permissiva, la Corte stessa ricorda come finanche nella Convenzione di Oviedo, all’art. 27, si ammetta che i vari Paesi possano adottare misure maggiormente restrittive quanto alla ricerca, purché tali scelte siano frutto di una adeguata ponderazione dei vari interessi coinvolti. Proprio il confronto avutosi precedentemente alla elaborazione della legge 40 consente di ritenere soddisfatta tale condizione.

La ricorrente aveva però sostenuto anche la violazione del suo diritto di proprietà: qual è stata la statuizione della Corte al riguardo?

Anche questo argomento è stato respinto, e ritengo più che condivisibilmente, dalla Corte. Il diritto di proprietà si esercita su beni, su cose cioè che sono apprezzabili sotto un profilo economico e patrimoniale. Profili, questi ultimi, che in alcun modo possono riferirsi all’embrione umano.

Si tratta in conclusione di una sentenza particolarmente importante nella misura in cui si confronta, anche se implicitamente, con profili particolarmente delicati: il rapporto tra scienza ed etica; i limiti della ricerca scientifica e, prima ancora, la definizione di vita e di essere umano. Profili che involgono la definizione di valori primi dai quali muovere e che costituiscano al contempo costante direttrice dell’agire medico e scientifico. ♥



“L’infarto”

Piccola guida per evitarlo o mal che vada sopravvivergli felici, di Claudio Cuccia

Letto per voi

La collana Farsi un’idea, per i tipi de il Mulino, è nata per aiutare i lettori a orientarsi nella selva di stimoli, notizie e sollecitazioni cui sono quotidianamente sottoposti e renderli in grado di interpretare gli eventi del mondo moderno in modo più consapevole. Si occupa, quindi, di politica, istituzioni, economia, società, religione, psicologia, scienza e ambiente, ma anche di medicina. Ho il piacere di comunicarvi che proprio in questa collana è stato recentemente pubblicato un libro, *“L’infarto. Piccola guida per evitarlo o mal che vada sopravvivergli felici”*, il cui autore è un nostro stimato collega e consocio, Claudio Cuccia, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia e Presidente del Gruppo di Studio Nazionale ATVB. Il libro (e non libercolo come modestamente lo descrive l’Autore) è rivolto a un pubblico “laico”, pazienti che hanno subito un infarto, loro familiari, curiosi del mondo e vuole essere un viaggio in questa patologia, fra termini come colesterolo, coronarografia, stent, ECG, che vengono spiegati e contestualizzati per potere essere compresi da tutti senza misteri. Dai

sintomi al primo soccorso, dai fattori di rischio ai farmaci, alla prevenzione, passando per le ansie e gli interrogativi dei familiari e le prassi delle visite di controllo, “l’infarto” è un vero e proprio vademecum cardiologico di informazioni essenziali, precise e chiare, utile ad attrezzarsi per evitare il problema, saperlo riconoscere subito e, nel caso, gestirlo con consapevolezza nel tempo. E trattarlo seriamente ma con ironia, con leggerezza, con brio, talvolta col sorriso, come ha fatto Claudio, significa spogliarlo del suo alone minaccioso sostenendo lo spirito dei malcapitati, non certo per sottovalutarne l’importanza, ma per poterlo vivere con minore angoscia, liberi dai luoghi comuni e dalle inutili ansie di chi, colpito al cuore, riceve ancor più danno allo spirito. Il tono del volume, disponibile anche in versione e-book, si evince dai titoli dei vari capitoli: da “I farmaci” a “La psiche, il danno, la via d’uscita” ai più lievi ma non per questo meno importanti o seri “Angina d’amour” o “Non toccate la Luisona”. Un manuale, insomma,



di buona prassi e di indicazioni mediche specifiche, ma scritto gradevolmente, in uno stile scorrevole e con un linguaggio accessibile e a volte divertente. Il libro va però ben oltre. Come prefigurato dal titolo dell’ultima parte, L’Ospedale come luogo di cultura, “L’Infarto” è anche una guida dotta, una miniera di fonti



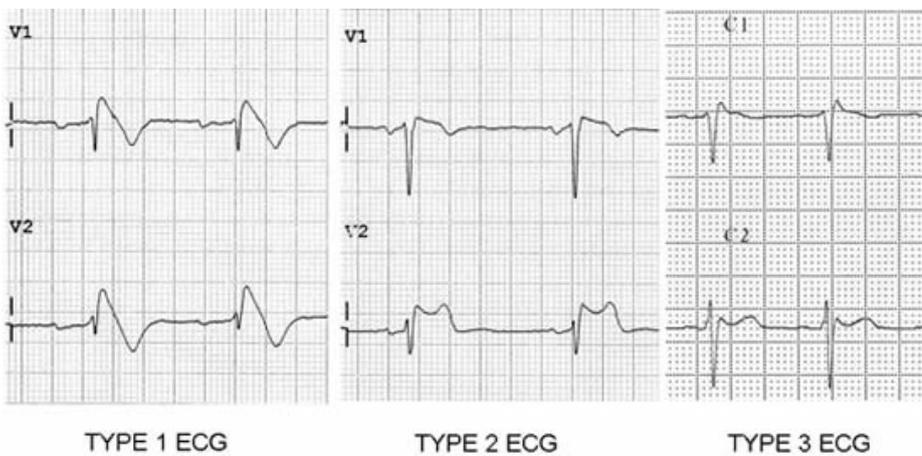
etimologiche, di richiami alla storia della medicina e della cardiologia, di citazioni letterarie tratte da Seneca, Dante, Shakespeare, Voltaire, Montale, Pirandello, Melville, Camus, Pessoa, Levi, ma anche da PG Wodehouse (grazie, Claudio, per aver ricordato un autore che ha allietato la mia adolescenza), JK Jerome, Stefano Benni, Philip Dick, Fruttero e Lucentini. La caleidoscopica cultura dell'Autore, tuttavia, non si ferma alla sola letteratura, affrontando le più svariate citazioni, dal cinema (Sergio Leone e il dott. Tersilli) allo sport (Italia - Germania 4 a 3 e Gustav Thoen) all'arte culinaria (inimitabile il passo sulla Kaiserschmarrn, la frittata dolce di Francesco Giuseppe).

Se un piccolo appunto va fatto, non mi sento di condividere lo scetticismo nei confronti degli omega-3 (ma ho un conflitto di interessi, come partecipante al GISSI Prevenzione, studio che mi ha dato il mio solo articolo su Lancet). Molto più perdonabile l'aver immaginato i nostri progenitori alle prese col Tirannosauro, vissuto nel Cretacico superiore e quindi circa 65 milioni di anni prima dell'avvento dell'uomo (a meno che si tratti di Jurassic Park). In conclusione, a parte gli scherzi, è un volume molto interessante per tutti coloro che vogliono conoscere cos'è la malattia cardiaca, ma pure per tutti i medici e gli psicologi che si occupano di cardiopatici. ♥



Pietro... e Brugada

Ovvero la strana sindrome del Cardiologo che ti spiega la sindrome di Brugada



Pietro ha 67 anni e da quando era poco più di un bambino ha lavorato la terra in uno dei tanti paesini della provincia italiana (Nord, Centro o Sud, non importa); insomma è uno dei tanti contadini che si guadagnano da vivere col sudore della propria fronte, incuranti della crisi economica, dello spread, della Merkel e della Grecia. Si alza ancora all'alba e va a letto al tramonto, con le galline. Una vita di sacrifici, che ai nostri occhi di lettori colti e agiati potrebbe sembrare infelice. Invece, Pietro felice lo è, fa da sempre quello che gli piace: vede crescere le piante che ha seminato e coltivato, con amore. Da tanti anni è sposato con Tina, la donna alle quale ha sempre voluto bene, ricambiato, e che ancora, nelle notti serene e silenziose della campagna (silenziose mica tanto, con

tutto quel frinire di grilli e cicale), ama senza necessità di ricorrere ad alcun inibitore delle fosfodiesterasi. Pietro e Tina hanno due figli, che si sono allontanati dai campi e vivono nella cittadina più vicina; Gina è maestra (ops! Docente di scuola primaria, per essere politically correct) e Antonio è impiegato al Comune. Pietro è da sempre stato il ritratto della salute; la vita all'aria aperta l'ha reso robusto e forte, mentre lui ci ha messo del suo evitando il vizio del fumo; si concede, come è giusto, solo un po' di vino (fatto con i suoi grappoli, che porta alla locale cantina sociale) durante i pasti (lui non lo sa, ma ovviamente la sua alimentazione rispecchia in pieno i principi della dieta mediterranea, e le eventuali calorie in più sono bruciate al lavoro). Però Gina e Antonio, da bravi figli, sono preoccupati per

la salute di questo genitore che, a un'età in cui tanti si limitano a frequentare un'università per anziani o tutt'al più a portare a spasso il cane, si intestardisce a lavorare, anche con una certa intensità. Per questo motivo portano il padre (che obbedisce, in verità di malavoglia) a una visita di controllo presso il medico di famiglia, un anziano professionista che conosce Pietro sin da bambino e che lo ha assistito nei pochi eventi patologici che hanno caratterizzato la sua storia clinica: qualche raffreddore, una frattura al braccio, uno o due episodi di colica renale. Il controllo è scrupoloso, ma non può che confermare quello che lui e il suo medico sapevano già: Pietro è sano come un pesce, compatibilmente con l'età; peso e pressione arteriosa sono invidiabili. Tuttavia il medico, per completezza, non può esimersi dal prescrivere una routine di esami ematochimici (che, manco a dirsi, sono normali; il target di LDL-colesterolo non è un problema per Pietro) e l'inevitabile "visita cardiologica con ECG". Il Cardiologo è un serio professionista che, dopo anni di attività presso l'Ospedale del capoluogo di provincia, ha saggiamente deciso di mettere le sue competenze a disposizione dei cittadini del paese natale. Il suo esame obiettivo conferma l'assenza di



segni patologici; anche l'ECG sembra normale ("tutto a pos..") quando all'improvviso l'occhio allenato dello specialista cade sul tratto ST in VI-V3. "In verità un piccolo problema c'è... dimmi, Pietro, ma nella tua famiglia ci sono stati parenti che sono morti, per così dire, all'improvviso?"

"In effetti, la mamma ci ha lasciati a 74 anni, nel sonno, ma era malata, aveva un tumore al seno" (Pietro in realtà parla in dialetto, che qui tradurremo sia per la comodità di voi lettori sia per lasciare nell'anonimato regionale tutto questo racconto). A questo punto, come intuibile, Pietro viene trascinato negli ingranaggi dell'elettrofisiologia; il Cardiologo gli organizza un ricovero presso il centro di riferimento aritmologico del capoluogo della regione. Li Pietro è sottoposto a tutti gli accertamenti, come si dice, del caso. Completati questi, l'ultimo giorno il Direttore, che aspetta da un momento all'altro il transfer per l'aeroporto, dove partirà per l'immane Congresso Filippino di Cardiologia, consegna la relazione al Dirigente anziano, che

però deve preparare una lettura e non ha tempo; la lettera di dimissione passa così di mano in mano tra diversi strutturati ("devo entrare in sala operatoria", "c'è un'urgenza in Ginecologia", "ho una consulenza di Pronto Soccorso") fino ad arrivare a quelle dello specializzando di secondo anno che, non avendo altri impegni, è incaricato del colloquio finale con Pietro. "Lei, caro signore, è affetto da una sindrome di Brugada di tipo 1." "Ma... che significa?"

"Vede il suo elettrocardiogramma? Queste chiare anomalie sono state descritte da alcuni autori spagnoli, dei fratelli, di cui uno per caso porta proprio il suo nome..."

"Non mi interessa (in realtà l'espressione usata da Pietro è un pò più colorita) chi era questo spagnolo. Perché, invece, mi è venuta questa malattia?"

"Vede, la spiegazione più accreditata si richiama agli effetti della riduzione delle correnti positive in entrata del sodio e del calcio, sa, sono dei sali, sulla corrente transitoria in uscita del potassio, i cui livelli di

espressione variano essendo maggiori nell'epicardio che nell'endocardio..."

"Mi scusi, dottore – lo interrompe il figlio Antonio, le cui competenze di commesso comunale non lo rendono in verità molto più adatto di Pietro a comprendere queste affascinanti teorie – ma, in sostanza, mio padre è grave?"

"Purtroppo queste alterazioni costituiscono la base elettrofisiologica di un'aumentata suscettibilità a sviluppare una tachicardia ventricolare polimorfa o una fibrillazione ventricolare da rientro".

Antonio alla parola fibrillazione ventricolare impallidisce, perché ha frequentato un corso BLS per laici "ma... qual è allora la cura?"

"In realtà non vi sono farmaci specifici, né vi è indicazione ad impianto di un defibrillatore. Dovrà solo essere seguito dal suo Cardiologo. Questo è tutto, buongiorno". L'intera famiglia, con un Pietro particolarmente terreo, ritorna al Cardiologo della cittadina. "Com'è andata?"

"Male, dottore, sono gravissimo. Mi hanno fatto tanti accertamenti,



ma è una malattia incurabile. Mi hanno detto che è un problema di sale, ma io, dottore, non capisco, ne ho sempre usato pochissimo, le mie verdure sono saporite anche da sole". Il Cardiologo, resosi conto di avere innescato un problema, cerca di essere rassicurante spiegando che

la probabilità di eventi nei pazienti asintomatici è bassa ("ma in realtà lei è fortunato, non ha mai avuto una sincope"), ma non vi è nulla da fare, ormai la serenità di Pietro, e della sua famiglia, è perduta per sempre. Pietro, nei tre mesi successivi, ritornerà più volte dal suo Cardiologo lamentando

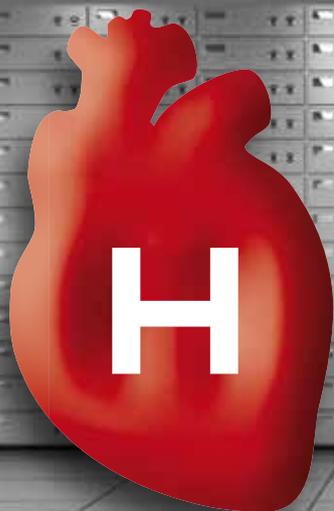


(c) 2006 Valentina Abinanti

un variegato corteo sintomatologico, consistente di volta in volta in dispnea, sudorazione, palpitazioni, vertigini, lipotimie, persino diarrea persistente. Quello che era un felice lavoratore è ora un uomo distrutto, triste, depresso, che non si reca più a lavorare nei suoi amati campi, non ha più voglia di fare l'amore con la moglie, trascorre a letto la gran parte delle sue giornate. La qualità della sua vita si è significativamente deteriorata. Questa versione romanzata di un vero caso clinico ci ricorda come un'esistenza felice possa essere sconvolta da una diagnosi occasionale di una patologia il cui impatto psicologico è reso più pesante dal fatto che, data l'assenza di un trattamento efficace, i pazienti non possono beneficiare del conforto psicologico di sentirsi protetti. Quale sarà la fine di Pietro, questo a noi non è dato sapere: riuscirà col tempo a metabolizzare la situazione e a convivere col suo elettrocardiogramma o viceversa farà sfortunatamente parte di quel quattro % di pazienti che ogni anno sono vittime di una morte improvvisa dopo aver avuto diagnosticato una diagnosi di sindrome di Brugada (e chi può dire se l'impatto psicologico della diagnosi non possa agire come un trigger di aritmie fatali per questi pazienti)? Un'ultima considerazione: questo caso è anche emblematico della grande importanza che ancora oggi, in una epoca caratterizzata da grandi conoscenze e tecnologie all'avanguardia nella nostra disciplina, hanno il rapporto umano e la comunicazione col paziente. High-tech sì, ma anche, soprattutto, High-touch. ♥

METTI IL CUORE

IN CASSAFORTE!



Per visionare o scaricare il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici attiva la card **BANCOMHEART** inserendo il PIN, il tuo codice fiscale e la password segreta nel form di registrazione online: www.bancadelcuore.it

PIN N. 1234567890

CODICE FISCALE

PASSWORD

L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo Cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

LA SALUTE DEL NOSTRO CUORE È IL BENE PIÙ PREZIOSO: È LA NOSTRA STESSA VITA... METTIAMOLO IN CASSAFORTE!

Nasce la BANCA DEL CUORE:

il tuo elettrocardiogramma con i valori della pressione arteriosa e i tuoi dati clinici verranno custoditi in una "cassaforte" virtuale. Grazie al tuo **BANCOMHEART** personale, potrai aprirla tutte le volte che vorrai, anche a distanza, tramite computer, tablet o smartphone.

- ♥ Vai su www.bancadelcuore.it e consulta l'elenco delle Cardiologie aderenti
- ♥ Prenota il tuo elettrocardiogramma presso la Cardiologia prescelta
- ♥ Richiedi la card **BANCOMHEART** all'atto dell'esame
- ♥ Attiva la tua card **BANCOMHEART** collegandoti al sito www.bancadelcuore.it per rendere sempre visibili e scaricabili il tuo elettrocardiogramma e i tuoi dati clinici, ovunque e a ogni tua richiesta.

TUTTI I DETTAGLI DELL'INIZIATIVA SU www.bancadelcuore.it



L'Istituto Superiore di Sanità, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri e la Fondazione per il Tuo Cuore collaborano per la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

LA BANCA DEL CUORE è un'iniziativa promossa da **ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri** e dalla **Fondazione per il Tuo Cuore - HCF Onlus**.



L'ANMCO

Avanti sulla strada del cambiamento

