

Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDILOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Convention Consensus Documents e Stati Generali ANMCO 2015

Reportage da Gubbio

ISCHEMIA Trial: quale razionale?

Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO

Cinque cose che... l'Area Aritmie

Cardioimaging nelle endocarditi alla luce delle Linee Guida ESC

La Terapia Intensiva Cardiologica due punto zero: è cambiata?

Survey Area Giovani

"Per aspera ad astra..." attraverso le asperità alle stelle!

Il cuore nel mondo: un cocktail storico - sentimentale

Cuore e sessualità

Congresso Regionale ANMCO Calabria

Convegno Cardiologico a Fermo: Innovation In Cardiology

Attività del Gruppo di Rianimazione Cardiopolmonare ANMCO-AHA

Diritto all'identità sessuale e rettificazione dell'attribuzione di sesso

E che caso, dottore!

L'ANMCO

Avanti sulla strada del cambiamento...

grazie al contributo di tutti!

NOVEMBRE • DICEMBRE 2015 N°208



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

BANCA DEL CUORE

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**.



Nuova edizione 2016 Cardiologie Aperte

da lunedì 8 a domenica 14 febbraio 2016



Ogni Cardiologia sarà libera di avviare le proprie attività a livello locale nel rispetto degli obiettivi che animano l'iniziativa Cardiologie Aperte e che mirano a modificare gli stili di vita in difesa della salvaguardia di un cuore sano.

È possibile consultare sul sito web www.periltuocuore.it gli Opuscoli relativi alla prevenzione delle malattie cardiovascolari della Fondazione "per il Tuo cuore":

- Mangiare sano
- Muoversi di più
- Parliamo di fumo
- Mantieni giovane il tuo cuore.

Durante la **settimana per il tuo cuore** gli Opuscoli saranno disponibili presso le Cardiologie aderenti all'iniziativa.



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

**Fondazione "per il Tuo cuore" - Via A. La Marmora, 36 - Tel. 055/5101367
segreteria@periltuocuore.it | www.periltuocuore.it**



In copertina: Foto di gruppo scattata in occasione della Convention Consensus Documents e Stati Generali ANMCO, Gubbio 19/22 novembre 2015.

N. 208 novembre - dicembre 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 pag. 4
 Avanti sulla strada del cambiamento.
 La Convention Consensus Documents e gli Stati Generali ANMCO 2015
 di *Michele Massimo Gulizia*

DAGLI STATI GENERALI 2015 pag. 7
 Reportage da Gubbio
 di *Maurizio Giuseppe Abrignani*

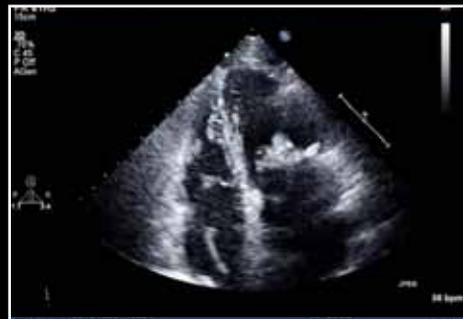
DAL CENTRO STUDI pag. 19
 Quale è la miglior strategia in pazienti con ischemia miocardica inducibile: terapia medica vs rivascularizzazione. Il razionale dell'ISCHEMIA Trial
 di *Francesco Orso, Marco Magnoni, Aldo Pietro Maggioni*

Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO pag. 23

DALLE AREE

AREA ARITMIE pag. 27
 Cinque cose che tutti i Cardiologi devono sapere su... l'Area Aritmie
 di *Renato Pietro Ricci*

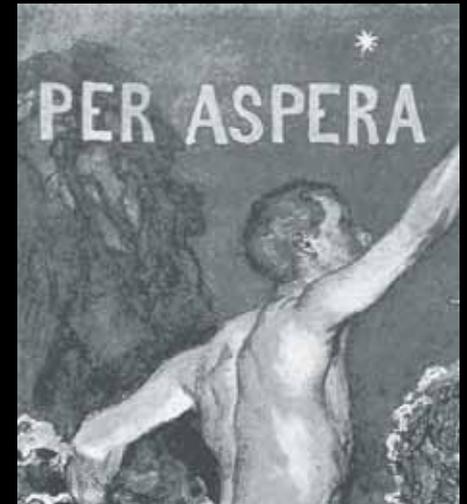
AREA CARDIOIMAGING pag. 30
 Linee Guida ESC 2015. Il trionfo dell'imaging nella diagnosi delle endocarditi infettive
 di *Paolo Giuseppe Pino, Antonella Moreo, Georgette Khoury, Danilo Neglia, Gianluca Pontone, Alfredo De Nardo e Fausto Rigo*



AREA EMERGENZA - URGENZA pag. 45
 La Terapia Intensiva Cardiologica due punto zero: è cambiata?
 di *Giuseppe Ferraiuolo*



AREA GIOVANI pag. 49
 Survey Area Giovani
 di *Emilia Biscottini, Marco Marini, Fabiana Lucà, Giorgio Caretta, Gabriele Vianello, Vincenza Procaccini, Letizia Riva, Alberto Lavorgna, Luca Poggio, Fabio Vagnarelli, Renata De Maria*



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE pag. 51
 "Per aspera ad astra..."
 attraverso le asperità alle stelle!
 di *Iolanda Enea*

DALLE REGIONI

BASILICATA pag. 56**Cuore e sessualità**

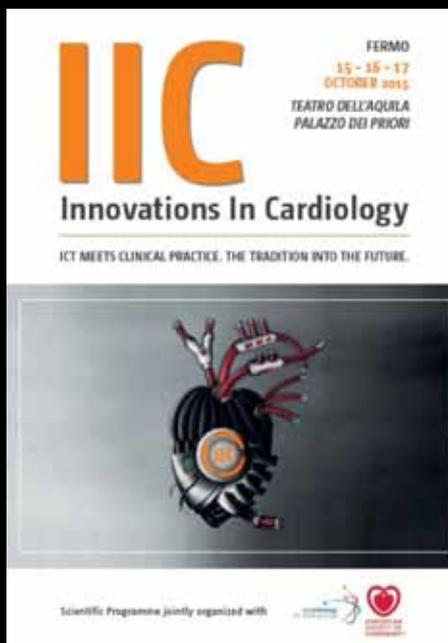
di Francesco Paolo Calciano, Antonio Cardinale, Maria Maddalena De Francesco, Porzia Lacertosa, Raffaella Scalcione

CALABRIA pag. 59

Congresso Regionale ANMCO Calabria
di Vincenzo Amodeo

**MARCHE** pag. 60

Convegno Cardiologico a Fermo:
Innovation In Cardiology
di Ettore Savini e Domenico Gabrielli

**FINESTRA SUL MONDO RCP** pag. 64

Attività del Gruppo di Rianimazione
Cardiopulmonare ANMCO-AHA
di Alessandro Capecchi a nome del Gruppo
RCP ANMCO-AHA

**OSSERVATORIO DI DIRITTO
SANITARIO** pag. 68

Diritto all'identità sessuale e
rettificazione dell'attribuzione di sesso
di Mario Chiatto e Maria Giovanna
Murrone

VIAGGIO INTORNO AL CUORE
E che caso, dottore! Lo strano caso
del gioielliere con Fibrillazione Atriale
parossistica pag. 71
di Antonio Butera

Il cuore nel mondo: pag. 74
un cocktail storico - sentimentale
di Vjerica Lukic, Sabrina Egman,
Giuseppina Maura Francese, Massimo
Imazio, Mauro Mennuni, Donatella
Radini, Fabiola Sanna, Sonia Tosoni



In 4° di copertina l'albero di Natale di Gubbio
(Foto di Cristiano Passeri)





Avanti sulla strada del cambiamento

La Convention Consensus Documents e gli Stati Generali ANMCO 2015

Per il secondo anno consecutivo la suggestiva cittadina umbra di Gubbio ha fatto da cornice, dal 19 al 22 novembre 2015, ad alcuni dei momenti più significativi per la nostra Associazione. Nei primi due giorni la Convention di Approvazione dei Documenti Scientifici ANMCO (Convention Consensus Documents ANMCO) ha dato l'opportunità di partecipare a un innovativo progetto scientifico-editoriale che ha portato alla definitiva approvazione di 22 Documenti di Consenso e Position Paper (Tabella 1) e che si è perfettamente coniugato con la necessità di un'azione di approfondimento critico su temi di grande impatto per l'attività clinica della Cardiologia Ospedaliera. I Documenti, già elaborati con cura e attenzione da un qualificato pool di esperti, sono stati oggetto di un'ampia e approfondita analisi, operata anche con l'ausilio delle più moderne tecnologie (tutti i partecipanti erano dotati di un Tracker i-PAD mini, appositamente ideato, al fine di garantire la massima interattività). Ho avuto ampiamente modo



di apprezzare l'impegno dei presenti e non posso che plaudire alla passione espressa sia dagli Associati ANMCO sia dai Colleghi di tutte le Società Scientifiche coinvolte, che ha permesso di raggiungere questo successo corale, confermando il ruolo di protagonista della nostra Associazione nel panorama editoriale nazionale e internazionale; abbiamo avuto la possibilità concreta di attuare compiutamente la nostra

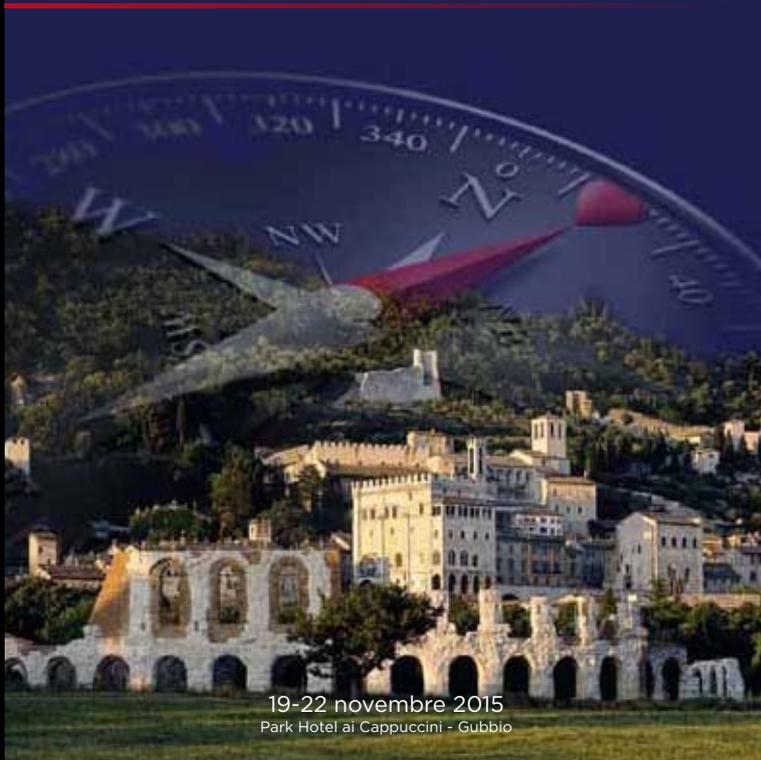
missione di "costituire punti di riferimento per la prassi clinica in ambito cardiovascolare, generando raccomandazioni, documenti di consenso e punti di vista dell'Associazione su aspetti rilevanti nell'area cardiovascolare", anche in collaborazione con altre Società Scientifiche e con Istituzioni Regionali e Nazionali. In modo particolare, desidero complimentarmi per il contributo che tutti i partecipanti hanno saputo

CONVENTION CONSENSUS DOCUMENTS

STATI GENERALI ANMCO 2014/2016



Avanti sulla strada del cambiamento



19-22 novembre 2015
Park Hotel ai Cappuccini - Gubbio

dare all'approvazione dei Documenti Scientifici che porteranno, senza ombra di dubbio, a una più capillare diffusione della cultura legata alla nostra disciplina.

Proprio durante queste giornate gubbine, peraltro, è stato approvato alla 12a Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati il Disegno di Legge sulla responsabilità sanitaria, ora in attesa dell'esame delle altre Commissioni con la speranza di un esito favorevole a fine anno. Il disegno di legge rivede il confine tra colpa grave e lieve e stabilisce la natura extracontrattuale della responsabilità dei medici dipendenti. L'articolo 6, nella fattispecie, modifica il Codice Penale introducendo il nuovo articolo 590-ter: l'esercente la professione sanitaria

che, nello svolgimento della propria attività, cagiona a causa di imperizia la morte o la lesione personale della persona assistita risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose solo in caso di colpa grave o dolo. L'aspetto più importante è che la colpa grave viene però esclusa quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, vengono rispettate le raccomandazioni previste dalle Linee Guida e le buone pratiche clinico-assistenziali, cioè quelle accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale. In attesa che queste Linee Guida vengano emanate dalle Società Scientifiche che saranno riconosciute con un apposito decreto dal Ministero della Salute, è stata inserita una norma transitoria che, per evitare vuoti

DAL PRESIDENTE



normativi, prevede l'applicazione della Legge Balduzzi. Con i nostri 22 documenti l'ANMCO si pone in prima linea in questo processo, dimostrando concretamente, dopo la precedente iniziativa che ha consentito la stipula in convenzione di una assicurazione sanitaria competitiva e molto conveniente per tutti i Soci, il nostro estremo interesse verso la tematica, estremamente delicata e sensibile della responsabilità dei Cardiologi ospedalieri.

"L'ANMCO che cambia" è stato il monito che ha permeato i lavori della scorsa edizione degli Stati Generali della nostra Associazione, che mi onoro di presiedere in questo biennio. A un anno di distanza il messaggio che ha animato questo nuovo e fondamentale incontro, l'edizione 2015 degli Stati Generali ANMCO 2014/2016, che si è tenuta nei due giorni successivi, è stato "Avanti sulla strada del cambiamento". Sono fiero di confermarvi che la tenacia nel perseguimento di nuove e sfidanti tappe è stata la nostra unica musa ispiratrice in questo processo di rinnovamento e cambiamento.

In questo delicato momento di trasformazione del palinsesto della Sanità italiana, conseguenza del progressivo depauperamento delle risorse economiche disponibili, gli sforzi miei, del Consiglio Direttivo, degli organi e organismi associativi e di tutti i Soci si sono concentrati nel riconquistare il ruolo di ANMCO come interlocutore naturale e scientificamente più accreditato del decisore pubblico in materia di politica

1	POSITION PAPER ANMCO - I nuovi anticoagulanti orali (NAO) nella prevenzione del trombo-embolismo nella fibrillazione atriale (FA): scenari clinici e prospettive future
2	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - GICR/IACPR - GISE - La gestione clinica del paziente con cardiopatia ischemica cronica (CIC)
3	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - Telemedicina e scompenso cardiaco
4	POSITION PAPER ANMCO - Percorso diagnostico-terapeutico nel paziente con dislipidemia e intolleranza alla terapia con statine
5	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - AIAC - GISE - SICCH - Chiusura percutanea auricolare sinistra
6	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - SIMEU - Clinical pathways and management of antithrombotic therapy in patients with acute coronary syndrome (ACS) - Percorsi assistenziali e strategie per la terapia antitrombotica delle sindromi coronariche acute
7	POSITION PAPER ANMCO - Ambulatori scompenso cardiaco. linee guida, classificazione e organizzazione
8	POSITION PAPER ANMCO - Nuove prospettive per il trattamento delle dislipidemie: il ruolo degli inibitori della proteina PCSK9
9	POSITION PAPER ANMCO - Definizione, precisione e appropriatezza del segnale elettricardiografico di: elettrocardiografi, ergometri, holter e monitor posti letto
10	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SICP - SIGO - Gravidanza e cardiopatie congenite
11	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - GISE - SICCH - Approccio clinico-pratico al pretrattamento farmacologico in occasione di procedure di rivascularizzazione miocardica
12	POSITION PAPER ANMCO - Uso dei nuovi anticoagulanti orali nella terapia e nella prevenzione della trombo-embolia polmonare
13	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIMEU - Gestione intra-ospedaliera dei pazienti che si presentano con dolore toracico
14	POSITION PAPER ANMCO - Gestione clinica della ipercolesterolemia dopo sindrome coronarica acuta
15	POSITION PAPER ANMCO - Gestione della dimissione ospedaliera
16	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - SIC - GISE - SICCH - Stratificazione del rischio in chirurgia cardiaca e tavi specifico per il paziente anziano
17	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - AIOM - AICO - Snodi clinico-gestionali in ambito cardioncologico
18	POSITION PAPER ANMCO - Raccomandazioni sull'impiego dei biomarcatori cardiaci nello scompenso cardiaco
19	DOCUMENTO DI CONSENSO - ANMCO - GICR/IACPR - GISE - L'organizzazione dell'assistenza nella fase post-acuta delle sindromi coronariche
20	POSITION PAPER ANMCO - Telemedicina e rete dell'emergenza-urgenza
21	POSITION PAPER ANMCO - 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
22	POSITION PAPER ANMCO - Raccomandazioni per il follow up del paziente con trombo-embolia polmonare

Tabella 1 - I 22 Documenti di Consenso e Position Paper ANMCO

sanitaria, nel rallentare il processo di disaffezione di molti, che minava le basi stesse della nostra Associazione e nel ristabilire il senso di coesione di tutte le Cardiologie italiane, da sempre vera forza dell'ANMCO. La forte risposta partecipativa da parte degli Organi e delle più alte Cariche Associative ANMCO e il plauso e il consenso coralmente espresso da tutti gli intervenuti hanno confermato la bontà dell'azione intrapresa dal Consiglio Direttivo volta a rafforzare il rinnovamento del concetto di associazionismo. Credo che questa esperienza, fortemente voluta da ANMCO, e condivisa appieno, di cui troverete una più approfondita disamina ad opera di Maurizio Giuseppe Abrignani in questo stesso numero della nostra Rivista, contribuirà a far scrivere nuove pagine della Cardiologia

mantenendo forte la sua capacità di essere al contempo propositiva e punto di riferimento per noi medici, nonché attenta ai bisogni assistenziali dei nostri concittadini e dei pazienti in un contesto normativo di una Sanità in continua evoluzione. Ancora una volta, la preziosa e fattiva collaborazione di tutti è stata segno tangibile e vivace del forte spirito che da sempre ci anima e che ci porterà al raggiungimento di sempre più rilevanti risultati scientifico - formativi. Ricordando i colori e i sapori di queste giornate vorrei esprimere sentitamente grande stima e gratitudine per tutti i partecipanti, complimentandomi con loro per aver preso attivamente parte a un costruttivo dibattito che ha saputo stimolare un approfondito quanto interessante confronto e, soprattutto, per avere dimostrato im-

pegno e fidelizzazione alla nostra Associazione oltre ogni ostacolo. Spero che questi 4 giorni di intensi lavori scientifici e di momenti associativi per eccellenza, con i loro interessanti spunti di riflessione e con i loro vivaci confronti, abbiano pienamente corrisposto alle loro aspettative, ma ancor più che possano contribuire a rendere tutti i nostri Soci veri protagonisti di questa ANMCO che va "avanti sulla strada del cambiamento". In ultimo, ma non per ultimo, desidero approfittare di questo spazio editoriale per rivolgere a tutti Voi, alle Vostre famiglie e ai Vostri cari il più caloroso augurio di un sereno Santo Natale e di un felice e prospero 2016, augurio che ho spedito anche al vostro domicilio perché il vostro Natale abbia un cuore grande e rosso che vi scaldi. Buon ANMCO... nuovo a tutti! ♥



Gli Stati Generali ANMCO 2015

Reportage da Gubbio

*“Mettersi insieme è un inizio,
rimanere insieme è un progresso,
lavorare insieme un successo”*

(Henry Ford)

Gli Stati Generali dell'ANMCO, occasione unica di confronto e riflessione a 360° su tutte le più rilevanti tematiche associative, che si prefigge lo scopo di stendere bilanci e fornire idee nuove, sono stati ospitati, come lo scorso anno, da Gubbio, nel cuore verde d'Italia. A differenza dell'evento del 2014, gli Stati Generali sono stati preceduti quest'anno da un'eccezionale ouverture, la Convention Consensus sui 22 documenti e position paper di ANMCO, traguardo di un laborioso percorso collaborativo ma nel contempo punto di partenza per offrire ai soci e a tutto il mondo cardiologico italiano solide evidenze su cui fondare la attività clinica quotidiana. Se pensiamo che ogni anno l'European Society of Cardiology, che conta decine di migliaia di associati, riesce ad emanare non più di 4-5 linee guida, è facile rendersi conto delle proporzioni dello sforzo immane compiuto dalla nostra ANMCO, di cui potrete leggere ulteriori notizie nell'articolo del nostro Presidente in questo nu-

mero. Gli Stati Generali hanno invece affrontato tutti i risvolti del mondo ANMCO, dal nuovo panorama strutturale Organizzativo e Funzionale della Cardiologia ai rapporti con le Istituzioni, le Società Scientifiche Nazionali e Internazionali, alle novità associative, allo Statuto, al Congresso e alla Formazione. In questo articolo mi sono posto l'ambizioso obiettivo di fornire a tutti i lettori una sintesi ragionata di quanto discusso, avvalendomi anche di alcune mini-interviste al nostro Presidente Michele Massimo Gulizia.

ANMCO e il nuovo panorama Strutturale Organizzativo e Funzionale della Cardiologia in Italia

MODERATORI: *Alessandro Boccanelli e Marino Scherillo*

Negli ultimi tre anni importanti stravolgimenti normativi, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, al Patto per la Salute 2014-2016 della Conferenza Stato-Regioni del 5 luglio 2014, al decreto 2 aprile 2015, n. 70 del Ministero della Salute, contenente il “*Rego-*

lamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”, hanno ridisegnato un nuovo volto, ma per nulla rassicurante, della organizzazione ospedaliera nel nostro paese, con la definizione di nuovi bacini di utenza e di indicatori di volumi di attività ed esiti, ma, soprattutto, con una drastica riduzione del numero delle strutture cardiologiche esistenti, fino al punto che negli ospedali di base, sedi di Pronto Soccorso, non è più prevista la Cardiologia! In tutte le regioni il numero delle strutture cardiologiche, di UTIC, di emodinamica e cardiocirurgia risulta in esubero, mentre non sono del tutto previste strutture di elettrofisiologia o cardiologia riabilitativa. Manca del tutto la contestualizzazione nell'area geosanitaria di riferimento e la previsione di una governance forte, fondata su criteri di valutazione sanitari e non su furberie di cosmesi contabile. L'ANMCO, pur consapevole della grave carenza di risorse, non poteva accettare questa situazione e, con una



Strutture	Esistente	Previsione	Proposta ANMCO
Ospedali	1393	777	862
Cardiologie	823	242	388/474
U.T.I.C.	402	242	388
Emodinamica (SS)	249	121	145
Cardiologia Riabilitativa	222	0	388
Elettrostimolazione	229	0	242

Figura 1

sua controproposta (Figura 1), vuole modificare i bacini di utenza e altri parametri in modo da “salvare” quante più strutture cardiologiche possibile. Bisogna passare dal modello tradizionale, o da quello per intensità di cura, i cui outcome non sono mai

stati scientificamente provati, a un modello incentrato, in una innovativa logica programmatica, sul dipartimento cardiovascolare e sulle reti (e non solo quelle dell'emergenza urgenza e dell'infarto ma anche dello

scempenso cardiaco, dell'elettrostimolazione, della prevenzione e riabilitazione e delle nuove cronicità) per rispondere con dimostrata efficienza alle esigenze del paziente con cardiopatia razionalizzando le risorse esistenti. Come ha ben detto Giovanni Gregorio, occorre pensare non tanto a rivoltare il cappotto ma a lavorare per uno nuovo, allocando

le risorse disponibili per la realizzazione di un programma pluriennale di costruzione, ammodernamento e rinnovamento della rete ospedaliera. In passato ANMCO non ha saputo purtroppo essere interlocutore delle istituzioni e dei decisori pubblici; ora invece il Presidente Gulizia, che col Consiglio Direttivo si sta adoperando per riacquisire un rapporto privilegiato col Ministero, ha consegnato le proposte ANMCO al Direttore Generale per la salute, Dott. Botti, ma è comprensibile che per cambiare il regolamento sugli standard della Conferenza Stato-Regioni ci vuol tempo e pazienza. Il 7° Censimento ANMCO-SIC, presentato da Donata Lucci, consentirà alla Cardiologia Italiana di poter meglio interagire col decisore pubblico adoperando dati certi e aggiornati sulle strutture cardiologiche del nostro paese e sulla loro reale attività. La raccolta dati è iniziata l'8 maggio e terminata il 30 ottobre, con una partecipazione senza precedenti: il 99% delle strutture ospedaliere, il 97% di quelle private e il 95% di quelle universitarie. Sempre in ambito organizzativo, l'ANMCO propone in alternativa ai modelli di ospedale per intensità di cure, sorretti da logiche fondate essenzialmente su procedure e prestazioni e non sul percorso definito dalle competenze e che rendono difficile un continuum clinico nei percorsi di diagnosi e cura ospedalieri, un nuovo assetto organizzativo per complessità assistenziale cardiologica, che tiene conto della transizione epidemiologica clinica attuale e che vede al suo top l'UACC, Unità ad Alta Complessità Cardiologica, come illustrato dal Vice-Presidente Antonio

LA CARDIOLOGIA PER COMPLESSITA' DI CURE

Alta C.C.: Area critica

Media C.C.: Degenza cardiologica □ Letti tecnici per elettrofisiologia ed emodinamica

Bassa C.C.: Riabilitazione

Day Hospital cardiologico (ambulatorio scempenso-riabilitazione ambulatoriale)

Ambulatorio territoriale follow up e prevenzione

Telemedicina domiciliare

Figura 2



Francesco Amico (Figura 2).

Un altro campo dove il cardiologo deve trovare il suo giusto ruolo, non di semplice consulente ma di case manager di tutte le fasi di cura del cardiopatico, che deriva, come ci ha ricordato il nostro Presidente Designato Andrea di Lenarda, da competenza, esperienza e capacità di visione globale, sta nella definizione e applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) Ospedale-Territorio e/o Territoriali, personalizzati, prioritizzati, multidisciplinari, multiprofessionali e multidimensionali. Anche i centri spoke possono così riacquistare ruolo e dignità divenendo hub territoriali di pazienti cronici complessi e candidati a instabilizzazioni. L'ANMCO, un'associazione di Cardiologi colti e competenti, che sanno dialogare, comunicare e condividere, mantenendo e rafforzando la loro leadership, deve saper interpretare e governare questa evoluzione con la cultura delle evidenze e con la qualità delle cure. In questo processo il cardiologo non può non interfacciarsi, in un approccio pragmatico, collaborativo e di governance, illustrato da Giancarlo Casolo, con un'altra figura medica fondamentale nel processo di continuità assistenziale, anch'essa in rapida evoluzione normativa e culturale: il medico di medicina generale, che si deve assumere la responsabilità dei percorsi del paziente.

ANMCO e i rapporti con le Istituzioni, le Società Scientifiche Nazionali e Internazionali

MODERATORE: *Michele Massimo Gulizia*
Il Vice-Presidente Furio Colivicchi ci

ha ricordato come si stiano costruendo rapporti sempre più proficui con Age.Na.S. e il suo Direttore Dott.ssa Davoli: l'ANMCO, nello specifico, ha dato il suo contributo collaborando come organo scientifico tecnico di consulenza per il documento *“Raccomandazioni per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della Scheda di Dimissione Ospedaliera nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta”*, e fornendo al Piano Nazionale Esiti (PNE) indicatori di flusso informativo per il documento integrativo RAD-esito allo scopo di chiarire tempi e modi delle procedure di angioplastica. Inoltre, in collaborazione con la Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM), titolari dello sviluppo di linee guida, elemento di riferimento per la valutazione di good clinical practice e responsabilità professionale, abbiamo partecipato alle riunioni per la costituzione dei tavoli tecnici *“Medicina Difensiva e Responsabilità Professionale”*, *“Assetti organizzativi SSN”* e *“Albo delle Società Scientifiche”*, quest'ultimo di rilevante importanza nell'ottica delle recenti *“Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario”*, elaborate dal Comitato ristretto della Commissione Affari Sociali (XII) della Camera dei Deputati (il Ministero, infatti, vuole usare le società scientifiche per indicare alle regioni suggerimenti e linee guida) e della conseguente rilevante importanza dei Documenti ANMCO. Questi ultimi, in ben dieci casi, sono anche un esempio di collaborazione con le altre società scientifiche cardiologiche. Carmine Riccio ha descritto, a tale proposito quale sia lo stato attuale dei rapporti intersocietari e

cosa aspettarci per il futuro: progetti condivisi di aggiornamento, formazione e ricerca, creazione di task force con esperti provenienti da società diverse su tematiche specifiche, ripresa dell'abitudine a lavorare insieme, coinvolgimento dei giovani cardiologi in progetti comuni, fino a un giornale unico.

L'ANMCO, insieme alle altre società cardiologiche, fa parte della Federazione Italiana di Cardiologia, il cui Statuto, nel 1998, ne delineava i fini: rappresentanza e politica unitaria nei confronti della ESC, politica unitaria nei confronti degli Organismi Scientifici e Sanitari nazionali, formazione specialistica con il coinvolgimento dei cardiologi ospedalieri nelle scuole di specializzazione. La tormentata storia dello statuto FIC (la stessa composizione del direttivo non corrisponde a norma statutaria), della opportunità di una sua revisione a causa dell'evoluzione della scena intersocietaria italiana e della necessità di rimodularne la mission e conseguentemente la politica federale non poteva che essere affidata al Presidente della Federazione, Leonardo Bolognese, che ha brillantemente ricapitolato i motivi della creazione di una commissione incaricata della stesura del nuovo Statuto, composta da Matteo Di Biase, Francesco Romeo, Giuseppe Mercurio e Salvatore Novo in rappresentanza SIC e da Michele Massimo Gulizia, Andrea Di Lenarda, Marino Scherillo e Giuseppe Di Pasquale in rappresentanza ANMCO, allo scopo di ridefinire i rapporti con le società di settore e i ruoli di Consiglio Federale e Collegio dei Sindaci, previsti dallo Statuto ma non esistenti. Le proposte



di modifica dovranno essere fatte proprie dal Consiglio Direttivo e successivamente ratificate dall'Assemblea Federale. La creazione di un primo Working Group on Heart Failure federale, che sarà coordinato da Nadia Aspromonte, sembra un buon punto di partenza. Sono stati poi affrontati i rapporti con le società internazionali, come ACC e AHA, con cui sono state realizzate e sono in programma diverse joint session, e in particolare con l'ESC, con cui sono in fase di realizzazione diversi registri, mentre diversi membri FIC hanno cariche di rilievo nei "constituent bodies" della Società Europea. Leonardo Bolognese, Michele Massimo Gulizia, Andrea Di Lenarda, Antonio Amico, Furio Colivicchi, Francesco Romeo, Matteo Di Biase, Giuseppe Mercurio e Ciro Indolfi saranno i 9 delegati italiani votanti all'assemblea dell'ESC, mentre il nostro Presidente, insieme ai Presidenti FIC e SIC Bolognese e Romeo, è stato nominato Local Press Coordinator per il Congresso Europeo, che come è noto il prossimo anno si svolgerà proprio a Roma. Ma la migliore notizia in assoluto è l'espressione unitaria della Cardiologia Italiana della candidatura del Presidente ANMCO come Councillor all'ESC.

Su questo punto ho chiesto a Michele Massimo Gulizia: «Sei soddisfatto di questo grande successo?» La risposta del Presidente è stata chiara: «Non è un successo personale, ma di tutta la nostra associazione: la candidatura del Presidente ANMCO a Consigliere del Board dell'ESC può rappresentare una concreta opportunità per la politica sanitaria italiana per far sentire il proprio peso all'interno del consesso europeo e per dare voce alle necessità del-

la comunità cardiologica del nostro paese. Questo è stato riconosciuto non solo a livello nazionale ma da diversi rappresentanti ESC, come Cristina Basso (Chairperson Working Group Development, Anathomy and Pathology), Joao Moraes (Chairman WG on thrombosis), Lina Badimon (Chair Council Basic Cardiovascular Science), Antonio Coca (Chair Council on Hypertension), Hector Bueno (Presidente Acute Cardiovascular Care Association) e numerosi altri presidenti di società cardiologiche nazionali di altri paesi che hanno aderito entusiasticamente alla mia candidatura». La prima mattinata si è conclusa con gli approfondimenti sulle tematiche dell'appropriatezza, dei documenti di consenso e dell'innovazione tecnologica. Il tema dell'appropriatezza è molto di moda non solo in ambito scientifico ma anche politico: si pensi ai recenti provvedimenti che mirano a sanzionare economicamente il prescrittore "disubbidiente" rispetto a vincoli prescrittivi non condivisi. Le società scientifiche e in particolare l'ANMCO, stanno facendo la loro parte, anche aderendo a iniziative come Choosing Wisely e Slow Medicine (si veda il nostro articolo sul GIC dello scorso anno) per contribuire a individuare le procedure ad alto rischio di inappropriata. Quest'ultima non si giustifica solo con la medicina difensiva, ma anche con l'ipotrofia del ragionamento clinico-deduttivo: il medico deve riappropriarsi della propria leadership culturale e ricostruire una relazione con i cittadini/pazienti su basi scientifiche, puntando su un processo decisionale condiviso e non paternalistico. Bisogna però avere chiaro che le politiche sull'appropriatezza non servono a contenere la spesa sanitaria,

poiché l'inappropriatezza può essere per eccesso (overuse) ma anche per difetto (underuse). Per evitare che vengano imposti alla spesa sanitaria iniqui tagli lineari, prendiamoci la responsabilità di indicare quali risparmi si possono ottenere con una azione di disinvestimento e riallocazione, cioè riducendo prestazioni ridondanti e inefficaci ma assicurando ai pazienti, nel contempo, di ricevere le cure più personalizzate e appropriate. In tal senso i Documenti di Consenso ANMCO 2015, come ha riferito Guerino Zuin, si inseriscono nel processo di avvicinamento a veri PDTA verso un'appropriatezza cardiologica certificata e rappresentano uno strumento di confronto con il decisore pubblico per ritornare protagonisti e leader culturali.

Vivo interesse ha suscitato la presentazione, da parte di Guido Giordano, di un progetto d'impostazione logica e interfaccia grafica di un'applicazione informatica ideata allo scopo di agevolare i cardiologi siciliani nella messa in pratica delle "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione con il paziente dopo ricovero per un evento cardiologico", pubblicate con Decreto Assessoriale 1286-14, GURS 29/8/2015, n. 36. Si tratta di un software per la preparazione di una lettera di dimissione con facilitatori per il calcolo di score clinici e la stampa delle schede educazionali specifiche, nonché con richiami alle linee guida quando necessario. Tale iniziativa, che potrebbe essere diffusa in tutto il territorio nazionale (pensate che immenso database di dati clinici costituirebbe!), risponde alla necessità di coniugare i criteri di appropriatezza



clinica di una dimissione cardiologica ben strutturata con la fattibilità della stessa nel mondo reale. Criticità e opportunità della lettera informatica, da interfacciare col fascicolo sanitario elettronico, sono state ampiamente discusse.

Ho chiesto nuovamente al Presidente Gulizia: “Michele, il tuo intervento sul Punto di Vista dell’ANMCO sulla sostenibilità dell’innovazione terapeutica e tecnologica (device, VAD,...) è sembrato a molti una lezione magistrale di economia sanitaria. Potresti farne una sintesi per i lettori di *Cardiologia negli Ospedali*?” “La tecnologia ci ha messo a disposizione armi formidabili, un tempo inimmaginabili, per la cura del paziente cardiopatico. Il settore dei dispositivi biomedici è caratterizzato da alta capacità innovativa ed elevato potenziale impatto sul welfare dei cittadini. Ma com’è l’accesso all’innovazione tecnologica oggi? Limitato, per un razionamento poco razionale delle risorse che presta scarsa attenzione al suo valore. L’innovazione tecnologica è certo un importante driver della spesa sanitaria, ma la logica dei tagli lineari, la Sylos mentality, il contenimento dei Budget, gli acquisti standardizzati, l’assenza di processi di governance post market chiari e definiti sono l’opposto del governo dell’innovazione tecnologica. Come uscirne fuori? La prima tappa è il riconoscimento dell’innovazione attraverso il monitoraggio degli esiti (benchmarking) e degli ingressi (omogeneità di codifica) e la razionalizzazione delle risorse (disinvestimenti su tecnologie obsolete a favore di investimenti su quelle efficaci e costo-efficaci). A questa dovrebbe seguire una fase di valutazione. Se l’Health Technology Assessment è solo una produzione di report con indicazioni e raccomandazioni senza reale impatto sui processi di diffusione, non ne abbia-

mo bisogno! L’assessment dovrebbe invece avvenire attraverso processi strutturati col coinvolgimento di tutti gli interlocutori e la definizione del reale fabbisogno, con un’introduzione governata delle tecnologie (Market Entry Schemes). Infine nella fase degli acquisti bisognerebbe dare un mandato alle centrali di acquisto dopo la valutazione del fabbisogno a cura di un’apposita sottocommissione tecnica, con le competenze necessarie e il coinvolgimento delle Società Scientifiche. Va dato atto al Ministero della Salute di aver riconosciuto che politiche sanitarie e di clinical governance potrebbero orientare il SSN verso una migliore sostenibilità e appropriatezza d’uso dei dispositivi biomedici compatibili con equità d’accesso alle cure e al passo con l’innovazione tecnologica. Ciò ha portato all’istituzione di un tavolo sull’Innovazione, delineandosi la necessità di meccanismi di valutazione delle tecnologie, con un metodo preciso e un processo con regole chiare, gestito a livello centrale e non frammentato ai diversi livelli di organizzazione sanitaria presenti omogeneamente su tutto il territorio nazionale, per individuare un modello di governance per i dispositivi medici di nuova immissione come indicato dal Patto della Salute. Tale modello sarà funzionale a un’appropriata e razionale gestione delle risorse, tenendo conto dei vincoli di bilancio sia delle opportunità offerte dall’evoluzione tecnologica, al fine di assicurare un accesso tempestivo, appropriato, omogeneo, equo e sostenibile alle tecnologie innovative a tutti i cittadini”. Un’altra importante novità degli Stati Generali è stata la proposta di un indice di valutazione dei cardiologi, misurabile e oggettivo, in analogia all’impact factor scientifico, presentato da Giovanni Gregorio. Il D. L.vo 27 Ottobre 2009 n. 150, infatti, af-

ferma l’importanza della valutazione della performance nelle Amministrazioni pubbliche e della misura della performance individuale. Tutto ciò che si fa va documentato, perché ciò che non è misurabile non esiste. È stato proposto quindi un Clinical Impact del cardiologo ospedaliero con un sistema a punteggio basato su posizione, attività, orario svolto, tipologia e peso medio dei dimessi dell’U.O. e anzianità di servizio.

La nuova ANMCO: guardiamo al futuro partendo dal presente

MODERATORI: *Attilio Maseri e Gian Luigi Nicolosi*

La sessione è iniziata con la relazione sulle iniziative per i giovani. L’Area Giovani, creata nel Marzo 2015, non tematica ma trasversale alle altre, ha il mandato, come ricordato da Marco Marini, di rendere la nostra associazione “appetibile” per un giovane collega, ascoltarne ed interpretarne i bisogni e le richieste che sono e saranno in continuo cambiamento, rendere il giovane protagonista nella vita associativa e proporre Progetti formativi ed editoriali d’interesse trasversale ed interarea (come il corso di Clinical Competence in Scompensamento Cardiaco Avanzato in collaborazione con l’Area Scompensamento Cardiaco, il Corso di formazione: “come scrivere e gestire un progetto di ricerca clinica”, in collaborazione col Centro Studi ANMCO, vari progetti editoriali in collaborazione con altre Aree). È stata anche proposta un’analisi dei database ANMCO (dal Blitz 1 all’Eyeshot) per valutare la prevalenza di eventi ischemici in relazione all’età e al sesso. È stata infine condotta una WEB-Survey rivolta



Cardiologia negli Ospedali Cosa abbiamo prodotto nell'ultimo anno?

2	Editoriali	6	nella sezione Forum
7	articoli dai Presidenti	4	nella sezione Osservatorio di Diritto Sanitario
1	dal Consiglio Direttivo	3	nella sezione Come Eravamo
1	dalla Fondazione	3	nella sezione Cuori allo Specchio
1	dal GIC	9	nella sezione Viaggio intorno al Cuore
6	dal Centro Studi		
23	dalle Aree		
6	dalle Task Force		
31	dalle Regioni		



Figura 3

ai giovani colleghi under 40, da cui si è evinto che il 31% si sente in pieno rappresentato da ANMCO (ma un buon 43% dichiara di esserlo almeno in parte) e il 67% si è iscritto all'associazione per motivi culturali e scientifici. È stato anche chiesto ai giovani cosa si aspettano dall'ANMCO e questo è il ranking delle esigenze: programmi di fellowship o partnership (67%), organizzazione di corsi di formazione dedicati (64%), agevolazioni specifiche per congressi e/o corsi (57%). Si è discusso, a tale proposito, di destinare una quota, ad esempio il 5% dei fondi ANMCO, all'aggiornamento dei giovani.

Anche la figura dei Fellow, istituita nel 1997, è in evoluzione, come presentato da Giuseppe Di Tano. Oggi vi sono 434 Fellow (di cui 11 Emeriti) che, a fronte di una quota associativa supplementare, sono riconosciuti come consoci di riconosciuta esperienza e visibilità e coinvolti nelle iniziative editoriali e formative ANMCO: all'ultimo Congresso Nazionale vi sono stati 191 Fellow su

un totale di 486 Moderatori e Relatori (39,30%) e tutti i Revisori di Abstract sono stati Fellow. Si ipotizza di dare un ulteriore «risalto» del titolo di Fellow nel Curriculum per una più precisa identificabilità, di avere esperti specifici per ciascuna area di interesse, di istituire la figura del Young Fellow, di inserire nei Programmi Congressuali il titolo di Fellow, ma anche una rivalutazione periodica (ogni 5 anni?) della loro «produttività» e attività.

Per quanto riguarda i mezzi di comunicazione, la Home Page ANMCO, come descritto da Gianfranco Alunni, ha subito un ulteriore «ritocco» per migliorarne *look&feel* e navigabilità: è un'Home Page con icone ben dimensionate, ricca di notizie dove mettere in evidenza eventi ed iniziative in corso, Survey (indagini conoscitive anonime finalizzate all'approfondimento e all'analisi di tematiche di varia natura e interesse in campo cardiologico, con accesso coperto da credenziali allo scopo di aumentare la scientificità e il rigore del dato raccolto), Casi Clinici con sno-

di decisionali e commenti liberi, volti all'approfondimento e alla condivisione delle competenze (una volta concluso il Caso è possibile vederne la «soluzione»), rubriche, Future Meetings, insomma tutti gli eventi di rilievo per l'Associazione. Allo scopo di agevolare la navigazione e rendere più semplice l'individuazione di ciò che si sta cercando, inoltre, è stato pensato un menu di terzo livello che permette di visualizzare in modo contestuale i vari contenuti per ciascun canale di navigazione. Il GIC in un click! consente di accedere alla rivista direttamente dalla Home Page, utilizzando username e password ANMCO. A proposito del Giornale Italiano di Cardiologia, la linea editoriale, presentata da Maria Frigerio, sta riscuotendo sempre più successo, come dimostrato dal progressivo incremento del numero di articoli presentati (122 nel 2015, di cui 97 accettati). Infine chi scrive ha ricordato che Cardiologia negli Ospedali, nel suo piccolo, contribuisce a diffondere la voce di tutti gli organi e organismi ANMCO, ma anche di tutti i



singoli soci (Figura 3). E, a proposito di giovani, basta guardare la composizione del Comitato di Redazione per comprendere il reale, concreto interesse della nostra Associazione verso di loro.

Continuano i grandi successi della Ricerca ANMCO, presentati da Aldo Maggioni. Le prospettive future sono numerose: continuare con la nostra ricerca tradizionale (utilizzando il largo network dei centri cardiologici per studi di epidemiologia clinica e network più selezionati per la partecipazione a studi internazionali competitivi) ma anche con quella innovativa, per cui sarà necessario un brainstorming per l'utilizzo ottimale delle biobank disponibili, promuovere gruppi omogenei di ricerca su aree cardiovascolari diverse per studi fisiopatologici o di *proof of concept*, collaborare per un'analisi "clinica" dei *big data*, identificare bisogni inevasi e progettualità di ricerca, ma anche fare sentire la nostra voce associativa in ambito regolatorio (Open AIFA).

L'Area Prevenzione Cardiovascolare è da sempre il braccio operativo della Fondazione "per il Tuo cuore" ONLUS per l'educazione sanitaria, che ha visto numerose iniziative rivolte alla scuola. La prevenzione primaria e ancor prima quella primordiale, la promozione e la diffusione degli stili di vita sani nei giovani sono, in effetti, la vera sfida futura della prevenzione cardiovascolare. Gian Francesco Mureddu ha presentato, in questo contesto, Nutriscout, iniziativa volta a diffondere la cultura della dieta sana (bere acqua, ridurre il sale, preferire frutta, verdura, pasta e legumi) nel mondo dello scoutismo e l'evento

divulgativo rivolto alle scuole medie superiori che si terrà il 10 febbraio 2016, nell'ambito di Cardiologie Aperte, al Teatro Brancaccio di Roma con la partecipazione del giornalista TG2 Fabio Chiucchoni: dopo presentazioni flash di circa 10 minuti ciascuna seguirà una discussione aperta in cui il panel risponderà sia ad una serie di domande preordinate, preparate precedentemente dagli studenti e dai docenti come lavoro didattico, sui temi della corretta alimentazione, dell'attività fisica, degli stili di vita sani che sono alla base della prevenzione cardiovascolare primaria, che a quelle estemporanee che si svilupperanno nel corso della mattinata.

Anche a proposito del rapporto col mondo laico abbiamo avuto l'opportunità di ricevere alcuni aggiornamenti dalla viva voce del Presidente: *"Caro Michele, tra le iniziative nazionali collegate alla Fondazione per il Tuo cuore quali ritieni più importanti?"* *"Per il 2015 sicuramente, nell'ambito di e oltre Cardiologie Aperte, la "Banca del Cuore", un database accessibile online da qualunque device con connessione internet che contiene le informazioni del profilo cardiovascolare dei pazienti: ECG, misurazione pressione arteriosa, anamnesi su pregresso infarto, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale, ipertensione arteriosa, aritmie, dislipidemia. Sono state stampate finora 60.000 card BancomHeart e al momento ne sono state distribuite 12.000 ai cittadini che si sono recati nelle strutture aderenti, che sono 72 in tutta Italia (ma sono in attesa di attivazione altre 12 strutture). Per il 2016 attendiamo la nuova edizione di Cardiologie Aperte, che si svolgerà nel periodo 8-14 febbraio. Come per le passate edizioni a ogni Cardiologia verrà*

consentita la possibilità di realizzare con marchio ANMCO uno o più eventi nella settimana indicata per sensibilizzare la cittadinanza sulle problematiche del cuore, anche in collaborazione con altri enti. Ma l'evento su cui vogliamo ambiziosamente puntare è la "Partita del Cuore 2016" (Roma, stadio Olimpico, a giugno) per la quale ci siamo candidati in competizione con altri concorrenti. Se riusciremo ad aggiudicarci l'evento, ci impegneremo al massimo, con il contributo di tutti i soci, a fare partecipare l'ANMCO a questa iniziativa, che vedrà una diretta RAI a reti unificate e la partecipazione di tutti i gestori, cosa che avrebbe un risvolto mediatico ed economico eccezionale per finanziare la ricerca cardiologica ANMCO/Fondazione per il Tuo cuore."

L'Associazione e lo Statuto: è tempo per una revisione strutturale?

MODERATORI: *Francesco Chiarella e Salvatore Pirelli*

Continua, per questa sessione, la nostra piccola intervista al Presidente Gulizia: *"E invece dal punto di vista associativo quali sono le novità più importanti?"* *"L'associazione vive indubbiamente un buon momento. I soci sono oltre 5000 e le - spesso sofferte - decisioni volte a ristrutturare l'ANMCO hanno conseguito un grande successo economico; le entrate dal giugno del 2014 all'ottobre 2015 sono state del triplo superiori rispetto alla precedente gestione, mentre gli utili netti per il congresso 2015 hanno abbondantemente superato di una volta e mezza quelli degli anni precedenti. Quello di cui vorrei però parlare con tutti i soci sono le proposte di modifiche dello Statuto ANMCO approvate dal Direttivo del primo novembre 2015, che si prefiggono di rendere più giovane la nostra Associazione. Dal Direttivo scom-*



pare la figura del rappresentante dei soci aggregati, mentre il numero di consiglieri passa da 10 a 12 per garantire una maggiore rappresentatività alle regioni. I 12 Consiglieri, il Presidente e il Presidente Designato devono essere complessivamente scelti tra i Soci Ordinari, anche se nominati Onorari, non in quiescenza al momento delle elezioni, eletti dall'Assemblea Generale, di cui almeno 5 inquadrati tra i Dirigenti Direttori di Strutture Complesse e almeno 8 Dirigenti Medici con altri incarichi dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale. In deroga al blocco dei 4 anni, al fine di assicurare competenza e continuità direzionale, i Consiglieri uscenti potranno essere candidati alla carica di Presidente Designato dopo che siano trascorsi solo due anni (e non 4) dalla fine del mandato di Consigliere del CD ANMCO. Il Presidente risulterà inoltre ineleggibile come Consigliere e come Presidente Designato per quattro anni dal completamento del mandato come Presidente. Dal Consiglio Nazionale scompare la figura del Coordinatore del settore educazionale della Fondazione per il Tuo cuore ONLUS (che in effetti è già presente come chairperson dell'Area Prevenzione Cardiovascolare) e vengono inseriti, senza diritto di voto, i Responsabili dei Settori Operativi della stessa Fondazione. Tra le proposte di modifiche dei Regolamenti ANMCO approvate dal Direttivo nella stessa data ricordo che può essere ora eletto Presidente Designato anche ogni Dirigente Responsabile di Struttura Semplice, Facente Funzione di Direttore di Struttura Complessa per almeno 24 mesi (come comprovato da delibera dell'amministrazione ospedaliera) e si modifica la modalità di votazione del Consiglio dei Revisori dei Conti e del Collegio dei Proviviri (da voto segreto a voto palese). Le modifiche statutarie, se approvate dall'Assemblea Generale

dei Soci al prossimo Congresso Nazionale, saranno immediatamente applicabili e quindi regoleranno le elezioni indette nell'ambito del medesimo Congresso. I seguenti Eventi Regionali, inoltre, potranno tenersi esclusivamente nell'ambito del Congresso Regionale annuale dietro richiesta del Presidente Regionale: a) La *Convention delle UTIC* (è un marchio registrato dell'ANMCO, pertanto la sua organizzazione potrà svolgersi unicamente sotto la responsabilità e supervisione del Presidente Regionale, che ne darà specifica comunicazione all'ANMCO Nazionale; la *Faculty* dovrà essere composta da componenti regionali con al massimo 3 componenti nazionali) b) *l'Evento Cardionursing*, per cui l'accreditamento dovrà avvenire da parte di ANMCO con la quota agevolata prevista nelle "Linee Guida ANMCO per la gestione degli Eventi Formativi ECM" vigenti e che dovrà essere gestito secondo le regole imposte da AGENAS nonché, per gli aspetti economici e normativi, secondo le modalità contenute nelle predette "Linee Guida". L'ANMCO contribuirà con una quota non superiore a Euro 2.500 a colmare l'eventuale differenza negativa tra le sponsorizzazioni ricevute per l'Evento e i costi totali dell'Evento medesimo. Spostando il Cardionursing dal Nazionale alle regioni, vogliamo dare a molti più infermieri un contatto diretto con ANMCO. Infine, analogamente a quanto in atto per Piemonte e Valle D'Aosta, abbiamo proposto l'accorpamento delle sezioni Bolzano e Trento e dell'Abruzzo col Molise». Si è dibattuto, con Marco Mennuni e Donatella Radini, sul futuro dell'Area Nursing, per cui è proposto un nuovo modello di rappresentanza nazionale e regionale che vedrà l'integrazione per competenza dei membri del CdC dell'Area in quelli delle altre Aree,

con trasformazione quindi in Area funzionale e trasversale. Dal punto di vista formativo, come già detto, dal 2016 i Cardionursing Regionali, con budget proprio, sostituiranno il Cardionursing Nazionale (al cui interno sarà comunque realizzato quest'anno un Master infermieristico di 2 giorni sull'assistenza al paziente con scompenso cardiaco per 100 infermieri in uno dei village del congresso), ma i componenti dell'Area Nursing saranno coinvolti nell'organizzazione e come relatori nei simposi medici. Altra novità introdotta sono i cronoprogrammi delle Aree, visti come un incentivo a fare meglio, su cui hanno discusso Nadia Aspromonte, Iolanda Enea e Serafina Valente. Un progetto di Area è uno sforzo temporaneo intrapreso allo scopo di fornire un prodotto, un servizio o un risultato unici, con un gruppo di lavoro definito che si crea col progetto e si scioglie con esso. L'attività è "on top" alla gestione ordinaria, richiede risorse dedicate e si dovrebbe svolgere per fasi sequenziali e vincolate tra loro secondo varie logiche. Quest'approccio fornisce una spinta motivazionale importante, è un momento di aggregazione e di condivisione degli obiettivi ed un elemento determinante per il rispetto dei tempi stabiliti. Con le 5 nuove Task Force (organismo Strumento versatile, multitasking di natura eminentemente tecnica che svolge la propria azione a vantaggio e/o a supporto di attività progettuali, formative, di ricerca e di comunicazione promosse dal Consiglio Direttivo, dal Consiglio Nazionale, dagli altri Organi ed Organismi ANMCO, dalle altre Task Force o dalle Commis-



sioni temporaneamente istituite dal Presidente e dal Consiglio Direttivo) ANMCO, come riferito da Roberto Caporale, vuole aprirsi a settori clinici emergenti e marcare stretto la nascita di piccole società di settore. La Task Force è governata da un Referente nominato dal Presidente e dal Consiglio Direttivo la cui carica dura due anni. Tre delle Task Force (cardiogeriatrics, cardioncologia e cardiologia pediatrica) hanno già dato prova di vitalità partecipando attivamente all'elaborazione di uno specifico Documento.

La nuova aria che si respira in ANMCO, che genera entusiasmo e fa sì che ognuno si possa riappropriare delle peculiarità del proprio ruolo e che si possano presentare molte delle criticità emerse in passato come superate o in via di superamento, nell'ambito di un dialogo costruttivo, è rappresentata, come ha brillantemente ricordato Domenico Gabrielli, dal maggiore coinvolgimento delle regioni nella vita associativa e dal nuovo e più armonioso rapporto fra regioni e presidente e Consiglio Direttivo, avvertito anche dai soci, base e fondamento dell'associazione, da fidelizzare sempre più, rispondendo alle giuste aspettative e ai bisogni emergenti. I soci sono la forza propulsiva, le fondamenta su cui mantenere ben salda la casa ANMCO. Se la forza dell'associazione si manifesta a livello centrale, in realtà si acquisisce in periferia per il più stretto rapporto con i soci; il ruolo del presidente regionale è difficile perché deve sapersi districare fra varie necessità: garantire la presenza e visibilità dell'associazione sul territorio regionale, rispondere

alle aspettative e richieste dei singoli iscritti (per i rapporti con enti regionali e regolatori, con le direzioni delle singole aziende sanitarie, tra le strutture cardiologiche di enti sanitari diversi o con altre discipline mediche), avviare e/o mantenere rapporti proficui con le autorità regolatorie e politiche regionali entrando nelle cabine di regia, dimostrare entusiasmo, dinamicità e voglia di fare. Per tale motivo si prospetta la necessità di una vera e propria formazione, un corso di preparazione per coloro che si appresteranno a rivestire questo delicato ruolo. Tra i punti di forza delle regioni vi sono i meccanismi elettivi e gestionali democratici, l'autonomia organizzativa e decisionale, recuperata in quest'ultimo biennio, sempre ovviamente nell'ambito di un corretto rapporto istituzionale che non porti in modo più assoluto a frammentazione, l'ampia possibilità di interazione con altri organismi ANMCO, la conoscenza diretta fra consiglieri, presidente e soci. Per il futuro sarebbe utile valorizzare esperienze di aggregazioni macroregionali - come ad es. il MUMA - garantendo così una rappresentatività di tutte o quasi le regioni nell'ambito del CD; valutare la possibilità di individuare un referente delle regioni fra i presidenti che tenga rapporti più stretti con il CD e Presidente, valorizzare i rapporti con Aree e Task Force rendendoli più omogenei soprattutto in ambito di attività formativa e informativa, riflettere se sia funzionale il ruolo dei presidenti regionali anche come presidente anche di HCF, favorire ingresso nel CD di giovani e donne (cosa che non deve intendersi come quote da

“riserva indiana” ma come possibilità per chi merita e ha voglia di spendersi), garantire un supporto amministrativo/segretariale dalla Segreteria Nazionale, prevedere per i soci che non possano essere presenti al Congresso Nazionale una piattaforma comunicativa che permetta di seguirlo magari organizzando sedi macroregionali in differita, aumentare la disponibilità di fondi regionali con i patrocini o altro, investire in borse di studio regionali per istituire degli stage ad hoc in ospedali di III livello, far sentire forte la voce ANMCO con le istituzioni regionali (come portato avanti in modo mirabile a livello nazionale) per riappropriarsi del ruolo ANMCO anche a difesa dei soci stessi.

Ha fatto seguito un appassionato e approfondito dibattito su questi temi con gli interventi dei Chairperson delle Aree e dei Presidenti Regionali.

Il Congresso e la Formazione ANMCO

MODERATORI *Ezio Giovannini e Nicola Mininni*

La seconda Giornata degli Stati Generali è stata dedicata alla Formazione. Anche a questo proposito sentiamo la voce del Presidente: “*Qual è lo stato delle cose sul Congresso Nazionale?*”

“Negli scorsi anni abbiamo assistito a un progressivo recupero del numero dei medici iscritti ma, contemporaneamente, a un calo di quello degli infermieri, fenomeno cui attribuiamo verosimilmente un'origine legata a difficoltà di ordine economico-logistico ma non di minore interesse scientifico e culturale; è per questo motivo che abbiamo proposto di spostare il Cardionursing a livello regionale piuttosto che nazionale. Nell'ultimo congresso (un successo per i suoi 2417 iscritti), abbiamo portato il



Congresso Nazionale ANMCO

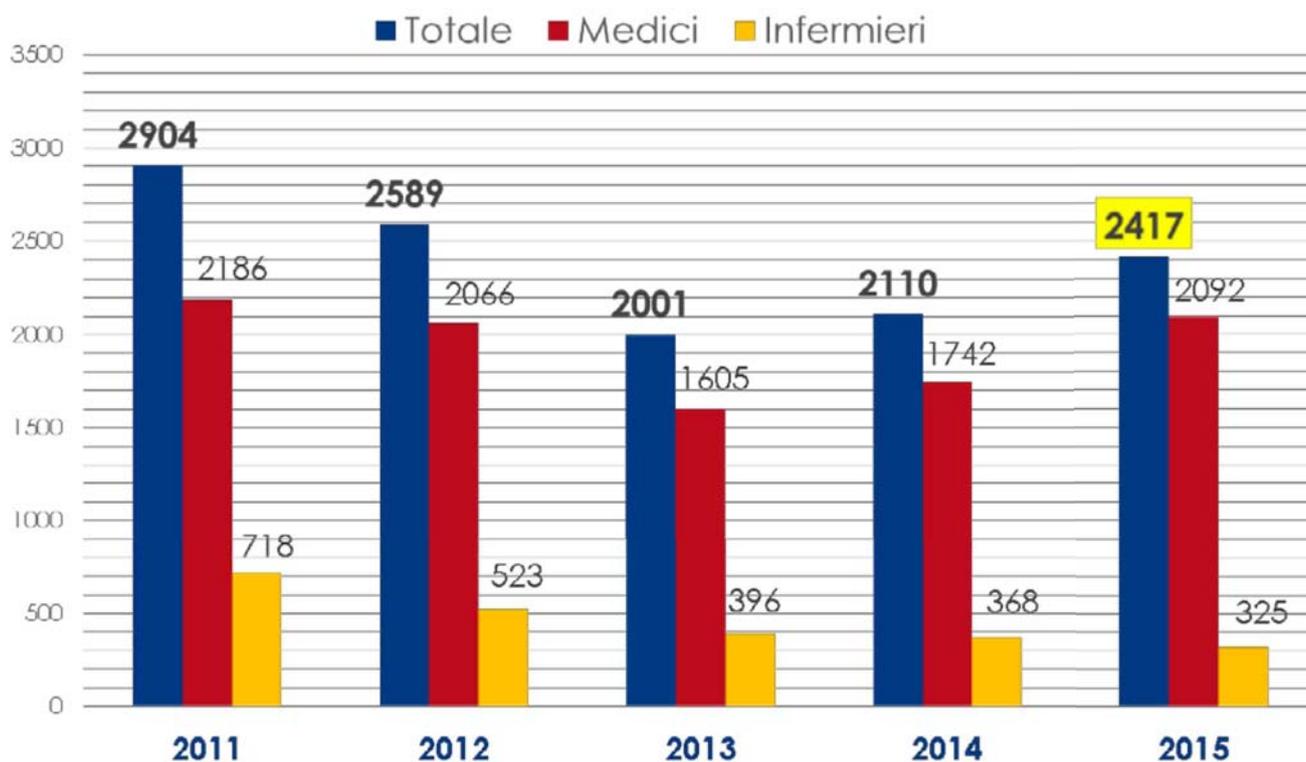


Figura 4

rapporto tra Faculty e congressisti da 1:2 a 1:4, la quota di relatori non soci è scesa al 10,29% e abbiamo accettato 280 comunicazioni per le 58 sessioni dedicate alla ricerca cardiologica in Italia e 482 per le 60 sessioni di e-poster (vedi Figure 4 e 5, nda). Il Congresso Nazionale ANMCO 2015 è ora on line sul Sito WEB ANMCO. Le iniziative che abbiamo intrapreso per aumentare l'interesse nel congresso e la sua rilevanza scientifica stanno iniziando a dare buoni frutti. Infatti, rispetto alle 451 proposte per il 2015, sono già pervenute per il prossimo congresso 627 proposte, un numero incredibile! Inoltre ho il piacere di

comunicarvi che il 20 ottobre Farmindustria ha ritenuto, in via eccezionale e a tantum, di concedere una specifica deroga che renderà possibile il nostro Congresso Nazionale a Rimini, dal 2 al 4 giugno. Il Palacongressi di Rimini vi stupirà con innovazioni tecnologiche ancora superiori a quelle osservate nel precedente Congresso Nazionale. Due village da 100 posti e ledwall esterni, sale multimediali, proiezioni olografiche, 6 sale lavori, un anfiteatro, e-poster, Congress assistant, app congress, tracker, congress poll per indagini istantanee e tanto altro ancora in un ambiente entusiasmante, tecnologico e eccezional-

mente climatizzato».

La Formazione è da sempre stata uno dei punti di forza della nostra associazione e risponde alla necessità di essere vicino al cardiologo per la propria attività clinica quotidiana, di colmare il gap tra aggiornamento e lavoro tra i giovani, di consentire la partecipazione alla vita culturale dell'Associazione ai cardiologi delle varie realtà territoriali/regionali, di mettere a confronto esperienze sull'applicazione delle linee guida e favorire l'interazione tra i cardiologi su temi innovativi. Durante la sessione il Segretario Generale Fe-



derico Nardi ha illustrato i principali eventi formativi 2015: Le Campagne Educazionali Nazionali “*I bisogni insoddisfatti della cardiopatia ischemica cronica. Siamo in linea con le linee guida: possiamo fare meglio?*” (che ha visto tra lo start-up e i 4 eventi periferici oltre 300 partecipanti), “*AF-NAO SHOT*” (che presenta durante 11 riunioni regionali con oltre 1000 partecipanti, in modo interattivo, i dati della omonima Web Survey, “*Istantanea sulla terapia della fibrillazione atriale: dalla*

percezione alla realtà terapeutica, dalle certezze alle prassi cliniche” analizzando il confronto tra il dato nazionale e quello delle singole regioni) e *CardioMab* (campagna interattiva sugli scenari clinici di gestione delle diverse forme di ipercolesterolemia e di aggiornamento in merito alle nuove prospettive terapeutiche nel contesto delle dislipidemie); l’evento “*Food science & Food ingredients: The need for reliable scientific approaches and correct communication*”, svoltosi a Firenze, il 24 marzo

2015 a Palazzo Strozzi su un tema di estremo interesse nell’anno dell’EX-PO, i diversi eventi formativi murali ed extramurali, i 5 eventi FAD, i diversi congressi regionali e le iniziative di formazione in campo di rianimazione cardiopolmonare.

A questo proposito Giovanna Geraci ha ricordato la partecipazione alla Settimana Viva (12-18 ottobre 2015) e al Festival della Salute di Viareggio (25-26 settembre 2015) con stand di formazione e informazione in tema

ABSTRACT pervenuti al Congresso 2015

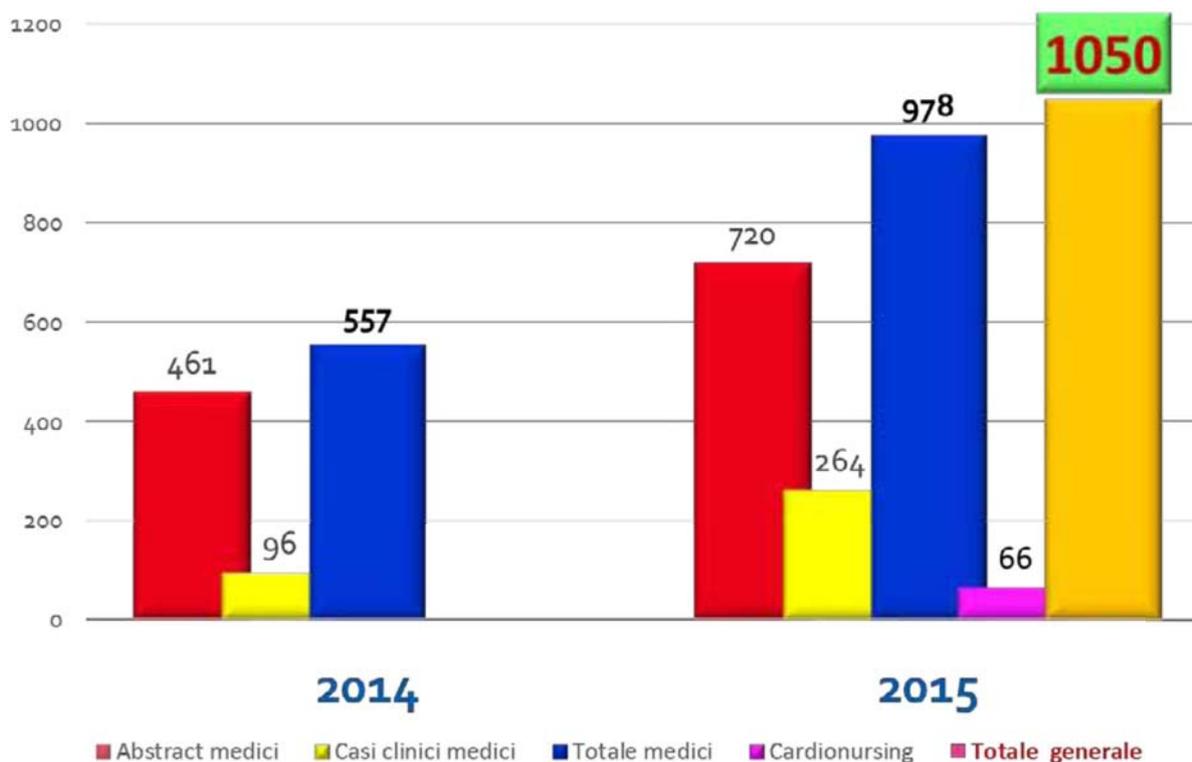


Figura 5



di rianimazione cardiopolmonare, la collaborazione con la Misericordia di Rifredi (realizzazione di un Corso istruttori BLS-D laici), e con il CONI-Bologna (formazione in BLS-D degli operatori iscritti alle proprie società sportive), la stipula di un Protocollo con il Comune di Firenze e soprattutto la Campagna con ANSF (Agenzia Nazionale per la Sicurezza delle Ferrovie) e POLFER (Polizia Ferroviaria di Stato), nata nel 2014 a seguito dell'iniziativa di ANSF di donare 60 defibrillatori semiautomatici da distribuire alle principali stazioni ferroviarie di Italia. L'ANMCO, per la rinomata qualità dei corsi di rianimazione cardiopolmonare che da anni porta avanti, è stata coinvolta nel progetto come ente formatore del personale POLFER con la firma di un protocollo di intesa fra le parti dando il via alla campagna di formazione su tutto il territorio nazionale, con corsi BLS-D ANMCO-AHA. Del Gruppo di Coordinamento del Progetto, per ANMCO, fanno parte il Coordinatore Nazionale del gruppo RCP (a oggi Alessandro Capecchi) e un componente del Direttivo Nazionale (a oggi Giovanna Geraci). Sono stati effettuati, in soli 7 mesi (da gennaio a luglio 2015), 49 corsi, in diverse sedi per un totale di 516 agenti formati, che hanno suscitato grande entusiasmo nei partecipanti. Fino ad oggi, 11 sono stati gli interventi da parte di agenti

della POLFER, in diverse stazioni italiane, in soccorso di passeggeri in transito; in tutti i casi è stato dato un efficace supporto alle funzioni vitali di base delle vittime fino all'arrivo dei soccorsi avanzati (118) e in 8 casi l'intervento tempestivo degli agenti formati da ANMCO ha certamente avuto un ruolo fondamentale nel lieto fine dell'evento. Su questa falsariga abbiamo in programma anche un'intesa con l'Agenzia delle Dogane. L'ANMCO, inoltre, come illustrato da Alessandro Capecchi, mette a disposizione come Provider, con AHA, un'ampia offerta formativa di Corsi RCP (BLS Laici, BLS HCP, ACLS, ILS, PALS, ACLS-EP) e Retraining, avvalendosi di 191 istruttori "attivi" (13 in formazione). Sono stati effettuati dal 2001 1.921 Corsi con ben 27.188 partecipanti. Sono in programma anche corsi ACC-HF SIM & CRM (*Acute Critical Care – High Fidelity Simulation & Crisis Resource Management*). Capecchi ha inoltre ringraziato il Presidente Gulizia per la recente iniziativa dello stesso Presidente di stringere un forte sodalizio scientifico e collaborativo tra il board ANMCO e quello dell'AHA, suggellato nel recente leadership meeting di Orlando (USA). I Congressi regionali ANMCO, infine, tema su cui sono intervenuti Pasquale Caldarola, Giacomo Chiarandà, Fabrizio Oliva e Loris Roncon, rappresentano un momento di aggiornamento scien-

tifico più capillare, incontro e aggregazione regionale delle varie branche della Cardiologia, stimolo culturale, confronto e scambio di opinioni, condivisione, discussione, presentazione di iniziative locali agli altri attori, ai decisori, ai pazienti, ai laici, alle companies. Tra le loro criticità sono stati menzionati i budget sempre più ridotti per una raccolta fondi sempre più difficoltosa, la presenza di eventi congressuali multipli e ridondanti e i tempi espositivi brevi. Le proposte per migliorarli ulteriormente prevedono: maggiori interazioni intersocietarie e interregionali, una partecipazione interattiva (attraverso strumenti avanzati di comunicazione, sistemi wireless per collegarsi in tempo reale, social media e app in cardiologia), maggior spazio ai giovani, presentazione di PDTA per la gestione delle problematiche cardiologiche nella pratica clinica, discussione di Organizzazione sanitaria regionale con applicabilità nella realtà locale delle innovazioni tecnologiche e farmacologiche, presentazione di casi clinici con eventuale premiazione dei migliori, un più ampio spazio alla discussione con Discussant predefiniti, controversie tra esperti, commento delle più recenti Linee Guida, confronti dei dati locali con quelli nazionali o internazionali.





DAL CENTRO STUDI

DI FRANCESCO ORSO, MARCO MAGNONI,
ALDO PIETRO MAGGIONI



La rivascolarizzazione è superiore alla terapia medica
nel trattamento di pazienti con ischemia cronica e dimostrazione di ischemia
inducibile?

Quale è la miglior strategia in pazienti con ischemia miocardica inducibile: terapia medica vs rivascolarizzazione

Il razionale dell'ISCHEMIA Trial

Mario è un uomo di 60 anni iperteso e fumatore che da alcuni mesi lamenta angina per sforzi moderati. Su indicazione del Cardiologo curante esegue un test da sforzo al cicloergometro positivo per sintomi (angina) e modificazioni elettrocardiografiche indicative di ischemia miocardica inducibile. La scintigrafia miocardica mette in evidenza un deficit di perfusione indotto da sforzo di moderata entità nel territorio della coronaria circonflessa.

Quale è la miglior strategia di trattamento di questo paziente? Dovrebbe iniziare un trattamento medico ed essere inserito in un programma di follow-up oppure dovrebbe essere indirizzato all'esecuzione di uno studio angiografico coronarico per essere sottoposto ad un trattamento di rivascolarizzazione chirurgica o percutanea?
Negli ultimi quarant'anni vari

studi^{1,2} (trial clinici randomizzati o registri) hanno confrontato queste due strategie per valutarne gli effetti prognostici in pazienti con cardiopatia ischemica cronica oppure per individuare caratteristiche anatomiche (es. interessamento del tronco comune, malattia multivasale) o funzionali (es. estensione dell'ischemia, funzione ventricolare sinistra) che potessero determinare un vantaggio

Negli ultimi decenni vari studi hanno confrontato l'efficacia in termini prognostici di una strategia invasiva rispetto a una strategia conservativa in pazienti con cardiopatia ischemica cronica e dimostrazione di ischemia inducibile
ISCHEMIA Trial è però il primo trial che confronta queste due strategie nell'era della terapia medica e della terapia di rivascolarizzazione ottimali



CENTRI PARTECIPANTI	Principal Investigator	Study coordinators
Ospedali Riuniti, Ancona <i>S.O.D. di Cardiologia</i>	Gian Piero Perna	Marco Marini
I.C. Humanitas, Rozzano <i>U.O. Cardiologia clinica</i>	Lorenzo Monti	Barbara Nardi
Ospedale di Circolo, Varese <i>Cardiologia I</i>	Edoardo Verna	Stefano Provasoli
Policlinico di Monza, Monza <i>U.O. Cardiologia clinica e scompenso card.</i>	Andrea Mortara	Carla Auguadro
Ospedale S. Antonio Abate, Tolmezzo <i>S.O.C. Cardiologia</i>	Antonio Di Chiara	Francesca Pezzetta
Cardiocentro Ticino, Lugano <i>SRC</i>	Tiziano Moccetti	M.G. Rossi
Ospedale Morgagni, Forlì <i>U.O. Cardiologia</i>	Marcello Galvani	Filippo Ottani
Ospedale S. Croce e Carle, Cuneo <i>U.O. Cardiologia</i>	Emanuela Racca	Fabrizio Rolfo
Ospedale Monaldi, Napoli <i>U.O.C. Cardiologia - SUN</i>	Paolo Calabrò	Ilaria J. Romano
Azienda Ospealiera, Padova <i>Clinica Cardiologica</i>	Giuseppe Tarantini	Umberto Cucchini Daniela Mancuso
Ospedale Parini, Aosta <i>U.O. Cardiologia e cure intensive card.</i>	Marco Sicuro	Francesco Pisano
Ospedale SS Cosma e Damiano, Pescia <i>U.O. Malattie cardiovascolari</i>	William Vergoni	Roberto Amati
Casa sollievo sofferenza, S. G. Rotondo <i>Cardiologia – UTIC – Riabil. Card.</i>	Raffaele Fanelli	Massimo Villella
Policlinico S. Marco, Osio Sotto <i>U.O. Cardiologia</i>	Alvise Polese	Nicoletta De Cesare

Figura 1

di una strategia rispetto all'altra. Nei primi trial condotti negli anni '70 come il Veterans Administration (VA) Study,³ il Coronary Artery Surgery Study (CASS)⁴ e l'European Cooperative Surgery Study (ECSS)⁵ sono stati confrontati pazienti sottoposti a rivascolarizzazione chirurgica e pazienti trattati con "terapia medica" (essenzialmente aspirina, nitrati e betabloccanti in circa il 50% dei pazienti) con risultati controversi: neutri i primi due, mentre l'ECSS aveva mostrato un vantaggio prognostico significativo a 5 anni della chirurgia rispetto alla terapia medica. Questi trial, seppure con evidenti

limiti, hanno avuto l'importanza di individuare pazienti a maggior rischio nei quali la rivascolarizzazione sembrava avere un chiaro beneficio in termini prognostici⁶ (es. pazienti con malattia significativa del tronco comune) che sono stati quindi esclusi da tutti i trial successivi.

“Optimal Medical Therapy Era”

Nel corso degli anni la terapia medica si è molto evoluta grazie all'individuazione di processi fisiopatologici che hanno portato alla scoperta e all'introduzione di nuovi farmaci permettendo di arrivare alla cosiddetta “Optimal Medical The-

rapy Era” durante la quale sono stati condotti almeno due importanti trial clinici di confronto:

- il Clinical Outcomes Using Revascularization (COURAGE)⁷ trial che ha randomizzato pazienti con angina Canadian Class I–III, una buona parte dei quali con dimostrazione di ischemia, a PCI e terapia medica intensiva oppure alla sola terapia medica intensiva.

- il Bypass Angioplasty Revascularization Investigation 2 Diabetes (BARI-2D)⁸ trial che ha randomizzato pazienti diabetici asintomatici o con angina lieve ed evidenza di ischemia a rivascolarizzazione mediante PCI



www.ischemiatrial.org

Coordinamento italiano ISCHEMIA Trial

Centro Studi ANMCO

Via La Marmora, 34 50121 Firenze

Faculty

Dr. Aldo Pietro Maggioni - *Leader Italiano ISCHEMIA*

Dr. Francesco Orso

Dr. Marco Magnoni

Segreteria e informazioni

Laura Sarti – ischemia@anmco.it

tel +39 055 5101353 - fax +39-055-5101310

o CABG oppure alla sola terapia medica. Entrambi questi trial hanno fallito nel dimostrare una superiorità in termini prognostici della strategia di rivascularizzazione rispetto alla terapia medica conservativa. Entrambi i trial presentavano però serie limitazioni: basti pensare alla bassa percentuale di utilizzo di stent medicati (appena il 2.7% nel COURAGE e circa un terzo nei pazienti sottoposti a rivascularizzazione percutanea nel BARI-2D) e l'elevato numero di cross-over nel follow-up dei pazienti randomizzati a strategia conservativa verso la strategia invasiva (34% nel COURAGE e 46% nel BARI-2D). Recentemente sono stati anche pubblicati i dati relativi al follow-up a 15 anni⁹ dei pazienti arruolati nel COURAGE e, seppur con i limiti appena descritti, sarebbe confermata la non superiorità della rivascularizzazione percutanea sulla terapia medica su "outcome hard".

"Optimal Revascularization Therapy Era"

Il Fractional Flow Reserve versus Angiography for Multivessel Evaluation 2 (FAME 2) study¹⁰ è il primo trial clinico condotto in pazienti con co-

ronaropatia stabile che ha confrontato una strategia conservativa basata sulla sola terapia medica ottimale con una strategia invasiva basata su terapia medica ottimale associata a una strategia di rivascularizzazione "ottimale" guidata dal Fractional Flow Reserve (FFR) e con l'utilizzo di stent medicati di seconda generazione. Lo studio è stato interrotto precocemente (dopo arruolamento di poco più del 50% dei pazienti previsti e appena 7 mesi di FU medio) per superiorità della strategia invasiva rispetto a quella conservativa sull'endpoint composito morte, infarto miocardico e rivascularizzazioni urgenti. Va però sottolineato che questo vantaggio era determinato essenzialmente dal più "soft" dei

componenti dell'endpoint primario (riduzione delle rivascularizzazioni coronariche definite come urgenti), mentre nessun beneficio era stato osservato sugli altri due outcome. Anche questo trial, come i precedenti, presenta molteplici limitazioni e i risultati devono quindi essere interpretati con cautela. Ad esempio i pazienti venivano randomizzati in sala di emodinamica dopo visualizzazione del quadro coronarico e ciò poteva rappresentare da lato un bias di selezione e di gestione dei pazienti, dall'altro rappresenta una differenza sostanziale dalla pratica del mondo reale nel quale non tutti vengono valutati invasivamente con conseguente rischio di scarsa riproducibilità.

“Optimal Medical and Revascularization Therapy Era” - ISCHEMIA Trial

L'International Study of Comparative Health Effectiveness with Medical and Invasive Approaches (ISCHEMIA) Trial (ClinicalTrials.gov number NCT01471522) è un trial clinico randomizzato, internazionale, multicentrico finanziato dall'NIH/NHLBI che sta confrontando in pazienti con cardiopatia ischemia stabile e dimostrazione di ischemia di grado almeno moderato (mediante test ergometrico, ecostress, scintigrafia o RMN), una strategia conservativa basata sulla terapia medica ottimale rispetto a una strategia invasiva nella quale la terapia medica ottimale viene da subito associata ad una valutazione angiografica con l'obiettivo di eseguire una rivascolarizzazione ottimale (a giudizio del Cardiologo curante chirurgica mediante CABG oppure percutanea guidata dall'FFR e con utilizzo di stent di seconda generazione) sull'endpoint composito di morte da cause cardiovascolari e infarto miocardico.

Come dovrebbe essere trattato Mario? Invasivamente o in maniera conservativa? Probabilmente per avere una risposta evidence based dobbiamo aspettare i risultati dello studio ISCHEMIA. Nell'attesa... perché non arruolarlo?

Ad oggi nel mondo sono stati randomizzati 2.384 degli 8.000 pazienti previsti. Il Centro Studi ANMCO coordina i 16 centri italiani e un centro svizzero partecipanti (Figura 1) che hanno randomizzato 92 pazienti. Avete un paziente con queste caratteristiche? Non esitate a contattare il Centro Studi o i referenti dei centri partecipanti. ♥

Bibliografia

1. Windecker S, Stortecky S, Stefanini GG, et al. Revascularisation versus medical treatment in patients with stable coronary artery disease: network meta-analysis. *BMJ*. 2014 Jun 23;348:g3859.
2. Stergiopoulos K, Boden WE, Hartigan P et al. Percutaneous coronary intervention outcomes in patients with stable obstructive coronary artery disease and myocardial ischemia: a collaborative meta-analysis of contemporary randomized clinical trials. *JAMA Intern Med*. 2014 Feb 1;174(2):232-40.
3. Detre K, Takaro T, Hultgren H, Peduzzi P. Long-term mortality and morbidity results of the Veterans Administration randomized trial of coronary artery bypass surgery. *Circulation* 1985;72(6 Pt 2):V84-V89.
4. CASS Principal Investigators. Myocardial infarction and mortality in the Coronary Artery Surgery Study (CASS) randomized trial. *N Engl J Med* 1984;310:750-758.
5. Varnauskas E, Olsson S, Carlstrom E, Karlsson T. Long-term results of prospective randomised study of coronary artery bypass surgery in stable angina pectoris. *Lancet* 1982;320:1173-1180.
6. Takaro T, Peduzzi P, Detre K, et al. Survival in subgroups of patients with left main coronary artery disease. Veterans Administration Cooperative Study of Surgery for Coronary Arterial Occlusive Disease. *Circulation* 1982;66:14-22.
7. Boden W, O'Rourke R, Teo K et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;356:1503-1516.
8. Chaitman BR, Hardison RM, Adler D, et al. The BARI 2D Randomized Trial of Different Treatment Strategies in Type 2 Diabetes Mellitus with Stable Ischemic Heart Disease. Impact of Treatment Strategy on Cardiac Mortality and Myocardial Infarction. *Circulation*. 2009;120(25):2529-2540.
9. Sedlis SP, Hartigan PM, Teo KK, et al. Effect of PCI on Long-Term Survival in Patients with Stable Ischemic Heart Disease. *N Engl J Med*. 2015 Nov 12;373(20):1937-46.
10. De Bruyne B, Fearon WF, Pijls NH, et al. Fractional flow reserve-guided PCI for stable coronary artery disease. *N Engl J Med*. 2014 Sep 25;371(13):1208-17.

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	44	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)	1.011 (22.545)	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)	92 (2.392)	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	37	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	-
POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	100	6.000	-	1 anno	-
START (osservazionale)	250	4.500	-	1 anno	-

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE

■ PREVENZIONE

■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE

■ OUTLIERS



FOCUS ON

POSTER (Prevalence Of familial hypercolesterolaemia (FH) in Italian Patients with coronary artery disease)

Si tratta di uno studio di tipo osservazionale, promosso dalla Fondazione “per il Tuo cuore” Onlus e dalla Società Italiana Studi Aterosclerosi (SISA), il cui obiettivo primario è stabilire la prevalenza di ipercolesterolemia familiare (FH) in pazienti con documentata malattia coronarica seguiti presso circa 100 strutture di cardiologia, rappresentative in termini di distribuzione geografica del territorio italiano. L'analisi dei dati raccolti permetterà anche di aumentare la sensibilizzazione dei medici Cardiologi verso la patologia FH, spesso sotto-diagnosticata.

Obiettivo secondario dello studio sarà la validazione dei criteri diagnostici del Dutch Lipid Clinic Network nella popolazione italiana affetta da malattia coronarica. La caratterizzazione dei pazienti effettuata nello studio consentirà inoltre di derivare priorità per intraprendere interventi sanitari mirati e per migliorare la diagnosi di FH nella popolazione generale tramite lo screening a cascata dei familiari dei probandi con diagnosi di ipercolesterolemia familiare certa, permettendo così l'individuazione precoce di pazienti a rischio cardiovascolare molto alto.

L'ipercolesterolemia familiare è uno dei principali fattori di rischio cardiovascolare. La presenza di elevati valori di colesterolo LDL contribuisce all'instaurarsi di un processo di alterazione delle pareti dei vasi, che a sua volta è strettamente correlato all'insorgenza di gravi malattie cardio- cerebro-vascolari.

Nel mondo circa una persona ogni 500 ha un'alterazione genetica che causa ipercolesterolemia familiare; l'alterazione che si riscontra più frequentemente è a carico del gene che codifica il recettore per le LDL. Questo recettore si trova sulla superficie della cellula ed ha il compito di “catturare” le particelle di colesterolo LDL, rimuovendole dal sangue. L'alterazione del gene provoca la formazione di recettori per le LDL malfunzionanti, ossia di recettori che non sono in grado di rimuovere il colesterolo LDL dal sangue.

La maggior parte dei soggetti con ipercolesterolemia familiare ha ereditato un gene difettoso per il recettore delle LDL da uno dei genitori ed un gene normale dall'altro genitore. In questi casi si parla di ipercolesterolemia familiare eterozigote, mentre quando un soggetto eredita il gene difettoso per il recettore delle LDL da entrambi i genitori, si parla di ipercolesterolemia familiare omozigote. Queste ultime sono forme di ipercolesterolemia molto rare, colpiscono infatti circa un soggetto su un milione, ma anche molto più gravi delle forme eterozigoti.

Lo studio sarà condotto in circa 100 Ospedali dotati di Cardiologia, rappresentativi della realtà nazionale dal punto di vista geografico. Il periodo di arruolamento sarà di 12 mesi durante i quali verranno arruolati circa 6.000 pazienti ambulatoriali visitati fra le 2 e le 8 settimane dopo un evento coronarico (Sindrome Coronarica Acuta, PCI, CABG). Di questi si stima che circa 200 abbiano ipercolesterolemia familiare.

Trattandosi di uno studio osservazionale, il progetto non prevede nessuna modalità terapeutica specifica né l'esecuzione di alcun esame strumentale supplementare rispetto a quelli comunemente eseguiti nella pratica clinica quotidiana, compreso il test genetico che è oramai routine su gran parte del territorio nazionale. I pazienti verranno trattati in base ai protocolli standard utilizzati presso i Centri; verrà comunque fatta una forte raccomandazione a seguire le Linee Guida.

La raccolta dati avverrà esclusivamente su CRF elettronica, con compilazione e invio mediante browser internet. Il Coordinamento Scientifico ed Organizzativo sarà svolto dal Centro Studi ANMCO.



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)

Davide 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



La nostra "mission": aprire il mondo aritmologico al Cardiologo clinico

Cinque cose che tutti i Cardiologi devono sapere su... l'Area Aritmie

La rubrica mensile dell'Area Aritmie sul Sito Web ANMCO per il Cardiologo clinico

Nel variegato contesto della Cardiologia italiana, in presenza di numerose e forti associazioni di settore che sviluppano importanti iniziative scientifiche, formative e organizzative nei rispettivi campi di competenza, il ruolo primario dell'Area Aritmie ANMCO deve essere quello di favorire la diffusione della cultura aritmologica a 360 gradi, con l'obiettivo di mantenere e rafforzare il bene prezioso della gestione unitaria e integrata del paziente cardiopatico. Le aritmie da sempre rappresentano un settore di interesse e competenza specifica all'interno della Cardiologia e forse per la loro complessità hanno spesso respinto molti Cardiologi che preferivano delegarne la gestione a superspecialisti. Questa tendenza si è accentuata notevolmente con lo sviluppo tumultuoso dell'aritmologia interventistica e con l'introduzione di dispositivi impiantabili sempre più complessi e di procedure ablativo particolarmente sofisticate. Proprio la diffusione estesa delle nuove opzioni terapeutiche aumenta esponenzialmente la probabilità che

il Cardiologo clinico debba gestire in prima persona questa tipologia di pazienti, o nel contesto di ampie comorbidità, o in situazioni di urgenza - emergenza. Per perseguire questo obiettivo, dal mese di giugno 2015 è stata istituita sul Sito Web ANMCO una rubrica mensile intitolata "Le cinque cose che tutti i Cardiologi devono sapere su", in cui vengono schematizzati gli aspetti essenziali pratici su argomenti aritmologici. I "cinque punti" sintetizzano le nozioni chiave che devono guidare l'approccio clinico alla problematica specifica. Ogni contributo è caratterizzato da una breve rassegna

sintetica delle evidenze scientifiche e da una serie di suggerimenti pratici e operativi per il Cardiologo clinico con figure e tracciati esplicativi. All'inizio della presentazione è posta una tabella riassuntiva con evidenziate le 5 cose che tutti devono sapere e in chiusura una bibliografia essenziale di riferimento.

Ad oggi sono disponibili sei numeri della rubrica:

- 1) L'elettrocardiogramma nei pazienti portatori di pacemaker (Massimo Zecchin);
- 2) Riconoscere le principali malfunzioni di pacemaker (Gabriele Zanutto);

"Le cinque cose che..." Una rubrica mensile sul Sito Web ANMCO per un aggiornamento pratico facilmente fruibile, dedicato a tutti i Cardiologi su problematiche di tipo aritmologico

Obiettivo: fornire conoscenze base e gestire situazioni di urgenza o emergenza in pazienti aritmici, spesso portatori di dispositivo impiantabile o sottoposti a procedure ablativo, anche in assenza dell'elettrofisiologo

- 3) Come interrogare e programmare un defibrillatore (Donato Melissano);
- 4) Come riconoscere e gestire le malfunzioni di defibrillatori ed elettrocateretri (Renato Pietro Ricci);
- 5) Quando proporre una ablazione transcateretere nella fibrillazione atriale e che cosa deve sapere il paziente prima della procedura (Gianluca Zingarini);
- 6) Come prevenire, riconoscere e trattare le infezioni dei dispositivi impiantabili (Achille Giardina).

- | |
|---|
| 1. Il defibrillatore impiantabile riconosce e tratta le aritmie ventricolari principalmente utilizzando un criterio di frequenza. |
| 2. Il defibrillatore non eroga soltanto terapie di shock ma anche terapie di stimolazione antitachicardica. Il defibrillatore ha anche funzione di pacemaker. |
| 3. Il defibrillatore può erogare shock inappropriati. |
| 4. L'applicazione di un magnete sul defibrillatore blocca l'erogazione delle terapie di shock, ma non modifica la funzione pacemaker. |
| 5. Il defibrillatore memorizza numerosi dati clinici in particolare sullo stato di compenso e sulle aritmie atriali e ventricolari. Tali dati possono essere disponibili in tempo reale utilizzando il monitoraggio remoto. |

In Tabella a titolo di esempio le cinque cose che tutti devono sapere su come interrogare e programmare un defibrillatore

Figura 1

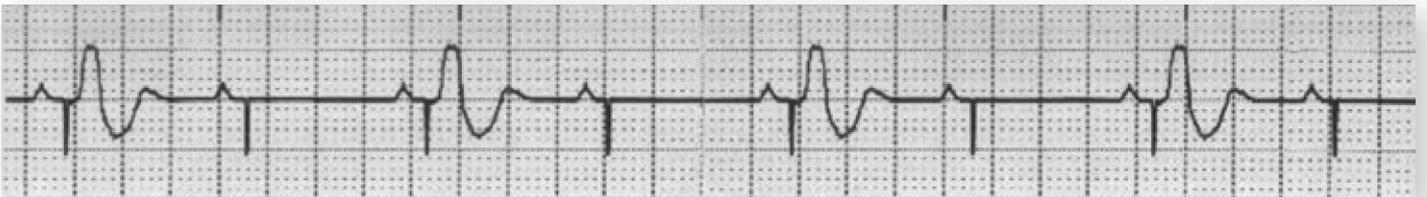


Figura 2

Il ruolo primario dell'Area Aritmie ANMCO deve essere quello di favorire la diffusione della cultura aritmologica a 360 gradi per una gestione integrata del paziente cardiopatico



Cinque cose che tutti devono sapere su l'Area Aritmie:

1. Vogliamo condividere le conoscenze aritmologiche con il Cardiologo clinico
2. La rubrica "Le cinque cose che..." è disponibile ogni mese sul Sito Web ANMCO
3. L'obiettivo è fornire strumenti pratici per la gestione dei cardiopatici con aritmie
4. È in fase di sviluppo un forum interattivo: aspettiamo idee, proposte, suggerimenti
5. Necessario facilitare i percorsi d'accesso alle prestazioni di aritmologia interventistica

In Figura 1 e 2 due tracciati esemplificativi: difetto di cattura ventricolare intermittente 2:1 in un pacemaker bicamerale (Figura 1) e esempio di extrasistolia atriale P su T che funge da trigger per innesco di Fibrillazione Atriale (Figura 2). La rubrica mensile rappresenta nella nostra visione solo l'inizio di un processo ampio e interattivo nel quale il dibattito e la discussione permettano di approfondire e di condividere gli argomenti sviluppati al fine di affinare le strategie terapeutiche. Per questo aspettiamo idee, proposte, suggerimenti, quesiti. Un forum interattivo con commenti e riflessioni che nascano dagli argomenti trattati è già in fase di sviluppo.

Accesso alle prestazioni nelle procedure di elettrofisiologia interventistica e di elettrostimolazione

È noto che l'accesso alle procedure di elettrofisiologia interventistica ed elettrostimolazione è estremamente disomogeneo

sul territorio nazionale; questo dipende fortemente dalla presenza e tipologia di strutture specialistiche nel territorio, dalla diffusione della cultura aritmologica e dalla rete di comunicazioni che regola il flusso di pazienti. Il risultato è che molti pazienti candidati non hanno accesso alle procedure e che in qualche area geografica ci sia un rischio di inappropriata. Il programma di lavoro è quello di definire lo stato attuale nel rapporto candidati potenziali/procedure eseguite e di definire dei modelli organizzativi per facilitare l'accesso dei pazienti appropriati alle procedure. Lo strumento individuato è quello di un questionario conoscitivo da inviare ai Soci con l'obiettivo di fotografare la realtà attuale e di identificare gli strumenti correttivi. Il primo tema sarà quello dell'accesso alle procedure di ablazione della fibrillazione atriale. ♥

Dal mese di giugno 2015 è disponibile sul Sito Web ANMCO una rubrica mensile intitolata "Le 5 cose che tutti i Cardiologi devono sapere su"



Nelle Linee Guida ESC 2015 l'imaging cardiovascolare risulta oggi ancor più insostituibile nella endocardite infettiva

Linee Guida ESC 2015 Il trionfo dell'imaging nella diagnosi delle endocarditi infettive

All'ecocardiografia, ancora oggi metodica di scelta per la diagnosi e la gestione dell'endocardite sospetta o certa, si sono affiancate altre metodiche di imaging, quali TC multistrato ed imaging nucleare

Premessa

L'Endocardite Infettiva (EI) per le sue caratteristiche di tipo clinico ed epidemiologico in continua evoluzione, è ancora oggi una sfida diagnostica oltre che terapeutica. Le multiforme modalità di presentazione e di evoluzione fanno sì che l'EI debba essere considerata una malattia a gestione multidisciplinare che coinvolge Cardiologi, Cardiocirurghi, Infettivologi, Microbiologi,

Neurologi ecc. che nel loro insieme costituiscono il "Team dell'EI". I vari specialisti non possono però fare a meno per la diagnosi e le scelte terapeutiche dell'Imaging Cardiovascolare, con l'ecocardiografia in prima linea ma con le altre metodiche di Imaging sempre più utilizzate in molti sottogruppi di pazienti (TC multislice, RM, SPECT e PET). La novità delle ultime Linee Guida ESC 2015 è rappresentata dall'inclusione nei criteri maggiori, accanto ai re-

perti ecocardiografici (vegetazioni, ascessi, pseudoaneurismi e nuovi distacchi protesici), anche dei reperti di altre metodiche di imaging.

Ecocardiografia

L'ecocardiografia risulta essere la metodica di scelta per la diagnosi di EI; l'ETT deve essere effettuato quanto più precocemente possibile nel sospetto di EI e deve essere completato da ETE sia in caso di ETT negativo ed elevata probabilità di malattia sia in caso di ETT positivo

All'ecocardiografia sono state affiancate altre metodiche di imaging per migliorare la sensibilità e specificità diagnostica in particolare nei sottogruppi di pazienti con protesi vascolari in aorta ascendente o device intracardiaci

La complessità della patologia infettiva esige un'interazione tra molti specialisti che costituiscono il "team delle endocarditi"



Figura 1

Raccomandazioni	Classe	Livello
A. Diagnosi		
Considerare ETT come esame di prima linea nel sospetto di EI	I	B
ETE è da effettuarsi in tutti i casi di sospetto clinico di EI con ETT negativo o non diagnostico	I	B
ETE è raccomandato in tutti i casi di sospetta EI in pazienti portatori di protesi valvolare o device intracardiaco	I	B
Ripetere ETT e/o ETE dopo 5-7 giorni in caso di precedente negatività se il sospetto diagnostico persiste elevato	I	C
Effettuare valutazione ecocardiografica in ogni caso di accertata batteriemia da S. Aureo	Ila	B
ETE dovrebbe essere effettuato anche in caso di precedente positività di ETT, ad eccezione di EI su cuore destro con lesioni inequivocabilmente riscontrate all'ETT	Ila	C

Raccomandazioni	Classe	Livello
B. Follow-up in corso di terapia medica		
Ripetere ETT/ e/o ETE precocemente in caso di sospetta complicanza di EI (soffio di nuova insorgenza, embolizzazione, febbre persistente, scompenso cardiaco, ascesso o blocchi intraventricolari)	I	B
Ripetere ETT e/o ETE in caso di EI senza complicanze per eventuale diagnosi precoce di complicazioni silenti e per controllare le dimensioni della vegetazione. Il timing ed il tipo di indagine (ETT o ETE) dipendono dal tipo di riscontri iniziali, dal microrganismo coinvolto e dalla risposta alla terapia	Ila	B
C. Ecocardiografia intraoperatoria		
Ecocardiografia intraoperatoria indicata in tutti i casi di chirurgia per EI	I	B
D. Valutazione al termine della terapia antibiotica		
ETT è raccomandata al termine della terapia antibiotica per la valutazione anatomo-funzionale degli apparati valvolari e delle camere cardiache	I	C

Figura 2

per escludere eventuali complicanze (Figure 1 e 2). Con le attuali tecnologie (imaging in seconda armonica) la sensibilità per l'identificazione delle vegetazioni sulle valvole native dell'ETT è del 70% e dell'ETE del 96% mentre in casi di vegetazioni su valvole protesiche la sensibilità dell'ETT è del 50% e dell'ETE del 92%. La specificità risulta essere del 90% per entrambe le metodiche. L'identificazione delle vegetazioni può essere particolarmente difficile quando queste si impiantano su valvole con lesioni preesistenti (sovrabbondanza dei lembi mitralici nel M. di Barlow, estese calcificazioni valvolari), su valvole protesiche, su device intracardiaco e quando sono di piccole dimensioni (< 2 mm) o parietali non mobili. In caso di negatività di ETT ed ETE ma di alto sospetto clinico e microbiologico (Stafilococco Aureo) per EI è necessario ripetere un ETE entro una settimana. Negli ultimi anni l'ETE 3D è stata sempre più utilizzata per la diagnosi e la caratterizzazione delle lesioni endocarditiche, in particolare degli ascessi e degli pseudo aneurismi, ma allo stato attuale va considerata come complementare all'ecocardiografia bidimensionale. Nella Figura 3 sono sintetizzate le corrispondenze tra i dati anatomici e quelli ecocardiografici.

Tomografia Computerizzata Multistrato (TCMS)

Le attuali TCMS permettono l'acquisizione di scansioni cardiache in uno o pochi battiti con esposizione di radiazioni di soli 2-3mSV. Questo avanzamento tecnologico ha permesso di utilizzare la TCMS per lo studio del-



	RISCONTRO CHIRURGICO/AUTOPTICO	RISCONTRO ECOCARDIOGRAFICO
Vegetazione	Massa infetta adesa all'endocardio o con impianto intracardiaco	Massa intracardiaca oscillante o fissa adesa a strutture valvolari, endocardiche o intracardiache
Ascesso	Cavità perivalvolare contenente materiali purulento o colliquato non comunicante con le cavità cardiache	Zona perivalvolare ispessita e disomogenea di aspetto isoecogeno oppure iperecogeno
Pseudo aneurisma	Cavità perivalvolare in comunicazione con la cavità cardiache	Spazio ecoprivo perivalvolare con presenza, al Color Doppler, di flusso ematico
Perforazione	Interruzione della continuità del tessuto valvolare	Soluzione di continuo del tessuto valvolare con documentazione Color Doppler di flusso attraverso la discontinuità
Fistola	Comunicazione tra due cavità adiacenti mediante una perforazione	Comunicazione tra due cavità adiacenti attraverso una perforazione, con presenza di shunt identificato con Color Doppler
Aneurisma valvolare	Protuberanza sacculare del tessuto valvolare	Protuberanza sacculare circoscritta della valvola
Distacco di protesi valvolare	Distacco protesico	Jet di rigurgito paravalvolare con/senza immagine diretta del distacco/movimento di bascula

Figura 3

le EI. I risultati TCMS nelle EI sia su valvole native che protesiche, sono comparabili con i rilievi intraoperatori e non mostrano grandi differenze con l'ETE. L'ETE è superiore a TCMS nell'identificazione delle vegetazioni di piccole dimensioni, ed in generale nella valutazione emodinamica della valvulopatia secondaria all'EI, la TCMS sembra avere un vantaggio in caso di vegetazioni su valvole massicciamente calcifiche e nelle formazioni ascessuali o pseudo aneurismatiche, che riesce a definire più accuratamente nella loro

anatomia ed estensione. In pazienti con sospetto embolismo sistemico la TCMS permette contemporaneamente lo studio delle valvole e quello degli organi eventualmente sede di embolismo (cerebrale, splenico, renale ecc.); non vi è invece indicazione ad eseguire TCMS di routine come screening per l'embolismo. Un altro campo di applicazione della TCMS è nei pazienti nei quali sia necessario lo studio dell'albero coronarico, per il potenziale rischio di embolizzazione in corso di angiografia coronarica. In caso di endo-

cardite localizzate nel cuore destro la CT può dare valide informazioni aggiuntive in merito a concomitanti patologie polmonari, come ascessi ed infarti polmonari. La TCMS, per la necessità del mezzo di contrasto iodato, non può essere utilizzata nei pazienti con insufficienza renale severa, nei pazienti emodinamicamente instabili, nei pazienti con allergia allo iodio. La superiore sensibilità della RM rispetto alla TC nella diagnosi delle complicanze neurologiche cerebrali (embolia, emorragia, ascessi cerebrali, aneurismi micotici)

Le indicazioni alla correzione cardiocirurgica delle endocarditi si basano su criteri emodinamici, embolici ed infettivi

è stata confermata anche nel caso di EI ma, in caso di paziente instabile la maggiore fattibilità della CT rende questa metodica una alternativa accettabile quando la RM non risulti disponibile.

PET-CT e SPECT-CT

La possibilità di coniugare l' imaging molecolare ottenuto mediante tecniche scintigrafiche con l' imaging anatomico ottenuto mediante CT (utilizzando scanner ibridi o mediante fusione off-line) ha consentito di utilizzare la PET-CT e la SPECT-CT come metodiche diagnostiche supplementari in pazienti con EI sospetta. Le metodiche scintigrafiche sono soprattutto utili nei casi che rimangono dubbi secondo i criteri convenzionali e per la detezione di embolizzazione periferica. L'uso della PET-CT con ^{18}F -fluorodessiglucosio (^{18}F -FDG) permette di visualizzare i tessuti a metabolismo glucidico aumentato; tale metodica, largamente utilizzata nella diagnosi e stadiazione di eteroplasie, attualmente si sta diffondendo per la diagnosi ed il monitoraggio di patologie infiammatorie ed infettive, come nel caso della EI su protesi cardiache. Infatti il ^{18}F -FDG iniettato viene incorporato nelle cellule circolanti coinvolte nella reazione infiamma-

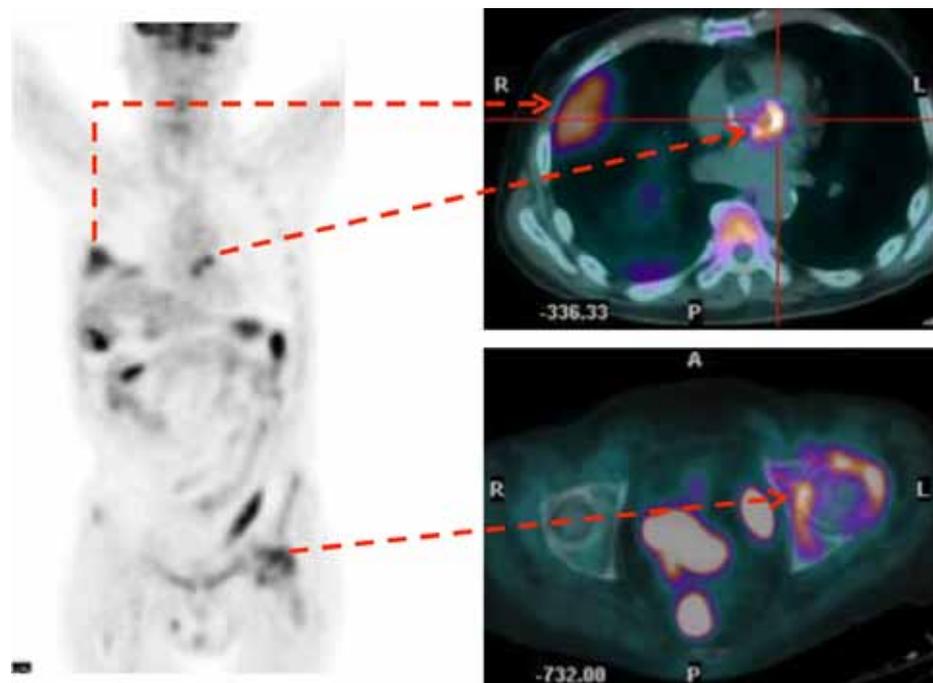


Figura 4
 ^{18}F -FDG PET-CT

Uomo, 66 anni → Endocardite su protesi valvolare aortica biologica (con polmonite ed artrite settica)

Courtesy of Dr. Assuero Giorgetti

Fondazione CNR Regione Toscana G. Monasterio - Pisa

toria che si accumulano nella zona di infezione (Figura 4). Inserendo nei criteri maggiori per la diagnosi di EI la PET-CT con ^{18}F -FDG positiva (captazione di tracciante nel tessuto cardiaco periprotetico), la sensibilità diagnostica è passata dal 70 al 97%. Sempre alte la sensibilità (89%) e la specificità (86%) diagnostica in caso di infezione di device intracardiaco. Meno utile la metodica in caso di endocardite su valvola nativa. Nei

pazienti sottoposti a cardiocirurgia recente (meno di tre mesi) la PET deve essere interpretata con molta cautela in quanto la risposta infiammatoria post-operatoria dei tessuti può causare dei risultati falsamente positivi. Falsi positivi possono essere determinati da altre cause di flogosi locale. Altre limitazioni applicative sono rappresentate dai casi di EI a lenta evoluzione, di piccole vegetazioni mobili nell'ambito del tessuto

L'ecocardiografia transesofagea è obbligatoria per la diagnosi di endocardite su protesi e per riconoscere le complicanze locali



cardiaco (di per sé caratterizzato da alto metabolismo glucidico) e di EI in pazienti con diabete mellito scompensato. La SPECT-CT per la diagnosi di EI si basa sull'utilizzo di leucociti autologhi radio marcati con indium-111 (^{111}In) o Technetium-99m ($^{99\text{m}}\text{Tc-HMPAO}$). La sensibilità della SPECT-CT dipende dal grado di accumulo di granulociti neutrofili e risulta pertanto essere massima nelle fasi acute di infezione. I risultati risultano essere non

univoci, ma ci sono evidenze positive in corso di EI in valvole protesiche e in device intracardiaci. Rispetto alla PET-CT con $^{18}\text{F-FDG}$, la SPECT-CT leucocitaria risulta essere più specifica ma richiede tempi più lunghi di esecuzione ed ha una minore risoluzione spaziale.

Endocardite infettiva su valvole native

L'Ecocardiografia svolge un ruolo importante nella valutazione prognostica a breve e lungo termine dei

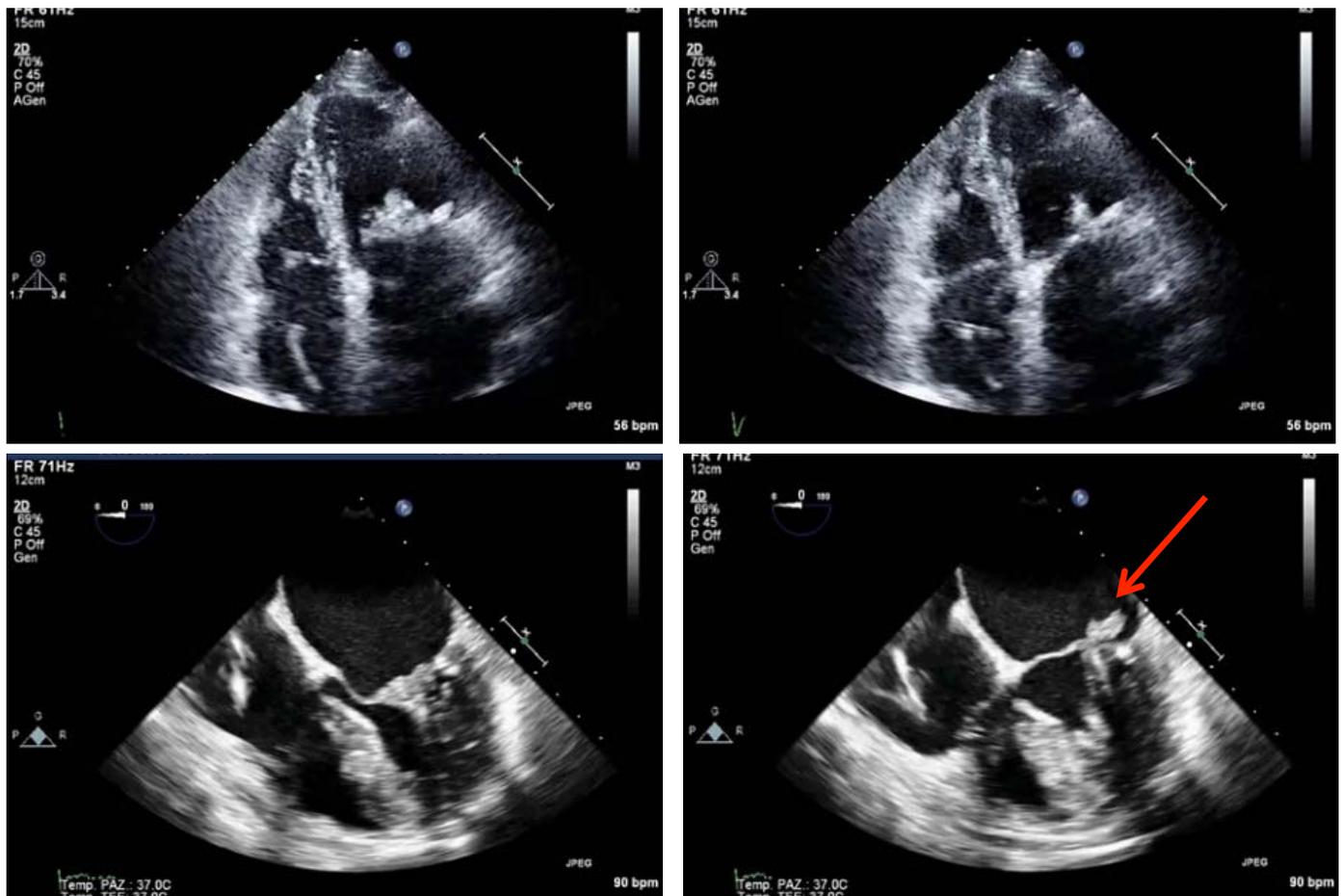
pazienti con EI guidando l'indicazione alla correzione chirurgica ed alla scelta ottimale del timing chirurgico. Le indicazioni alla cardiocirurgia si basano su criteri emodinamici, embolici ed infettivi.

Criteri emodinamici

Lo scompenso cardiaco rappresenta la principale indicazione alla correzione chirurgica dell'EI. L'ecocardiografia, ETT ed ETE, rappresenta la metodica di scelta per identificare il sovraccarico di volume ventrico-

Figura 5

Endocardite fungina su stenosi mitralica. In alto ETT 4 camere apicale, in basso ETE medio-esofageo 4 camere: diastole (sinistra) e sistole (destra). Nell'ETE in sistole si visualizza la vegetazione che si estroflette in atrio (freccia rossa), non visibile con ETT.



ETE 3D. ATRIAL VIEW IN SISTOLE

ETE 3D. VENTRICULAR VIEW IN DIASTOLE

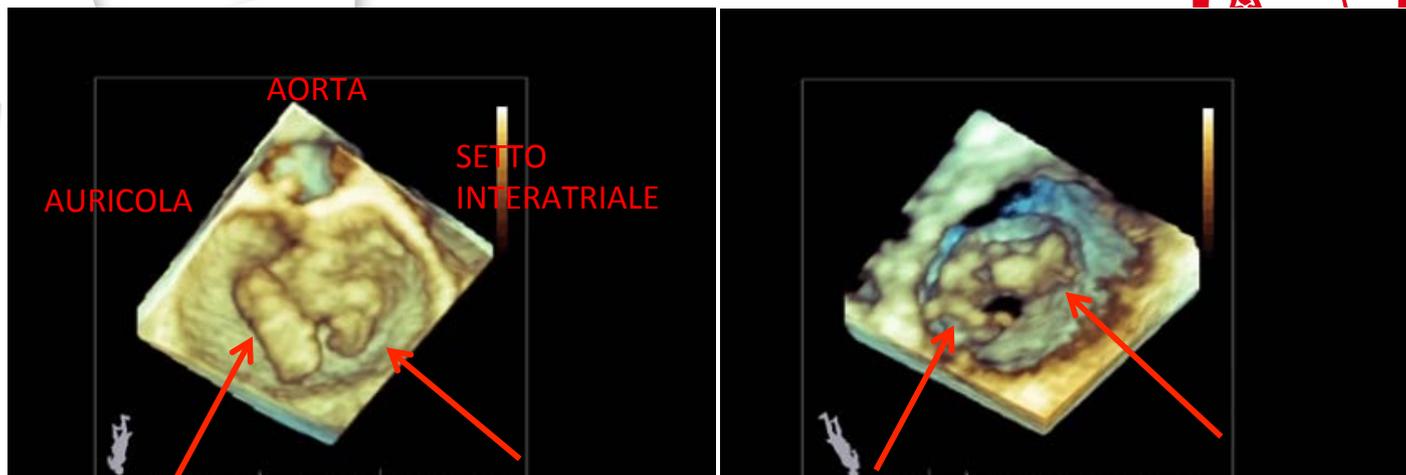


Figura 6 - Stesso caso della figura precedente. Esame ETE. Ricostruzione tridimensionale su un'acquisizione zoom-mode. A sinistra visione dall'atrio sinistro. Le molteplici e grossolane vegetazioni adese al lembo anteriore si estroflettono in atrio sinistro in fase sistolica. A destra visione dal ventricolo sinistro. Le vegetazione adese al lembo anteriore si spostano nella cavità ventricolare in fase diastolica, consensualmente al movimento del lembo anteriore. Le vegetazioni sono indicate dalle frecce rosse. Per le dimensioni e la mobilità le vegetazioni sono ad elevato rischio embolico.

lare ed alcuni aspetti che orientano verso un rigurgito acuto. Un'altra indicazione ad intervenire con urgenza è l'azione stenosante della vegetazione: anche in questo caso la metodica ecocardiografica permette di identificare l'anatomia e l'emodinamica di ostruzione al flusso. La valutazione delle dimensioni e della funzione ventricolare e di altri parametri emodinamici, quali la pressione polmonare, indipendentemente dalla comparsa dei sintomi, può indicare una cattiva tolleranza alla valvulopatia e quindi anticipare la correzione chirurgica della valvulopatia.

Criteri Embolici

La valutazione del rischio embolico delle vegetazioni, che costituisce una complicazione potenzialmente devastante sia prima che dopo l'inizio della terapia antibiotica, si poggia essenzialmente sui dati rilevabili con l'ecocardiografia ETT ed ETE (Figura 5). Le grandi dimensioni e l'elevata mobilità delle vegetazioni, l'impianto sulla valvola mitrale, la

ridotta ecodensità (ridotta consistenza, vegetazioni in fase florida), le variazioni di dimensioni con la terapia antibiotica, l'embolismo documentato, il tipo di germe ed altri parametri sono stati considerati predittori di embolizzazione (Figura 6). La corretta misurazione delle vegetazioni rappresenta perciò un punto fondamentale nella diagnosi e nel monitoraggio del paziente con endocardite infettiva. Talvolta la complessità delle vegetazioni (vegetazioni multilobate, multiple, con marcate variazioni di forma durante le fasi del ciclo cardiaco) può rendere difficile una corretta misurazione adatta al confronto con esami successivi. L'associazione di vegetazioni di grandi dimensioni con altri predittori di un decorso complicato (scompenso, parametri di laboratorio indicativi di persistente infezione, altre lesioni endocarditiche rilevate con l'eco) costituisce indicazione ad intervento urgente. L'indicazione ad intervenire in caso di grandi dimensioni delle vegetazio-

ni, in assenza di altre complicanze ed in presenza di un quadro clinico e di laboratorio favorevole, è ancora oggi oggetto di controversie. Secondo alcuni autori se vi è un'alta probabilità di chirurgia ripartiva, l'intervento di tipo riparativo va eseguito precocemente. In questi casi l'esatta anatomia predittiva di riparabilità può essere studiata solamente con esame transesofageo, preferibilmente con ricostruzione tridimensionale.

Criteri infettivi

Le infezioni non controllate con estensione locale (ascessi, pseudo aneurismi, fistole, aumento delle dimensioni delle vegetazioni) costituiscono una delle principali indicazioni all'intervento in urgenza o in emergenza in rapporto alle condizioni cliniche. Anche in questi casi l'ecocardiografia, in particolare quella transesofagea, svolge un ruolo chiave nella diagnosi di queste complicanze.

Endocardite infettiva su protesi

La diagnosi di endocardite su protesi è più difficile rispetto a quella su valvola nativa. L'ecocardiografia transesofagea è obbligatoria per l'identificazione delle vegetazioni e delle frequenti complicanze locali (ascessi, pseudo aneurismi, fistole). Purtroppo la sensibilità e la specificità dell'ecotransesofagea per la diagnosi di endocardite su protesi, pur essendo elevate non sono equiparabili a quelle delle valvole native. Per tale motivo nei casi dubbi si può ricorrere ad altre metodiche di imaging, ad esempio la PET-CT. Questo è particolarmente valido in casi particolari, quali le protesi vascolari

in aorta ascendente (intervento di Bentall o di David) e i device per l'assistenza ventricolare (LVAD) nei quali l'attività infettiva può essere identificata su strutture protesiche non accessibili all'esame ecocardiografico.

Endocardite infettiva su device

L'aumentato numero di impianti di Pacemaker (PM), Defibrillatori (AICD) e sistemi di resincronizzazione (CRT) ed il loro impianto in pazienti sempre più anziani con numerose comorbidità, ha avuto un corrispondente aumento dei casi di endocardite. Occorre distinguere tra infezione del generatore (tasca) ed infezione dei cateteri e delle strut-

ture intracardiache con le quali i cateteri vengono in contatto (valvole, endocardio murale, endotelio vascolare). Non sempre l'infezione della tasca si associa ad endocardite ma la possibilità che questo avvenga è molto elevata, come dimostrato in alcuni studi dalla positività delle colture dei cateteri rimossi. La diagnosi è spesso difficile perché la febbre può non essere presente nei pazienti anziani o può essere attribuita ad altre cause (spesso a focolai bronco pneumonici). In caso di febbre persistente si deve sempre sospettare un'EI ed effettuare un esame ecocardiografico che rimane, con gli esami di laboratorio, il mezzo diagnostico insostituibile. Le informazioni utili

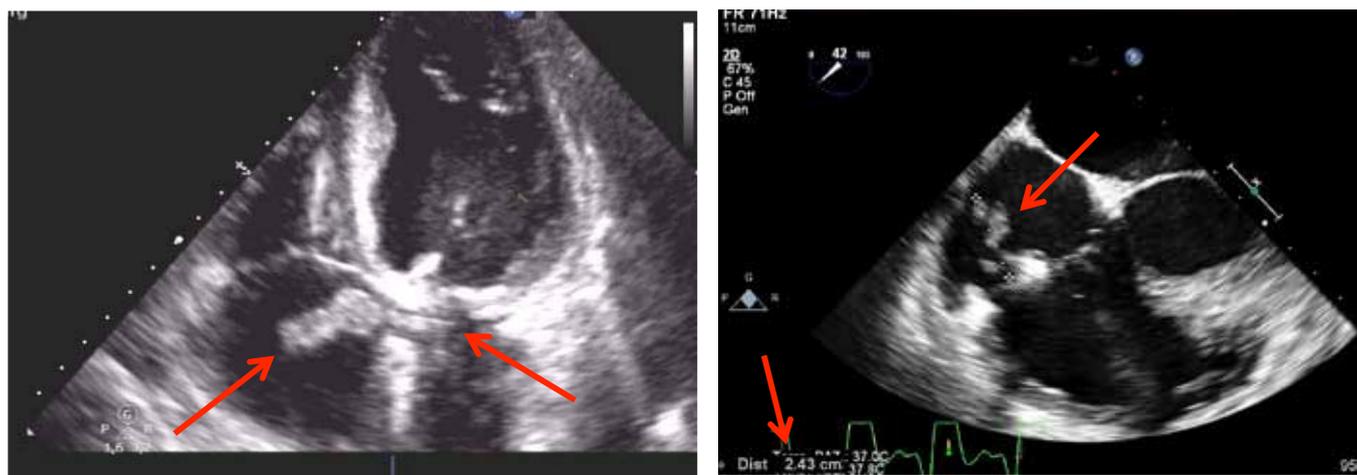


Figura 7
ENDOCARDITE SU DEVICE.

A sinistra vegetazione adesa a catetere per resincronizzazione. ETT sezione 4 camere apicale in sistole: è visibile la vegetazione (frecche rosse) che già nel seno coronario aderisce al catetere e quindi sporge in atrio destro.

A destra vegetazione adesa a catetere PMK. ETE sezione trasversale esofagea superiore modificata per le sezioni di destra, in sistole. La definizione anatomico-funzionale della vegetazione (plurilobata, mobile) è ottimale per effettuare le corrette misurazioni, da utilizzare in caso di estrazione dell'elettrocatetere (frecche rosse).



per la gestione si ottengono sia con ETT (dimensioni e funzione ventricolare destra, grado del rigurgito tricuspide, entità della pressione polmonare) che con ETE (presenza delle vegetazioni, dimensioni, posizione, rapporti con la tricuspide) (Figura 7). Un esame ecocardiografico negativo non esclude la diagnosi di endocardite ed in caso di forte sospetto clinico o di laboratorio, l'esame va ripetuto. È stato proposto, nei casi dubbi, di ricorrere alle metodiche scintigrafiche come la ¹⁸F-FDG PET/CT.

Il centro di riferimento ed il team delle endocarditi

Nelle ultime Linee Guida europee sono state definite le principali

caratteristiche di un centro di riferimento per la gestione dei pazienti con endocardite infettiva. Le principali metodiche di imaging devono essere prontamente disponibili. La cardiocirurgia deve essere disponibile, in particolare se si configura l'intervento in emergenza - urgenza per le forme complicate. I numerosi specialisti che ruotano intorno ai complessi pazienti con endocardite (Cardiologi, Cardiocirurghi, Infettivologi, specialisti in cardioimaging, Neurologi, Neurochirurghi ecc.) devono essere disponibili e si dovrebbe costituire un team dedicato ("Endocarditis Team") con il compito di gestire la fase intra ed extraospedaliera di questi pazienti. ♥

La multimodality imaging gestita da un pool di esperti ha migliorato la capacità diagnostica e prognostica, permettendo una migliore scelta del timing cardiocirurgico

Bibliografia consigliata

Thuny F, Grisoli D, Collart F, Habib G, Raoult D. Management of infective endocarditis: challenges and perspectives. *Lancet* 2012;379:965–975.
 Bruun NE, Habib G, Thuny F, Sogaard P. Cardiac imaging in infectious endocarditis. *Eur Heart J* 2014;35:624–632.
 Kang DH, Kim YJ, Kim SH, Sun BJ, Kim DH. Early surgery versus conventional treatment for infective endocarditis. *N Engl J Med* 2012;366:2466–2473.
 Lancellotti P, Rosenhek R, Pibarot P, Iung B, Otto CM, ESC Working Group on Valvular Heart Disease position paper—heart valve clinics: organization, structure, and experiences. *Eur Heart J* 2013;34:1597–1606.
 Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP III. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice

Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63:2438–2488.
 Mohindra RK. A case of insufficient evidence equipoise: the NICE guidance on antibiotic prophylaxis for the prevention of infective endocarditis. *J Med Ethics* 2010;36:567–570
 Thornhill M, Dayer M, Forde J, Corey G, Chu VP. Impact of the NICE guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. *BMJ* 2011;342:d2392.
 Dayer MJ, Jones S, Prendergast B, Baddour LM, Lockhart PB. Incidence of infective endocarditis in England, 2000–13: a secular trend, interrupted time-series analysis. *Lancet* 2015;385:1219–1228.
 Duval X, Delahaye F, Alla F, Tattevin P, Obadia JF. Temporal trends in infective endocarditis in the context of prophylaxis guideline modifications: three successive population-based surveys. *J Am Coll Cardiol* 2012;59:1968–1976.
 Vahanian A, Alfieri O, Andreotti F, Antunes MJ, Baron-Esquivias G, Baumgartner

H. Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *Eur Heart J* 2012;33:2451–2496.
 Chirillo F, Scotton P, Rocco F, Rigoli R, Borsatto F. Impact of a multidisciplinary management strategy on the outcome of patients with native valve infective endocarditis. *Am J Cardiol* 2013;112:1171–1176.
 Polewczyk A, Janion M, Podlaski R, Kutarski A. Clinical manifestations of lead-dependent infective endocarditis: analysis of 414 cases. *Eur J Clin Microbiol Infect* 2014;33:1601–1608.
 Habib G, Badano L, Tribouilloy C, Vilacosta I, Zamorano JL. Recommendations for the practice of echocardiography in infective endocarditis. *Eur J Echocardiogr* 2010;11:202–219.
 Eudailey K, Lewey J, Hahn RT, George I. Aggressive infective endocarditis and the importance of early repeat echocardiographic imaging. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2014;147:e26–e28.



Berdejo J, Shibayama K, Harada K, Tanaka J, Mihara H, Gurudevan SV, Siegel RJ, Shiota T. Evaluation of vegetation size and its relationship with embolism in infective endocarditis: a real-time 3-dimensional transesophageal echocardiography study. *Circ Cardiovasc Imaging* 2014;7:149–154.

Fagman E, Perrotta S, Bech-Hanssen O, Flinck A, Lamm C, Olaison L, Svensson G. ECG-gated computed tomography: a new role for patients with suspected aortic prosthetic valve endocarditis. *Eur Radiol* 2012;22:2407–2414.

Huang JS, Ho AS, Ahmed A, Bhalla S, Menias CO. Borne identity: CT imaging of vascular infections. *Emerg Radiol* 2011;18:335–343.

Duval X, Iung B, Klein I, Brochet E, Thabut G. Effect of early cerebral magnetic resonance imaging on clinical decisions in infective endocarditis: a prospective study. *Ann Intern Med* 2010;152:497–504, W175.

Okazaki S, Yoshioka D, Sakaguchi M, Sawa Y, Mochizuki H, Kitagawa K. Acute ischemic brain lesions in infective endocarditis: incidence, related factors, and postoperative outcome. *Cerebrovasc Dis* 2013;35:155–162.

Goulenok T, Klein I, Mazighi M, Mes-sika-Zeitoun D, Alexandra JF. Infective endocarditis with symptomatic cerebral complications: contribution of cerebral magnetic resonance imaging. *Cerebrovasc Dis* 2013;35:327–336.

Hess A, Klein I, Iung B, Lavalée P, Ilic-Habens E, Dornic Q, Arnoult F. Brain MRI findings in neurologically asymptomatic patients with infective endocarditis. *AJNR Am J Neuroradiol* 2013;34:1579–1584.

Saby L, Laas O, Habib G, Cammilleri S, Mancini J. Positron emission tomography/computed tomography for diagnosis of prosthetic valve endocarditis: increased valvular ¹⁸F-fluorodeoxyglucose uptake as a novel major criterion. *J Am Coll Cardiol* 2013;61:2374–2382.

Erba PA, Conti U, Lazzeri E, Sollini M, Doria R, De Tommasi SM. Added value of ^{99m}Tc-HMPAO-labeled leukocyte SPECT/CT in the characterization and management of patients with infectious endocarditis. *J Nucl Med* 2012;53:1235–1243.

Rouzet F, Chequer R, Benali K, Lepage L, Ghodbane W. Respective performance of ¹⁸F-FDG PET and radiolabeled leukocyte scintigraphy for the diagnosis of prosthetic valve endocarditis. *J Nucl Med* 2014;55:1980–1985.

Thuny F, Gaubert JY, Jacquier A, Tessonnier L, Cammilleri S. Imaging

investigations in infective endocarditis: current approach and perspectives. *Arch Cardiovasc Dis* 2013;106:52–62.

Hyafil F, Rouzet F, Lepage L, Benali K, Raffoul R. Role of radiolabeled leukocyte scintigraphy in patients with a suspicion of prosthetic valve endocarditis and inconclusive echocardiography. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging* 2013;14:586–594.

Bensimhon L, Lavergne T, Hugonnet F, Mainardi JL, Latremouille C. Whole body [(18)F]fluorodeoxyglucose positron emission tomography imaging for the diagnosis of pacemaker or implantable cardioverter defibrillator infection: a preliminary prospective study. *Clin Microbiol Infect* 2011;17:836–844.

Sarrazin JF, Philippon F, Tessier M, Guimond J, Molin F. Usefulness of fluorine-18 positron emission tomography/computed tomography for identification of cardiovascular implantable electronic device infections. *J Am Coll Cardiol* 2012;59:1616–1625.

Chambers J, Sandoe J, Ray S, Prendergast B, Taggart D. The infective endocarditis team: recommendations from an international working group. *Heart* 2014;100:524–527.

Bonfiglioli R, Nanni C, Morigi JJ, Graziosi M, Trapani F. ¹⁸F-FDG PET/CT diagnosis of unexpected extracardiac septic embolisms in patients with suspected cardiac endocarditis. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2013;40:1190–1196.

Erba PA, Sollini M, Conti U, Bandera F, Tascini C, De Tommasi SM. G. Radiolabeled WBC scintigraphy in the diagnostic workup of patients with suspected device-related infections. *JACC Cardiovasc Imaging* 2013;6:1075–1086.

Gilbert Habib, Patrizio Lancellotti, Manuel J. Antunes, Maria Grazia Bongiorno, Jean-Paul Casalta, Francesco Del Zotti, Raluca Dulgheru, Gebrine El Khoury, Paola Anna Erba, Bernard Iung, Jose M. Miro, Barbara J. Mulder, Edyta Plonska-Gosciniak, Susanna Price, Jolien Roos-Hesselink, Ulrika Snygg-Martin, Franck Thuny, Pilar Tornos Mas, Isidre Vilacosta, Jose Luis Zamorano, Çetin Erol, Petros Nihoyannopoulos, Victor Aboyans, Stefan Agewall, George Athanassopoulos, Saide Aytakin, Werner Benzer, Héctor Bueno, Lidewij Broekhuizen, Scipione Carerj, Bernard Cosyns, Julie De Backer, Michele De Bonis, Konstantinos Dimopoulos, Erwan Donal. 2015 ESC Guidelines for the management of infective Endocarditis. *Eur Heart J* 2015;36 (44):3075-3128.



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCO

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

AREE ANMCO CHI È INTERESSATO?

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome

Indirizzo

Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] [] []

Tel. /Cell. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Denominazione Ospedale

Denominazione Struttura

Indirizzo

Città Prov. [] [] CAP [] [] [] [] [] []

Tel./Cell. Fax E - mail

Nome Primario o F.F.

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

SONO INTERESSATO ALLA SEGUENTE AREA

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

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

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

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data

Firma



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/isciversi-all-anmco del Sito WEB ANMCO) deve essere inviata in originale **insieme al Curriculum Vitae in formato Europeo** al Dipartimento Soci-Regioni ANMCO - Via Alfonso La 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 Cardiocirurgia |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio | <input type="checkbox"/> Altro |

Anno di assunzione nella struttura indicata

Nome del Primario o facente funzione

Nome del Responsabile (per Strutture aggregate)

Ruolo Cardiologo Cardiocirurgo 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. 055/51011.

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 dichiara 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.



Nell'era dell'informatica anche l'UTIC cambia pelle divenendo più tecnologica

La Terapia Intensiva Cardiologica due punto zero: è cambiata?

PC, mouse e monitor: ecco la nuova era 2.0!



In medicina ogni atto diagnostico e terapeutico è preceduto dall'osservazione della patologia in oggetto e dal suo inquadramento nosografico ed epidemiologico. La classificazione delle varie patologie secondo criteri anatomico-patologici, clinici e strumentali, ne permette il percorso diagnostico-terapeutico da attuare e successivamente la verifica della sua efficacia. Da questi principi, che valgono sia per l'attività clinica sul singolo paziente che per gli interventi sanitari su popolazioni, è nata la medicina moderna basata sull'evidenza (evidenza scientifica di efficacia degli interventi sanitari). Gli strumenti "scientifici" impiegati in questo ambito sono essenzialmente due: i trial clinici randomizzati ed i registri di popolazione. Entrambi questi strumenti devono quindi raccogliere e gestire enormi quantità di dati clinici, sui quali effettuare prima una verifica

di qualità/consistenza e quindi le analisi statistiche. Fino ad oggi la raccolta dei dati clinici veniva effettuata per ogni singolo paziente su supporto cartaceo e successivamente inviata ad un centro per l'inserimento in banche dati (database) informatiche. Recentemente, grazie allo sviluppo delle tecnologie informatiche a basso costo e larga diffusione (personal computer, Internet), si sta passando ad informatizzare anche la raccolta dati, e cioè ad eliminare il supporto cartaceo inserendo direttamente su computer i dati clinici, che vengono successivamente inviati telematicamente alla banca dati centrale. I vantaggi di questo sviluppo sono la riduzione dei costi, dei tempi di raccolta dei dati ed una maggiore qualità per la possibilità di effettuare controlli (di range numerico, logici) sui dati che vengono inseriti dal ricercatore clinico.



Nella pratica clinica cardiologica, l'utilizzo di un sistema informatizzato in grado di organizzare i dati e semplificare le procedure di produzione dei referti è di estrema utilità. Ad esempio la cartella clinica elettronica è uno strumento sempre più utilizzato. La sua introduzione nell'ambiente ospedaliero comporta notevoli vantaggi sia amministrativi sia clinici, ottenendo un impatto positivo sulla cura del paziente. I progetti di informatizzazione di un reparto consentono infatti di migliorare i flussi di lavoro ottimizzando il modo in cui le informazioni vengono raccolte, immagazzinate, distribuite ed usate. Fra i vantaggi ricordiamo:

- migliore accessibilità e disponibilità dell'informazione contenuta nella cartella clinica,
- diminuzione dell'incidenza degli errori umani,
- maggiore duplicabilità dei dati clinici,
- possibilità di seguire nel tempo i problemi e partecipare a indagini epidemiologiche come previsto da accordi regionali.

La cartella clinica elettronica permette infatti di raccogliere un'enorme quantità di dati utili non solo in ambito clinico ma anche per la ricerca scientifica o per un sistema di controllo di qualità. Non a caso la creazione di un sistema elettronico integrato per le UTIC rappresenta un obiettivo preliminare della Società Americana di Cardiologia. Un sistema di informatizzazione dell'UTIC è un ambiente applicativo complesso e sofisticato la cui struttura si avvale di un database contenente le informazioni cliniche del paziente (storia clinica, schede specifiche per angina ed infarto, sintomi, esame obiettivo generale; esame obiettivo cardiaco; fattori di rischio, terapia, gestione ingresso, trasferimenti, dimissione, appuntamenti follow-up) e da strette interconnessioni con altre unità dipartimentali (laboratorio di emodinamica, ambulatorio cardiologico, microbiologia, radiologia, cardiocirurgia ecc.). Particolare attenzione merita la creazione di una work-station su cui poter visualizzare immagini e referti inerenti esami



Figura 5

strumentali dei pazienti (cateterismo cardiaco, ecocardiogramma ed esami radiografici) ottenendo una visione pluridisciplinare ed olistica del quadro clinico in esame. A tal proposito risulta necessaria la presenza di un formulario medico (Controlled Medical Vocabulary - CMV) e di un nomenclatore di tutte le possibili prestazioni, consentendo la confrontabilità dei dati presenti nell'applicazione. Senza un formulario medico di prestazioni e di farmaci ben definito il sistema di supporto decisionale (Clinical Decision Support System - CDSS) e quello della gestione per il workflow non potrebbero operare. La struttura di base di una cartella clinica elettronica, in generale,



Nella pratica cardiologica, l'utilizzo di un sistema informatizzato in grado di organizzare dati e semplificare le procedure di produzione dei referti è di estrema utilità



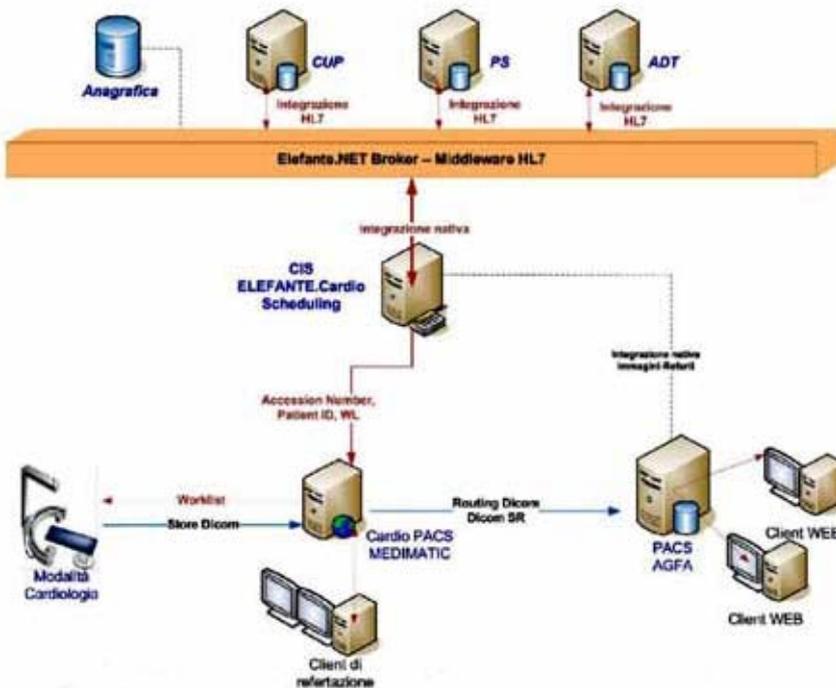
Alla base dell'informatizzazione c'è la creazione di una cartella clinica elettronica con evidenti ricadute gestionali per il ridursi dei rischi del paziente

consente a tutto il personale clinico di redigere e rivedere la documentazione, stilare ordini sia di farmaci che di terapie o esami e di gestire il prontuario farmaceutico. I prodotti di nuova realizzazione consentono

anche di integrare completamente la gestione della farmacia e della somministrazione dei farmaci in risposta alla crescente attenzione rivolta alla diminuzione dei rischi del paziente. Grazie a questo sistema il personale clinico ha la possibilità di visualizzare informazioni sempre aggiornate, migliorando così la coerenza delle terapie con la migliore pratica medica o con i workflow clinici stabiliti per la particolare patologia. La diaria in UTIC resa ad esempio in formato elettronico potrebbe essere contemporaneamente "cartella medica", "cartella infermieristica", "quaderno della

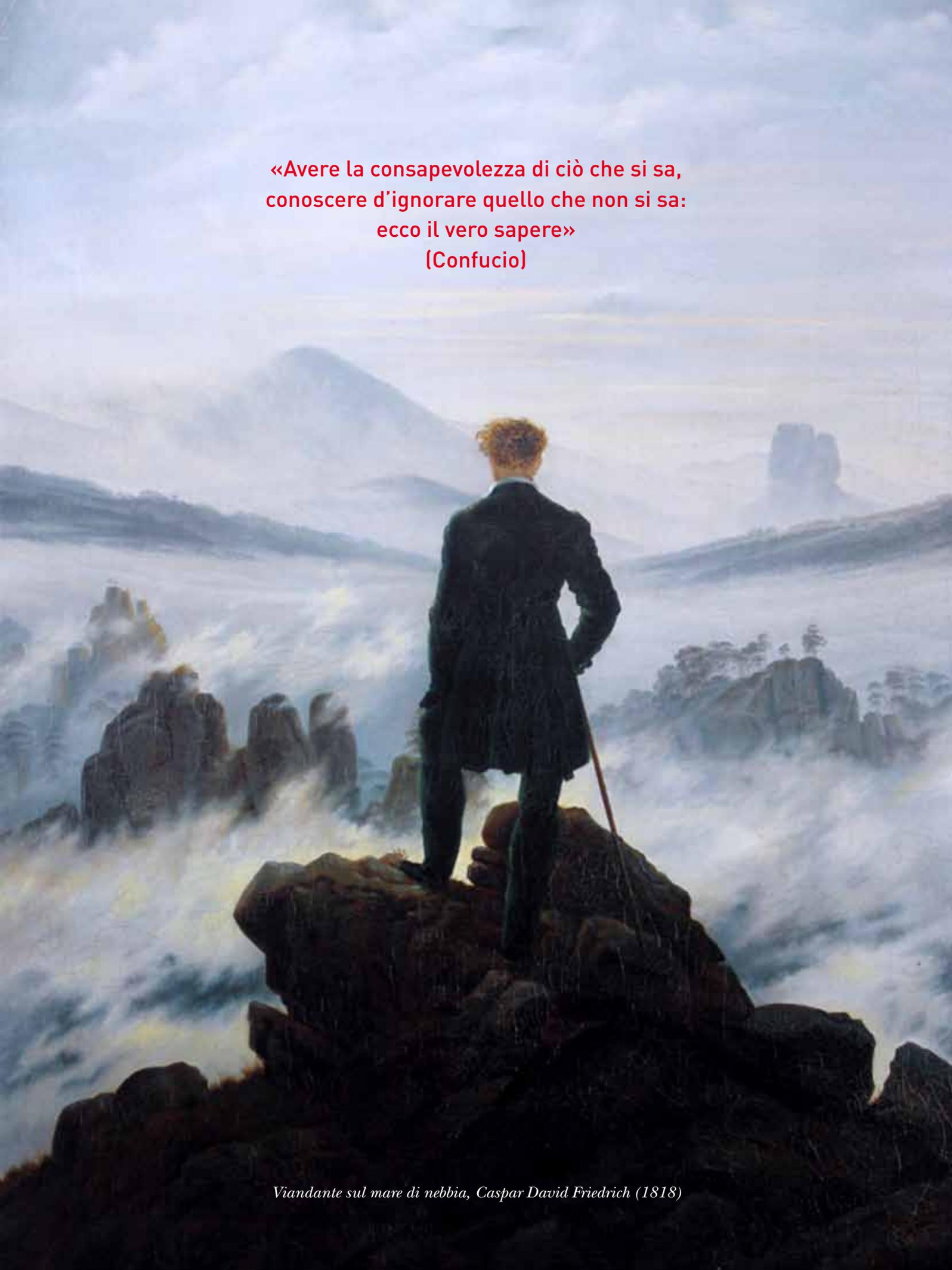
Nell'era due punto zero l'utilizzo di un database inserito in un PACS Cardiologico diventa uno strumento di governo clinico con monitoraggio della qualità delle cure nella Terapia Intensiva Cardiologica
Il decisore pubblico potrà anche avere dati ufficiali su cui basare le scelte future

Dettaglio integrazione cardiologia



terapia": il medico scrive quanto è di sua competenza, l'infermiere accede alla stessa cartella, la utilizza per il diario infermieristico e per la somministrazione di farmaci impiegando ad esempio una scheda terapeutica unica. Eliminando quanto più possibile le informazioni duplicate, si garantisce infine un elevato livello di privacy del paziente. In conclusione: l'utilizzo di un data base inserito in un PACS Cardiologico diventa uno strumento di governo clinico con monitoraggio della qualità delle cure nella Terapia Intensiva Cardiologica nell'era due punto zero e consentirà anche al decisore pubblico di avere dati ufficiali su cui basare le scelte future. ♥

«Avere la consapevolezza di ciò che si sa,
conoscere d'ignorare quello che non si sa:
ecco il vero sapere»
(Confucio)



Viandante sul mare di nebbia, Caspar David Friedrich (1818)

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



I giovani Cardiologi under 40 chiedono di essere più rappresentati all'interno dell'Associazione e si mostrano propositivi di fronte a chi sta offrendo loro maggiori possibilità di espressione

Survey Area Giovani

Insieme possiamo convincere e coinvolgere chi fino ad oggi si è sentito "solo in parte" rappresentato dall'ANMCO

Non solo una nuova ANMCO rivolta ai giovani, ma più spazio a quello che i giovani possono fare per ANMCO!

Durante i mesi passati, è stato possibile partecipare sul Sito Web ANMCO (www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-giovani) ad una Survey rivolta agli iscritti ANMCO under 40. La speranza di tutta l'Area era e rimane quella di riuscire a coinvolgere un numero sempre più ampio di giovani Cardiologi grazie ai quali portare nuove idee, proposte ed energie all'interno dell'associazione. Il nostro intento era quello di permettere a chiunque lo desiderasse di farci percepire la propria visione, i propri dubbi ma anche eventuali proposte, sull'onda dei segnali positivi visti durante l'ultimo Congresso Nazionale ANMCO a Milano, in cui la quota giovanile

si è dimostrata in crescita oltre che attiva e propositiva dal punto di vista scientifico. Ma chi sono, ad oggi, i Cardiologi ANMCO under 40? A partecipare alla Survey sono stati 151 medici, equamente divisi tra uomini e donne, per la maggior parte specialisti Cardiologi (88%) ed operanti al Nord, presso strutture sanitarie pubbliche (79%). Poco meno della metà di essi possono vantare un contratto a tempo indeterminato (48%), mentre una buona fetta lavora grazie a contratti a tempo determinato (17%) o libero professionali (15%). In termini di percorso formativo post-specializzazione, il 60% dei partecipanti ha dichiarato di non aver proseguito ulteriormente il proprio

iter di studi, mentre il 13% ha conseguito un dottorato di ricerca, il 16% una borsa di studio ed appena il 4% un master. È inoltre emerso che l'attività lavorativa quotidiana dei giovani Cardiologi italiani si divide tra UTIC e reparti di degenza clinica (il 6% opera in ambito ambulatoriale) mentre solo il 12% ed il 17% rispettivamente hanno la possibilità di lavorare come elettrofisiologi ed emodinamisti. Una volta scattata una fotografia che immortalasse i tratti dei giovani Cardiologi under 40, ciò che più ci stava a cuore era cercare di capire quale fosse la loro percezione dell'ANMCO e del ruolo della Area Giovani al suo interno. Pur partendo da numeri incoraggian-



Ben il 95% dei partecipanti alla Survey è convinto che ANMCO stia cambiando e nonostante un 7% di delusi, la stragrande maggioranza di essi rinnoverà l'iscrizione e si sente interessato ad una partecipazione attiva con l'Area Giovani al fine di ottenere una crescita personale

ti (gli iscritti under 40 all'ultimo Congresso Nazionale erano 361), solo un terzo dei colleghi coinvolti ha partecipato alla nostra Survey, segnale questo di una attuale scarsa penetranza nel mondo "giovani". Tra loro, il 25% ha risposto di non sentirsi attualmente rappresentato dall'ANMCO, mentre quasi il 42% ha definito la propria percezione dell'Associazione come parzialmente soddisfacente. Ma è proprio questo il punto critico dal quale ripartire! Continuando con le risposte, infatti, i nostri giovani colleghi ci hanno dimostrato la loro curiosità scientifica e la voglia di impegnarsi negli anni a venire perché tanto si può fare. Alla domanda "perché ti sei iscritto ad ANMCO?" hanno risposto per motivi culturali/scientifici (65%) o su invito di colleghi (17%), ad indicare che possiamo davvero essere terreno fertile su cui costruire il futuro e che c'è voglia di far parte di un gruppo, di farsi coinvolgere da chi ha già sperimentato e respirato aria di cambiamento! Ben il 95% dei partecipanti alla Survey è convinto che ANMCO stia cambiando e nonostante un 7% di delusi, la stragrande maggioranza di essi rinnoverà l'iscrizione e si sente interessato ad una partecipazione attiva con l'Area Giovani al fine di ottenere una crescita personale. Il 41% dei giovani infatti vede

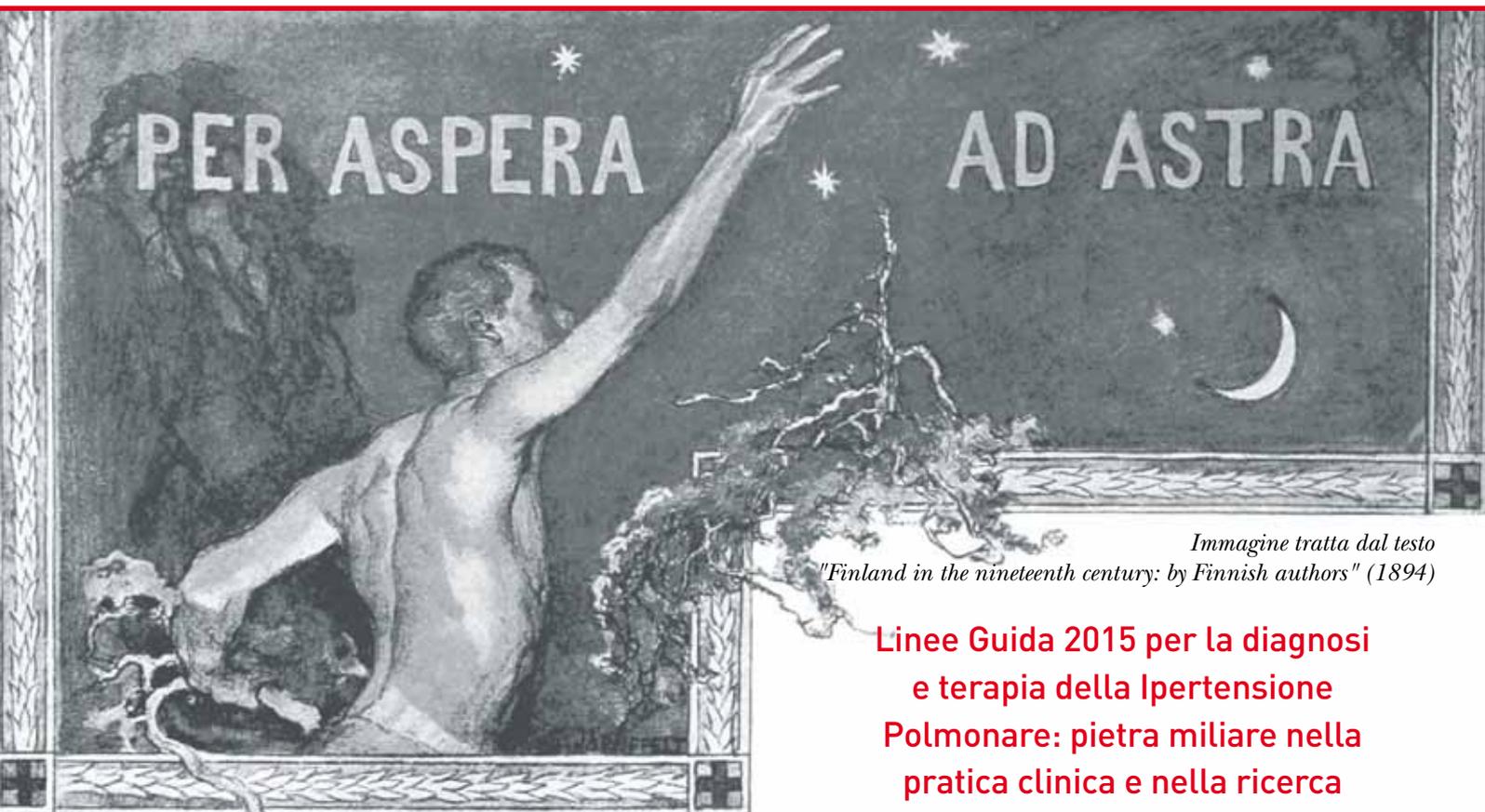
la nostra Area come funzionale alle proprie esigenze e addirittura un terzo di essi è convinto che la nascita di un'Area Giovani fosse necessaria per migliorare l'Associazione stessa: ciò significa voler dare un apporto in termini di entusiasmo ed innovazione. Non solo una nuova ANMCO rivolta ai giovani, ma più spazio a quello che i giovani possono fare per ANMCO! Tramite le nostre domande abbiamo inoltre potuto capire quali siano i reali campi di interesse sui quali lavorare ed offrire opportunità a chiunque volesse avvicinarsi al nostro gruppo. La quasi totalità dei partecipanti ha detto di essere interessato a corsi di clinical competence, su cui il nostro percorso formativo è evidentemente carente; molti hanno proposto l'organizzazione di corsi di formazione dedicati ai più giovani, costruiti con un taglio ed un linguaggio "ad hoc" e hanno manifestato la necessità di ricevere agevolazioni specifiche per partecipare a congressi di maggior spessore e rilevanza scientifica ai quali spesso non siamo invitati. Questi saranno spunti validi per continuare il nostro lavoro e dimostrare che menti giovani e dinamiche possono svolgere un ruolo trainante all'interno dell'Associazione. Niente di più positivo ed incoraggiante poteva nascere dalla nostra Survey! ♥





Commento positivo alle Linee Guida ESC 2015

“Per aspera ad astra...” attraverso le asperità alle stelle!



*Immagine tratta dal testo
"Finland in the nineteenth century: by Finnish authors" (1894)*

**Linee Guida 2015 per la diagnosi
e terapia della Ipertensione
Polmonare: pietra miliare nella
pratica clinica e nella ricerca**

«**P**er aspera ad astra...» il motto latino dal significato letterale “attraverso le asperità alle stelle” riecheggia frasi della tradizione letteraria latina risalenti probabilmente alla mitologia greca in cui gli eroi, Ercole per primo, erano accolti nell’Olimpo solo dopo aver compiuto imprese faticose.

Lo ritroviamo nella tragedia di Seneca dedicata all’eroe, Herc. Furens 441, 10, 437 “ Non est ad astros mollis e terra via... per aspera ad astra”, “la via per giungere dalla terra agli astri non è facile”; lo ritroviamo nell’Eneide di Virgilio, in termini di esortazione ad essere coraggiosi per ottenere il risultato sperato (Aen, IX,

641) “macte nova virtute, puer, sic itur ad astra...” “coraggio fanciullo. È così che si arriva alla gloria” tali le parole che proferisce Apollo, per esaltare la gens Iulia, a Iulo, figlio di Enea, allorchè questi, nello scontro con i Rutuli, ha appena ucciso Remolo, cognato del re dei Rutuli. Molto tempo dopo tale motto sarà



ripreso da Voltaire, ma anche da uno statista finlandese, Leopold Henrik Stanislaus Mechelin cui è attribuita, oltre la fondazione di Nokia, la edizione (1894) del testo “Finland in the nineteenth century: by finnish authors”. Michelin, difensore dell’autonomia del Granducato di Finlandia, promosse i diritti delle donne e dei minori, durante il suo governo (1905-8) rese la Finlandia la prima nazione al mondo con diritto universale al voto attivo e passivo. Introdusse libertà di espressione, di stampa, di associazione, che sarebbero state alla base dello stato indipendente finlandese che si sarebbe creato il 6/12/1917 con la caduta dello zar a seguito della rivoluzione bolscevica. La linee guida 2015 per la diagnosi e terapia della ipertensione polmonare (Eur Heart J 2015), illustrate, in occasione dell’ultimo Congresso Europeo ESC di Londra, dal Prof. N. Galiè hanno la potenzialità di costituire una pietra miliare per la pratica clinica e la ricerca nel settore dell’ ipertensione polmonare come già successo per quelle del 2009; questo non solo per il lavoro accurato, completo degli estensori, dei 70 revisori, le 456 voci bibliografiche, 35 tabelle, 4 figure, ma anche per il difficile cammino compiuto dagli estensori che ha condotto dalla concezione diffusa di Linee Guida che assurgono a norme giurisprudenziali, chiamate a risolvere questioni medico legali nelle aule di tribunali, la cui applicazione definisce l’appropriatezza delle prestazioni, ed è considerata “superiore” a qualsiasi decisione individuale, alla concezione originaria

La linee guida 2015 per la diagnosi e terapia della ipertensione polmonare, illustrate, in occasione dell’ultimo Congresso Europeo ESC di Londra, dal Prof. N. Galiè, restituiscono alle Linee Guida il significato originario di background culturale e supporto decisionale agli specialisti che si accostano a tale condizione fisiopatologica e pongono al centro dell’indagine clinica il paziente con ipertensione polmonare nella sua complessità

di supporto completo, aggiornato per ogni medico che si appresti a valutare pazienti con la condizione di ipertensione polmonare, senza nulla togliere alla creatività del singolo professionista. Gli estensori hanno raggiunto questo obiettivo riaffermando il valore dell’individuo sia esso medico, paziente o care giver; ridefinendo l’atto medico come processo del ragionare, donando centralità all’interesse per il paziente, interlocutore e collaboratore in tutto il percorso che conduce dal sospetto diagnostico alla diagnosi, alla definizione della terapia, al follow up. A mio avviso, hanno percorso il cammino “per aspera ad astra” svolgendo la titanica impresa di rendere agevole il percorso diagnostico che dalla condizione fisiopatologica ipertensione polmonare che, lo ricordiamo, sottende ben 37 condizioni cliniche diverse, conduce alla diagnosi di

“Non est ad astra mollis e terra via... per aspera ad astra” , “la via per giungere dalla terra agli astri non è facile” (Seneca, Herc Furens 441, 10, 437)

ipertensione arteriosa polmonare. Punto di forza delle attuali linee guida è la valorizzazione del team multi-specialistico che si estende dal centro di riferimento, le cui caratteristiche sono molto ben delineate, a qualsiasi medico cui spetta avanzare il sospetto di ipertensione polmonare. La definizione di ipertensione polmonare rimane immodificata come incremento della pressione arteriosa polmonare media (PAPm) stimata al cateterismo destro ≥ 25 mmHg a riposo, rimanendo non chiaro il significato da attribuire a una PAPm tra 21 e 24 mmHg che, si sottolinea, costituisce un valore da sorvegliare soprattutto nei pazienti con connettivopatie a rischio di sviluppare ipertensione arteriosa polmonare (IAP). Rimane la distinzione tra ipertensione pre e post capillare con il cut off della Wedge Pressure (WP) di 15 mmHg. Viene introdotta la distinzione, nelle post capillari, fra una forma isolata e una combinata, a seconda della assenza o presenza di una componente pre-capillare, anche nelle forme post capillari, valutata dalla presenza di un Gradiente Diastolico Polmonare (DPG), dalla combinazione con le resistenze polmonari (RVP) e la portata cardiaca. La presenza di un DPG < 7 mmHg e/o RVP ≤ 3 WU



definisce la forma isolata, la presenza di $DPG \geq 7$ e/o $RVP > 3WU$ definisce la forma combinata. La Iperensione Arteriosa Polmonare (IAP) costituisce solo una delle forme pre-capillari che comprendono anche il gruppo 3,4 e alcune forme del gruppo 5. La classificazione rimane immodificata nella struttura rispetto quella di Dana Point 2008. Si distinguono 5 grandi gruppi ciascuno comprendente molteplici condizioni cliniche caratterizzate da simile presentazione, emodinamica, strategia di trattamento. Si è ampliato in maniera consistente il gruppo della Malattia venoocclusiva polmonare; la forma di ipertensione polmonare persistente del neonato viene considerata a parte; le forme di cardiopatie congenite o acquisite con ostruzione del tratto di afflusso o di efflusso al ventricolo sinistro e alcune cardiomiopatie congenite sono state inserite nel gruppo 2; il gruppo 3 è rimasto immodificato; il gruppo 4 è stato rinominato con il termine di ipertensione polmonare cronica tromboembolica e altre forme di ostruzione arteriosa polmonare. L'approccio proposto alla condizione fisiopatologica è di tipo olistico. Similmente a quanto proposto dalle linee guida per la diagnosi e terapia della embolia polmonare con cui

condividono alcuni estensori, tali linee guida propongono un approccio basato sulla valutazione clinica, sulla base del sospetto clinico, dei sintomi, dell'esame obiettivo, dell'utilizzo di dati elettrocardiografici, radiografici, emogasanalitici si pone il sospetto di ipertensione polmonare che può trovare conferma dalla esecuzione dell'esame ecocardiografico. L'integrazione della velocità di rigurgito tricuspide con altri segni ecocardiografici consente di parlare di bassa, intermedia, alta probabilità di ipertensione polmonare. L'ecocardiogramma esclude le forme del gruppo 2 dovute a patologie del cuore sinistro che costituiscono circa l'80% di tutte le forme di ipertensione polmonare; le prove di funzionalità respiratoria, un eventuale TC del torace consentiranno di identificare le forme del gruppo 3 di tipo respiratorio. In tal modo si escludono le situazioni in cui la ipertensione polmonare è un epifenomeno della malattia sottostante e, pertanto, si giova della terapia etiologica. Scompare la dizione "out of proportion" sostituita dalla dizione "ipertensione polmonare severa" per la cui valutazione è richiesto l'intervento di un centro di riferimento. Una scintigrafia

**“Macte nova virtute,
puer, sic itur ad astra!”
“Coraggio fanciullo. È così
che si arriva alla gloria!”
(Virgilio, Eneide IX 641)**

polmonare perfusoria consente di porre il sospetto di ipertensione polmonare cronica tromboembolica che si giova di terapia chirurgica come terapia di prima linea. Il cateterismo destro ci consente di giungere alla diagnosi di certezza e a effettuare diagnosi delle forme classe I che si giovano di terapia specifica. La scelta della terapia sarà frutto di una strategia complessa che, partendo dalla stratificazione prognostica del rischio di mortalità in base alla valutazione integrata di dati clinici, strumentali, emodinamici, individua pazienti a rischio basso (<5%), intermedio (5-10%), alto (>10%). Essa prevede, come goal terapeutico, il basso rischio e l'utilizzo nei pazienti a rischio intermedio basso che non rispondono al test di vasoreattività la possibilità di una mono terapia o di una terapia combinata fin dall'inizio. Nei pazienti ad alto rischio prevede una terapia combinata dall'inizio con prostacicline per ev. Nel caso di risposta inadeguata si prevede la possibilità di scegliere tra una terapia sequenziale o una tripla combinata. Tali Linee Guida pongono le basi per una crescita culturale e metodologica, ci invitano a seguire percorsi strutturati all'interno di ciascuna azienda e a raccordarci ai pochi centri di eccellenza presenti sul territorio. ♥

Gli estensori delle Linee Guida ESC 2015 per la diagnosi e terapia dell'ipertensione polmonare restituiscono il significato originario di background culturale e di supporto decisionale per i medici ponendo al centro il paziente nella sua complessità

ABRUZZO

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



Gerardo Rasetti

BASILICATA

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



Francesco Sisto

CALABRIA

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



Vincenzo Amodeo

CAMPANIA

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



Rosario Sauro

EMILIA ROMAGNA

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



Stefano Urbinati

FRIULI VENEZIA GIULIA

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



Matteo Cassin

LAZIO

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



Massimo Uguccioni

LIGURIA

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



Massimo Zoni Berisso

LOMBARDIA

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



Fabrizio Oliva

MARCHE

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



Domenico Gabrielli

MOLISE

Presidente:

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

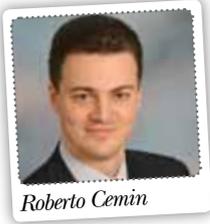
SICILIA

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



Roberto Cemin



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

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



Alberto Menotti



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

UMBRIA

Presidente: Adriano Murrone (Perugia)

Consiglio Regionale:

Euro Antonio Capponi (Gubbio - PG)
Marco Castronuovo (Terni)
Paolo Chiocchi (Foligno - PG)
Giorgio Maragoni (Spoleto - PG)
Lina Marinacci (Città di Castello - PG)
Gianluca Zingarini (Perugia)

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria



Marco Sicuro



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

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



Pasquale Caldarola



Loris Roncon



Uscire dal buio

La sessualità non può essere un tabù per il cardiopatico

Cuore e sessualità

L'amore fa bene alla coppia, può favorire il recupero psicofisico del cardiopatico

Un tema spesso sottovalutato: i rapporti tra sessualità e cardiopatia ischemica. Occorre considerare che nell'uomo problemi legati alla disfunzione erettile possono anticipare di anni l'evento ischemico cardiaco, rappresentando in quei casi un marker precoce di rischio ischemico. Nei soggetti che lamentano questa patologia è utile programmare un'analisi individualizzata che preveda una valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare, una visita generale e l'eventuale richiesta di esami strumentali cardiovascolari, come il test da sforzo, l'ecocolor cardiaco, l'ecocolor doppler TSA e di altri distretti vascolari arteriosi (arterie renali, iliache, femorale, poplitea...) che potrebbero essere sede di placche aterosclerotiche. Oltre la relazione tra disfunzione erettile e cardiopatia, è importante affrontare il tema della ripresa dell'attività sessuale dopo l'evento ischemico. Molti pazienti sono spaventati temendo che il rapporto sessuale scateni una crisi di

angor. Altri brancolano nel buio non sapendo cosa fare e avendo ritrosie ad affrontare il tema. Una parte dei pazienti, chiamiamoli iperattivi, vorrebbe riprendere immediatamente l'attività sessuale, con l'ausilio anche di farmaci specifici. Il rapporto tra cuore e attività sessuale deve considerare anche le ritrosie dei medici e del personale sanitario. Una zona d'ombra alberga: pochi ne parlano, rare le indicazioni sul tema. Quando sono richieste informazioni vi è anche l'imbarazzo nell'affrontare il problema. La ripresa di una normale attività sessuale è un elemento positivo per la ripresa di una vita normale dopo una SCA, un infarto, un'angina. Può facilitare il ritorno in tempi brevi a una normalità della vita quotidiana. Fare l'amore fa bene alla coppia. Numerosi studi, infatti, hanno indagato nell'ambito della risposta neuroendocrina, metabolica e cardiovascolare dimostrando che, durante l'attività sessuale vengono rilasciate sostanze quali serotonina ed endorfine che vanno a regolare posi-

tivamente il tono dell'umore, molte volte inficiato nei pazienti cardiopatici a causa della loro patologia; vengono rilasciate inoltre catecolamine e altri neuro-ormoni che mantengono l'omeostasi dell'organismo e il suo equilibrio. Inoltre, è stato dimostrato che l'attività sessuale può essere paragonata, dal punto di vista metabolico ad un'attività sportiva di grado lieve-moderato e che come tale va a costituire un fattore protettivo nei confronti delle malattie cardiovascolari, riducendo i valori di pressione arteriosa e di colesterolo LDL. Una raccomandazione per gli uomini: eventuali relazioni extraconiugali potrebbero rappresentare uno stress cardiaco importante legato all'aspetto psicologico, alla sindrome da prestazione, ancor più marcata quando la partner è più giovane, tale da generare crisi di angor. Tatto e discrezione sono essenziali per affrontare il tema in un rapporto a due, medico - paziente. È auspicabile affrontare questo tema in reparto o negli ambulatori

**Un tema ritenuto ostico, poco affrontato per le ritrosie dei medici, del personale sanitario e degli ammalati
È tempo di voltare pagina**



Molti pazienti sono spaventati temendo che il rapporto sessuale scateni una crisi di angor. Altri brancolano nel buio non sapendo cosa fare e avendo ritrosie ad affrontare il tema

cardiologici nell'ambito dello Stile di Vita, così come è importante valutare le relazioni tra disfunzione erettile e rischio ischemico. L'idea è quella di illustrare e somministrare una scheda ai pazienti ricoverati nei reparti cardiologici con domande su questo tema nell'ambito dell'anamnesi sullo Stile di Vita (Scheda 1) e al momento della dimissione illustrare e consegnare materiale cartaceo su questi temi (Scheda 2). Va consigliata una tempistica per la ripresa dell'attività sessuale dopo una valutazione generale, partendo dall'anamnesi specifica che ha generato il ricovero, considerando la tipologia e gravità del quadro

morboso, l'evoluzione dell'iter ospedaliero, gli interventi effettuati e gli esiti degli esami di funzionalità cardiaca pre-dimissione (esami ematochimici, ecocardiogramma, test da sforzo). Il tema va affrontato con garbo, riservatezza, ma senza remore. Non ultimo va trattato il tema relativo all'eventuale utilizzo degli inibitori della fosfodiesterasi-5: compatibilità o meno con il quadro presente alla luce della storia clinica e delle terapie cardiologiche consigliate; consigli pratici connessi all'utilizzo del farmaco, quando e come assumerlo, la dose, gli interventi da mettere in atto in caso di comparsa di angor. Occorre chiarezza estrema nel ricordare le controindicazioni assolute all'utilizzo di queste molecole (angina instabile, assunzione di nitrati, ipotensione al di sotto di 90/50 mmHg, ipertensione arteriosa severa, scompenso cardiaco avanzato, retinite pigmentosa e ulcera peptica in fase attiva). È necessario, inoltre, informare e prevenire ulteriori attacchi ischemici nelle donne con anamnesi di cardiopatia ischemica che hanno fatto o fanno uso di contraccettivi orali per i relativi rischi trombotici ed effetti

collaterali. Sempre nell'ambito dei pazienti cardiopatici, bisogna tener presente che i pazienti che soffrono di insufficienza cardiaca grave - severa e i pazienti con aterosclerosi pluridistrettuale risentono di una riduzione della libido per la bassa portata cardiaca, per la scarsa irrorazione periferica ostacolata dalla placca aterosclerotica e per l'effetto ipotensivo dei farmaci. Ciò comporta la riduzione della perfusione di organi ed apparati tra cui quello genitale provocando la riduzione del desiderio sessuale, una possibile disfunzione erettile, un aumento di problematiche psichiche come ansia e depressione e un peggioramento della qualità di vita. Importante, quindi, dopo un'accurata valutazione medica, può essere un counseling di coppia cercando di affrontare il tema anche dal punto di vista psicologico con esperti qualificati. Le soluzioni terapeutiche applicabili in questo settore sono diverse ma non deve essere dimenticato e trascurato il binomio dieta e attività fisica regolare che deve essere considerato prioritariamente sia nell'ambito della prevenzione che della terapia. ♥

Non ultimo affrontare il tema relativo all'eventuale utilizzo degli inibitori della fosfodiesterasi-5

La ripresa di una normale attività sessuale è un elemento positivo per la ripresa di una vita normale dopo una SCA, un infarto, un'angina



Scheda 1 - Analisi Stile di Vita nel cardiopatico ischemico. Abitudini precedenti al ricovero.

Consumo quotidiano di frutta e verdura 1 () 2 () 3 () Altro.....

Assunzione quotidiana di:

Vino no () 200 ml () 400 ml () oltre ()

Birra no () 33 cl () 66 cl () oltre ()

Superalcolici no () sì ()

Fumo no () sì ()

Attività fisica, passeggiata a passo svelto no () 45'/die () 45' a dì alterni ()

Altro.....

Attività sportiva no () sì ()

Stato ansia/depressione no () sì () farmaco.....

Vita di coppia (normale attività sessuale) sì () no ():

- problemi di erezione () farmaco
- eiaculazione precoce () farmaco.....
- diminuzione libido () farmaco

Scheda 2 - Consigli Stile di Vita nel cardiopatico ischemico.

Alimentazione

L'alimentazione mediterranea, ricca di frutta, verdure, pesce azzurro, legumi, deve rappresentare la base naturale da cui partire. Pochi zuccheri semplici i quali, tra l'altro, insieme alle farine raffinate, rappresentano il substrato, il terreno di coltura preferito dai tumori. Pochi grassi, evitare i grassi idrogenati e preferire gli acidi grassi polinsaturi. Usare il sale con moderazione. Principe dei condimenti l'olio extra vergine d'oliva (da usare in modo misurato). Preferire la cottura al forno rispetto alla frittura.

Importante la stagionalità degli alimenti.

Integrare l'alimentazione con frutta secca, come noci, fonte di oli essenziali, in quantità moderata, circa 3 / die.

Assunzione idrica adeguata, bere almeno 1,5 litri di acqua al giorno. Pochi semplici consigli, ricordando la variabilità dei piatti che è possibile preparare con questi ingredienti.

Attività fisica

Meno sedentarietà, più attività fisica. Muoversi, praticare attività fisica fa bene: 45' minuti al giorno o a giorni alterni (attenersi ai consigli del medico), iniziando con gradualità.

Ripresa vita di coppia

La ripresa di una vita di coppia normale è importante al pari dei consigli sullo stile di vita inerenti l'alimentazione, l'attività fisica, l'eliminazione del fumo.

Può riprendere, tra giorni, una normale attività sessuale nell'ambito della vita di coppia.

In presenza di disfunzione erettile valutare con il Cardiologo la possibilità di terapia medica specifica. Non assumere in modo autonomo farmaci (inibitori della fostodiesterasi5) che agiscono su questi sintomi senza il preventivo nulla osta da parte del medico.



Congresso Regionale ANMCO Calabria



Cala il sipario sul Congresso dei Cardiologi ospedalieri della Sezione Regionale ANMCO Calabria. Organizzato dal Dott. Vincenzo Amodeo, Presidente Regionale della prestigiosa Associazione Scientifica, che conta il maggior numero di iscritti in Italia ed in Calabria e presieduta, a livello nazionale, dal Dott. Michele Massimo Gulizia. Due lunghe e intense giornate, caratterizzate da relazioni di alto contenuto scientifico e da un vivace e costruttivo dibattito con i numerosissimi partecipanti (oltre 280 iscritti tra medici e infermieri). L'obiettivo, che era quello di mettere a fuoco, attraverso vari momenti di confronto, le patologie della nostra epoca, come le sempre più frequenti malattie cardiovascolari, è stato centrato in pieno. La presenza di una faculty di grande spessore professionale, proveniente

da tutte le regioni italiane, insieme ai contenuti delle relazioni proposte all'uditorio, hanno rappresentato gli elementi di grande attrazione per un pubblico attento e interessato all'evoluzione delle tecnologie ed al perfezionamento dei percorsi diagnostici e terapeutici da adottare, dall'infanzia fino all'anziano fragile. Gli argomenti trattati sono stati divisi in quattro sessioni, condotte con grande professionalità dagli specialisti del settore, con la partecipazione interattiva del numeroso pubblico presente. Prevenzione cardiovascolare: tra innovazione e tradizione, le nuove evidenze nell'interventistica coronarica, le nuove evidenze nell'interventistica aritmologica, le malattie cardiologiche rare e, per finire, il delicato passaggio dalla teoria alla pratica, mettendo a confronto i risultati dei grandi studi osservazionali con il mondo

reale caratterizzato da difficoltà economiche e gestionali. L'impegno degli organizzatori è stato premiato dalla soddisfazione espressa da tutti i partecipanti e dalle manifestazioni di interesse delle Istituzioni regionali che, da sempre e convintamente, supportano l'iniziativa ritenuta valida sotto il profilo scientifico e culturale, per l'intera comunità calabrese. A conclusione dei lavori, il Dott. Vincenzo Amodeo, insieme ai componenti del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria, a cui ha rivolto sentiti ringraziamenti per il lavoro svolto, ha consegnato, in segno di gratitudine per l'impegno profuso, finalizzato alla crescita culturale della Cardiologia italiana, una targa ricordo al Presidente regionale uscente Dott. Mario Chiatto e al Presidente nazionale Dott. Michele Massimo Gulizia. ♥



Convegno Cardiologico a Fermo: Innovation In Cardiology

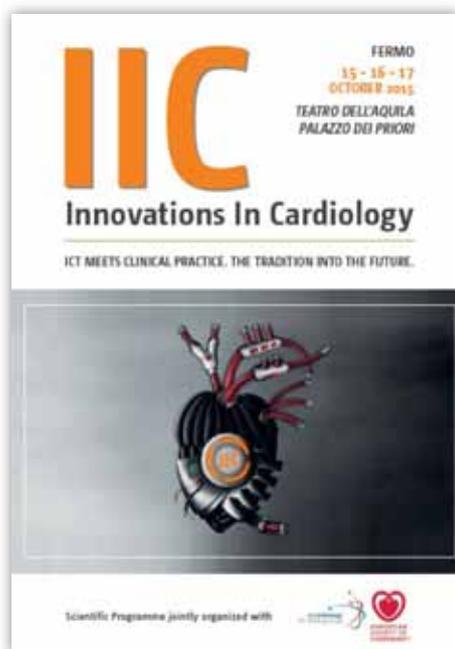


Figura 1

Il rapido sviluppo delle tecnologie, informatiche e non, a cui abbiamo assistito negli ultimi anni, non poteva non aver positive ricadute sulla medicina ed in particolare sulla Cardiologia, suggerendo dubbi e domande sulla fattibilità, l'utilizzo pratico ed il costo economico che tali supporti comportano. In tutto il mondo, team multidisciplinari di esperti si confrontano, giornalmente, sulle sfide innovative che la Cardiologia deve affrontare, sempre nel rispetto della centralità del paziente e dell'etica medica. Sfide che mirano in particolar modo alla riorganizzazione dei processi di cura, oltre che perseguire la ricerca farmacologica o il miglioramento dei device. Al fine di confrontare tra loro i medici e i professionisti informatici su temi quali le soluzioni di dell'Information Technology (IT) avanzate ed i Decision Support Systems Clinici (CDS), è stato organizzato, per la prima volta, nelle Marche a Fermo, un congresso internazionale dal titolo: Innovation In Cardiology (IIC). L'evento della durata di tre giorni si è svolto dal 15 al 17 ottobre 2015, avvalendosi dell'interven-

to di alcuni tra i maggiori esperti nazionali ed internazionali sull'argomento. Sotto l'egida dell'European Society of Cardiology (ESC) e dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), i Presidenti del Convegno hanno inteso dare all'incontro una veste sia scientifica che pratica, trattando argomenti di rilevanza che investono tutti i campi dell'IT, relativi alle applicazioni cardiologiche, in modo complementare, sia per la gestione che per la cura del paziente. Nell'ambito del Congresso, che per il numero e l'importanza delle relazioni si è tenuto contemporaneamente in due diverse e prestigiose sedi, il Teatro dell'Aquila e la Sala dei Ritratti del Palazzo Monumentale del Priori, sono stati ampiamente discussi i vari temi di integrazione della pratica clinica con le più avanzate tecnologie, sempre seguendo attentamente i criteri della appropriatezza e della medicina basata sulla evidenza. La nutrita Faculty ha potuto esporre le proprie esperienze in ambito multidisciplinare e multi professionale. I congressisti hanno potuto apprezzare, nei momenti di pausa dei lavori,



Figura 2 - Estratto dal Corriere Adriatico del 13/10/2015

oltre alle opere d'arte, anche le migliori specialità tipiche marchigiane, grazie alla stretta e preziosa collaborazione della Amministrazione Comunale, della Direzione di Area Vasta, della Carifermo, degli Amici del Cuore del Fermano e degli sponsor, approfittando della presenza di rinomati professionisti della enogastronomia marchigiana. Specialisti nazionali ed internazionali sull'argomento, tra i quali

citiamo, per dovere di ospitalità verso gli stranieri: il Prof. Enno Van Der Velde dall'Olanda, il Prof. Olive Bernard dalla Francia, il Prof. Polychronis Dilaveris della Grecia, il Prof. Stephen Richard Underwood, il Prof. Nawwar Al-Attar dall'Inghilterra, la Prof.ssa Ines Frederix dal Belgio, il Prof. Friedrich Koehler dalla Germania, senza dimenticare l'eccezionale apporto scientifico e umano del Prof. Daniel George

Martich dagli Stati Uniti e dei nostri oratori nazionali, fra i quali ci piace ricordare la prestigiosa e affettuosa partecipazione del nostro Presidente Michele Massimo Gulizia, del Presidente Designato Andrea Di Lenarda, del Consiglio Direttivo quasi al completo e di molti componenti del Consiglio Nazionale, hanno presentato relazioni, con un importante apporto di imaging, estremamente apprezzate dal



I luminari della cardiologia a congresso «Orgoglio e occasione per la città»

Il primario Gabrielli: grazie al Comune, ci siamo riusciti

STANNO per arrivare i 250 medici accreditati e i 150 relatori per il congresso internazionale di cardiologia, che si terrà da domani a sabato tra il teatro dell'Aquila e la Sala dei Rettori. Un'occasione importante per la città, che si trova ad ospitare personalità e medici non solo da ogni angolo d'Italia, per l'evento sarà anche montato un gazebo in piazza per accogliere i partecipanti durante i momenti di pausa e i pranzi. Secondo il vice sindaco Francesco Tassatti si tratta di un evento straordinario che riempirà il centro storico per tre giorni: «Per noi questo congresso rappresenta una occasione di orgoglio, un tassello che impazientemente l'uso del teatro come luogo che si presta anche a iniziative del genere. L'organizzazione dell'evento è del primario di cardiologia al Morri, Domenico Gabrielli, che pada della vicinanza dell'amministrazione comunale nel risolvere ogni difficoltà pratica: «È un quasi un sogno un congresso di valenza scientifica internazionale in centro a Fermo. Un risultato che abbiamo raggiunto grazie al direttivo regionale dell'Associazione medici cardiologi ospedalieri, ma anche dei miei collaboratori a Fermo, del direttore dell'Area vasta Licio Livini, che ha concesso l'impiego della guardia medica per tutti i giorni del congresso per rendere più agevole la partecipazione anche ai medici di medicina generale. Si tratta di un reale arricchimento professionale per tutti noi. Per me, è un momento di orgoglio e di impegno per un evento scientifico fondamentale. Quello che facciamo noi è recuperare ogni giorno il rapporto nei confronti dell'ammalato, per non perdere la specificità della persona». Un evento fortemente condiviso



Il professor Gabrielli con il vice sindaco Tassatti e gli altri intervenuti alla presentazione. A destra, la biolinguista Laura Barattini

DA DOMANI A SABATO
Una grande accoglienza
Gazebo in piazza per ospitare i pranzi e le pause dei lavori

all'interno della comunità scientifica, una rilevanza che vale anche per il futuro: «Ci chiedono dell'emodinamica, da parte nostra il tentativo è quello di poter dare la migliore risposta possibile nella situazione attuale e con le esigenze di salute della popolazione del Senese. Allo studio c'è la possibilità di attivare una attività di emodinamica anche per il Fermano, siamo allo studio di

preferibilità e non è una soluzione a breve. Cerchiamo di ottenere che i trasporti di emergenza siano ridotti al minimo per guadagnare tempo in attesa del servizio anche da noi». Andrea Vespini, dirigente dell'Area Vasta 4, ha parlato della grande vivacità culturale della sanità del territorio e atteso alla cardiologia che ha messo in piedi percorsi di assoluta sicurezza nella gestione del paziente cardiologico. L'evento ha anche il supporto dell'Ordine dei medici, della Provincia, del Rotary e dell'associazione Amici del cuore, con Pietro Di Lieti che sottolinea: «Rappresento gli utenti di questi medici, speriamo anche noi



di poter accedere alle innovazioni di cui si parla al congresso. La cardiologia a Fermo è sempre stata un punto di riferimento per l'intera regione. Il primario Gabrielli è il professionista più qualificato per dare la giusta risposta e far quel salto di qualità che ci meritiamo». Angelica Malvati

Figura 3 - Estratto di giornale

consistente numero di partecipanti, con ricadute di sicuro interesse e di stimolo sull'attività sia medica che infermieristica. I temi trattati nelle varie sessioni spaziavano su tutti i campi delle più recenti innovazioni tecnologiche: la ricerca cardiologica nell'intelligenza artificiale, le cellule staminali, il monitoraggio remoto, le novità nei device elettrici, le innovazioni nell'imaging cardiaco e nell'analisi dell'ECG, i nuovi farmaci, la gestione clinica integrata del paziente nelle varie

patologie cardiologiche, le nuove strategie nell'implementazione della pratica clinica, le ultime novità nella Cardiologia interventistica e nella cardiocirurgia, l'E-Health mobile in Cardiologia, la gestione delle reti cliniche assistenziali, l'automonitoraggio da sistemi smartphone, nonché le varie applicazioni della medicina digitale; i valori della tradizione e della storia della medicina sono stati magistralmente evidenziati nell'ambito della sessione congiunta con la prestigiosa Associazione

Studio Firmano. Nell'ambito del congresso era rappresentata una corposa parte clinica e di imaging di up-to-date, al fine di favorire l'aggiornamento dei professionisti della sanità, nell'ambito di quelle che sono le ultime novità nella diagnosi e trattamento dei principali quadri patologici nell'ottica della integrazione multidisciplinare e multi professionale, sempre più necessaria soprattutto considerando l'evoluzione epidemiologica e demografica, che tende a far aumentare i bisogni



La città conquista i cardiologi

Tecnologia, vincisgrassi e calzature, l'icc chiude tra gli applausi

IL CONGRESSO

GALLIOMIRGA

Fermo

Tecnologia e vincisgrassi: binomio perfetto. Il primo congresso internazionale "Innovations in Cardiology" chiude oggi, tra gli applausi, una tre giorni che ha mantenuto ampiamente le aspettative. Sta sulla cifra scientifica, elevatissima e sia, per restare in tema, sul viale massaggio cardiaco praticato dalle quasi 300 presenze arrivate da ogni dove al cuore del centro storico di Fermo. Anche ieri, in piazza del Popolo, si respirava l'internazionalità. Merito anche del maxi gazebo con servizio a cura della Top Caring, con tanti piani e prelibatezze dipinte a partire dal Vincisgrassi, e bar e vie affollate di medici clinici e professori particolarmente apprezzati, fin troppo, i tour nei



Cardiologi protagonisti del meeting in corso nel centro storico

luoghi storici e calzaturifici della zona. "La bellezza del posto è tale che rischia di far perdere di vista l'anzione al congresso - scherza Domenico Gabrielli, direttore Uoc al Muri di Fermo e organizzatore di questo evento

mondiale insieme al copresidente dell'Ic Marco Mazzanti -. I riscontri scientifici avuti sono stati assolutamente positivi. Sicuramente ha avuto rilievo altissimo la parte più tecnologica del congresso a cura di Luigi Tavazzi.

Molto importanti, tra gli altri, anche i contributi sulle reti cliniche per l'assistenza al cardiopatico, per i pazienti cronici di Nadia Aspromonte e per malati acuti di Zoran Othari. Siamo molto contenti e orgogliosi di aver portato questo a Fermo: il sogno è ormai realtà per tutte le Marche. Ed è sicuramente molto felice anche l'amministrazione comunale che ha sposato un congresso che, nei piani, si dovrebbe ripetersi con cadenza biennale. "Tra gli ospiti hanno avuto parole d'elogio - conclude Gabrielli che, oggi, salirà sul palco insieme a Mazzanti -. Ma i complimenti vanno al Comune e alla sua apertura mentale". Oggi, si parla con l'aggiornamento sulle massime novità clinico-strumentali, con il luminare Bognolo in cattedra, e highlights riassuntivi del congresso curati da alcuni giovani cardiologi.

© ANSA/ITALIA

Figura 4 - Estratto di giornale

di salute complessi e le malattie croniche. Importanza rilevante è stata poi data alla prevenzione cardiovascolare complessiva e in particolare in ambito cardioncologico. A coronamento del Congresso, è stata particolarmente apprezzata la cerimonia di apertura, arricchita dalla presenza di un nutrito parterre di personalità del mondo sociale, accademico e politico e allietata nel prosieguo dalla maestria dei musicisti che si sono esibiti nello splendido scenario dell'Auditorio San Martino. Le conclusioni del

Congresso hanno trovato tutti concordi nel riconoscere l'importanza di applicare le nuove tecnologie nel giusto rispetto del paziente e nella considerazione delle potenzialità, ma anche dei limiti che esse comportano. Dal nostro punto di vista è stata una entusiasmante esperienza sia scientifica che umana, tanto che desideriamo renderla, se possibile, una presenza stabile nel panorama congressuale italiano, con cadenza biennale, magari con sede itinerante. ♥



Formazione in Rianimazione Cardiopolmonare

Attività del Gruppo di Rianimazione Cardiopolmonare ANMCO - AHA

15 anni di attività formativa

Il Gruppo di Rianimazione CardioPolmonare (G-RCP) ANMCO, si è costituito nell'anno 2000, periodo in cui venivano pubblicate le prime Linee Guida (LG) redatte da ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation), cui afferiscono le sette principali Società Scientifiche mondiali che si occupano di rianimazione cardiopolmonare (RCP), fra cui American Heart Association (AHA) ed European Resuscitation Council (ERC). Obiettivi del progetto del G-RCP, che fin da subito è stato inserito nell'Area Emergenza - Urgenza per gli aspetti scientifici

con il supporto del Centro Formazione per la parte didattica, sono stati quelli di diffondere la cultura dell'arresto cardiaco, favorendo una corretta gestione delle emergenze cardiovascolari anche attraverso l'organizzazione di Corsi di RCP di base ed avanzata su tutto il territorio nazionale. Dai primi anni molta strada è stata percorsa svolgendo un numero crescente di Corsi e mettendo anche a punto nuovi format, l'ultimo dei quali è "Acute Critical Care - High Fidelity Simulation & Crisis Resource Management" (ACC-HFSim&CRM). Ciò ha permesso ad ANMCO di disporre

attualmente nell'ambito delle emergenze cardiovascolari di un'ampia offerta formativa (Figura 1), con costante crescita sia dal punto di vista scientifico e didattico che organizzativo - gestionale. Fin dal 2004 AHA ha riconosciuto l'elevata qualità degli istruttori e dei corsi RCP ed ha attribuito ad ANMCO la significativa qualifica di International Training Center (ITC) di AHA. Questo ha permesso di instaurare un rapporto diretto con AHA non solo nel campo formativo, ma anche in quello scientifico tanto da affidare al nostro Gruppo la traduzione e la localizzazione alla realtà

Il Gruppo RCP ANMCO-AHA opera da 15 anni, attualmente con 204 istruttori, nell'ambito della formazione degli operatori sanitari e non sanitari (laici) per la gestione delle emergenze cardiovascolari in Ospedale e sul territorio con oltre 1.900 corsi formativi teorico-pratici e partecipando ad eventi di sensibilizzazione all'arresto cardiaco nelle varie regioni italiane

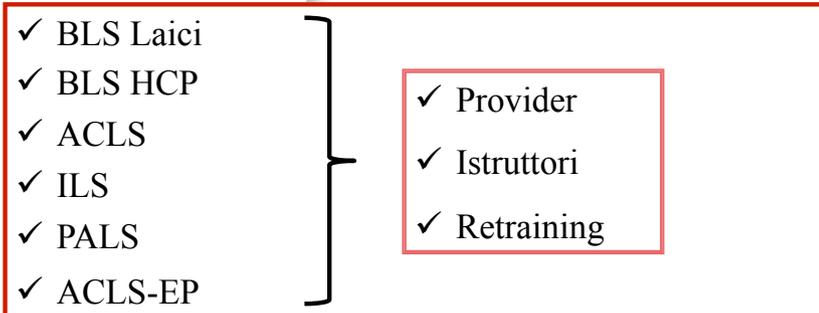


Figura 1 - Offerta Formativa Corsi RCP ANMCO-AHA

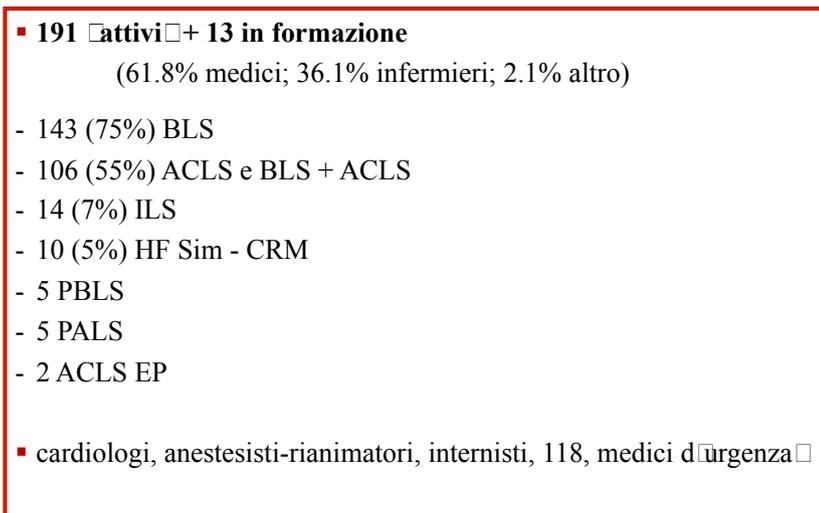


Figura 2A - Istruttori RCP ANMCO-AHA

italiana delle LG ILCOR su RCP e le Emergenze Cardiovascolari (ECC) del 2005 e 2010. Anche nel corrente anno in occasione della pubblicazione dell'aggiornamento delle suddette LG, ci è stato rinnovato il ruolo di revisori, insieme a tre altre Società Scientifiche ITC-AHA, delegandoci inoltre il compito di presentare in Italia le ultime LG ILCOR RCP-ECC 2015 al meeting dell'AHA che si terrà a Roma il 25 febbraio prossimo. Sin dall'inizio la forza del progetto è stata

data dagli istruttori, determinati e motivati, professionalmente preparati ed esperti, con unità di intenti e sincera amicizia, sentimento che ancora ora rappresenta il collante più importante per l'esistenza ed il funzionamento del Gruppo. Attualmente abbiamo 204 istruttori, tra attivi e in formazione, in gran parte Cardiologi, ma anche anestesisti-rianimatori, internisti, medici d'urgenza, infermieri, presenti su tutto il territorio nazionale (Figure 2A e 2B). L'elemento caratterizzante di

Obiettivi del Gruppo RCP sono la diffusione della cultura delle emergenze cardiovascolari e la formazione per la loro gestione ottimale

Dal 2004 AHA ha riconosciuto l'elevata qualità degli istruttori e dei nostri corsi RCP ed ha attribuito ad ANMCO la qualifica di International Training Center di AHA

tutte le nostre iniziative è stata la qualità, espressa dalla competenza ed entusiasmo stesso degli istruttori, costantemente riconosciuta ed apprezzata. Negli ultimi anni l'attività del Gruppo si è svolta in tre ambiti:

- Corsi BLS, ILS e ACLS per operatori sanitari;
- Corsi BLS per "laici" (non sanitari);
- Corso di Simulazione ad Alta Fedeltà con Principi di Crisis Resource Management.

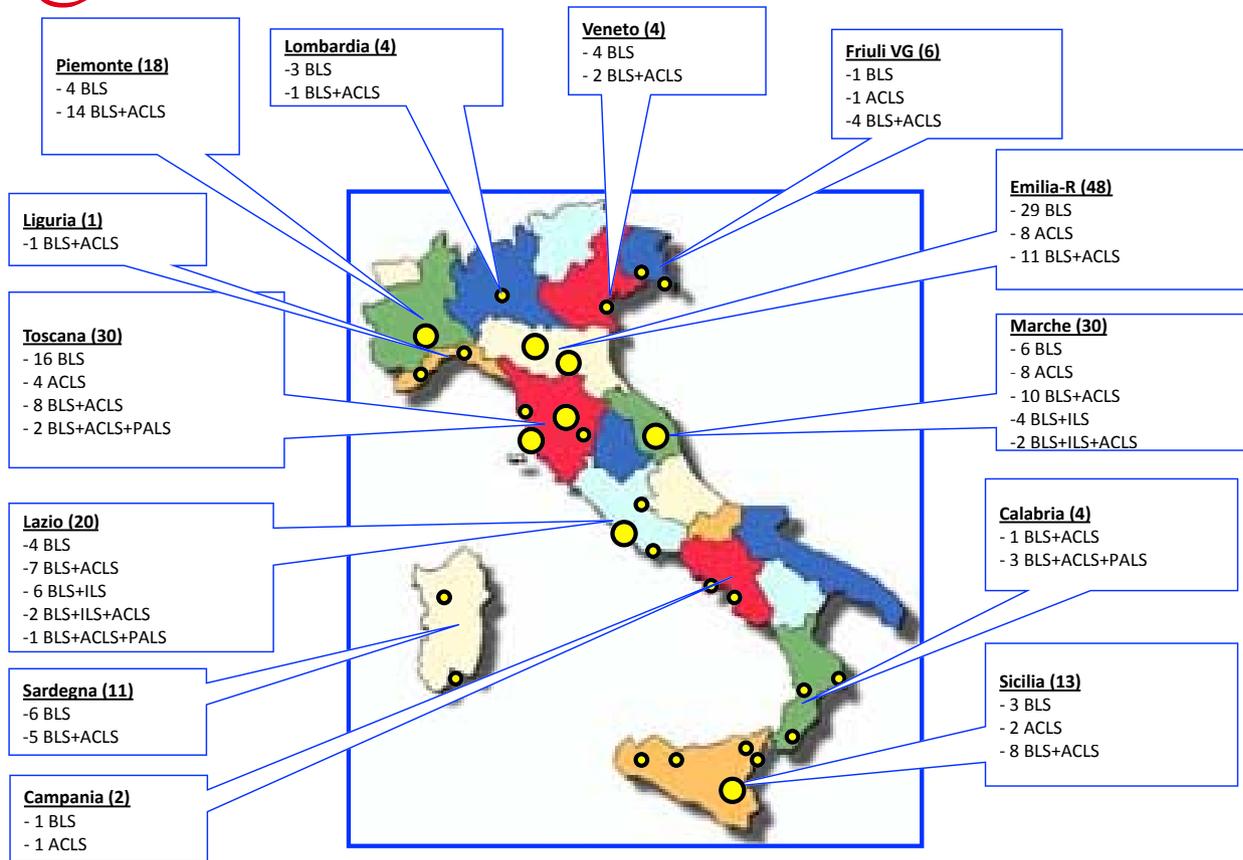


Figura 2B - Istruttori RCP ANMCO-AHA

Corsi BLS, ILS e ACLS per operatori sanitari

Nei primi quindici anni sono stati effettuati oltre 1.921 Corsi, praticamente in tutte le Regioni italiane formando oltre 27.188 discenti (Figura 3). Particolarmente rilevanti le esperienze di Parma, Pisa, Cagliari, Ascoli Piceno e Pesaro, in cui il personale medico e infermieristico di interi Dipartimenti è stato formato con corsi di base ed avanzati.

Corsi BLS per "laici" (non sanitari)

Dal 2004 con il patrocinio della Fondazione "per il Tuo cuore",

dopo l'approvazione della legge Monteleone (2001) e poi con il decreto Balduzzi (2011), vengono dedicati Corsi BLS anche ai "laici": operatori istituzionali (Forze dell'Ordine, addetti a strutture sportive, ecc.), volontari o familiari di cardiopatici. Questa attività rappresenta un elemento molto importante per la diffusione della cultura dell'emergenza e per poter avere un adeguato numero di "first responder" in caso di arresto cardiaco sul territorio. I progetti strutturati di maggior rilievo sono stati "Firenze ci sta a cuore" per gli studenti delle

scuole medie superiori e i dirigenti delle società sportive; Corsi BLS laici per le società sportive di Torino e Castel Maggiore (BO), la comunità montana di Borgo S. Lorenzo (FI), i familiari di pazienti cardiopatici, Istituti Penitenziari, l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani di Bologna e i Licei di Livorno. Nel 2014 - 2015 con il Progetto Polfer, promosso dall'Agenzia Nazionale per la Sicurezza Ferroviaria e in collaborazione con Polizia Ferroviaria, sono stati formati 519 agenti e distribuiti 60 defibrillatori semiautomatici (DAE) alle principali stazioni ferro-

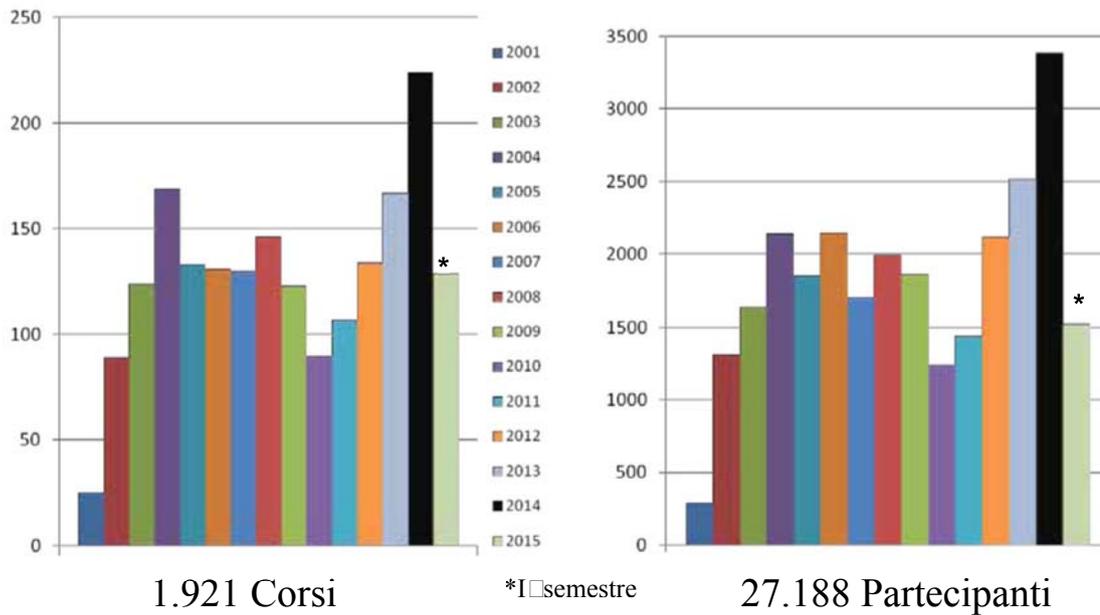


Figura 3 - Corsi RCP ANMCO-AHA (2001 - 2015 primo semestre)

viarie italiane, registrando ad oggi almeno 11 interventi di rianimazione. Il G-RCP è poi stato presente con uno stand all’VIII Festival della Salute che si è tenuto in settembre u.s. a Viareggio ospitando circa 400 persone (212 studenti), che hanno effettuato esercitazioni con l’ausilio di manichini nel massaggio cardiaco e utilizzo del DAE; altrettante persone si sono soffermate a chiedere informazioni. L’evento ha avuto ampia risonanza mediatica locale e nazionale con un servizio anche sul TG1. Infine anche quest’anno, come nel 2013 e 2014, ANMCO ha partecipato alla Campagna VIVA, settimana per la rianimazione cardiopolmonare, promossa dall’Unione Europea, finalizzata alla sensibilizzazione dell’arresto cardiaco. È stata data vita ad un’ampia gamma di iniziative in Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Marche e Sicilia.

Corso di Simulazione ad Alta Fedeltà con Principi

di Crisis Resource Management

Il progetto è frutto della collaborazione fra ANMCO e Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza (SIMEU), con il supporto delle Università di Harvard, Tubingen e Copenaghen e rappresenta la prima esperienza europea di un Programma Nazionale di Formazione che utilizzi Simulazione ad Alta Fedeltà e principi CRM. Rivolto a team multiprofessionali e multidisciplinari, mediante esercitazioni su scenari simulati e successivo debriefing viene posta attenzione a quelle competenze non tecniche (capacità organizzativa, gestionale, comunicativa e relazionale) che favoriscono l’efficacia del lavoro di squadra durante una rianimazione o un’emergenza. Dopo 2 Corsi Istruttori a Pisa (2011) e Firenze (2012) con Direttori Markus Rall (Tubingen) e Peter Dickman (Copenaghen), sono già stati svolti 25 di Corsi provider formando 350 discenti. Il

G-RCP ANMCO ha acquisito una vasta esperienza dalla quale può ormai nascere, in sintonia con le nuove raccomandazioni ILCOR 2015, una proposta formativa di Percorso Integrato che dai corsi di rianimazione di base (BLS) ed avanzata (ACLS e PALS), completati dalla simulazione ad alta fedeltà con i principi di CRM, permetta di raggiungere una qualificazione idonea al conferimento della certificazione di Clinical Competence per il personale medico e infermieristico che opera nelle UTIC italiane. La revisione di quanto fatto in 15 anni di intenso lavoro, pur costellato di riconoscimenti e soddisfazioni, non può farci ignorare alcune difficoltà: scarsa sensibilità ai problemi dell’emergenza - urgenza; scarsa disponibilità economica per la riduzione rilevante di attività sponsorizzate; elevati costi di gestione; materiali da rinnovare. Problemi che vorremmo affrontare e risolvere per riproporre e rilanciare la nostra attività. ♥



Diritto all'identità sessuale e rettificazione dell'attribuzione di sesso





Il nostro ordinamento – fondato sulla Costituzione repubblicana del 1948 – accoglie, tra altri, anche il principio personalistico. Tale scelta, peraltro condivisa anche a livello sovranazionale, comporta la centralità della persona, valore primo ed essenziale, oggetto di tutela in tutte le sue componenti e le sue articolazioni. Grande attenzione è quindi dedicata ai cc.dd. diritti della personalità, espressione con la quale ci si riferisce a qualsivoglia interesse funzionalmente collegato alla realizzazione della personalità dell'individuo. Tra questi ha assunto uno specifico rilievo il diritto all'identità sessuale o all'identità di genere, rispetto al quale sono intervenute significative e recenti sentenze – anche della Corte europea dei diritti dell'Uomo – che ne hanno specificato la portata, anche e soprattutto in relazione al fenomeno del transessualismo. Procediamo, quindi, con ordine.

Cosa si intende per diritto all'identità sessuale?

Il diritto all'identità sessuale è innanzitutto una particolare manifestazione del diritto all'identità personale che si risolve in un contenuto ben più ampio di quello che conseguirebbe ad identificare tale diritto nella mera conformazione morfologica dell'individuo, che ne determina l'appartenenza al genere maschile o femminile. L'identità sessuale fa riferimento non tanto e solo al "sesso", determinato dai caratteri sessuali primari e secondari, quanto alla sessualità: viene quindi in rilievo una componente essen-

ziale della personalità del soggetto che esprime la dinamicità propria della tensione psichico - emozionale della persona.

Si può distinguere tra "sesso", inteso quale conformazione morfologica dell'individuo, ed "identità sessuale"?

Si tratta di una distinzione senza dubbio corretta che assume profili particolarmente significativi nel c.d. transessualismo, definito dalla scienza medica come la condizione dell'individuo che, genotipicamente e fenotipicamente di un sesso determinato, ha la consapevolezza di appartenere al sesso o, meglio, al genere opposto.

Come il diritto regolamenta tali ipotesi?

Come sempre, quando si parla di diritto è necessario considerare sia il diritto positivo, e dunque gli interventi legislativi, sia il c.d. diritto vivente, vale a dire le sentenze rese dai giudici che il testo legislativo sono chiamati ad applicare ai casi concreti. Tanto premesso, le scelte compiute dal legislatore si inscrivono, lodevolmente, in una corretta valorizzazione di quel principio personalistico recepito senza limitazione alcuna dalla nostra Costituzione. Del pari condivisibilmente, a mio parere, deve guardarsi alle pronunce giurisprudenziali che precisano la portata delle disposizioni legislative rilevanti in materia. Come significativamente affermato dalla Corte costituzionale nel 1985, tali interventi si inseriscono "nell'alveo di una civiltà giuridica in evoluzio-

ne, sempre più attenta ai valori, di libertà e dignità, della persona umana, che ricerca e tutela anche nelle situazioni minoritarie ed anomale".

Esiste quindi una specifica legge?

Sì, è la legge 14 aprile 1982, n. 164 che reca "Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso". È un testo legislativo molto importante non solo (e già non è poco) perché ha inteso affermare ed evidenziare, sebbene con poche e sintetiche disposizioni, la vicinanza, potremmo dire, a chi si trovi ad affrontare un percorso notoriamente caratterizzato da profonde difficoltà sul piano psicologico ed emotivo (anche e soprattutto in ragione dello stigma sociale che ancor più in passato accompagnava tale condizione che era elencato nel DSM III tra i disturbi psichici), ma anche e soprattutto perché ha affermato un concetto di identità sessuale nuovo rispetto al passato. Con la legge n. 164 cit., infatti, è stato riconosciuto e dotato di tutela giuridica, nella sua dimensione costituzionale, il diritto di scegliere la propria identità sessuale e di ottenere dallo Stato gli strumenti affinché la propria scelta diventi giuridicamente rilevante e protetta.

In che modo lo Stato appronta tale tutela?

Lo strumento ideato dalla legge è molto efficace e particolarmente significativo, specie perché tiene conto – e si tratta di circostanza particolarmente significativa e non obliabile – della dimensione sociale e relazionale della sessua-



lità e quindi dell'identità sessuale: viene infatti previsto dal legislatore il diritto di ottenere la rettificazione anagrafica dell'attribuzione del sesso con conseguente riconoscimento del diritto del soggetto a vedersi "pubblicamente" ed "istituzionalmente" riconosciuto come appartenente al genere nel quale, a prescindere dalla propria originaria fisicità, senta di riconoscersi.

Il legislatore prevede modalità e condizioni, limiti insomma, che circoscrivono l'esercizio di tale diritto? Certo. Innanzitutto, la rettifica, proprio in quanto riguarda atti dello stato civile, può intervenire solo in forza di sentenza del Tribunale passata in giudicato. Viene quindi affermata l'esigenza del controllo giudiziale ed inoltre di una condizione di certezza assoluta, potremmo dire, garantita dalla presenza di sentenza avente forza di giudicato: tanto significa che la statuizione contenuta nella sentenza è immodificabile in quanto non più suscettibile di impugnazioni e dunque non più possibile oggetto di modifiche. In secondo luogo, l'art. 1 della l. n. 164 prevede che una simile sentenza possa essere pronunciata allorquando la persona abbia subito "interventive modificazioni dei suoi caratteri sessuali".

Cosa deve intendersi per "modificazioni dei caratteri sessuali"?

Proprio la comprensione del significato di tale espressione è stata facilitata dall'opera della giurisprudenza, sia nazionale che sovranazionale, dato che proprio

in questi mesi sono intervenute diverse pronunce, come ricordavo in precedenza, sia della Corte europea dei diritti dell'Uomo, sia della Corte costituzionale e della Corte di Cassazione italiane, che hanno risolto l'interrogativo relativo a quali fossero i caratteri sessuali in relazione ai quali si rendeva necessario ed anche imprescindibile la modificazione. Come noto, i caratteri sessuali si distinguono in primari e secondari: rispettivamente gli uni si identificano con gli organi genitali e riproduttivi, ossia con l'aspetto strettamente anatomico della persona umana; gli altri con altre caratteristiche fisiche e psichiche, quali la conformazione del corpo nei suoi diversi tratti, il timbro della voce, gli atteggiamenti e comportamenti esteriori e percepibili da terzi. Limitandosi l'art. 1 della l. n. 164 a richiedere la modificazione dei caratteri sessuali, ci si chiedeva se fosse tale modifica dovesse avere ad oggetto quelli primari o fosse sufficiente l'intervento su quelli secondari. La risposta a tale interrogativo non era e non è rilevante solo da un punto di vista teorico dal momento che profondamente diversi, anche e soprattutto in ordine alla rispettiva invasività, sono i trattamenti medici ai quali deve sottoporsi chi, come canta De Andrè, debba "correggere la fortuna".

Quale, quindi, la risposta fornita dalla giurisprudenza?

Le diverse sentenze – valorizzando la natura del diritto all'identità sessuale e la sua collocazione all'interno dei diritti inviolabili che compongono il profilo personale e relazionale della dignità personale e che contribuiscono allo sviluppo equilibrato della personalità degli individui – hanno tutte escluso la necessaria rimozione e demolizione dei caratteri sessuali primari ai fini della rettificazione. A tal fine sarà necessario e sufficiente – in un'ottica di adeguato bilanciamento con l'interesse di natura pubblicistica alla chiarezza nella identificazione dei generi sessuali e delle relazioni giuridiche ma senza ricorrere a trattamenti ingiustificati e discriminatori – che sia condotto un rigoroso ed irrinunciabile accertamento della definitività della scelta sulla base dei criteri desumibili dagli approdi attuali e condivisi dalla scienza medica e psicologica. All'intervento chirurgico di modifica dei caratteri sessuali primari dovrà e potrà farsi ricorso soltanto ove necessario: il che, come autorevolmente affermato dalla Corte di Cassazione con una sentenza dello scorso luglio, avviene ove il singolo, sulla scorta delle proprie personalissime esigenze, avverta l'esigenza, onde concludere il proprio percorso di ricongiungimento tra "soma e psiche", di ricorrere all'intervento chirurgico. Ancora una volta, dunque, è tutelato e garantito il diritto all'autodeterminazione. ♥



E che caso, dottore! Lo strano caso del gioielliere con Fibrillazione Atriale parossistica

Quando dopo oltre quarant'anni di Cardiologia ospedaliera ci si ritrova in pensione, cercando però di restare sempre "vivo" e curioso dal punto di vista delle conoscenze, alcune notizie fanno scattare il ricordo di episodi a volte dolorosi ed a volte simpatici. L'episodio che vi racconto è del secondo tipo – simpatico – e mi è stato rievocato da un articolo sull'ablazione nella FA atriale letto di recente: *Electrophysiologic Findings and Long-term Outcomes in Patients Undergoing Third or More Catheter Ablation Procedures for Atrial Fibrillation*. David Lin et al, *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2015;26(4):371-377. Correva l'anno 1974 o 1975, comunque da poco ero diventato specialista in Cardiologia, e mia madre, fiera del suo "figliolo" Cardiologo, mi portava spesso con sé a fare compere (all'epoca non si faceva shopping...). Una delle tappe più solite avveniva dal gioielliere di fiducia per i frequenti acquisti di catenine, braccialetti, medaglie e

quant'altro, quasi sempre oro rosso, destinate ai regali per battesimi, cresime o parenti americani. Il gioielliere era un signore di mezza età, don B. – il "don" era di prammatica per le persone di un certo rilievo sociale – magro, molto elegante, gentile e benamato per gli sconti che praticava ai clienti più affezionati (?) dopo regolare ed a volte sfiancante contrattazione (mercanteggiare era obbligatorio, era un rito!). Un giorno il gioielliere, sporgendosi dal bancone, mi porge il polso e mi fa: - "Dottore guardate cosa mi succede."

Io prendo il polso e sento che è totalmente aritmico, come da classica fibrillazione atriale.

- "Che vi sentite?" (da noi si usava e si usa ancora dare del Voi e non del Lei).

- "Niente... da stanotte sento palpitazioni strane... ed ogni tanto mi succede..."

- "Vi succede molto spesso?"

- "No, ogni tanto, cosa ne dite? Che posso fare?"

- "Dovremmo fare una visita ed un elettrocardiogramma, quando siete disponibile ma possibilmente mentre che avete le palpitazioni; comunque prendetevi un Amosedil che vi passa e cercate di non fumare e di bere poco caffè."

- "Ma io fumo pochissimo 2 - 3 sigarette dopo i pasti ed il caffè lo bevo solo la mattina, al massimo mezza tazzina dopo pranzo."

- "Ah, allora va bene così."

Prescrissi l'Amosedil su un pezzo di carta qualsiasi (non c'era alcun problema con l'amico farmacista don N.) e me ne andai insieme a mia madre contentissima per la mia pregevole e prestigiosa performance professionale ed anche, credo, per gli sconti sugli acquisti (di conseguenza?) ottenuti. Per chi non lo sapesse (beati i giovani!) all'epoca la fibrillazione atriale parossistica o permanente (ancora "non esistevano" la persistente e la ricorrente) non era considerata una patologia drammatica anzi sostanzialmente benigna, quasi fisiologica dopo una



Karel Frederick Wenckebach

certa età (ma il gioielliere non era vecchio). E si “curava” con il Ritmocer (chinidina) o l’Amosedil (chinidina + barbiturico)... e neanche si prescriveva la Cardioaspirina, che all’epoca non esisteva e di cui comunque non se ne conosceva l’utilità nella FA (come non esisteva neanche l’ecocardiografia... e nemmeno la medicina difensiva). Il discorso finì lì. Poi una mattina l’amico gioielliere mi telefona chiedendomi se potevo andare a casa sua a fargli l’elettrocardiogramma perché gli erano ritornate le palpitazioni. Afferrai il mio Hellige portatile con carta termica passatomi di seconda mano da una mia professoressa della scuola di specializzazione (apparecchio tecnologicamente molto avanzato per l’epoca!), ed andai a casa sua. Diagnosi di fibrillazione atriale confermata. Due Ritmocer (all’epoca si portava in borsa insieme alla Trinitrina, alla Morfina ed alle fiale di Lasix, Tefamin e Cedilanid) ed attesa del risultato. Intanto per me

caffè e pasticcini e, dopo meno di un’ora:

- “Dottore non mi sento più nulla.”
Controllo dell’elettrocardiogramma e... brillante successo terapeutico! Con ripristino del ritmo sinusale. Espressioni di soddisfazione del paziente e della moglie, e quindi:

- “Quant’è, dottore?”

- “Per voi nulla don B.”

Non potevo mettere a rischio gli sconti per mia madre in gioielleria...

- “Ma non si può fare niente per farmi passare il disturbo definitivamente?”

- “Per quanto ne so io non si può ottenere una guarigione definitiva; si può soltanto far passare presto il disturbo quando ritorna con le medicine che vi ho prescritto: 2 Ritmocer al bisogno.”

- “Allora, arrivederci.”

- “Arrivederci e... sempre a disposizione”.

Passa del tempo, credo qualche mese, ed il nostro gioielliere mi telefona per dirmi che era andato dal Prof. Luigi Condorelli a Roma (riferimento obbligato in quegli anni per tutti i benestanti meridionali) il quale, sulla scorta della mia documentazione, aveva confermato diagnosi e terapia. Ci tenne a dirmi: - “Congratulazioni, congratulazioni a voi dottore”, ma – ricordo bene – che tra il deluso e l’incavolato subito dopo sbottò:

- “E che caso, dottore! Possibile che ai tempi di oggi si può guarire tutto e solo per me non c’è nessun rimedio?!?”

Preciso che anche se per me era un

“caso”, il gioielliere “caso” l’aveva pronunciato con due zeta. Passa ancora un bel po’ di tempo, penso un anno o forse due, ed incontro don B. una mattina di domenica sul Corso Numistrano, luogo obbligato dello “struscio” cittadino, a passeggio con la moglie.

- “Buongiorno dottore.”

- “Buongiorno signora, buongiorno don B., come va?”

- “Benissimo dottore” e con voce compiaciuta “dottore, ho scoperto cosa mi fa venire la palpitazione.”

- “E ditemi, che cosa?”

- “Le olive schiacciate!”

Non credevo alle mie orecchie, ed avvertendo la mia perplessità continuò dicendomi che aveva fatto molti esperimenti per scoprire la causa del suo maledetto malessere ed era certissimo di quel che diceva. Mi precisò:

- “O ne mangio solo tre - quattro o ne mangio mezzo vasetto le palpitazioni mi vengono lo stesso; quindi non è la quantità ma sono le olive” ed aggiunse:

- “Siccome ne sono ghiotto e non me ne voglio privare, me ne mangio quanto voglio solo di sabato sera perché la domenica non devo andare al negozio e poi, appena mi vengono le palpitazioni – di solito me le sento, forse perché mi svegliano, verso le 5 - 6 di mattina – mi prendo due pillole di Ritmocer ed aspetto che mi passino”.

Spesso ho chiesto in giro a prestigiosi aritmologi, dagli anni ’90 in poi ho consultato Google e PubMed, ma non ho mai trovato un riferi-



mento, una spiegazione, un caso analogo: le olive (o l'olio di oliva) che scatenano una FA. Questo caso e l'accanimento del paziente per trovare da sé una soluzione al problema chiaramente riecheggiano, non per il versante della terapia ma per quello dell'eziologia, la scoperta della chinidina. Questa avvenne quando nel 1912 il mercante olandese che voleva mettere ordine non soltanto ai suoi commerci ma anche al suo ritmo cardiaco che a volte, improvvisamente, si "disordinava", incontrò Karel Frederick Wenckebach col quale intratteneva rapporti d'affari in un giorno in cui soffriva per lo spiacevole disturbo. Disse al famoso elettrofisiologo che nessuno specialista del cuore consultato era riuscito a farglielo passare ma che lui, comunque e da solo, aveva scoperto il rimedio. Wenckebach non gli credette ma il commerciante lo sfidò dicendogli che l'indomani

sarebbe tornato da lui senza quel disordine fastidioso. E così avvenne, con grande stupore del medico. Il rimedio del commerciante consisteva in un grammo di chinino ed il disordine, che altrimenti a suo dire sarebbe durato anche due settimane, gli passava in meno di mezz'ora. Wenckebach in realtà ottenne scarsi risultati col chinino nelle aritmie e ne fece comunicazione nel 1914, ma quattro anni dopo, nel 1918, Walter von Frey riportò in un articolo che, di quattro alcaloidi derivati dal chinino, la chinidina era il più efficace per il controllo delle aritmie. Le olive schiacciate costituiscono un ottimo stuzzichino o uno sfizioso contorno. Si preparano frantumando le olive verdi senza rompere il nocciolo, si immergono in salamoia per un paio di giorni, poi si sistemano aggiungendo aglio in piccoli vasi addensandoli ben bene, si coprono completamente con olio d'oliva e si

lasciano maturare al fresco per 3 - 4 mesi prima di utilizzarle. Alcune ricette prevedono l'inserimento di vari aromi a seconda dei gusti (alloro, origano, semi di finocchio e, soprattutto, peperoncino piccante). La FA parossistica da loro indotta nel mio paziente rimane un grande mistero (uno dei più grandi misteri della medicina ahahah). E mi chiedo: ai tempi d'oggi il nostro gioielliere, vista la sua golosità, anzi la sua bramosia per le olive predilette, e considerando anche il suo grande desiderio di risolvere il problema nonché le sue potenzialità economiche, chissà se non avrebbe trovato qualche aritmologo "di buon cuore" che gli avrebbe risolto definitivamente il suo cruccio... Magari con tre o quattro sedute di ablazione. ♥

«Tu mi hai rapito il cuore, sorella mia, sposa,
tu mi hai rapito il cuore con un solo sguardo»

Cantico dei Cantici

Il cuore nel mondo: un cocktail storico-sentimentale

L'immagine del cuore attraverso i secoli:
dalla concezione magico - religiosa a quella empirico - razionale

Dev'essere il ritmo regolare del suo battito a dare al cuore il significato simbolico di centro vitale dell'essere umano. Il luogo dove tutto inizia e tutto finisce. Misterioso, sacro, inviolabile. Con quell'incessante palpito che scandisce il tempo della vita e ne decreta irrimediabilmente la fine, sin dagli albori della civiltà il cuore è stato considerato un organo speciale al di sopra delle altre parti del corpo. La storia che, attraverso i secoli, ha portato ai veri e propri miracoli della Cardiologia moderna è lunga e affascinante, segnata da protagonisti che hanno sfidato l'ignoto, rischiato, osato, per conquistare nuovi traguardi per l'umanità. Il cuore venne disegnato per la prima volta 30 mila anni fa, in una grotta del nord della Spagna: i cacciatori dipinsero il re degli animali e tracciarono in rosso l'esatta posizione anatomica del suo cuore, dimostrando di sapere che

esso era un organo vitale da colpire con le loro lance. Gli antichi Egizi attribuivano al cuore un forte valore simbolico, considerato organo essenziale per la vita, lo spirito, l'anima e la ragione. Era l'unico organo interno che rimaneva nel corpo dopo l'imbalsamazione, a dimostrazione che questo muscolo era da tempo associato alla vita stessa, terrena o immortale che fosse. Credevano che dopo la morte l'anima giungesse dinnanzi ad Osiride, che ne pesava il cuore su una bilancia: se durante la vita l'individuo non aveva commesso colpe, il cuore era leggero come una piuma e l'anima entrava nel regno degli dei; altrimenti, se il cuore era pesante, veniva divorata da un mostro. Secondo gli ebrei e la Bibbia, Dio aveva un cuore molto umano. Oltre a rappresentare la sfera affettiva, emotiva e sentimentale, il cuore della Bibbia include anche tutte le forme della vita intellettuale e interiore, dalla

saggezza alla volontà, dall'etica all'intelligenza. Nel libro Nei Tsing, opera dell'imperatore Huang Di (2697-2597 a.C.), vi sono passi da cui si desume che nell'antica Cina il concetto di circolazione del sangue era già presente e che nella medicina antica cinese l'esame del polso era già considerato tra gli aspetti più utili alla diagnosi. I cinesi credevano che il cuore fosse l'organo principale del corpo: l'organismo umano veniva considerato come una copia in miniatura dell'universo, di cui il cuore era l'imperatore, racchiuso all'interno del suo palazzo fortificato rappresentato dalla gabbia toracica. Ritenevano anche che il cuore fosse costituito da due cavità, ma che un uomo altamente dotato potesse arrivare ad averne fino a sette, mentre un ignorante doveva possederne soltanto una e piccola. Racchiudeva inoltre anche l'intelletto: l'ideogramma della parola cuore (Xin) significa, tra l'al-



L'uomo attraverso i secoli ha attribuito al cuore molteplici significati, dalla sede dell'anima e delle emozioni, all'organo propulsore della vita

Ma ancora oggi, nonostante le moderne conoscenze in ambito fisiopatologico, l'idea del cuore rimane indissolubilmente legata ad un sentimento che va oltre al significato puramente scientifico e che si fa ambasciatore dell'amore e della sfera umana più intima

tro, mente. Disegnato proprio come un cuore anatomico, con la punta a sinistra e i vasi sanguigni che fuoriescono (Figura 1). Il cuore era al centro della vita rituale degli Aztechi, ma in modo piuttosto macabro. I prigionieri di guerra venivano sacrificati alla divinità solare. In cima alle piramidi i sacerdoti estraevano i loro cuori e li donavano alla divinità. Essi ritenevano che il cuore, trovandosi al centro del corpo come il sole al centro dell'Universo, potesse alimentare la forza degli dei. Fu con la medicina del periodo greco classico ed in particolare con Ippocrate (460-370 a.C.) che l'approccio nei confronti del funzionamento del cuore si avvale di visioni maggiormente empirico-razionali, dopo secoli in cui era stato considerato in modo magico-religioso. Fu poi il filosofo Aristotele che identificò

Figura 1



in esso l'organo più importante del corpo. Lo descrisse come centro della vitalità, dell'intelligenza e delle emozioni, formato da tre camere. Ma si deve a Galeno, medico personale dell'imperatore romano Marco Aurelio, nel II secolo d.C., la concezione dell'apparato cardiovascolare che avrebbe dominato incontrastata per 1300 anni. Galeno riteneva che il sangue si producesse con il cibo a partire dal fegato, da lì arrivasse al cuore, combinandosi con gli "spiriti vitali" dell'aria dei polmoni e quindi si distribuisse in tutto il corpo. Costruì un impianto di osservazioni formidabile, dimostrò che le arterie trasportavano sangue e non aria come si era pensato per almeno 400 anni, ma fece anche molte assunzioni anatomiche sbagliate, per esempio che il cuore avesse solo due camere e ci fossero dei forellini tra il ventricolo destro e quello sinistro per il passaggio di sangue e immaginò che l'espansione e la contrazione del cuore fossero l'espressione dell'intelligenza in esso insita. Furono messi al rogo coloro che misero in discussione questa visione in quanto ritenuta ispirata direttamente a Dio. A lungo la conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del cuore rimase avvolta nel mistero, essendo la dissezione

umana proibita in virtù dell'infallibilità ascritta alle dottrine classiche. Bisogna aspettare il 1628 per stabilire finalmente i fondamenti della circolazione sanguigna così come oggi la conosciamo, dal funzionamento delle valvole cardiache fino ai capillari. Merito di un inglese, William Harvey, che sulla scorta dei grandi anatomisti del Rinascimento, Vesalio e Leonardo da Vinci, confutò le concezioni galeniche e il cuore fu posto al centro del circolo vascolare, aprendo le porte al metodo scientifico galileiano in Cardiologia. Da quel momento presero il via le osservazioni sperimentali su cadavere che permisero di descrivere le maggiori malattie

I Cinesi ritenevano che normalmente il cuore fosse costituito da due cavità, ma che un uomo altamente dotato potesse arrivare ad averne fino a sette, mentre un ignorante doveva possederne soltanto una e piccola



L'ipotesi più probabile è che la sagoma del cuore sia ispirata alla forma del silfio (silphium), un frutto ormai estinto che cresceva in una ristrettissima zona costiera dell'attuale Libia e il cui seme aveva, appunto, la forma di un cuore

del cuore, come angina pectoris, aneurisma, trombosi, pericardite. Nel Secolo dei Lumi (XVIII secolo) le varie branche della conoscenza umana cominciarono a strutturarsi, fondandosi su una metodologia scientifica riconosciuta e condivisa. Lo sviluppo della neurologia e

Figura 2



della psicologia consentirono di trasferire la ragione, le emozioni e i sentimenti dal cuore alla mente. Ma, sebbene la medicina del XIX e XX secolo abbia descritto nei dettagli la fisiologia dell'apparato cardiovascolare, nella coscienza comune dell'uomo contemporaneo il cuore continua a rivestire una funzione che va al di là di quella di semplice "pompa del sangue". Ne è una prova chiara il gran numero di espressioni comunemente impiegate, le quali fanno riferimento al cuore come al luogo più intimo e misterioso del cuore, dove sentimenti ed emozioni trovano la loro sede di formazione e di sviluppo. Ma cosa ha a che fare tutto ciò con l'invasione di cuoricini che ci circonda? Perché il cuore è stato ab-



Figura 3

binato proprio a questa forma che somiglia ben poco all'organo vero e proprio? L'ipotesi più probabile è che la sagoma del cuore sia ispirata alla forma del silfio (silphium), un frutto ormai estinto che cresceva in una zona costiera dell'attuale Libia il cui seme aveva, appunto, la forma di un cuore (Figura 2). A causa della sua rarità il frutto era molto ricercato e la sua forma veniva impressa come decorazione sulle monete. Si credeva che il silfio avesse proprietà anticoncezionali e per questo sia stato usato come antenato della pillola. Peccato che l'idea odierna, un po' leziosa del "cuoricino rosso" abbia offuscato l'antico valore di amuleto della forma a cuore (Figura 3). ♥

A lungo la conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del cuore rimase avvolta nel mistero, essendo la dissezione umana proibita in virtù dell'infallibilità ascritta alle dottrine classiche

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

