

cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

La nuova ANMCO:
trasparenza nel
rinnovamento

Grandi novità in scena al
47° Congresso ANMCO!

Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi ANMCO

Cardiopatie strutturali:
ruolo dell'Imaging Cardiaco

I paper più citati nel web
durante il 2015

Report del Corso Formativo
ANMCO su Embolia
Polmonare e Ipertensione
Polmonare

La vita fino alla fine

La valutazione cardiologica
preoperatoria nella
chirurgia non cardiaca:
l'esperienza di Cagliari

Focus Group
On... Formazione
multidisciplinare per
il miglioramento della
Clinical Competence in
Cardiologia

La Cardiologia marchigiana
si aggiorna e si riorganizza

Il danno da morte
immediata: la parola alle
Sezioni Unite

Lancisi, Valsalva e
Morgagni

ANMCO Cardiology
Channel: aggiornamento
scientifico "live"

Il progetto CardioPain:
dolore cronico e malattia
cardiovascolare



GENNAIO • FEBBRAIO 2016 N° 209

47° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

il cambiamento ha bisogno di energia



Con l'ANMCO non mi stanco!



Vieni a fare il pieno di energia da noi

Partecipa al Congresso Nazionale ANMCO 2016:

- **Village multimediali**
2 spazi interattivi dotati di maxi ledwall
- **Sala Plenaria**
con proiezione dinamica e olografica
su 3 ampi schermi ledwall curvi
- **Aula Interattiva Multimediale**
con postazioni individuali con mini iPad,
PC monitor e widescreen
- **Sessioni Meet the Expert**
a numero chiuso, **Face to face**, **Focus**, **Forum** e **Hands-on**
- **My Congress App**
per iPhone, iPad, smartphone e tablet Android
- *...e molto altro ancora!*

- Virtual Patient Echo Session
- Virtual Patient Clinical Session
- I Edizione Concorso CARDIOCLICK®: "Professione Cardiologo"*
- II Edizione del Campionato di Refertazione ECG*
- Sessioni congiunte con ACC - AHA - ESC
- CardioFrontex: la Cardiologia attraverso il Mediterraneo.
I Presidenti delle Società Estere di Cardiologia si raccontano

NOVITA' 2016

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

*Leggi il regolamento alla pagina www.congressinprogress.it/novita-anmco-2016

ANMCO - GENERATORI DI CAMBIAMENTO



In copertina:
© Giordano Aita | Dreamstime.com

N. 209 gennaio - febbraio 2016
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

La nuova ANMCO:

p. 3

trasparenza
nel rinnovamento



Grandi novità in scena al 47°

p. 9

Congresso ANMCO!

di Michele Massimo Gulizia

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi ANMCO

p. 19

DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

P. 24

Cardiac Imaging nell'Interventistica
Cardiaca Strutturale

*di Paolo Giuseppe Pino, Fausto Rigo,
Antonella Moreo, Danilo Neglia, Alfredo
De Nardo, Gianluca Pontone*

AREA GIOVANI

P. 28

"TOP" of the TOPICS 2015

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

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

p. 31

Report sul Corso Formativo ANMCO
"Embolia Polmonare e Ipertensione
Polmonare dalle Linee Guida ai
percorsi diagnostico-terapeutici"

di Iolanda Enea



AREA NURSING

La vita fino alla fine

p. 36

*di Giuseppina Maura Francese, Sabrina
Egman, Massimo Imazio, Vjerica Lukic,
Mauro Mennuni, Donatella Radini,
Fabiola Sanna, Sonia Tosoni*

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

p. 38

La valutazione cardiologica
preoperatoria nella chirurgia non
cardiaca: l'esperienza di Cagliari

*di Annarita Pilleri a nome del Comitato
di Coordinamento dell'Area Prevenzione
Cardiovascolare*



DALLE REGIONI**EMILIA - ROMAGNA**

p. 44

Focus Group on... Formazione multidisciplinare per il miglioramento della Clinical Competence in Cardiologia. La sfida dei giovani ANMCO dell'Emilia Romagna

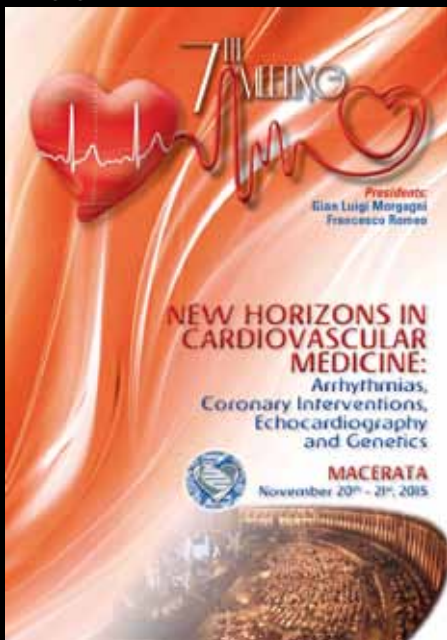
di Daniele Grosseto, Stefano Cappelli, Ottorino Catapano, Stefano Ferraro, Marco Ferri, Alberto Menozzi, Biagio Sassone, Elisabetta Varani, Stefano Urbinati

**MARCHE**

p. 49

La Cardiologia marchigiana si aggiorna e si riorganizza

di Micaela Capponi e Gian Luigi Morgagni

**OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO**

p. 52

Il danno da morte immediata: la parola alle Sezioni Unite

di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone

COME ERAVAMO

p. 54

Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare. Lancisi, Valsalva e Morgagni

di Maurizio Giuseppe Abrignani

**FORUM**

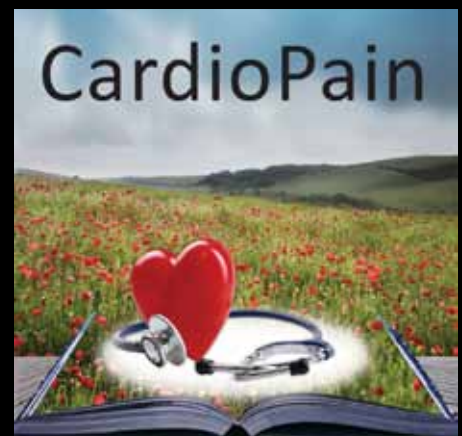
ANMCO Cardiology Channel: p. 61

una finestra aperta sui maggiori congressi di cardiologia in tutto il mondo, per un aggiornamento scientifico "live" ... senza confini
di Stefania Angela Di Fusco e Daniele Grosseto a nome della Redazione Scientifica di ANMCO Cardiology Channel



Il progetto CardioPain: dolore cronico e malattia cardiovascolare p. 65

di Raffaele Rotunno, Valentina Orlando, Enrica Menditto, Arturo Cuomo





La nuova ANMCO: trasparenza nel rinnovamento

Da Gubbio a Catania continua il percorso dei Documenti ANMCO, ma questa è solo una delle tante nostre iniziative

Cari Amici, prosegue anche in questo numero di "Cardiologia negli Ospedali" questo mio, ma a nome anche di tutto il Consiglio Direttivo ANMCO, ormai tradizionale appuntamento che ha lo scopo di tenervi costantemente informati su tutte le novità e le iniziative della nostra Associazione.

L'attività editoriale

In questo biennio, come sicuramente a vostra conoscenza, un'intensa attività editoriale ha contraddistinto il lavoro mio e del consiglio direttivo. Numerosi documenti di consenso già discussi a Gubbio continuano il loro percorso: molti sono già stati proposti per la pubblicazione su prestigiose riviste nazionali (come il Giornale Italiano di Cardiologia) ma anche in lingua inglese, come il Journal of Cardiovascular Medicine e lo stesso European Heart Journal. È un grande piacere condividere con voi che nella mia città, Catania, si è recentemente tenuta, il 2 e 3 febbraio, una Convention Intersocietaria per l'approvazione di un nuovo Documento Scientifico di Consenso, dedicato al **Percorso Diagnostico-Terapeutico del paziente con Ipercolesterolemia**

in Italia. È la prima volta che un pool pluridisciplinare di società scientifiche di area medica, farmacologica, biochimica clinica e di biologia molecolare clinica (ANMCO, AMD, ANCE, ARCA, FADOI, FIC, GICR-IACPR, GISE, SIBioC, SIC, SICOA, SIF, SID, SIMEU, SIMG, SIMI, SISA) insieme all'Istituto Superiore di Sanità, si sia riunito per elaborare un documento di consenso per il governo clinico dei pazienti, dedicato al tema del rischio cardiovascolare correlato al colesterolo, da fornire alle istituzioni in questo momento di crisi, caratterizzato da un forte squilibrio tra domanda e offerta di servizi sanitari e in cui risulta necessario, se non indispensabile, condividere l'appropriatezza dei percorsi diagnostici e terapeutici, anche alla luce della ormai prossima introduzione nella pratica clinica dei nuovi, promettenti farmaci biologici, gli anticorpi molecolari della PCSK9. Il testo contiene un approfondimento critico su diversi aspetti scientifici di grande impatto per l'attività Clinica Ospedaliera inerenti la problematica della gestione del paziente con ipercolesterolemia. Sono, infatti, proprio questi pazienti che rischiano



Catania, la festa di Sant'Agata

Convention Consensus Document Intersocietaria
sul percorso diagnostico-terapeutico del paziente con dislipidemia in Italia

PROGRAMMA

2-3
FEBBRAIO
2016

Acì Castello (CT)
Sheraton Catania Hotel
& Conference Center



Con l'ANMCO non mi stanco!

oggi di pagare il prezzo maggiore in tema di mortalità e morbilità delle malattie cardiovascolari. Il documento, discusso tramite una metodologia innovativa di approvazione da me ideata per ANMCO e sperimentata a Gubbio con grande successo, tramite tracker identificanti i partecipanti e la loro espressione di voto, si prefigge di essere sostegno autorevole ai percorsi più accreditati di terapia, tali da poter coniugare sostenibilità ed evidenze scientifiche. Ringrazio innanzitutto tutte le Società Scientifiche coinvolte, i loro presidenti e i loro rappresentanti, per aver accolto prontamente il nostro invito. Durante due intensi giorni di lavoro abbiamo proceduto alla lettura critica, alla revisione e all'approvazione, capitolo per capitolo, dell'intero documento, al fine di pianificare le migliori strategie da attuare per la diffusione delle Linee Guida vigenti e delle nuove raccomandazioni contenute nel documento stesso. Un momento d'impegno lavorativo, ma luminoso e affascinante come l'apprezzato spettacolo di fuochi pirotecnici che, negli stessi giorni, si è svolto in Piazza Duomo per la celebre festa religiosa in onore di S. Agata, patrona della città di Catania, che attira numerosi pellegrini e turisti.

La Formazione

Il Congresso ANMCO che si terrà a Rimini nel prossimo mese di giugno, dal 2 al 4, è in fase di avanzata preparazione e vedrà simposi congiunti con importanti società scientifiche internazionali; in particolare, ai tradizionali appuntamenti con FIC, ISS, ESC, ACC si aggiungerà quest'anno anche una sessione con AHA. Ampio spazio sarà dato ai 24 documenti di consenso ANMCO, che verranno illustrati in minimaster o apposite main sessions. Come già annunciato, saranno disponibili avanzate tecnologie come tracker con sensori di prossimità che consentiranno a ognuno di crearsi un proprio percorso personale, ma nel contempo di certificare l'effettiva partecipazione agli eventi. Grandissima novità di quest'anno sono le sessioni Vi.P. Echo e Vi.P. Clical Sessions. Si tratta di speciali sessioni interattive, che si svolgeranno in sala Agorà (una sala multimediale per 260 postazioni particolarmente tecnologicamente attrezzate) in cui si potranno eseguire esercitazioni individuali di: 1 - *ECO transtoracico e transesofageo su manichini individuali interattivi* (vedendo in contemporanea



l'equivalente dell'attraversamento del fascio ultrasonoro con lo spaccato anatomico sul corpo umano, quello iconografico classico e la comparazione con immagine in RMN), effettuare le *procedure ECOguidate di cannulazione della giugulare, succlavia e femorale* (sempre con manichini anatomici interattivi), e di 2 - *interazione con simulatore di paziente cardiologico complicato* nella gestione dell'emergenza/urgenza in PS, UTIC e/o corsia. Una strabiliante attività formativa virtuale, estremamente coinvolgente, che non mancherà di affascinarvi e impegnare tutte le vostre conoscenze ed esperienze cardiologiche. Nelle prossime pagine spiegherò meglio, in dettaglio, di che si tratta. Non perdetevi l'occasione per prenotare gratuitamente il vostro posto in una



14 CITTÀ COLLEGATE VIA SATELLITE

Amico
DEL **CUORE**

Dopo l'infarto il colesterolo conta

OPEN DAY
GLI SPECIALISTI INCONTRANO I PAZIENTI

Un grande evento nazionale
d'informazione
sulla qualità di vita
dopo l'infarto

Per tornare alla vita dopo un episodio di infarto
è necessario seguire poche ma semplici regole.
Parlane con gli specialisti nella tavola rotonda
"La vita dopo l'infarto: cosa è importante sapere"

Intervengono

Rossella Fattori, Pesaro
Domenico Gabrielli, Fermo
Gian Piero Perna, Ancona

Collegato in diretta via satellite
Michele Gulizia, Catania

www.amicodelcuore.it
www.anmco.it
www.periltuocuore.it

MSD

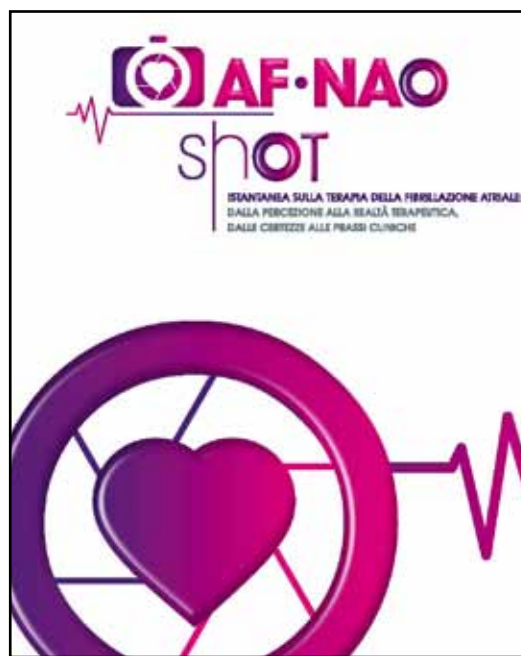
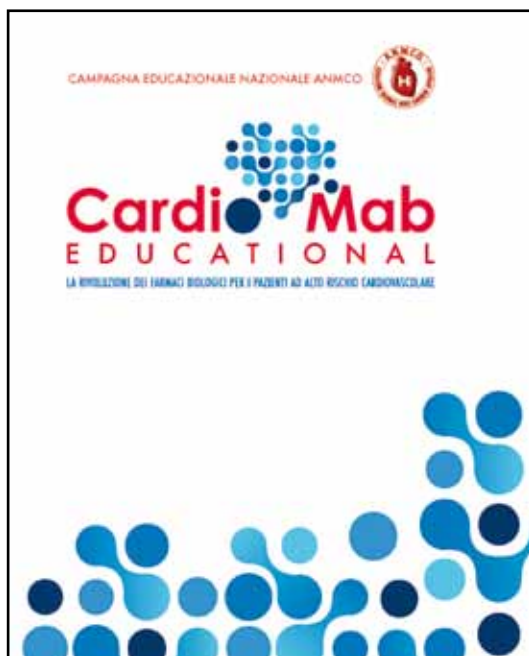
CAMPAGNA EDUCATIVA NAZIONALE ANMCO

I BISOGNI
INSODDISFATTI
DELLA CARDIOPATIA
ISCHEMICA CRONICA

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

delle 6 sessioni che si svolgeranno nell'arco dei tre giorni congressuali. I posti saranno garantiti entro 5 minuti dall'orario di inizio della sessione, poi saranno ceduti ai primi richiedenti fuori dalla sala fino a capienza di 260 partecipanti. Non saranno ammessi posti in piedi. A giudicare dal numero di proposte inviato dalle Aree, dalle Regioni, dagli altri organi e Organismi ANMCO, ma soprattutto da singoli soci, appare evidente, per il loro numero in crescita esponenziale rispetto agli anni precedenti, quanto ampia sia l'aspettativa e il grande interesse del mondo cardiologico verso questo evento immancabile. Agli infermieri sarà dedicato, inoltre, al posto del consueto Cardionursing, un corso di clinical competence di tre giorni in uno dei due Village; tuttavia coloro che non parteciperanno al corso avranno in alternativa la possibilità di partecipare, con una quota agevolata, alle sessioni scientifiche del Congresso, che sarà accreditato anche per questa figura professionale. In campo formativo l'ANMCO ha in cantiere numerose altre nuove proposte dedicate all'educazione continua. È in programma la realizzazione di un **Master per Direttori di Struttura Complessa**, sia di primo livello e sia di rivalidazione, in collaborazione col CERGAS (Centro di Ricerche

sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria Sociale) dell'Università Bocconi di Milano; un altro **Master di 3° livello**, teorico e pratico, in collaborazione con l'Università di Firenze, è dedicato allo **Scompenso Cardiaco** e si svolgerà nel 2017 (per max 40 partecipanti e con prenotazioni a partire da fine 2016). Nella prossima primavera si svolgeranno, inoltre, sulla scia della fortunata Campagna tenuta lo scorso anno, circa 150 riunioni ospedaliere dedicate alla **Cardiopatologia Ischemica Cronica**. Sono lieto di comunicarvi anche che il 16 aprile si svolgerà la giornata nazionale **Amico del Cuore**, una campagna sulla prevenzione cardiovascolare con videoconferenza in collegamento via satellite con 14 sedi (la cui sede hub sarà Catania) aperta, con la collaborazione di Conacuore, anche al pubblico laico (si prevede che circa 10mila cittadini italiani avranno la possibilità di sottoporsi a una valutazione del proprio rischio cardiovascolare). Nelle figure che corredano questo articolo troverete inoltre un riepilogo delle attività formative che l'ANMCO ha realizzato nel corso dello scorso anno: sarete veramente impressionati dal numero di crediti elargiti, di ore di formazione e di partecipanti alle iniziative realizzate.



La Ricerca

In questo periodo di primavera anticipata fioriscono letteralmente le iniziative di ricerca che abbiamo posto in essere dopo anni di stasi, e il Centro Studi ANMCO è attualmente all'opera sui diversi studi ideati e avviati. In attesa del **BLITZ-HF**, dedicato allo scompenso cardiaco e prossimo alla partenza entro giugno, è scoppiato l'arruolamento dello Studio osservazionale **BLITZ-AF**, che prevede la partecipazione di 197 centri con un follow up di un anno, con l'obiettivo di valutare il numero di ricoveri in pronto soccorso o nelle Unità Operative di Cardiologia di pazienti con fibrillazione atriale e il profilo clinico di questi pazienti, di consentire un confronto con i dati del passato (come quelli dello studio FIRE) in termini di gestione di questa aritmia e di valutare infine le strategie

diagnostiche e terapeutiche per i pazienti con fibrillazione atriale ricoverati nei nostri reparti. Allo stato attuale, con soli 84 Centri appena attivati, abbiamo arruolato oltre 2000 pazienti!

Lo START (STable coronary Artery diseases RegisTry) è un'altra ricerca appena partita con un buon incremento, al lancio, dei pazienti arruolati. È uno studio osservazionale, con un follow up a 12 mesi, che si prefigge l'obiettivo di ottenere una completa e attendibile descrizione delle modalità di diagnosi e trattamento (farmacologico e non-farmacologico) dei pazienti con diagnosi di coronaropatia stabile ricoverati in reparti di cardiologia. Un altro nostro studio,

l'IN-PROGRESS (ItaliaN Educational PROGramme for Improving Quality of Care in Patients not REvascularized During the Index Hospitalization for Non-ST Elevation Acute Coronary SyndromeS) che partirà a breve in 40 UTIC italiane selezionate, fornirà ulteriori importanti informazioni sulla pratica clinica corrente e valuterà l'impatto prognostico di una strategia di implementazione delle linee guida europee nei pazienti con NSTEMI trattati con strategia conservativa. Partito anche il **POSTER**, uno studio scritto a quattro mani con i colleghi della SISA e dedicato all'ipercolesterolemia familiare. Questo tema ha una rilevante importanza perché, se è vero che



Impatto Formativo Eventi Formativi - RCP- Corsi FAD - Congressi Regionali 2015

TITOLO	NR. EVENTI	CREDITI ECM assegnati agli eventi	ORE FORMATIVE
EVENTI FORMATIVI MURALI ED EXTRAMURALI	8	52,1	60
CORSI DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE	198 di cui 1 corso accreditato ECM	5,5 1 corso accreditato	1379
CORSI FAD	5	25 (presunti)	25
CONGRESSI REGIONALI	8 di cui 1 cardionursing	55,6	86
TOTALI	219	138,2	1.550

Impatto Formativo Campagne Educazionali Nazionali ANMCO 2015-2016

TITOLO	NR. EVENTI	CREDITI ECM assegnati agli eventi	ORE FORMATIVE	PRESCRITTI Docenti e Discenti
1 I BISOGNI INSODDISFATTI DELLA CIC. SIAMO IN LINEA CON LE LINEE GUIDA: POSSIAMO FARE MEGLIO?	5 di cui 1 Start-up	77,5	65	310
2 FOOD SCIENCE & FOOD INGREDIENTS: The Need for Reliable Scientific Approaches and Correct Communication	1	5	5	80
3 AF-NAO SOHT 2015	7	56	49	439
3 AF-NAO SOHT 2016	4	32	28	Eventi ancora da svolgere
4 CARDIOMAB EDUCATIONAL 2015	7	59,5	49	303
4 CARDIOMAB EDUCATIONAL 2016	4	34	28	Eventi ancora da svolgere
TOTALI	28	264	224	1.132 (8 eventi ancora da svolgere)

questi pazienti hanno un elevato rischio di malattia coronarica giovanile, le nostre Cardiologie sono i Centri più adatti a intercettarli ma soprattutto, con uno screening a cascata, ad identificare i molti casi misconosciuti nei loro familiari prima che in essi avvenga un evento acuto. Inutile sottolineare che tutti questi studi, oltre alle ovvie ricadute scientifiche per il mondo cardiologico e di prestigio per la nostra Associazione, rivestono anche un rilevante aspetto formativo per tutti i partecipanti.

La Fondazione e le attività educazionali

Si sono spenti da poco i riflettori sull'annuale iniziativa **Cardiologie Aperte**, dedicata alla popolazione. Quest'anno abbiamo voluto

amplificare maggiormente le interazioni della periferia dando a tutti i centri che hanno organizzato eventi la possibilità di pubblicizzare ampiamente sul web i loro programmi. Il prossimo numero di *“Cardiologia negli Ospedali”* conterrà di certo numerosi resoconti delle vostre iniziative.

La **Banca del Cuore** diventa invece una struttura a se stante, un settore operativo autonomo della Fondazione. L'interesse per questa iniziativa e per le sue ricadute è tale che mi occuperò in prima persona della elaborazione dei numerosi dati epidemiologici raccolti.

Nell'opera continua di revisione e di rinnovamento delle iniziative editoriali ho ritenuto portare a sette gli **opuscoli** dedicati al pubblico,

scaricabili dal nostro sito web, sui principali temi della prevenzione; a quelli tradizionali dedicati ad alimentazione, fumo, esercizio fisico e anziani si sono aggiunti quelli sui temi della fibrillazione atriale, del post-infarto e dello scompenso cardiaco.

Desidero darvi pure un aggiornamento in merito al servizio **“L'Esperto Risponde”** per il quale in passato alcuni soci volenterosi hanno prestato la loro preziosa collaborazione. Prima di tutto grazie a questi amici per il contributo che negli anni scorsi hanno voluto fornire ad ANMCO e alla Fondazione “per il Tuo cuore”, offrendo ai nostri connazionali un servizio di consulenza cardiologica di alto livello qualitativo e puntuale



5

Dopo un infarto

Alcuni consigli per vivere bene

per il tuo cuore

6

Scompenso cardiaco: istruzioni per l'uso

Essere correttamente informato è uno dei primi strumenti a tua disposizione

per il tuo cuore

7

La fibrillazione atriale

Nel nostro cuore è contenuto un vero e proprio impianto elettrico

per il tuo cuore

I nuovi Opuscoli della Fondazione "per il Tuo cuore" sulla presentazione secondaria

nei riscontri. In concomitanza alla creazione del nuovo Sito WEB ANMCO - Fondazione "per il Tuo cuore" e, nel periodo necessario alla realizzazione ex-novo dei vari contenuti, la suddetta rubrica era stata temporaneamente sospesa. Avendo ultimato in questi giorni la ristrutturazione del Sito, "L'Esperto Risponde" verrà nuovamente proposto ai nostri lettori cibernetici. Ringrazio anticipatamente tutti i Colleghi Cardiologi e Cardiochirurghi ANMCO di grande esperienza che si

renderanno ancora disponibili per questo tipo d'impegno volontario, che la nostra Associazione dedica per la promozione di una corretta informazione e consulenza medica gratuita rivolta al cittadino. Come al solito, per entrare nei dettagli di tutte le iniziative contenute in questo articolo sarebbe stato necessario uno spazio di gran lunga maggiore, ma era importante dare a tutti voi questi preziosi flash sulla sempre preziosa attività della nostra associazione. Il rinnovamento che stiamo portando avanti ha in sé,

implicita, l'esigenza della completa trasparenza nei vostri confronti, vessillo della mia presidenza e obiettivo irrinunciabile condiviso con tutto il Consiglio Direttivo. Chiudo qui questo mio articolo, invitandovi a proseguire la lettura nelle prossime pagine per i dettagli delle sessioni interattive del Congresso, ma non prima di avere il piacere di augurare la migliore Santa Pasqua a Voi e a tutti i Vostri più cari affetti. ♥



ANMCO inaugurerà, in occasione del Congresso 2016, un modo nuovo
di fare formazione

Grandi eventi in scena al 47° Congresso ANMCO:

le Vi.P Echo Session e le Vi.P Clinical
Session, CARDIOCLICK©, la II Edizione
del Campionato di Refertazione
ECG, la Cardiologia attraverso il Mar
Mediterraneo...
E molto, molto altro ancora

Le Vi.P Echo Session e le Vi.P Clinical Session

*<<Che vuol dire reale?
Dammi una definizione di
reale. Se ti riferisci a quello
che percepiamo, a quello che
possiamo odorare, toccare
e vedere, quel "reale" sono
semplici segnali elettrici
interpretati dal cervello!>>*

The Matrix (1999)

È così che nel film Matrix Morpheus (Lawrence Fishburne) cercava di spiegare a Neo (Keanu Reeves) che ciò che lui conosceva come "realtà" non era altro che una simulazione generata da un computer. Sulla scia di questa finzione scenica, ribadire l'importanza della tecnologia come partner indefettibile dell'agire cardiologico quotidiano non è certo superfluo: al contrario risulta sempre più necessario, soprattutto alla luce della diffusione di nuovi e

sempre più sofisticati simulatori di Realtà Virtuale (VR). E questo è il caso dei simulatori di realtà virtuale di ultima generazione **SonoSim**, **US Mentor** e **Body Interact** che saranno i veri animatori delle due tipologie innovative di Sessioni Interattive: le **Vi.P Echo Session** e le **Vi.P Clinical Session** che quest'anno entreranno a buon diritto nel Programma Scientifico del 47° Congresso Nazionale ANMCO che si svolgerà a Rimini



dal 2 al 4 giugno 2016. In entrambi i casi **Vi.P** non significa certo *Very important Person*, ma **Virtual Patient**. Così l'ANMCO inaugurerà, in occasione del prossimo Congresso, un modo nuovo di fare formazione. Lasciandosi alle spalle l'accademica lezione frontale in aula, l'Associazione esplorerà due innovative metodologie di fare formazione, molto ricche di contenuti didattici immediatamente fruibili grazie alla simulazione virtuale di casi clinici e alla loro diagnosi, trattamento e cura. La Realtà Virtuale (VR) ha in sé il potenziale di rivoluzionare alcuni aspetti della medicina e della sanità. Parecchie specialità mediche la stanno già usando per formare i medici e assisterli nella diagnosi e nel trattamento dei casi patologici. Un gruppo di cardiologi ha utilizzato di recente con successo un'unità di VR per guidare l'apertura (maggiore) di un'arteria coronaria cronicamente bloccata. Il loro rapporto è pubblicato sul *Giornale Canadese di Cardiologia*.

Le Vi.P Echo Session

Grazie all'utilizzo di **SonoSim**, un simulatore di realtà virtuale, le **Vi.P Echo Session** si trasformeranno per i discenti in momenti di apprendimento veloce. L'ecografia, infatti, è una disciplina fondamentale per il medico, che la utilizza come strumento diagnostico e come ausilio per la sicurezza nell'esecuzione della maggior parte delle pratiche invasive di propria competenza. Tuttavia non è facile per un docente insegnare e per un discente apprendere le

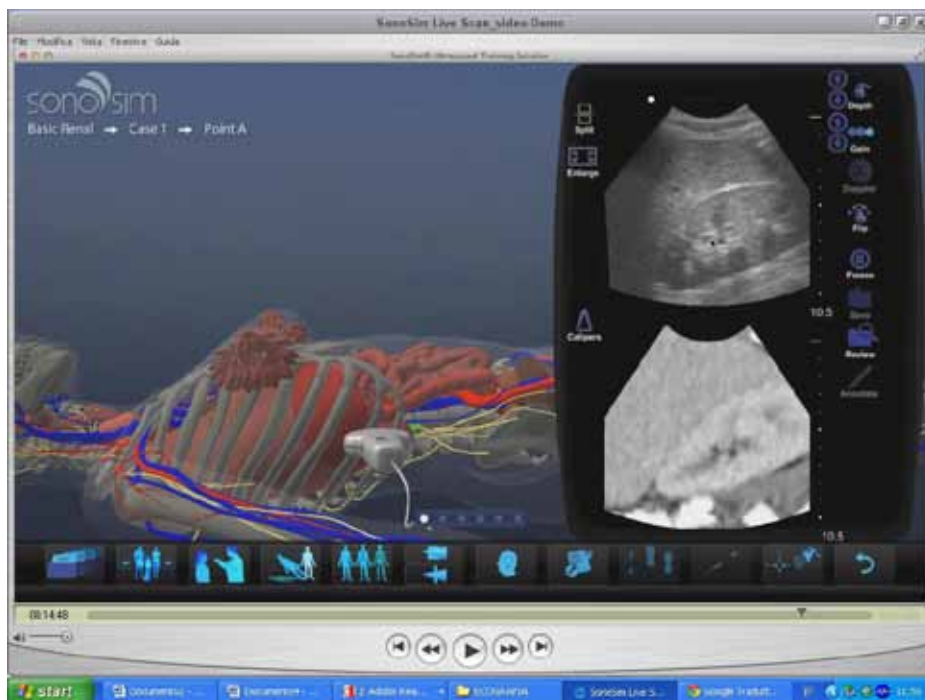


Figura 1

Figura 2

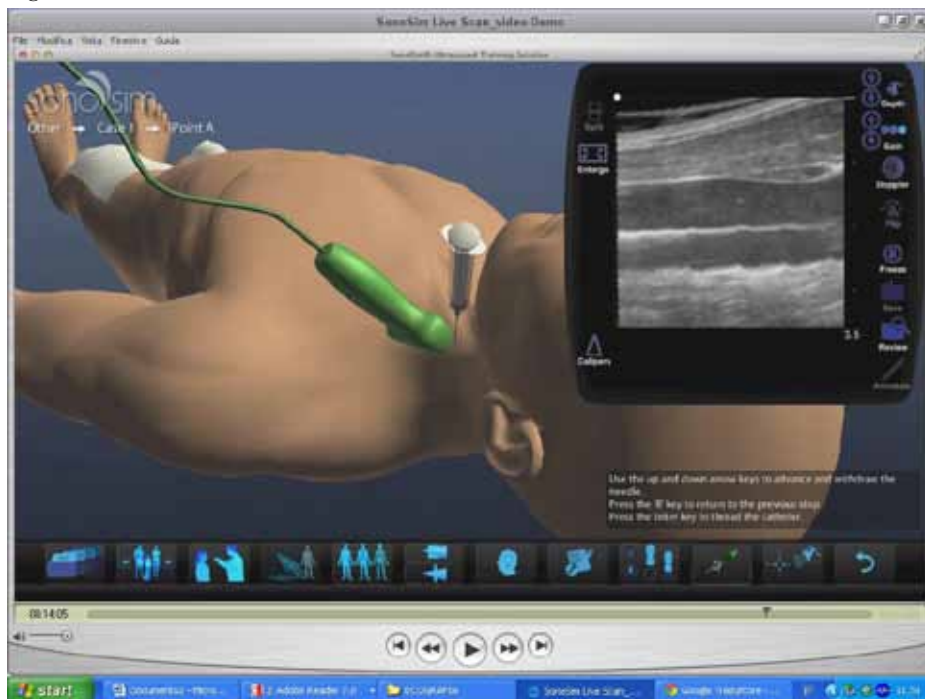
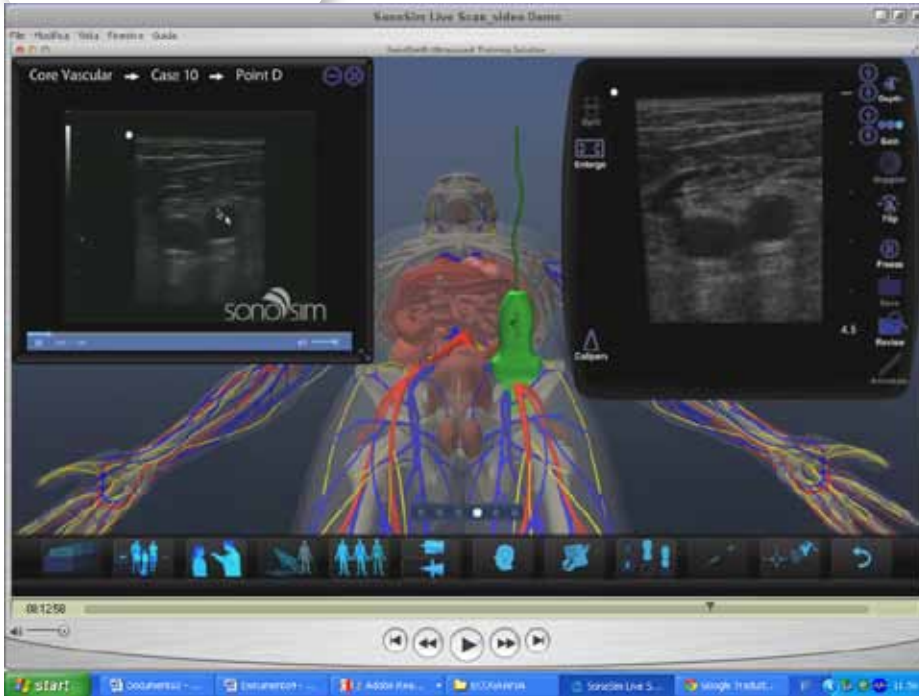




Figura 3



tecniche ecografiche in tempi brevi, in quanto questo richiederebbe un numero elevato di pazienti disponibili a sottoporsi a manovre eseguite in prima istanza da personale non ancora esperto. Ma

strumenti come SonoSim rendono più immediato l'insegnamento di questa disciplina. SonoSim permette di fare pratica a partire dai fondamenti dell'ecografia, con il discente che deve scansionare

un oggetto in un box virtuale, e procedere per gradi, con l'ecografia di pazienti virtuali in varie condizioni cliniche, fino ad arrivare al LiveScan, dove grazie alla sonda e ad appositi tag posizionati su un manichino o un modello, il discente può effettuare ecografie di un caso clinico precedentemente scelto. In breve SonoSim, grazie all'utilizzo di un simulatore ultrasonografico multidisciplinare e un simulatore ecocardiografico transtoracico (TTE) e transesofageo (TEE), permette di simulare esami performanti e procedure interventistiche ecoguidate.

Il simulatore di realtà virtuale **US Mentor** permette di far apprendere le procedure di ecocardiografia in un ambiente anatomico altamente realistico, con aiuti visivi, etichette anatomiche delle varie strutture, modellini in 3D e mappe. Una libreria di casi per ciascun modulo fornisce esercizi iniziali step-by-step, e casi patologici a complessità

Figura 4 - Simulatore ecotrasparente per accessi vascolari centrali (Giugulare e Succlavia)



Figura 5 - Simulatore ecotrasparente per accessi vascolari centrali (Giugulare e Succlavia)





Figura 6 – Simulazioni di ecografia transesofagea con US Mentor



Figura 7 – Simulazioni di ecografia transesofagea con US Mentor

progressiva. L'ambiente educativo permette al praticante di effettuare il training sia sotto la guida di un tutor che commenta le immagini a video e sia in autonomia, grazie agli aiuti didattici previsti sul simulatore. Un sistema di metratura delle performance offre, al termine di ciascun caso, la risposta patologica del caso trattato, oltre a tutta una serie di parametri che permettono la valutazione del praticante stesso e le curve di apprendimento. La metodologia di apprendimento sarà estremamente didattica, in quanto fornirà le nozioni fondamentali teoriche e attraverso simulatori avanzati (Figure 1 - 3) e realistici permetterà un'adeguata preparazione pratica e clinica. Come si evince dalle Figure 4 e 5 verranno effettuate esercitazioni su puntura giugulare, succlavia e femorale sotto guida ecografica, ed esercitazioni su Tissue Model con tunnelizzazione anterograda e retrograda di un CVC. Durante il 47° Congresso ANMCO verranno svolte, in **Sala Agorà**, simulazioni di ecocardiografia transesofagea (Figure 6 - 7) da parte di un KOL che mostrerà ai partecipanti, tramite videoproiettore, le 28 proiezioni standard secondo protocollo internazionale, suggerirà quali sono i movimenti migliori per avere le sezioni transesofagee e transgastriche di rilievo e commenterà le anatomie sane o patologiche.



Le Vi.P Clinical Session

Le Vi.P Clinical Session

utilizzeranno il **Body Interact**, un simulatore digitale interattivo che permette di interagire con un paziente virtuale in modo innovativo e coinvolgente, basato sul problem-solving di casi clinici complessi e suggestivi. I partecipanti alle Sessioni potranno interagire con il paziente svolgendo molteplici attività cliniche, prescrivendo esami medici, monitorando i parametri vitali, consultando la cartella clinica, assegnando soluzioni terapeutiche. Body Interact è pensato per svolgere formazione interdisciplinare, consolidando il lavoro di gruppo e favorendo il confronto fra professionisti di diverse specialità. Progettato per replicare il lavoro di equipe, anche grazie all'innovativo tavolo touchscreen multimediale (Figure 8 - 11), consente di risolvere il caso clinico collaborando e interagendo con colleghi e professionisti sanitari.

La II Edizione del Campionato di Refertazione ECG

Torna, dopo il grande riscontro di partecipazione della sua prima edizione, il "Campionato di Refertazione ECG", con alcuni tra i più riconosciuti esperti mondiali in elettrocardiografia. L'obiettivo è mettersi alla prova nel riconoscere ECG complessi (16) in un breve lasso di tempo (8 minuti complessivamente), rispondendo tramite pc dedicati. Il



Figura 8 – Body Interact



Figura 9 – Body Interact

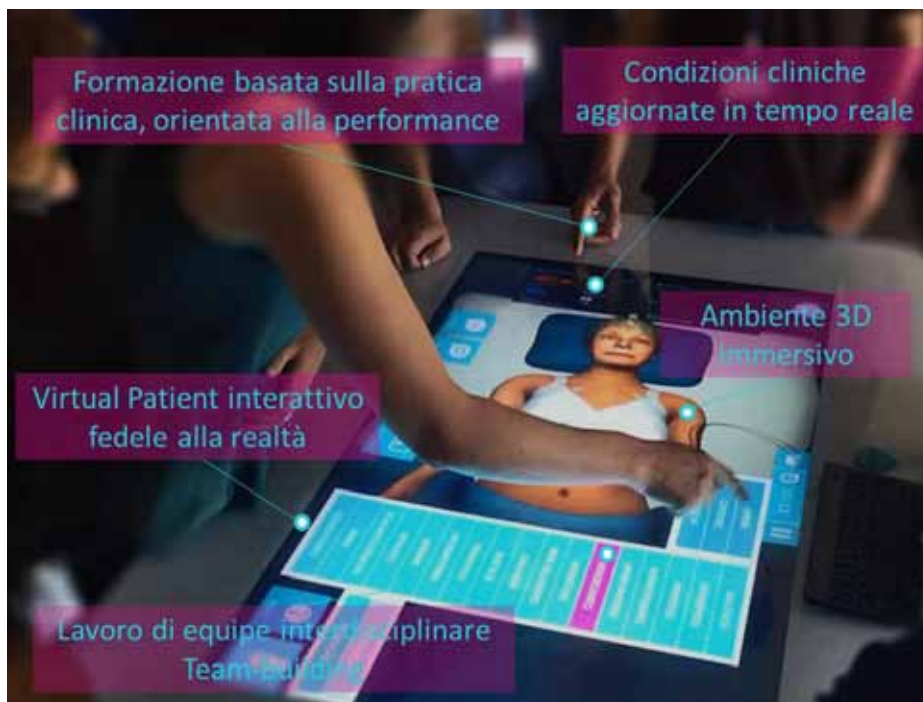


Figura 10 - Body Interact



Figura 11 - Body Interact

sistema elaborerà automaticamente il punteggio a fine seduta (non ripetibile) e ai primi 3 classificati, durante la cerimonia inaugurale, saranno donati da ANMCO 3 moderni elettrocardiografi.

ANMCO 47: nasce CARDIOCLICK®, il Cardiologo si racconta per immagini

Il 47° Congresso ANMCO di Rimini vedrà anche la nascita di un'iniziativa battezzata CARDIOCLICK®, destinata ad aprire una pagina significativa nel "racconto" della professione medica, cardiologica in particolare. I Cardiologi ANMCO saranno invitati a partecipare con le loro foto originali a un Concorso, che prende il via nel 2016 e che si candida a costituire un appuntamento annuale, CARDIOCLICK® appunto, che nella sua prima edizione si è dato come tema la figura stessa dello Specialista, il suo ruolo scientifico che è al tempo stesso sociale e culturale, sintetizzato nel titolo dell'edizione 2016, "**PROFESSIONE CARDIOLOGO**". La giuria premierà con l'assegnazione di tre premi principali quelle opere che meglio avranno rappresentato la realtà contemporanea della cardiologia italiana "dallo stetoscopio all'hi-tech" come è stata recentemente definita, in continua e positiva trasformazione insieme alla stessa ANMCO che di tali istanze si è fatta interprete e portavoce in questi 20 mesi della mia presidenza. Cinque i giurati chiamati ad assegnare il riconoscimento, affermati professionisti della comunicazione



e della fotografia in particolare, tra cui saranno presenti due membri del Consiglio Direttivo ANMCO. Le foto (in formato digitale, col limite di tre opere per ciascun partecipante) andranno caricate **entro il 15 maggio sul sito www.cardioclck.it** e la premiazione avverrà nel corso delle giornate congressuali di Rimini, dove verrà anche allestita una mostra delle foto partecipanti all'iniziativa. Per i vincitori, in palio la partecipazione a un Congresso Internazionale di Cardiologia a scelta, resa possibile dal supporto non condizionato di IBSA Italia.

CardioFrontex: la Cardiologia attraverso il Mar Mediterraneo. Punti di forza e criticità in un modello culturale che accoglie e non rifiuta nell'interesse dei cardiopatici

Una Main Session rivoluzionaria, estremamente innovativa. Una sessione scientifica di alto valore dal punto di vista della politica sanitaria, potremmo definirla un'operazione *Mare Nostrum della Cardiologia*, in cui interverranno i Presidenti delle Società Scientifiche Cardiologiche, i Ministri della Salute e i Premier di vari Stati mediterranei come: Albania, Croazia, Egitto, Israele, Libano, Libia, Tunisia e Siria. Queste e tante altre saranno le novità del Congresso ANMCO di Rimini. Non perdetevi l'occasione di sostenere il dibattito e la formazione con la vostra partecipazione. Partecipate, vi aspetto in tantissimi e sarò lieto di accogliervi personalmente. ♥

I simulatori di ultima generazione SonoSim, US Mentor e Body Interact saranno i veri animatori delle due tipologie innovative di Sessioni Interattive le 3D Vi.P Echo Session e le Vi.P Clinical Session che quest'anno entreranno a buon diritto nel Programma Scientifico del 47° Congresso Nazionale ANMCO che si svolgerà a Rimini dal 2 al 4 giugno 2016

Ribadire l'importanza della tecnologia come partner indefettibile dell'agire cardiologico quotidiano non è certo superfluo, al contrario risulta sempre più necessario, soprattutto alla luce della diffusione di nuovi e sempre più sofisticati simulatori di realtà virtuale

Simulatori di realtà virtuale in cardiologia: dove le tecnologie creano le premesse per praticare e apprendere garantendo la piena sicurezza del paziente



Nasce CARDIOCLICK[®]

il Cardiologo si racconta per immagini

Cari Soci,

il **47° Congresso ANMCO** di Rimini del prossimo giugno vedrà la nascita di un'iniziativa battezzata **CARDIOCLICK[®]**, destinata ad aprire una pagina significativa nel "racconto" della professione medica, cardiologica in particolare.

I Cardiologi ANMCO saranno invitati a partecipare con le loro foto originali a un Concorso che, nella sua prima edizione, si è dato come tema la figura stessa dello Specialista, il suo ruolo scientifico che è al tempo stesso sociale e culturale, sintetizzato dal titolo "PROFESSIONE CARDIOLOGO".

Una giuria formata da professionisti della comunicazione, della fotografia e da membri di prestigio ANMCO premierà con l'assegnazione di tre premi principali quelle opere che meglio avranno rappresentato la realtà contemporanea della Cardiologia italiana.

Le foto (in formato digitale, col limite di tre opere per ciascun partecipante) andranno caricate **dal 15 aprile entro e non oltre il 15 maggio** sul sito www.cardioclick.it e la premiazione avverrà nel corso delle giornate congressuali di Rimini, dove verrà anche allestita una mostra delle foto partecipanti all'iniziativa.

È possibile consultare il Regolamento del Concorso sul Sito WEB ANMCO www.anmco.it.

Per i vincitori, in palio la partecipazione a un Congresso Internazionale di Cardiologia a scelta, resa possibile dal supporto non condizionato di IBSA Italia.

Fai il tuo click e invialo!

Michele Massimo Gulizia
Presidente ANMCO

A handwritten signature in black ink, reading 'Michele Massimo Gulizia', with a long horizontal stroke extending to the right.

REGOLAMENTO DEL CONCORSO “ANMCO CARDIOCLICK. 2016 Professione cardiologo”

1. SOGGETTO PROMOTORE

A.N.M.C.O con sede in Via La Marmora 36, 50121 Firenze (Italy) - Partita I.V.A. 05469530488 Codice Fiscale 01301130488 (di seguito il “soggetto promotore”)

2. DENOMINAZIONE DEL CONCORSO

“ANMCO Cardioclick. 2016 Professione cardiologo”

3. PERIODO DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione al concorso è consentita dal 15 aprile al 15 maggio 2016 (il “periodo di partecipazione”)

4. DESTINATARI

I soci di ANMCO

5. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

Potranno partecipare al concorso tutti i destinatari (di seguito, i “partecipanti”) che durante il periodo di partecipazione

a) si siano iscritti alla piattaforma www.cardioclick.it (di seguito “il sito”) compilando debitamente il modulo di registrazione con nome, cognome, email, autocertificazione di iscrizione all'ANMCO

b) Entro la fine del periodo di partecipazione abbiano caricato tramite il sito una o più foto originali (fino al massimo di tre), inerenti la propria professione, la propria storia professionale e umana, la storia della cardiologia italiana e di ANMCO

c) Le immagini dovranno essere in formato png, jpg, jpeg, con un peso massimo ciascuna di 6MB

d) I partecipanti avranno facoltà di inserire sul sito una didascalia dell'immagine caricata, della lunghezza complessiva massima di 300 caratteri spazi compresi

e) Al termine del periodo di partecipazione una giuria, in piena autonomia e con il coordinamento del suo Presidente, provvederà all'attribuzione di 3 premi, con giudizio insindacabile.

f) La giuria dell'edizione 2016 è composta da:

o Presidente Michele Gulizia, ANMCO

o Membri di giuria

- Carmine Riccio, ANMCO
- Federico Nardi, ANMCO
- Simona Agnes (giornalista, esperta di comunicazione)
- Francesco Cianciotta (fotografo, sociologo, conduttore televisivo)
- Glenda Cinquegrana (gallerista, curatrice e art consultant)

6. PREMI IN PALIO

La dotazione complessiva del premio 2016 è stabilita nella partecipazione a un congresso internazionale di cardiologia, a scelta dei vincitori. Il congresso dovrà svolgersi nei 12 mesi successivi alla proclamazione dei vincitori.

7. NOTIFICHE DELLE VINCITE E CONSEGNA DEI PREMI

I tre vincitori riceveranno comunicazione della vincita tramite email entro la data del 27 maggio 2016. La premiazione avverrà durante il 47° congresso ANMCO, che si svolgerà dal 2 al 4 giugno 2016 a Rimini.

8. TERMINI E CONDIZIONI GENERALI

a. La partecipazione al concorso è gratuita e implica l'accettazione da parte dei partecipanti del presente regolamento

b. I partecipanti si assumono la responsabilità dell'invio e del contenuto dell'immagine, dichiarando di essere in possesso dei diritti di utilizzo e di divulgazione della stessa, ivi compresi i diritti nel caso di utilizzo nell'immagine di minori o altri soggetti, svincolando totalmente il soggetto promotore da qualsiasi tipo di responsabilità in merito e concedendo allo stesso soggetto promotore il diritto di utilizzare in parte o in toto l'immagine ai fini dello svolgimento del concorso (divulgazione, pubblicazione).

c. Il soggetto promotore si riserva il diritto di sostituire i premi con premi di pari valore e qualità, nel caso in cui i premi previsti nel presente regolamento non siano disponibili per cause non imputabili al soggetto promotore

d. Il Soggetto Promotore si riserva la facoltà di confermare le vincite dopo aver confrontato i dati inseriti dal Partecipante in fase di registrazione sul Sito con quelli dell'albo ANMCO e di effettuare i controlli che riterrà necessari per verificare il rispetto del presente regolamento.

e. Nella massima misura consentita dalla legge, il Soggetto Promotore non si assume alcuna responsabilità in caso di mancato recapito dell'avviso di vincita e/o dei Premi dovuto all'indicazione di indirizzi elettronici o dati personali errati e/o non veritieri da parte dei vincitori e/o a disguidi postali.

f. Il Soggetto Promotore dichiara che il server di raccolta e gestione di tutti i dati relativi al Concorso si trova presso Interactivecom, Via degli Scipioni 1 – 20129 Milano.

g. La raccolta dei dati dei partecipanti avverrà in ottemperanza al D. Lgs. n. 196/03, come di volta in volta modificato. L'informativa privacy del Soggetto Promotore (titolare del trattamento) sarà resa a ciascun Partecipante in fase di registrazione sul Sito. Interactivecom agirà in qualità di responsabile esterno del trattamento del Soggetto Promotore, e tratterà i dati personali dei Partecipanti al fine esclusivo di organizzare il Concorso e consentire ai Partecipanti di partecipare allo stesso.

h. Il presente regolamento è pubblicato sul Sito. Il Soggetto Promotore si riserva il diritto di modificare in tutto o in parte il presente regolamento, dandone adeguata comunicazione al pubblico e fermo restando che non saranno apportate modifiche peggiorative o lesive di diritti già acquisiti da parte dei Partecipanti.

i. Il concorso riceve il supporto non condizionante di IBSA Farmaceutici.

9. INFORMAZIONI

Per qualsiasi informazione relativa al Concorso o al presente regolamento, durante il periodo di partecipazione, si prega di contattare l'indirizzo di posta elettronica: anmco@cardioclick.it

PRESIDENTE



Michele Gulizia

MICHELE MASSIMO GULIZIA

Direttore U.O.C. di Cardiologia
Ospedale Garibaldi-Nesima
Azienda Rilievo Nazionale
e Alta Specializzazione "Garibaldi"
Via Palermo, 636 - 95122 Catania
Tel. 095/7598502 - Fax 095/7598505
michele.gulizia@alice.it

VICE-PRESIDENTE



Antonio Amico

ANTONIO FRANCESCO AMICO

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

VICE-PRESIDENTE



Furio Colivicchi

FURIO COLIVICCHI

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

PAST - PRESIDENT



Francesco Maria Bovenzi

FRANCESCO MARIA BOVENZI

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

PRESIDENTE - DESIGNATO



Andrea Di Lenarda

ANDREA DI LENARDA

Direttore S.C. Centro Cardiovascolare
Azienda Servizi Sanitari n.1 Triestina
Via Slataper, 9 - 34125 Trieste
Tel. 040/3992879 - Fax 040/3992935
andrea.dilenarda@aas1.sanita.fvg.it

SEGRETARIO GENERALE



Federico Nardi

FEDERICO NARDI

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

TESORIERE



Carmine Riccio

CARMINE RICCIO

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

CONSIGLIERI

GIANFRANCO ALUNNI



Gianfranco Alunni

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

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

ROBERTO CAPORALE



Roberto Caporale

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

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

GIANCARLO CASOLO



Giancarlo Casolo

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

GIUSEPPE DI TANO



Giuseppe Di Tano

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

GIOVANNA GERACI



Giovanna Geraci

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

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

GUERRINO ZUIN



Guerrino Zuin

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

Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia (tutto il mondo)	N° paz. previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento	
STEM-AMI OUTCOME	44	1.530	513	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 (27.400)	1.039 (23.935)	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)	96 (2.560)	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	45	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° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento
COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute	25 (200)	750 (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

Studio COLCOT

Studio internazionale in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo, event-driven, il cui obiettivo primario è valutare se un trattamento a lungo termine con colchicina riduce la frequenza di eventi cardiovascolari nei pazienti dopo un infarto miocardico (IM). L'obiettivo secondario è verificare il profilo di sicurezza di un trattamento a lungo termine con colchicina in questa tipologia di pazienti. L'obiettivo terziario è quello di valutare la correlazione tra biomarker genetici ed effetto del trattamento: questa valutazione verrà fatta solo sui pazienti arruolati nei centri canadesi.

Lo studio COLCOT è promosso da un ente indipendente, il Montreal Heart Institute di Montreal e coordinato a livello internazionale dal Montreal Health Innovation. Il coordinamento dei centri italiani verrà effettuato dal Centro Studi ANMCO. Dovranno essere arruolati 4.500 pazienti da circa 20 paesi che parteciperanno con circa 200 centri; l'Italia partecipa con 25 centri che dovranno arruolare circa 750 pazienti: essendo l'arruolamento di tipo competitivo ogni centro dovrà arruolare circa 26 pazienti.

L'arruolamento è iniziato a dicembre u.s. in Canada.

La previsione è che in Italia l'arruolamento inizi nel primo quadrimestre del 2016. I pazienti saranno randomizzati a ricevere colchicina (0.5 mg al giorno) o

placebo (in rapporto 1:1) per un minimo di 2 anni (fino al raggiungimento del numero di 301 end point). Le visite di follow up o i follow up telefonici saranno effettuati ad 1, 3 e 6 mesi e successivamente ogni 3 mesi.

Criteri di inclusione:

- Maschi e femmine di età ≥ 18 anni, in grado di fornire il consenso informato.
- IM nel corso degli ultimi 30 giorni.
- Trattamento in accordo alle linee guida nazionali inclusi antiaggreganti piastrinici, statine, inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone (preferibilmente angiotensin converting enzyme (ACE) inibitori) e beta bloccanti se indicati.
- Procedure di rivascolarizzazione miocardica dovute all'IM completate.

Criteri di esclusione:

- Pazienti in condizioni cliniche scadenti, come scompenso cardiaco in classe NYHA IV, una frazione di eiezione $< 35\%$, un recente ictus (negli ultimi 3 mesi), o qualsiasi altra condizione che, a giudizio dello sperimentatore, potrebbe mettere a rischio il paziente in caso di partecipazione allo studio.
- Pazienti che hanno effettuato un by pass aorto-coronarico nei 3 anni precedenti o che lo hanno programmato.
- Pazienti in shock cardiogeno o emodinamicamente instabili.
- Pazienti con storia di cancro o malattia linfoproliferativa negli ultimi 3 anni escluso i tumori cutanei squamo o basocellulari ed i carcinomi in situ del collo dell'utero

trattati con successo.

- Pazienti con malattie infiammatorie intestinali (Crohn o colite ulcerosa) o pazienti con diarrea cronica.
- Pazienti con malattia neuromuscolare nota o con livelli di CPK > 3 volte il limite superiore di normalità riscontrati negli ultimi 30 giorni e ritenuti non transitori.
- Pazienti con una delle seguenti alterazioni riscontrate negli ultimi 30 giorni e ritenuti non transitori:
 - Emoglobina $< 11.5\text{g/L}$;
 - Globuli bianchi $< 3.0 \times 10^9/\text{L}$;
 - Piastrine $< 110 \times 10^9/\text{L}$;
 - ALT > 3 volte il limite di normalità;
 - Bilirubina totale > 2 volte il limite di normalità (è permessa la Sindrome di Gilbert);
 - Creatinina > 2 volte il limite di normalità.
- Pazienti con storia di cirrosi epatica, epatite cronica attiva o disfunzione epatica grave.
- Donne in gravidanza o allattamento o che lo possono diventare nel corso dello studio o nei 6 mesi dopo l'ultima assunzione del farmaco.
- Pazienti con storia significativa di abuso di alcool o droga nel corso dell'ultimo anno.
- Pazienti che assumono colchicina per altre indicazioni (principalmente per motivi cronici quali gotta o febbre mediterranea familiare).
- Allergia o ipersensibilità alla colchicina.
- Uso di farmaci sperimentali negli ultimi 30 giorni oppure pazienti per i quali è passato un periodo inferiore a 5 volte l'emivita di un farmaco sperimentale.



AREA ARITMIE

Chairperson ad interim

Achille Giardina (Cagliari)

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)



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Iolanda Enea (Caserta)

Co - Chairperson

Amedeo Bongarzone (Milano)

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

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)



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

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

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)



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

Nadia Aspromonte (Roma)

Co - Chairperson

Andrea Mortara (Monza - MB)

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

Comitato di Coordinamento

Ilaria Battistoni (Ancona)

Massimo Iacoviello (Bari)

Alessandro Navazio (Guastalla - RE)

Daniela Pini (Rozzano - MI)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOLOGIA PEDIATRICA



INNOCENZO BIANCA
(Catania)

CARDIOGERIATRIA



GIOVANNI PULIGNANO
(Roma)

CARDIOLOGIA DELLO SPORT



FRANCO GIADA
(Noale - VE)

CARDIONCOLOGIA



LUIGI TARANTINI
(Belluno)

CARDIONEfrologia



GENNARO CICE
(Napoli)



**Sempre più spesso l'Imaging Cardiologico è utilizzato
come guida alle terapie interventistiche delle cardiopatie strutturali**

Cardiac Imaging nell'Interventistica Cardiaca Strutturale

Interventistica: non solo coronarie!

Introduzione

L'interventistica non coronarica è un campo in rapida espansione quale alternativa al trattamento non chirurgico delle più comuni cardiopatie strutturali, congenite ed

ha immediatamente mostrato i suoi limiti quale metodica di supporto per guidare le procedure. La necessità di una metodica di imaging utile sia nella selezione dei casi idonei alla procedura sia nel monitoraggio della procedura

L'introduzione di un trasduttore "full matrix" che acquisisce un data set di immagini piramidale da cui si ricava la ricostruzione tridimensionale ha permesso la visualizzazione tridimensionale delle strutture cardiache, delle guide, dei cateteri e dei device in tempo reale, superando così molti dei limiti legati alla rappresentazione bidimensionale. Le attuali sonde transesofagee (ETE) tridimensionali (3D) offrono molteplici opzioni di visualizzazione che, opportunamente utilizzate, risultano di notevole aiuto nella guida alle procedure interventistiche. Per ogni applicazione è necessario scegliere la modalità di acquisizione che abbia il più elevato frame rate e quindi una migliore risoluzione spaziale e temporale e quindi più adatta ad ottenere informazioni immediate, quali quelle relative, ad esempio, al rilascio di un device. Anche la ricostruzione Color 3D soffre della necessità di essere rielaborata in tempo differito e non offre immagini in tempo reale. Il limite

L'aumento delle procedure interventistiche sulle cardiopatie strutturali e sulle patologie del vaso aortico ha coinciso con lo sviluppo dell'ecocardiografia transesofagea (ETE) che con le sue varie modalità consente la visualizzazione in tempo reale delle strutture cardiache e dei device utilizzati nelle varie patologie

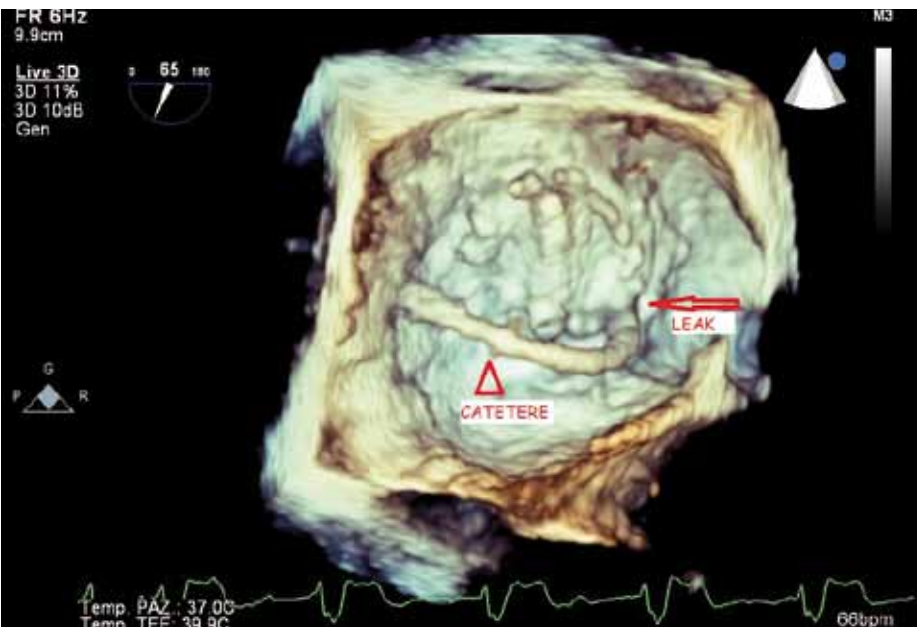
acquisite. Di conseguenza il numero, la varietà e la complessità delle procedure basate sul trattamento percutaneo nei Laboratori di Emodinamica è in continuo aumento. La fluoroscopia

stessa, ha trovato nell'ecocardiografia la risposta adeguata alle esigenze via via crescenti ed il rapido arricchimento delle innovazioni tecnologiche ha coinciso con i crescenti bisogni dell'interventistica non coronarica.



Figura 1 - ETE 2D in un caso di distacco di protesi meccanica a doppio emidisco in sede mitralica. Si visualizza l'immagine lineare del catetere che decorre sopra la protesi.

Figura 2 - ETE 3D del caso precedente. Ricostruzione tridimensionale in tempo reale (metodo zoom mode) con visione atriale (il piano protesico è visto dall'alto). Si visualizza l'intero decorso del catetere, dal setto interatriale alla regione del distacco, dove sarà rilasciato il device per la chiusura.



generale dell'ETE è quello del disagio legato all'intubazione prolungata che viene effettuata in sedazione profonda o in anestesia generale. Per ovviare all'anestesia, in alcuni centri è utilizzata l'ecocardiografia intra cardiaca (ICE). La scelta del tipo di esame dipende da molti fattori: il tipo di procedura, la disponibilità del centro in cui si opera, l'esperienza dell'operatore sulla metodica ed il tipo di procedura. Inoltre va sottolineato come il paziente che arriva in sala di emodinamica o in camera operatoria ibrida, deve essere correttamente studiato in precedenza e "le sorprese" devono costituire una rara eccezione.

Principali applicazioni cliniche

- Puntura transettale

La puntura del setto interatriale è comunemente prevista in molte

procedure interventistiche del cuore sinistro. L'esatta posizione del catetere contro la fossa ovale è facilmente identificabile come una salienza verso l'atrio sinistro provocata dalla punta del catetere. La guida Eco aiuta nell'evitare alcune complicazioni della puntura transettale (puntura in zone inappropriate, anatomia non favorevole alla puntura).

- Chiusura del forame ovale pervio e dei difetti settali atriali

La chiusura percutanea dei difetti settali atriali (DIA) e del forame ovale pervio (FOP) per correggere shunt emodinamicamente significativi o per prevenire la recidiva di embolismo paradossale, è ormai praticata in moltissimi Laboratori di Emodinamica. Anche se teoricamente la fluoroscopia può essere sufficiente all'applicazione dei device per la chiusura, l'ETE 2D-3D e l'ICE sono largamente utilizzati durante la procedura di chiusura mediante device. In fase pre-procedurale l'Eco ridefinisce l'anatomia dell'intero setto e delle strutture vicine. Viene confermata che l'anatomia sia favorevole all'impianto del device. Per il DIA definisce numero e dimensioni del difetto, i margini sui quali verrà ancorato il device. Durante la procedura di chiusura è agevole seguire la guida e i cateteri attraverso il canale del FOP o attraverso il DIA ed il corretto rilascio del device. In particolare l'ETE 3D permettendo la rappresentazione "en face" del setto interatriale fornisce l'immediata rappresentazione anatomica, che invece deve essere



ricostruita mentalmente con ETE 2D. Il rilascio ed il corretto posizionamento vengono confermati con l'aiuto del color doppler e dell'ecocontrastografia salina.

- **Chiusura dell'auricola sinistra**

La chiusura percutanea dell'auricola

i due lembi mitralici, creando un doppio orifizio (procedura "edge-to-edge"). Nella procedura percutanea la clip afferra i lembi nelle zone causa del rigurgito. Il punto critico della procedura è il perfetto posizionamento della clip che deve

Negli ultimi anni le procedure interventistiche per correggere le cardiopatie strutturali hanno conosciuto una crescita esplosiva che non sembra avere limiti

prevede uno studio ETE di fattibilità preliminare. Infatti le misure dell'auricola (orifizio e lunghezza dell'auricola) sono fondamentali per la scelta delle dimensioni del device. Recentemente si è posta molta attenzione all'anatomia della regione di atterraggio del device ed alla sua corretta misurazione per limitare al massimo la failure della procedura. In alternativa all'ETE, nella fase di studio preliminare di fattibilità, è stato proposto anche lo studio con TAC. Durante la procedura di rilascio del device, l'ETE è in assoluto la metodica da preferire per guidare il posizionamento delle guide e per confermare l'adeguato ancoraggio del device e riconoscere eventuali complicanze.

- **Correzione percutanea dell'insufficienza mitralica**

L'intervento si basa sulla procedura chirurgica di Alfieri, che consiste nell'unire mediante una sutura

essere esattamente perpendicolare alla linea di coaptazione dei lembi mitralici. Per tale motivo è fondamentale che la puntura transettale sia effettuata in un punto ben preciso che permetta il corretto posizionamento del catetere di rilascio della clip. L'ETE 3D risulta la metodica d'elezione per guidare la corretta puntura transettale. L'altro punto critico è la corretta definizione dell'origine dei rigurgiti in modo da posizionare una o più clip nella porzione di scallop responsabile del rigurgito.

- **Chiusura percutanea dei distacchi protesici mitralici**

Per la chiusura percutanea dei distacchi protesici mitralici i punti critici sono la posizione, l'estensione e la molteplicità. L'ETE 2D fornisce solo informazioni parziali. L'ETE 3D ed in particolare l'ETE 3D Color permettono la corretta identificazione del distacco, caratterizzandolo per

posizione, estensione e numero. Questa valutazione è effettuata in via preliminare perché, come abbiamo detto, durante la procedura il Color 3D è di scarsa utilità in quanto elaborato in tempo differito. Comunque mediante lo zoom mode è possibile, al pari di quanto avviene per l'impianto delle clip nell'insufficienza mitralica, la visualizzazione della corretta puntura transettale, che permette alla guida e al catetere di avere la direzione idonea per raggiungere la regione del distacco, presupposto per il rilascio e l'ancoraggio del device in una posizione efficace alla chiusura del distacco. Una volta rilasciato il device, le varie modalità dell'ETE (ETE 2D, ETE COLOR, ETE 3D) permettono di verificare il corretto posizionamento del device e l'eventuale rigurgito paraprotetico residuo.

- **Revalving aortico percutaneo/transapicale**

Il revalving aortico per correggere la stenosi aortica calcifica è una procedura ormai largamente utilizzata. L'impianto transcateretere di una bioprotesi aortica può essere effettuato mediante un approccio percutaneo o mediante un approccio transapicale. Nel primo caso (approccio percutaneo) si ritiene che il monitoraggio ETE non sia necessario; nel secondo caso (approccio transapicale) l'ETE intraprocedurale è considerato indispensabile per guidare il corretto posizionamento della bioprotesi e nell'identificazione



di eventuali complicanze. Più recentemente è stata consigliato ETE 2D ed ETE 3D in entrambe le procedure. L'ETE intraprocedurale serve per monitorizzare la valvuloplastica aortica preliminare all'impianto della bioprotesi, il corretto posizionamento della bioprotesi, considerando le diverse caratteristiche dei due modelli

- Impianto di endoprotesi in aorta discendente

L'impianto di endoprotesi in aorta discendente è effettuata dal Chirurgo Vascolare solitamente con l'ausilio della sola fluoroscopia. Ma in alcuni casi viene richiesto l'intervento del Cardiologo per il monitoraggio della procedura. Nei casi di impianto di endoprotesi per

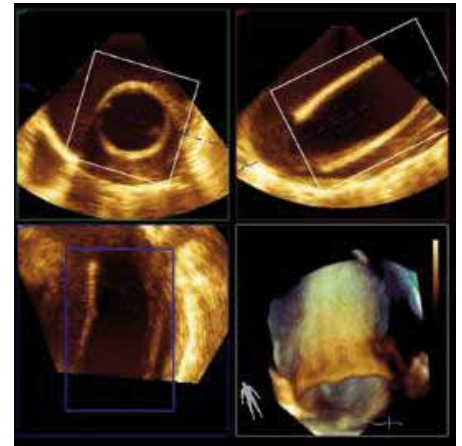


Figura 3 - Ricostruzione icrop di un elephant trunk. Partendo dal data set sono selezionate le sezioni che permetteranno di ottenere, tramite la selezione delle strutture prescelte, la ricostruzione tridimensionale (in basso a destra la ptotesi vascolare nell'aneurisma).

I Cardiologi che si interessano di ecocardiografia sono sempre più spesso chiamati ad assistere gli Emodinamisti, i Cardiochirurghi o i Chirurghi Vascolari nelle procedure interventistiche

attualmente usati (la Corevalve, auto espandibile, e la Sapien, espansa mediante pallone), l'eventuale leak periprotetico ed il corretto funzionamento delle bicuspidi, inteso come ampiezza di movimento e flusso valutato con Color e Doppler spettrale. Particolare attenzione, per le protesi tipo Sapien, alla valutazione color delle coronarie, per escludere l'ostruzione dell'ostio coronarico da parte della protesi. Occorre ricordare che i pazienti che giungono al tavolo di emodinamica o nella sala chirurgica ibrida, per essere sottoposti a revalving aortico, devono avere uno studio preliminare molto accurato sia dell'apparato valvolare aortico (inteso come unità morfo-funzionale del complesso anello-vaso aortico) sia degli altri apparati valvolari e della funzione biventricolare.

dissezione B può essere necessario distinguere correttamente il falso ed il vero lume e l'esatto posizionamento delle guide e del catetere del rilascio della protesi (le endoprotesi sono espanse mediante pallone). Il rilascio dell'endoprotesi nel falso lume avrebbe conseguenze catastrofiche. Oltre alla visualizzazione diretta tridimensionale mediante lo zoom mode, può essere utile l'uso di un mezzo di contrasto venoso transpolmonare (tipo Sonovue): il timing di comparsa e la distribuzione indirizzano verso la distinzione del vero dal falso lume. Durante la fase di rilascio dell'endoprotesi ed il suo ancoraggio, l'ETE permette di valutare la corretta espansione e la presenza di leak residui. Anche in questo caso il Sonovue permette di evidenziare i leak residui. Più

difficile per l'ecocardiografia il monitoraggio di procedure complesse che prevedono il debranching e la creazione di elephant trunk.

Conclusioni

Le procedure non chirurgiche tradizionali per correggere le cardiopatie strutturali e le patologie del vaso aortico, richiedono il monitoraggio procedurale. L'esame ecocardiografico, nelle sue varie modalità (ETE 2D, ETE 3D, ICE) si conferma la metodica di elezione per le caratteristiche di flessibilità nei vari scenari. Il Cardiologo che gestisce l'Ecocardiografia Interventistica deve avere una particolare esperienza in questo campo e deve sviluppare un particolare affiatamento con l'Equipe interventistica/chirurgica. ♥



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

Quali sono stati gli argomenti più citati e dibattuti, in ambito cardiologico e di ricerca cardiovascolare, durante l'anno appena concluso?

“TOP” of the TOPICS 2015

Non mancano le novità e i temi ancora aperti da approfondire durante il nuovo anno

Il 2015 si è da poco concluso e ci siamo chiesti: cosa ha portato di nuovo in ambito cardiologico? Abbiamo quindi condotto una ricerca sul web (Fonte: Web of Science) a caccia degli articoli più citati divisi per argomenti di interesse e vi raccontiamo cosa abbiamo trovato! Nell'ambito del trattamento della cardiopatia ischemica e della ottimizzazione della terapia medica dopo rivascolarizzazione coronarica, con ben 52 citazioni,

Linee Guida; in un futuro non troppo lontano potremmo rivoluzionare l'approccio al trattamento del paziente ad alto rischio cardiovascolare sia in prevenzione primaria che secondaria. Dopo lunga attesa, il 2015 ha visto inoltre la pubblicazione dello studio IMPROVE-IT (N Engl J Med 2015; 372:2387-2397), in cui per la prima volta è stato ottenuto un beneficio clinico derivante dalla riduzione della colesterolemia LDL con un farmaco

ottimizzare la terapia dopo evento coronarico acuto spaziano anche in altri ambiti terapeutici; da tempo infatti ci chiediamo se e quanto a lungo sia giusto protrarre la somministrazione della doppia antiaggregazione piastrinica oltre i 12 mesi attualmente raccomandati. Lo studio PEGASUS-TIMI 54 (N Engl J Med 2015; 372:1791-1800), con 32 citazioni, ha selezionato pazienti con pregresso IMA e profilo di rischio ischemico medio/alto

Abbiamo condotto una ricerca sul web (Fonte: Web of Science) a caccia degli articoli più citati del 2015 divisi per argomenti di interesse cardiologico e vi raccontiamo cosa abbiamo trovato!

spicca tra tutti l'articolo pubblicato lo scorso aprile sul New England Journal of Medicine sui promettenti risultati ottenuti dal trattamento con Evolocumab (N Engl J Med 2015; 372:1500-1509), un anticorpo monoclonale che, inibendo l'attività della proteina PCSK9, riduce in modo significativo i livelli di colesterolo-LDL e l'incidenza di eventi cardiovascolari. Questo diffuso interesse per l'argomento dimostra la sensibilità da parte della comunità cardiologica verso un obiettivo ancora troppo spesso mancato: il raggiungimento dei target di colesterolo-LDL raccomandati dalle

diverso dalle statine (ezetimibe riduce infatti l'assorbimento intestinale di colesterolo con effetto sinergico a quello delle statine, abbattendone i valori di un ulteriore 20-25%) e confermata su larga scala, ben 18.000 pazienti, l'ipotesi del “lower is better” anche al di sotto della soglia target dei 70 mg/dl di LDL raccomandata attualmente dalle Linee Guida. Lo studio, citato sul web 47 volte, sancisce la nascita di una nuova strategia di prevenzione secondaria e offre la possibilità di utilizzare un nuovo farmaco in associazione o in alternativa alla statina. I dubbi su come

dimostrando un beneficio clinico netto derivato dalla prosecuzione della doppia antiaggregazione piastrinica oltre i 12 mesi (mediana di follow-up di 33 mesi) con ticagrelor, un inibitore del recettore piastrinico P2Y12 dalla comprovata efficacia in pazienti con SCA, al nuovo dosaggio di 60 mg bid, confrontato con dosaggio standard 90 mg bid, oltre che con il placebo. Nasce quindi il concetto di “modulazione” del potere antiaggregante piastrinico nel tempo: mentre ci allontaniamo dall'evento indice, riduciamo il dosaggio del farmaco mantenendone i benefici in termini di prevenzione



Figura 1 - Il podio degli articoli più citati:

Primo classificato: l'articolo pubblicato da *Circulation* (*Circulation*, 2015 Jan 13;131(2):157-164) sulle possibili complicanze dell'utilizzo di Dabigatran vs Warfarin nella popolazione anziana.

Secondo classificato: l'articolo pubblicato lo scorso aprile sul *New England Journal of Medicine* sui promettenti risultati ottenuti dal trattamento con Evolocumab (*N Engl J Med* 2015; 372:1500-1509), un anticorpo monoclonale che, inibendo l'attività della proteina PCSK9, riduce in modo significativo i livelli di colesterolo-LDL e l'incidenza di eventi cardiovascolari.

Terzo in classifica: lo studio IMPROVE-IT (*N Engl J Med* 2015; 372:2387-2397), in cui per la prima volta è stato ottenuto un beneficio clinico derivante dalla riduzione della colesterolemia LDL con un farmaco diverso dalle statine.

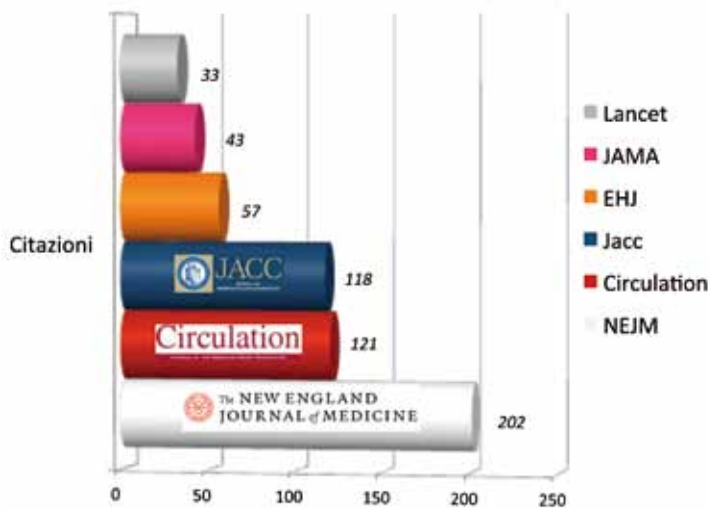


Figura 2 - Classifica delle riviste con maggiori citazioni in ordine decrescente.

delle recidive, senza tuttavia esporre il paziente ad un eccessivo rischio emorragico. Se da un lato dobbiamo pensare di protrarre la durata della terapia per proteggere una fetta di pazienti che ad oggi restano ad elevato rischio di eventi coronarici, dall'altro la ricerca si interroga sulla possibilità di ridurre al minimo, in caso di paziente stabile, i tempi della doppia antiaggregazione piastrinica ed il rischio emorragico ad essa correlato, grazie all'impianto di stent sempre più moderni. Nello studio ITALIC (J

Am Coll Cardiol. 2015;65(8):777-786. doi:10.1016), citato 37 volte, circa 2.000 pazienti sottoposti ad impianto di stent medicato Xience V sono stati randomizzati a ricevere 6 o 24 mesi di doppia antiaggregazione. I risultati hanno suggerito che non vi è alcuna differenza tra i due gruppi: 6 mesi di terapia possono essere sufficienti in caso di alto rischio emorragico o basso rischio ischemico, mentre per i pazienti ad alto rischio ischemico un trattamento a lungo termine è auspicabile per la prevenzione degli

eventi ricorrenti e della trombosi di stent. Tornando a parlare di sindrome coronarica acuta, molte aspettative si erano generate intorno al dibattito tema della rivascolarizzazione coronarica completa vs trattamento della sola lesione colpevole, durante PCI primaria nel paziente con STEMI; lo studio CVLPRIT (*J Am Coll Cardiol*. 2015;65(10):963-972), citato 18 volte, ha suggerito un possibile vantaggio nel gruppo trattato in modo completo ma non ha dimostrato benefici in termini di riduzione della mortalità e dell'infarto; i dubbi restano e sarà quindi necessario approfondire l'argomento, alla ricerca di criteri uniformi per selezionare il paziente che possa davvero usufruire di un miglioramento in termini di sopravvivenza in caso di strategia più invasiva. Sempre in tema di rivascolarizzazione coronarica, va ricordato lo studio TOTAL (*N Engl J Med* 2015;372:1389-98), citato 26 volte, in cui la trombectomia manuale di routine eseguita durante PCI non si è dimostrata in grado di modificare l'outcome in pazienti con STEMI. In tema di scompenso cardiaco, in cui da anni mancano novità significative in termini di terapia medica, durante il 2015 qualcosa si è mosso... Tra gli studi più citati (29 citazioni), compare il TECOS (*N Engl J Med* 2015; 373:232-242) che ha smentito il sospetto che la molecola ipoglicemizzante aggiunta alla terapia standard del diabete mellito tipo II e inibitrice della dipeptidil-peptidasi 4, sitagliptin determinasse un incremento del rischio di eventi avversi cardiovascolari e di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco. Non solo i



sospetti sono stati smentiti, ma l'uso di sitagliptin ha dimostrato di ridurre del 30% il ricorso ad altre terapie ipoglicemizzanti e all'insulina. A seguire, con 27 citazioni, la "novità dell'anno": la molecola LCZ696 (N Engl J Med 2014; 371:993-1004). Questo inibitore del recettore dell'angiotensina-nepirilina, è risultato superiore alla ACE-inibizione con Enalapril, da anni gold-standard nella terapia dello scompenso cardiaco, riguardo alla riduzione della mortalità e delle ospedalizzazioni per insufficienza cardiaca nei pazienti con ridotta frazione di eiezione. I risultati parlano di una riduzione pari al 21% del rischio di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco, oltre ad un miglioramento dei sintomi e della qualità di vita. Finalmente una novità tangibile di cui speriamo di vedere presto l'impatto sulla pratica clinica. Molto citato (27 volte) anche lo studio CONFIRM-HF (Eur Heart J. 2015 Mar 14;36(11):657-68) in cui il trattamento sostitutivo e.v. per un periodo di oltre un anno, in pazienti con scompenso cardiaco sintomatico e deficit di ferro, ha determinato un miglioramento significativo della capacità funzionale, dei sintomi e della qualità di vita. Parlando infine di fibrillazione atriale è facile prevedere quale sia il tema più citato, ovvero quello dei nuovi anticoagulanti orali ed in particolare il più longevo e studiato tra loro: il dabigatran. Risuona quindi forte nella comunità cardiologica internazionale l'eco della rivoluzione apportata da questa nuova categoria farmaceutica, che non finisce di incuriosire gli addetti

Topics più citati per argomento:	
✓ Scompenso cardiaco:	
1)	TBCOS (NEJM 2015; 373:232-242)
2)	LCZ696 (NEJM 2014; 371:993-1004)
3)	CONFIRM-HF (EHJ 2015 Mar 14;36(11):657-68)
✓ Fibrillazione atriale:	
1)	«DABIGATRAN in elderly» (CIRC. 2015 Jan 13;131(2):157-164)
2)	«DABIGATRAN: bleeding» (JAMA Int Med. 2015;175(1):18-24)
3)	«OAC in CHADSVASC score:1» (JACC 2015;65(3):225-232)
✓ Sindromi coronariche acute:	
1)	ITALIC (JACC 2015;65(8):777-786. doi:10.1016)
2)	PEGASUS-TIMI 54 (NEJM 2015; 372:1791-1800)
3)	TOTAL (NEJM 2015;372:1389-98)
✓ Rivascolarizzazione miocardica:	
1)	Evolocumab (NEJM 2015; 372:1500-1509)
2)	IMPROVE-IT (NEJM 2015; 372:2387-2397)
3)	2014 Guid. Myocard. rev. (EUROINTERV. 2015;175(1):18-24)

Figura 3

ai lavori, ma anche di aumentare le speculazioni e lo spirito critico dei clinici. Si aggiudica infatti il podio della classifica generale (con ben 60 citazioni) uno studio retrospettivo pubblicato da Circulation (Circulation, 2015 Jan 13;131(2):157-164) sulle possibili complicanze dell'utilizzo di dabigatran vs warfarin nella popolazione con età maggiore di 65 anni, beneficiaria del programma di assicurazione medica Medicare ed affetta da fibrillazione o flutter atriale non valvolare. Lo studio ha riguardato più di 340.000 pazienti con un follow up di circa 26 mesi ed i risultati, simili a quelli del RELY, hanno confermato un ridotto rischio di ictus ischemico, emorragia intracranica e morte ma un rischio aumentato di emorragie gastrointestinali rispetto al warfarin. Tale associazione è stata più marcata nei pazienti trattati con dabigatran ad alte dosi (150 mg bid) mentre l'utilizzo di basse dosi ha fornito risultati sovrapponibili all'utilizzo di warfarin, ad eccezione di un minor rischio di emorragie intracraniche nei pazienti che utilizzano dabigatran. Di seguito, ma distanziato (43 citazioni), un analogo studio retrospettivo di coorte (ma con numerosità più esigua, circa 9400 pazienti), ancora incentrato

sulla "real life" e sempre su pazienti beneficiari del programma Medicare, pubblicato su JAMA (Jama Intern Med.2015;175(1):18-24). Confrontando il solo rischio di sanguinamento derivante dall'utilizzo di dabigatran o warfarin in soggetti affetti da fibrillazione atriale, senza considerare altri endpoint, si è ottenuto un maggior tasso di sanguinamenti maggiori per dabigatran (indipendentemente dal sito di sanguinamento), un maggior tasso di emorragie gastrointestinali, ma una minore incidenza di emorragie cerebrali. Il consiglio che ne ricaviamo è pertanto: attenzione nella prescrizione dell'inibitore diretto della trombina, specialmente nei pazienti ad alto rischio emorragico. È doveroso ricordare che entrambi gli studi, in quanto basati sul registro Medicare, non contengono dati ematochimici precisi, come ad esempio la clearance della creatinina, parametro fondamentale per decidere la posologia adeguata dei nuovi anticoagulanti orali oppure l'eventuale sospensione. Deduciamo quindi che la "saga" della disputa fra nuovi anticoagulanti orali e warfarin, riserbi ancora nuovi avvincenti capitoli da scrivere ed ulteriori risvolti non del tutto prevedibili. ♥



Specialisti a confronto nella Scuola della Pubblica Amministrazione a Caserta sui temi dell'Embolia Polmonare e dell'Ipertensione Polmonare

Report sul Corso Formativo ANMCO "Embolia Polmonare e Ipertensione Polmonare dalle Linee Guida ai percorsi diagnostico-terapeutici"

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare raccoglie l'esigenza degli specialisti del settore di confrontarsi sui temi Embolia Polmonare e Ipertensione Polmonare e pone le basi per i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) per le patologie del circolo polmonare





L'interesse verso l'embolia polmonare e l'ipertensione polmonare è cresciuto notevolmente negli ultimi anni anche grazie alla introduzione di nuove strategie terapeutiche. Nonostante ciò, l'embolia polmonare e, ancor di più, la sua rara, temibile complicanza, l'ipertensione polmonare cronica tromboembolica, rimangono sottodiagnosticate e le strategie terapeutiche interventistiche sottoutilizzate. Ciò, probabilmente, è dovuto al fatto che l'embolia polmonare e la condizione fisiopatologica "ipertensione polmonare", che sottende ben 37 condizioni cliniche diverse, sono patologie complesse che richiedono una interazione multispecialistica. Ci troviamo di fronte a patologie in cui gli "outliers" sono la regola e la realtà sembra superare di gran lunga qualsiasi possibilità di classificazione. La sfida del Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare nel biennio 2015 - 2016 è quella di proporre una semplificazione nell'approccio a tali patologie, in quest'ottica sono da leggere le iniziative in fieri di una "piattaforma informatica" per le patologie del circolo polmonare, del Registro PETER per la trombectomia percutanea, dello Studio NAOMI sulla implementazione dell'uso



*Brochure dell'evento "Embolia polmonare e Ipertensione polmonare"
Caserta, 22/23 gennaio 2016*

Il Corso di Formazione ANMCO svoltosi a Caserta sulle tematiche embolia polmonare e ipertensione polmonare è riuscito a mettere insieme specialisti in diversi settori della medicina provenienti da tutta Italia che in due giorni si sono confrontati sulle tematiche emergenti in questo settore e hanno posto le basi per la elaborazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici



Dall'interessante dialogo è emersa una assoluta eterogeneità sul territorio nazionale relativamente ai modelli organizzativi e una quasi totale assenza di Percorsi Diagnostico-Terapeutici

dei Nuovi Anticoagulanti Orali nella tromboembolia polmonare. In questo clima il Comitato di Coordinamento ha sviluppato la formula di un Corso di Formazione ANMCO dal titolo "Embolia Polmonare e Ipertensione polmonare dalle Linee Guida ai percorsi diagnostico-terapeutici" con l'intenzione di far incontrare medici interessati alle patologie del Circolo Polmonare, con gli esperti del settore per facilitare la formazione di specialisti che creino una "rete" di lavoro su queste patologie ancora "orfane" che cominciano a interessare le aziende farmaceutiche. Il corso approvato dal Presidente, Dott. Michele Massimo Gulizia e dal Consiglio Direttivo Nazionale, si è svolto nei giorni 22 e 23 gennaio 2016 presso i locali della Scuola della Pubblica Amministrazione a Caserta e ha visto confrontarsi i maggiori esperti nazionali nei settori dell'embolia polmonare e dell'ipertensione polmonare. La veste piuttosto pratica prevedeva di fornire un update sulle nuove Linee Guida, di stimolare la trattazione di problematiche diagnostico-

terapeutiche emergenti in entrambi i settori, di fornire il know-how per la applicazione di nuove strategie terapeutiche farmacologiche e non nei due settori, di sviluppare le capacità gestionali dei quadri clinici più complessi da parte dei medici dell'uditorio, Cardiologi intensivisti, emodinamisti, medici d'urgenza, internisti, ma anche radiologi, cardiocirurghi e chirurghi vascolari attraverso il confronto con esperti. Fra tutti i numerosi e qualificati moderatori e relatori presenti desidero ricordare i Dottori P. Zonzin, L. Roncon, F. Casazza, A. Bongarzone, C. D'Agostino, F. Bux, M.P. Cicini, M. Vatrano, E. Vinci, del Comitato di Coordinamento Area Malattie del Circolo Polmonare, ma anche i Dottori C. Cuccia, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare dell'Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza di Brescia, P.P. Di Micco, referente nazionale del Registro RIETE sul tromboembolismo venoso, A. Fontanella, Presidente Nazionale Designato FADOI, M. Scherillo Vice Presidente Fondazione "per il Tuo cuore" HCF Onlus, G. Gregorio, Chairperson Area Management & Qualità ANMCO, M. Palazzini, ricercatore presso l'Università Alma Mater Studiorum di Bologna, L. Scelsi, dirigente medico presso la U.O. Cardiologia del S. Matteo di Pavia, E. Bossone, Direttore della Divisione di Cardiologia dell'Ospedale di Cava de' Tirreni e di Amalfi, Pio Caso, già Presidente SIEC, N. De Luca Direttore della scuola di specializzazione in Medicina d'Urgenza dell'Università degli

Nella momentanea assenza di percorsi formalizzati ufficialmente, in patologie di interesse trasversale, il dialogo tra specialisti di diverse branche è indispensabile

Studi di Napoli Federico II, i quali hanno avuto modo di riportare, in presentazioni frontali e in casi clinici interattivi, le loro esperienze nelle sei sessioni distribuite nei due giorni. Soprattutto, nell'ultima sessione, suddivisa in due momenti, la Dott.ssa Bux ha illustrato il progetto dell'Area Malattie del Circolo Polmonare ANMCO dal titolo "La cartella informatizzata per le patologie del circolo polmonare"; ha fatto seguito una tavola rotonda dal titolo "Quali i possibili modelli organizzativi sul territorio per le diagnosi e la terapia delle patologie del circolo polmonare, embolia polmonare e ipertensione polmonare? Esperienze regionali a confronto". Dall'interessante dialogo è emersa una assoluta eterogeneità sul territorio nazionale relativamente ai modelli organizzativi e una quasi totale assenza di percorsi diagnostico-terapeutici nel settore delle patologie del circolo polmonare con le dovute eccezioni di alcune regioni quali la Lombardia (in cui esiste di fatto una rete per la trombectomia percutanea, promossa dal lavoro del Dott. F. Casazza e dal Dott.



M. Galli di Como, una rete per la ipertensione polmonare attraverso la gestione di un registro promosso dal Dott. S. Ghio del S. Matteo di Pavia e una rete per la ipertensione polmonare cronica trombo-embolica portata avanti dal Prof. D'Armini egregiamente rappresentato, in questa occasione, dal Dott. Pin) e l'Emilia Romagna che, in relazione alla presenza del centro di eccellenza per l'ipertensione polmonare diretto dal Prof. N. Galiè ha una posizione privilegiata. Vi sono poi altre regioni quali la Puglia in cui il lavoro svolto dal Dott. D'Agostino ha consentito, attraverso l'accordo con il decisore politico, di proporre un registro apulo-lucano per la ipertensione polmonare, la cui

esperienza costituisce lo start up della piattaforma informatica per le patologie del circolo polmonare proposta dal Comitato di Coordinamento. Ciò che è emerso dalla sessione organizzativa è che, nella momentanea assenza di percorsi formalizzati ufficialmente, in patologie di interesse trasversale, il dialogo tra specialisti di diverse branche è indispensabile. Nei momenti di pausa, la faculty e i corsisti hanno potuto apprezzare la bravura degli allievi dell'Istituto Alberghiero di Caserta che, sotto la guida della loro dirigente, la Dott.ssa A. Tarantino e dei docenti, hanno dato ampia dimostrazione delle loro capacità gastronomiche, impegnandosi soprattutto nella

elaborazione di ricette a base di prodotti locali. Inoltre, nella serata inaugurale i corsisti hanno avuto l'opportunità di effettuare una visita guidata da parte del Dott. V. Mazzarella della Sovrintendenza ai beni culturali presso il Teatro di Corte della Reggia di Caserta con un intrattenimento musicale. Si è trattato a mio avviso di una bellissima esperienza che è servita a rafforzare lo spirito di socializzazione nella migliore tradizione dell'ANMCO così da stimolare il dialogo colto, competente e costruttivo tra Cardiologi e specialisti interessati alle patologie del Circolo Polmonare provenienti da tutta Italia. Alla fine delle due giornate da responsabile scientifica posso dire di essermi



Il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattia del Circolo Polmonare raccoglie l'esigenza dei medici interessati alle patologie del circolo polmonare a confrontarsi con esperti per la elaborazione di PDT

arricchita sul piano umano e professionale, nella consapevolezza di aver determinato l'inizio di un percorso che mi auguro possa portare alla definizione e alla applicazione sul territorio nazionale dei percorsi diagnostico-

terapeutici per le patologie del circolo polmonare. Se il paziente, con sospetta embolia polmonare o con la condizione fisiopatologica ipertensione polmonare, potrà essere accolto con facilità in qualsiasi Ospedale italiano e potrà

essere adeguatamente trattato o quantomeno correttamente indirizzato alla struttura specifica di riferimento, allora potremo dirci soddisfatti per aver raggiunto l'obiettivo. ♥



Nursing nello scempenso terminale

La vita fino alla fine

“Un bel morir, tutta la vita onora”

Francesco Petrarca

Lo scempenso cardiaco in fase terminale richiede uno staff infermieristico specializzato che accompagni il paziente e la sua famiglia nel percorso di accettazione del finir della vita

I pazienti con insufficienza cardiaca nelle fasi terminali presentano una qualità di vita ed una prognosi pessima, in quanto sono gravati da sintomi anche a riposo, e necessitano di frequenti ricoveri ospedalieri e terapie farmacologiche complesse. Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità le cure palliative si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia, che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Lo scopo delle cure palliative è di dare senso e dignità alla vita del malato fino alla fine, alleviando prima di tutto il suo dolore, e aiutandolo anche con supporti non di ambito strettamente medico.

Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

- affermare il valore della vita, considerando la morte come un evento naturale;
- non prolungare né abbreviare l'esistenza del malato;
- provvedere al sollievo dal dolore e

dagli altri sintomi;

- considerare anche gli aspetti psicologici e spirituali;
- aiutare la famiglia dell'ammalato a convivere con la malattia e poi con il lutto.

Il Consiglio d'Europa ha stabilito che: «L'obbligo al rispetto ed alla tutela della dignità di un malato terminale o di un morente deriva dall'inviolabilità della dignità umana lungo tutto l'arco della vita. Questo rispetto e questa tutela trovano espressione nell'offerta di un ambiente adatto, che consenta all'essere umano di morire con dignità».

Lo staff infermieristico si occupa dell'impatto che la malattia ha sul quotidiano del paziente, oltre che della malattia di per sé. Pertanto

necessita di competenze particolari per gestire i problemi fisici e, per alcuni aspetti, anche quelli psicologici e sociali. Per produrre una migliore percezione delle cure è necessario che si instauri una buona relazione interpersonale tra infermiere e paziente. Relazione che permetta uno scambio aperto e libero su preoccupazioni e necessità del paziente. Infatti, l'aver il sostegno degli altri, il poter condividere sensazioni, problemi e il supporto emotivo riducono l'impatto delle situazioni stressanti. Parte dello stress provocato dalla malattia e dalle sue conseguenze può essere alleviato fornendo una corretta assistenza. Per fare questo non è sufficiente parlare con il paziente o genericamente

Nello scempenso cardiaco in fase terminale è fondamentale aiutare il paziente e la famiglia ad affrontare il percorso del morire come un percorso di cura



L'obbligo al rispetto ed alla tutela della dignità di un malato terminale o di un morente deriva dall'inviolabilità della dignità umana lungo tutto l'arco della vita

rassicurarlo, bisogna fornire interventi specifici che vanno identificati e pianificati in base ai problemi. Tra questi interventi abbiamo il sostegno emotivo e fornire adeguate informazioni. L'informazione, se accompagnata a sostegno emotivo, viene percepita come più utile e per questo è importante riuscire ad acquisire la capacità di comunicare con il paziente in differenti situazioni ed imparare a valutare le conoscenze e le aspettative. Il counseling infermieristico permette di espletare questi obiettivi nel modo più adeguato. È fondamentale aiutare il paziente e la famiglia ad affrontare il percorso del morire come un percorso di cura. In riferimento alla famiglia, la perdita di una persona cara comporta sofferenza e dolore.

Naturalmente ci sono variabili come l'età della persona, il legame che si aveva con essa e la modalità che ha portato alla sua scomparsa che hanno un ruolo rilevante nel modo di reagire alla perdita. Non si tratta di definire un lutto più difficile di un altro, ma semplicemente di essere consapevoli che alcune circostanze rendono l'elaborazione del lutto più difficoltosa. L'obiettivo, in tutti i casi, è quello di far sì che la perdita del caro non porti ad una perdita di senso generalizzata. Riprendendo i fattori che influenzano la reazione al lutto abbiamo, in primis, le condizioni che hanno portato al decesso e la prevedibilità dello stesso. Ma anche le caratteristiche personali di chi si ritrova a subire il lutto e le risorse che ha a disposizione

nell'ambiente in cui vive. Questi sono alcuni degli elementi chiave che rendono la reazione al lutto un'esperienza strettamente personale. Essere consapevoli di questo è importante per riuscire a dare il sostegno adeguato ai familiari del paziente, rispettando i tempi che il lutto inevitabilmente richiede. Il personale sanitario, nell'accompagnare la famiglia nel percorso di accettazione e superamento della perdita, deve tenere in considerazione che a prescindere dalla situazione infausta, ogni soggetto ha una capacità adattiva particolare definita resilienza. Quest'ultima è la capacità di fronteggiare in modo positivo eventi traumatici e di riorganizzare la propria vita di fronte alle difficoltà. ♥

**«L'ultima volta che la vide non sapeva
che era l'ultima volta che la vedeva. Perché?
Perché queste cose non si fanno mai.
Allora non fu gentile per quell'ultima volta?
Sì, ma non a sufficienza per l'eternità».**
(Vivian Lamarque)



La valutazione cardiologica preoperatoria nella chirurgia non cardiaca: l'esperienza di Cagliari

Le complicanze cardiovascolari sono ancora oggi una delle più importanti cause di morbidità e mortalità nei pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia non cardiaca. In Europa vengono eseguiti annualmente circa 19 milioni di interventi di cui il 30% a carico di pazienti con comorbidità cardiovascolari e quindi a maggiore rischio di complicanze. Su 100 milioni di interventi di chirurgia in tutto il mondo, 40 milioni sono a carico di pazienti adulti già affetti o a rischio di cardiopatia. Si stima che la chirurgia maggiore sia associata ad un'aumentata incidenza di morte cardiaca (tra lo 0,5 e l'1,5%) e di complicanze cardiache maggiori (tra il 2 e il 3,5%) che in Europa si traducono in 150.000 - 250.000 complicanze cardiache fatali ogni anno. La demografia dei pazienti sottoposti a chirurgia mostra inoltre un trend verso un progressivo

incremento del numero di pazienti cardiopatici, anziani e con pluricomorbidità (ipertensione, diabete, insufficienza renale, malattia vascolare). La popolazione anziana necessiterà di un intervento chirurgico in misura 4 volte superiore al resto della popolazione; entro il 2020 gli interventi chirurgici incrementeranno del 25% e nello stesso periodo il numero di pazienti anziani crescerà del 50%. Il problema non è nuovo, ma in un'epoca in cui l'invecchiamento della popolazione e il crescente aumento della chirurgia dell'anziano hanno un notevole impatto sulla gestione perioperatoria del paziente, una valutazione accurata del rischio diventa un passaggio fondamentale della consulenza preoperatoria. Le ricadute in termini di outcome perioperatorio e più in generale intraospedaliero sono evidenti, sia sotto il profilo organizzativo che

assistenziale e non ultimo economico. La valutazione cardiologica e la gestione perioperatoria del paziente cardiopatico nella chirurgia non cardiaca rappresentano pertanto un'attività complessa caratterizzata da peculiarità cliniche, assistenziali ed organizzative che rendono indispensabile la sinergia e la integrazione professionale tra Chirurgo, Cardiologo ed Anestesista. Il ruolo del Cardiologo è diventato complesso e delicato allo stesso tempo: un gioco di equilibrio reso precario dall'esigenza di elaborare una valutazione completa in tempi brevi senza eccedere nella richiesta di esami strumentali e dalla difficoltà ad esprimere un giudizio sulla base di informazioni spesso insufficienti e sommarie. Un ruolo che non dev'essere confinato al "nulla osta" all'intervento chirurgico, ma è cruciale per migliorare la gestione clinica, ottimizzare i risultati e



ridurre al minimo i rischi. In questo panorama le Linee Guida dell'ESC ci danno sicuri riferimenti, ma è pur vero che le indicazioni derivano largamente da studi condotti su popolazioni nord-europee o, quando mancano i dati, sono semplicemente il frutto di un "consenso" di esperti. Sono stati recentemente resi noti i dati dello studio Orion condotto a Cagliari dal Centro di Valutazione e Consulenza Cardiologica dell'Azienda Ospedaliera Brotzu che, dal 1 marzo 2013 al 28 febbraio 2015, ha raccolto ed analizzato i dati di 9.144 pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia non cardiaca per qualsiasi causa e senza alcun criterio di selezione. Lo studio Orion è uno studio osservazionale tipo caso controllo che ha lo scopo di classificare i principali fattori predittivi di eventi avversi cardiovascolari e quantificarne l'impatto nell'attuale gestione clinica peri-operatoria. Sono state analizzate come variabili indipendenti comuni fattori di rischio cardiovascolare come cardiopatia ischemica, storia di scompenso cardiaco, storia di ictus, diabete mellito, creatinina maggiore di 2 mg/dl, Filtrato Glomerulare (FG), Body Mass Index (BMI), sesso, età e rischio chirurgico legato alla tipologia di intervento a cui i pazienti dovevano essere sottoposti (secondo la classificazione delle ultime Linee Guida ESC). L'end-point primario è costituito dalle seguenti complicanze cardiovascolari maggiori

intraoperatorie e postoperatorie: morte per cause cardiovascolari, infarto, arresto cardiaco, scompenso cardiaco acuto, blocco atrio-ventricolare avanzato. Il calcolatore di rischio è derivato dall'analisi dei dati di 5.744 pazienti (coorte di derivazione) ed è stato validato su una successiva coorte di 3.400 (coorte di validazione). Secondo il modello di regressione logistica multivariata, sono state individuate quattro variabili significativamente associate al rischio di eventi cardiovascolari maggiori: intervento chirurgico ad alto rischio, insufficienza renale cronica con filtrato glomerulare < 30 ml/minuto, età ≥ 75 anni e storia di scompenso cardiaco di qualsiasi eziologia. Sulla base della diversa combinazione dei fattori di rischio e della loro interazione sono state costruite quattro classi di rischio cardiovascolare: la classe 1 che ha una probabilità media di complicanze dello 0,6%; la classe 2 del 2,4%; la classe 3 del 7,4%; la classe 4 del 23,1%. La malattia coronarica stabile, storia di ictus/TIA, DM insulino trattato, genere, BMI e creatinina maggiore di 2 mg/dl non hanno mostrato associazioni significative con il rischio di complicanze. I risultati della coorte di validazione sono esattamente sovrapponibili a quelli della coorte di derivazione con la identificazione delle stesse variabili e delle stesse classi di rischio senza nessuna differenza significativa.

L'elevata performance predittiva e l'applicazione semplice e intuitiva di questo score lo rendono preferibile rispetto agli altri indici di previsione del rischio attualmente in uso. L'auspicio è che i risultati di questo studio possano servire da incentivo e guida per la promozione di un registro rappresentativo dell'intera popolazione italiana così da definire in modo semplice ed accurato il reale impatto del rischio cardiovascolare nell'attuale panorama della popolazione candidata ad intervento di chirurgia non cardiaca. Sarà inoltre l'occasione per provare a dirimere controversie ancora aperte sui farmaci cardioprotettivi, sull'impatto di fattori di rischio non cardiaci (fragilità, anemia, obesità e denutrizione) non ancora definiti e così pure la gestione della terapia anticoagulante in fase perioperatoria che con la introduzione dei nuovi anticoagulanti va totalmente rivalutata. Preliminare ad un auspicabile registro clinico, l'Area Prevenzione Cardiovascolare ha in preparazione una "survey" che servirà come indagine conoscitiva sulla gestione dei pazienti candidati a chirurgia non cardiaca. Molte delle domande che si rivolgono ai Centri Italiani, speriamo possano chiarire quali sono i "gap" che la Cardiologia ospedaliera italiana dovrebbe riempire per creare registri permanenti su patologia al pari dei Paesi europei più avanzati da un punto di vista sanitario. ♥

ABRUZZO

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



Gerardo Rasetti

FRIULI VENEZIA GIULIA

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



Matteo Cassin

BASILICATA

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



Francesco Sisto

LAZIO

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



Massimo Uguccioni

CALABRIA

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



Vincenzo Amodeo



LIGURIA

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

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



Fabrizio Oliva

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

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



Domenico Gabrielli

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

MOLISE

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



Angela Rita Colavita

SARDEGNA

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



Gavino Casu

P.A. BOLZANO

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



Roberto Cemin

SICILIA

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



Giacomo Chiarandà

P.A. TRENTO

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



Alberto Menotti

TOSCANA

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



Silva Severi

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

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



Marco Sicuro

UMBRIA

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



Adriano Murrone

PUGLIA

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



Pasquale Caldarola

VENETO

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



Loris Roncon



ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

DOMANDA DI ISCRIZIONE



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus

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

DATI ANAGRAFICI

Nome Cognome Data di nascita

--	--	--	--	--	--

 Luogo di nascita Indirizzo
 Città Prov.

--	--

 CAP

--	--	--	--	--

 Tel./Cell. Fax E - mail

DATI PROFESSIONALI

Ospedale/Reparto
 Indirizzo
 Città Prov.

--	--

 CAP

--	--	--	--	--

 Tel./Fax E - mail lavoro:
 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

* Accredитamento (da compilare **se struttura privata**) SI NO
 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**

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE Generale (non più di due)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed Elettrostimolazione (AES) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica (CPD) | <input type="checkbox"/> Informatica (INF) |
| <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, Emostasi e Trombosi (AET) | <input type="checkbox"/> Circolazione Polmonare e Funzione ventricolare destra (CPF) | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica (IPR) |
| <input type="checkbox"/> Biologia Cellulare del Cuore (BCC) | <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (ECO) | <input type="checkbox"/> Malattie del Miocardio e del Pericardio (MMP) |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatie Valvolari (CAV) | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC) | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute (SCA) |
| <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia (CCH) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e Prevenzione (EPR) | <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva Cardiologica (TIC) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica (CCL) | <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia (FCA) | <input type="checkbox"/> Valutazione Funzionale e Riabilitazione del cardiopatico (VFR) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR) | <input type="checkbox"/> Insufficienza Cardiaca (INC) | |



DALLE REGIONI - EMILIA ROMAGNA

DI DANIELE GROSSETO, STEFANO CAPPELLI, OTTORINO CATAPANO, STEFANO FERRARO, MARCO FERRI,
ALBERTO MENOZZI, BIAGIO SASSONE, ELISABETTA VARANI, STEFANO URBINATI

FOCUS GROUP ON...

Formazione multidisciplinare per il miglioramento della Clinical Competence in Cardiologia

La sfida dei giovani ANMCO dell'Emilia Romagna





RATIONALE
La ventilazione non invasiva è una metodica sempre più diffusa e di utilizzo anche al di fuori dei reparti "tradizionali".
Il corso si propone di fornire un inquadramento teorico che consenta a tutti un approccio più sicuro all'applicazione e all'utilizzo dei principi di base di questa metodica.
La modalità scelta è interattiva, partendo dalla discussione di casi clinici della vita reale, per permettere ai relatori di chiarire gli snodi decisionali più controversi alla luce delle evidenze scientifiche più attuali.

Sede del Corso
Sede ASL Romagna Sede di Rimini
Sala Smeraldo - Piano Terra Scala G
Via Coriano 38 - Rimini

Il corso è gratuito con iscrizione obbligatoria.
Per iscriversi: 0541 705807
o e-mail a lidia.tonini@aslromagna.it

Segreteria Scientifica
Stefano Urbinati
Daniele Grosseto
Gianfilippo Gangitano

Accreditamento ECM Regionale
(Medici, Infermieri)
4 Crediti

Con il Patrocinio delle Sezioni Regionali di:

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unita Sanitaria Locale della Romagna

SIMEU
Società Italiana di Ematologia e Fisiologia
Associazione Regionale Emilia Romagna

FOCUS GROUP ON...

Incontri di formazione multidisciplinare per il miglioramento della Clinical Competence in Cardiologia

LA VENTILAZIONE NON INVASIVA IN TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

13 Gennaio 2016
Sala Smeraldo
Sede ASL Colosseo - Rimini

Copertina della brochure del Focus Group On... "La ventilazione non invasiva in terapia intensiva cardiologica" avvenuto il 31 gennaio 2016 a Rimini, presso la Sala di Smeraldo della Sede ASL Colosseo

In una Società Scientifica al passo con i tempi e che vuole rinnovarsi per rispondere sempre meglio alle esigenze dei propri Soci, l'attenzione verso i componenti più giovani è un punto qualificante e determinante del mandato associativo. Ed è proprio in quest'ottica che ANMCO, da molti anni, rivolge una particolare attenzione ai progetti e alle iniziative rivolte ai Soci più giovani o che, come in questo caso, sono interamente organizzati e gestiti dai Soci under 40. Nel caso specifico dell'Emilia Romagna poi, già dal 2008, il Consiglio Direttivo Regionale ha organizzato eventi dedicati ai Soci under 40, in cui relatori e moderatori

erano proprio i Soci più giovani. Così proseguendo questa ormai consolidata tradizione il Consiglio Direttivo Regionale 2014 - 2016 ha voluto raccogliere il testimone e, se possibile, rilanciare ancor di più la sfida, ampliando l'iniziativa sia nel numero degli incontri che nella presenza sull'intero territorio regionale. Con questo progetto si è voluto infatti creare una serie di incontri itineranti per i diversi Ospedali dell'Emilia Romagna, promossi e gestiti dai Soci under 40 e accreditati ECM dalle Aziende Sanitarie ospitanti. Il Progetto denominato "Focus Group on..." si articola in un

primo ciclo di sei "Incontri di Formazione Multidisciplinare per il miglioramento della Clinical Competence in Cardiologia"; e già nel titolo sono racchiusi i due punti cardine di questo progetto: la multidisciplinarietà e la ricerca della clinical competence. È infatti noto che il cambiamento dell'epidemiologia della patologia cardiovascolare e i mutamenti degli assetti organizzativi, hanno cambiato profondamente il case mix dei pazienti che afferiscono alle UTIC e ai reparti di Cardiologia. I pazienti con necessità di supporto ventilatorio o di terapia sostitutiva renale, quelli con sepsi o con shock cardiogeno,



i cardiopatici dopo intervento di chirurgia non cardiaca, sono sempre più frequenti e devono trovare la loro naturale collocazione nelle terapie intensive cardiologiche. A questo ineluttabile cambiamento, la comunità cardiologica deve rispondere, non arroccandosi su posizioni antistoriche di difesa del proprio particolare, ma rilanciando la sfida a centralizzare in UTIC, anche in quelle spoke, i pazienti cardiopatici ad alta complessità. Ma per vincere questa sfida è cruciale acquisire una clinical competence che vada oltre la cultura cardiologica

di base, che rimane un prerequisito imprescindibile e che attribuisce alla figura del Cardiologo una peculiarità straordinaria che lo differenzia dagli altri intensivisti. Partendo da queste premesse i giovani ANMCO dell'Emilia Romagna, supportati dal Consiglio Direttivo Regionale, hanno voluto dare una risposta concreta all'innovazione e al cambiamento intercettando anche la richiesta dei Soci più giovani di sentirsi parte attiva ed integrante del mondo ANMCO. I primi sei incontri hanno preso avvio in dicembre a Piacenza con "La terapia diuretica e la terapia

sostitutiva renale in Terapia Intensiva cardiologica" organizzato da Stefano Ferraro, e sono proseguiti in gennaio a Rimini con "La ventilazione non invasiva in Terapia Intensiva Cardiologica" organizzato da Daniele Grosseto. I successivi appuntamenti sono stati in febbraio a Bologna "Sepsi e Shock Settico nel paziente cardiopatico" organizzato da Silvia Zagnoni e Barbara Bordoni, in marzo a Cesena (FC) "La gestione in emergenza del paziente con Pacemaker, Defibrillatore e Storm Aritmico" organizzato da Giulia Piovaccari e Davide Saporito; sono

<p>13.30 Welcome Lunch Registrazione dei Partecipanti</p> <p>14.00 Saluti Giancarlo Piovaccari Direttore Dipartimento Malattie Cardiovascolari -ASL Romagna Stefano Urbinati Presidente ANMCO Sezione Emilia Romagna</p> <p><i>Il sessione</i> Moderatori: Stefano Urbinati, Giancarlo Piovaccari</p> <p>14.15 Caso Clinico I: Insufficienza respiratoria da EPA in corso di infarto miocardico acuto. Stefano Ferraro - U.O. Cardiologia - Piacenza</p> <p>14.25 Insufficienza respiratoria: basi fisiopatologiche e classificazione Ilaria Valentini - U.O. Pneumologia - Rimini</p> <p>14.50 Utilizzo e gestione della CPAP in emergenza Gianfilippo Gangitano - U.O. PS e Medicina d'Urgenza - Rimini</p> <p>15.10 Il trattamento con NIV nel paziente con compromissione emodinamica Daniele Grosseto - U.O. Cardiologia - Rimini</p> <p>15.30 Discussione</p> <p>15.45 Coffe break</p>	<p><i>Il Sessione</i> Moderatori: Silvia Zagnoni, Barbara Bordoni</p> <p>16.00 Caso Clinico II : scompenso cardiaco avanzato in paziente con BPCO Giulia Piovaccari - U.O. Cardiologia - Cesena</p> <p>16.10 La ventilazione meccanica non invasiva. Modalità di ventilazione. Settaggio del ventilatore Francesca Facondini - U.O. Rianimazione - Rimini</p> <p>16.40 Scelta dell'interfaccia Irene Camporesi - U.O. PS Medicina d'urgenza - Rimini</p> <p>16.50 Monitoraggio e controllo EGA nel paziente con NIV Gianfilippo Gangitano - U.O. PS Medicina d'Urgenza - Rimini</p> <p>17.10 La NIV: Quando, Come, Dove e Perché: Considerazioni conclusive Rodolfo Ferrari. U.O. PS Medicina d'Urgenza Policlinico S.Orsola Malpighi- Bologna</p> <p>17.40 Take Home Message e Test di apprendimento</p>
--	---

Programma del Focus Group On... "La ventilazione non invasiva in terapia intensiva cardiologica" avvenuto il 31 gennaio 2016 a Rimini, presso la Sala di Smeraldo della Sede ASL Colosseo



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

Incontri di formazione multidisciplinare per il miglioramento della Clinical Competence in Cardiologia

LA TERAPIA DIURETICA E LA TERAPIA SOSTITUTIVA RENALE IN TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

05 Dicembre 2015 Sala Colonne
Ospedale G. da Saliceto - Piacenza

FOCUS GROUP ON...

08:30	Registrazione dei Partecipanti
08:45	Presentazione corso (Dott. S. Ferrero, Dott. G. Liviani)
9:00	Intervento Moderatori: Stefano Cudi (Piacenza), Marco Ferrari (Reggio Emilia), Massimo F. Pappalardo (Piacenza)
09:00	Caso Clinico: paziente con scompenso cardiaco acuto - terzale Anna Chiara Invernizzi (Cesena - ASL)
09:15	Terapia diuretica nello scompenso cardiaco Simone M. Basso (Piacenza)
09:30	Ultrafiltrazione Isolata Francesco Alessio (Salsomadrone - RE)
09:45	Lettera Magistrale: opzioni terapeutiche nello scompenso cardiaco avanzato Enrico Pavesio (Piacenza)
10:15	Discussione
10:30	Coffe break
10:45	Intervento Moderatori: Vittorio Albertazzi (Piacenza), Stefano Ferrero (Piacenza), Daniele Grossini (Rimini)
10:50	Caso Clinico: scompenso cardiaco trattato con Renal Replacement Therapy Anna Di Biase (Bologna)
11:05	Terapie sostitutive renali: tecniche e principi fisiologici Marco Riccardi (Piacenza)
11:20	Applicazioni in Cardiologia Alex Jasso (Milano)
11:35	Utilizzo RRT: TRS and TRRS Luigi Anfilofi (Piacenza)
11:50	Sintesi
12:10	Parte pratica: utilizzo apparecchiature per dialisi Vittorio Albertazzi, Marco Riccardi, Luigi Anfilofi, Monica Nocchi, M. Paolo Rivoli, Mauro Mazzoni
12:30	Conclusioni: Stefano Ferrero
12:30	Compilazione dei questionari ECM di gradimento e valutazione dell'apprendimento

Il corso è gratuito con iscrizione obbligatoria. Segreteria organizzativa e Provider: S.C.M. UO Qualità e Formazione - Fax 0423-302434 e-mail: formazioni@aslpi.it
 * Iscrizione per Dipendenti ASL di Piacenza: per l'aggiornamento obbligatorio e necessario che è responsabile/coordinatore di UO livello Favorizzazione alla agenzia organizzativa
 * Iscrizione per esterni: anfilofi.aslpi.it, iscrizione al corso

Caso e Patrocinio di: Segreteria Scientifica: Stefano Cudi, Daniele Grossini, Massimo F. Pappalardo
 Coordinamento ECM Regione per Modulo ed Incontro: 4 Docenti

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Incontri di formazione multidisciplinare per il miglioramento della Clinical Competence in Cardiologia

LA VENTILAZIONE NON INVASIVA IN TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

13 Gennaio 2016
Sala Smeraldo
Sede ASL Romagna - Rimini

FOCUS GROUP ON...

Ore 12:30	Welcome lunch, Registrazione dei Partecipanti
Ore 14:00	Saluti Stefano Ferrero - U.O. Cardiologia - Piacenza Stefano Urbani - Presidente ANMCO Sezione Emilia Romagna
Intervento	Moderatori: Stefano Urbani, Giancarlo Pavesio
14:15	Caso Clinico I: Insufficienza respiratoria da EPA in corso di infarto miocardico acuto. Dante Invernizzi - U.O. Pneumologia - Rimini
14:25	Insufficienza respiratoria: basi fisiopatologiche e classificazione Stefano Urbani - U.O. Pneumologia - Rimini
14:30	Utilizzo e gestione della CPAP in emergenza Giordano Campione - U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - Rimini
15:10	Il trattamento con NV del paziente con compromissione emodinamica Dante Invernizzi - U.O. Cardiologia - Rimini
15:30	Discussione
15:45	Coffe break
Intervento	Moderatori: Silvia Tagliari, Barbara Nestori
16:00	Caso Clinico II: scompenso cardiaco avanzato in paziente con EPIC Giulia Pavesio - U.O. Cardiologia - Cesena
16:10	La ventilazione meccanica non invasiva. Modalità di ventilazione, Settaggio del ventilatore Francesco Pavesio - U.O. Radiologia - Rimini
16:40	Scelta dell'interfaccia Renzo Comuzzi - U.O. PS Medicina d'Urgenza - Rimini
16:50	Monitoraggio e controllo EGA nel paziente con NV Stefano Urbani - U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - Rimini
17:10	La NV: Quando, Come, Dove e Perché: Considerazioni conclusive. Roberto Ferrero - U.O. PS Medicina d'Urgenza - Policlinico S. Orsola Modigliani - Bologna
17:40	Take Home Message e Test di apprendimento

Sede del Corso: Via Corliano 38 - Rimini
Sala Smeraldo - Piano terra Scala G
Il corso è gratuito con iscrizione obbligatoria.
Per iscriversi: 0541.795857
e-mail a info.torino@aslromagna.it

Caso e Patrocinio della Sezione Regionale di: Segreteria Scientifica: Stefano Urbani, Daniele Grossini, Giancarlo Pavesio
 Coordinamento ECM Regione per Modulo ed Incontro: 4 Docenti

Locandine dei "Focus Group On..." avvenuti il 5 dicembre 2015 a Piacenza e il 13 gennaio 2016 a Rimini

inoltre programmati in aprile a Carpi (MO) "Risonanza Magnetica Cardiaca: cosa dovrebbero sapere tutti i cardiologi" organizzato da Samuela Carigi e Annachiara Aldrovandi e infine a Cento (FE) in maggio "Cardiomiopatie: nuovo approccio tra metodiche di immagine e analisi genetica" organizzato da Simona Gambetti e Francesca Marzo. La partecipazione ai primi due incontri è stata realmente al di sopra

delle aspettative, segno che l'interesse verso queste tematiche è alto e la voglia di lasciarsi coinvolgere è tanta. È importante anche sottolineare l'entusiasmo con cui i colleghi di altre specialità, dai prontosoccorristi, ai rianimatori, dai pneumologi ai nefrologi, dagli infettivologi ai radiologi, si sono lasciati coinvolgere in questi incontri multidisciplinari sia con colleghi più esperti, sia con colleghi più giovani con il patrocinio

delle relative Società Scientifiche. Ed è proprio questo uno dei punti più qualificanti del progetto: la multidisciplinarietà intesa sia come capacità di allargare i propri orizzonti culturali al di là della formazione cardiologica classica, sia come capacità di stabilire proficue relazioni con gli altri specialisti, nell'ambito di una collaborazione aperta e condivisa. ♥



FOCUS GROUP ON...

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Incontri di formazione multidisciplinare per il miglioramento della Clinical Competence in Cardiologia

SEPSI E SHOCK SETTICO NEL PAZIENTE CARDIOPATICO

IL RICONOSCIMENTO, LA TERAPIA ANTIBIOTICA, IL SUPPORTO EMODINAMICO

Venerdì, 5 febbraio 2016
Aula Magna – Padiglione Tinazzi
Ospedale Bellaria - Bologna

13.30	Welcome Lunch e Registrazione dei Partecipanti
14.00	Presentazione Stefano Urbinati - Presidente ANMCO Sezione Emilia Romagna
<i>I sessione</i>	<i>Moderatori: Stefano Urbinati, Fabio Vagnarelli</i>
14.15	Caso Clinico I: Shock settico complicato da MOF Barbara Bordoni – Cardiologia Ospedale Bellaria
	Lo shock settico in UTIC: epidemiologia, dimensioni del problema, riconoscimento e gestione della terapia antibiotica in acuto Luigi Raumer – Malattie Infettive Policlinico S.Orsola
	Shock settico (con o senza disfunzione Vsn): terapia e supporto circolatorio Daniele Grassetto – Cardiologia Ospedale Rimini
	Supporto ventilatorio e mantenimento dell'equilibrio acido-base nello shock settico Nicola Cilloni – Terapia Intensiva Ospedale Maggiore
	Gestione dell'insufficienza renale acuta nello shock settico Vittorio Dalmastrì – Nefrologia Ospedale Maggiore
15.50	Discussione
16.00	Coffee break
<i>II Sessione</i>	<i>Moderatori: Fabio Tumietto, Giulia Boggian</i>
16.15	Caso Clinico II: Sepsì complicata da aritmie ventricolari Silvia Zagnoni – Cardiologia Ospedale Maggiore
	Gestione del paziente resuscitato con sepsi in terapia intensiva Ilaria Turriziani – Rianimazione Ospedale Maggiore
	Indicazione alla procedura di estrazione di cateteri endocavitari in paziente con endocardite infettiva e shock settico. Igor Diemberger – Istituto di Cardiologia-Policlinico S.Orsola
	Take Home Message Luca Guerra – Malattie Infettive – ASL Bologna
17.30	La rete metropolitana per le Malattie Infettive Fabio Tumietto – Malattie Infettive-Policlinico S.Orsola
17.45	Test di apprendimento

Com il Patrocinio di:

 Sede del Corso : Via Altura 3 – Bologna
Aula Magna Ospedale Bellaria – Padiglione Tinazzi – piano terra

il corso è gratuito con iscrizione obbligatoria
max 50 partecipanti
Per Iscriverti : 051 6225241
morena.raspanti@ausl.bologna.it

Segreteria Scientifica:
Stefano Urbinati
Barbara Bordoni
Silvia Zagnoni

Accreditamento
ECM Regionale
4 Crediti

Locandina del "Focus Group On..." avvenuto il 5 febbraio 2016 a Bologna



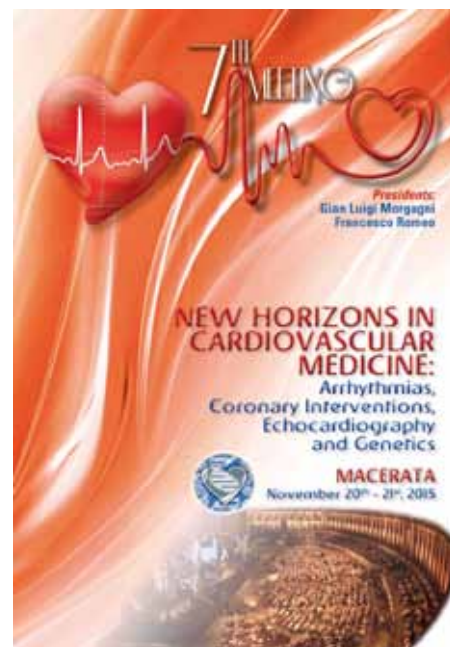
La Cardiologia marchigiana si aggiorna e si riorganizza

Novità dal congresso

"7th Meeting new horizons in cardiovascular medicine: Arrhythmias, Coronary Interventions, Echocardiography and Genetics Macerata"

Un autunno pieno di stimoli formativi per la Cardiologia marchigiana: dal congresso internazionale che si è tenuto a Fermo in ottobre organizzato, fra gli altri, dal Dott. Domenico Gabrielli, passando per l'Update in temi di Emodinamica Strutturale ad Ancona e per la 7° edizione del Meeting Cardiologico organizzato a Macerata dal Dott. Gian Luigi Morgagni, per finire con "Le giornate cardiologiche del Lancisi" svoltosi nel mese di dicembre ad Ancona. In particolare il Meeting Cardiologico di novembre a Macerata quest'anno si è tenuto in un clima di grande attività in virtù anche dell'attivazione del Servizio di Emodinamica 24 ore su 24 e la conseguente chiusura del cerchio per quanto riguarda la riorganizzazione della rete territoriale delle emergenze-urgenze cardiologiche nell'Area Vasta 3 comprendente i Presidi Ospedalieri di Macerata-Camerino-Civitanova Marche. L'incontro scientifico di Macerata nel pomeriggio del venerdì 20 novembre si è aperto con il saluto da parte della

nostra Associazione, della Dott.ssa Micaela Capponi, attuale segretario regionale nelle veci del Presidente Regionale Dott. Domenico Gabrielli impegnato nelle riunioni degli Stati Generali ANMCO a Gubbio. A nome del Consiglio Direttivo Regionale si è voluto cogliere l'occasione anche per rendere noto ai colleghi meno coinvolti in ambito associativo di quanto ANMCO stia facendo per migliorare l'organizzazione e la qualità del lavoro nelle nostre Cardiologie ospedaliere confrontandosi con proposte chiare con il decisore pubblico. Successivamente si sono aperti i lavori articolati in successive tavole rotonde, ciascuna riguardante un argomento specialistico in ambito cardiologico ma nel segno della multidisciplinarietà dell'approccio. Si è iniziato affrontando il tema cruciale della ristenosi coronarica: caratteristiche fisiopatologiche, incidenza, approccio emodinamico, nuove opzioni diagnostiche (IVUS, OCT, TC coronarica multistrato) e possibilità di trattamento meccanico



Locandina del Meeting Cardiologico del novembre 2015 presso la città di Macerata



Alcuni scatti del Meeting Cardiologico avvenuto nel novembre 2015 a Macerata

e farmacologico secondo le più recenti Linee Guida. Si è passati poi a discutere dei vari sistemi di diagnosi e di monitoraggio delle aritmie, a partire dalla telemetria, utilizzata quotidianamente nei reparti di Cardiologia di ogni Ospedale, fino alle registrazioni Holter prolungate e all'impianto di "Loop Recorder", strumenti indispensabili per individuare l'eventuale origine cardiaca degli episodi sincopali così frequenti nella pratica clinica. Si è poi parlato del controllo telemetrico domiciliare dei sistemi impiantabili (pacemaker e defibrillatori) che, nell'esperienza decennale della Cardiologia di Macerata, è stato accolto molto favorevolmente dai pazienti e ha permesso sia di ridurre i costi dei controlli, sia d'individuare

precocemente il malfunzionamento degli elettrocateretri/ICD evitando col trattamento tempestivo pericolose complicanze. Per concludere la tavola rotonda dedicata alle aritmie ci si è voluti soffermare sul tema delle infezioni di tasca dei dispositivi impiantabili, come diagnosticarle, trattarle e se possibile evitarle. Al termine del pomeriggio un'overview sul nesso fisiopatologia-terapia nelle più importanti e frequenti cardiopatie: regressione farmacologica dell'ipertrofia ventricolare sinistra nella cardiopatia ipertensiva, trattamento basato sulle evidenze della cardiomiopatia ipertrofica, ruolo della RM cardiaca nella cardiomiopatia dilatativa, linee di trattamento farmacologico/meccanico della cardiopatia

ischemica cronica. Molto ricca di contenuti e partecipata è stata anche la seconda giornata del congresso che si svolta presso l'aula Magna dell'Università di Macerata durante la quale la parola è passata a colleghi dei Policlinici di Ancona, Bologna, Roma Tor Vergata. Il tema della fibrillazione atriale è stato affrontato da varie angolazioni; il Dott. Cecconi ha chiarito il significato della definizione di "cardiopatia strutturale" che sta alla base della genesi della FA; i Dottori Gabrielli e Savini hanno sottolineato l'importanza del controllo farmacologico/elettrico della frequenza cardiaca; il Dott. Luzi ha esposto i vantaggi e le indicazioni delle diverse tecniche ablativo. Non poteva mancare in questo ambito una relazione dedicata agli anticoagulanti non antagonisti della vitamina K tenuta dal Dott. Morgagni che ha delineato le caratteristiche delle molecole disponibili sul mercato, le indicazioni all'uso e la documentata riduzione degli episodi emorragici rispetto al Warfarin; Morgagni ha presentato anche i dati della recente survey ANMCO, che ha coinvolto tutti noi Soci via web; quest'ultima ha chiaramente mostrato che in Italia sono stati fatti importanti progressi nell'utilizzo di questi farmaci e che è in corso una stretta integrazione nel loro uso tra i Cardiologi e i medici di medicina generale. La seconda sessione della mattinata è stata dedicata all'emodinamica strutturale: Marzocchi di Bologna ha illustrato le indicazioni e l'iter diagnostico che precede un intervento di TAVI mostrando anche con un filmato



Alcuni scatti del Meeting Cardiologico avvenuto nel novembre 2015 a Macerata

la procedura stessa; ha poi posto l'accento sulla valvuloplastica aortica percutanea, molto meno costosa e complessa della TAVI, che può essere effettuata come alternativa alla TAVI o preliminare ad essa. Nella casistica del centro bolognese, composta di diverse centinaia di pazienti, la metodica si è dimostrata sicura, efficace e con risultati duraturi specialmente se applicata in condizioni di emergenza e ed in casi selezionati, come ad esempio pazienti estremamente fragili e molto anziani. Successivamente il Prof. Francesco Romeo, dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, ci ha spalancato la finestra sul mondo della MitraClip, tecnica percutanea

che permette di trattare i pazienti con scompenso cardiaco da rigurgito severo della valvola mitralica, fino ad arrivare a mostrarci la registrazione video del primo impianto al mondo completamente per via percutanea di protesi valvolare in sede mitralica da lui effettuata al Policlinico di Tor Vergata nel giugno scorso. A conclusione di questa interessantissima sessione sulle valvulopatie il Cardiochirurgo bolognese Dott. Savini ha esposto le sofisticate e più recenti tecniche applicate nella terapia chirurgica delle complesse patologie che interessano l'aorta ascendente. A chiusura del congresso la lezione magistrale di genetica, elemento

fondamentale di tutta la serie dei meeting maceratesi "New Horizons in Cardiovascular Medicine"; i Dottori Novelli e Mango hanno presentato l'iter genetico corretto da seguire nel sospetto di cardiopatie rare quali l'infarto miocardico giovanile e la ipercolesterolemia familiare. Con grande soddisfazione da parte dell'organizzazione, le sessioni sono state tutte molto partecipate con dibattiti che hanno contribuito a chiarire aspetti della pratica clinica giornaliera nell'ottica della miglior gestione possibile del nostro paziente, ed è quindi nel segno di questo entusiasmo che siamo già a lavoro per il prossimo incontro. ♥



Il danno da morte immediata: la parola alle Sezioni Unite

Come abbiamo più volte ricordato, uno dei principi accolti dalla nostra Costituzione è quello personalistico. Tale scelta vincola non solo il legislatore nell'emanazione di future leggi che dovranno conformarsi ai principi costituzionali, ma anche l'interprete – e dunque il giudice – nell'applicazione della norma al caso concreto che sia chiamato a decidere. Un esempio paradigmatico dell'influenza dei principi posti dalla Carta Costituzionale è ravvisabile nella materia del danno non patrimoniale e delle relative specifiche componenti. Sempre maggiori sono le figure che a tale categoria sono ricondotte: il c.d. danno estetico, il danno da nascita indesiderata e, soprattutto, il c.d. danno tanatologico del quale parleremo oggi, dando conto di una recente pronuncia delle Sezioni Unite della Cassazione che si è espressa sulla ammissibilità di tale figura di danno e relativa risarcibilità.

Cosa è il danno tanatologico?

“Danno tanatologico” o anche danno da morte immediata è la definizione utilizzata per indicare il danno cagionato ad un soggetto che, in conseguenza di un altrui comportamento doloso o colposo, perda immediatamente la vita.

Proprio l'assenza di apprezzabile lasso temporale tra il momento della morte e quello dell'evento lesivo vale a distinguere il danno tanatologico dal c.d. danno catastrofale, generalmente definito come quello identificantesi nella sofferenza provata dalla vittima nella cosciente attesa della morte seguita dopo apprezzabile lasso di tempo dalle lesioni. Quanto al danno tanatologico, appare importante ricordare che, ad ammetterne la configurabilità, la pretesa risarcitoria potrebbe essere azionata soltanto dagli eredi del soggetto danneggiato, venuto meno proprio in ragione del verificarsi dell'evento morte.

Ancora, il danno tanatologico, come anticipato, afferisce alla categoria del danno non patrimoniale.

In che cosa consiste il danno non patrimoniale?

La stessa definizione ci dà utili indicazioni sull'essenza del danno non patrimoniale: esso consiste nella lesione di interessi, giuridicamente rilevanti, che sono di per sé privi di un “immediato” contenuto patrimoniale e che si riferiscono tipicamente a diritti inviolabili della persona, costituzionalmente rilevanti. È importante peraltro ricordare come la sempre più ampia risarcibilità del danno non patrimoniale – dapprima circoscritta alle sole condotte lesive

integranti ipotesi di reato, quindi penalmente rilevanti secondo il disposto dell'art. 2059 c.c. – sia il frutto del superamento di una visione pan-economica del diritto, favorita proprio dalla valorizzazione del dato costituzionale. Diverse sono poi le componenti del danno non patrimoniale: si parla di danno morale; di danno biologico; di danno esistenziale, rispetto alle quali è stata importante l'opera di “sistemazione” compiuta dalla Corte di Cassazione.

Se ne può chiedere il risarcimento nel caso di lesione?

Sì, si ammette la risarcibilità del danno non patrimoniale. Anche in questo caso, il risarcimento, la cui misura dovrà essere determinata in via equitativa, avrà funzione compensativa di un pregiudizio non economico. Importante è ricordare che il Giudice di Legittimità ha affermato il carattere unitario della liquidazione del danno non patrimoniale: è così preclusa la possibilità di un separato ed autonomo risarcimento di specifiche fattispecie di sofferenza patite dalla persona (danno alla vita di relazione, danno estetico, danno esistenziale, ecc.), che costituirebbero vere e proprie duplicazioni risarcitorie. Resta fermo, però, l'obbligo del



giudice di tenere conto di tutte le peculiari modalità di atteggiarsi del danno non patrimoniale nel singolo caso, tramite l'incremento della somma dovuta a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione.

È quindi ammessa la configurabilità e risarcibilità del danno tanatologico?

È proprio questa la domanda sulla quale si sono espresse le Sezioni Unite e la stessa circostanza del loro intervento ci rivela la esistenza di un contrasto tale da rendere opportuna una pronuncia particolarmente autorevole che possa fungere da successivo punto di riferimento nella decisione di ulteriori casi nei quali si invochi la risarcibilità del danno tanatologico.

Sussisteva quindi un contrasto giurisprudenziale sul tema del danno tanatologico?

Ebbene sì. Datane la astratta definizione, tanto in giurisprudenza quanto in dottrina vi erano contrapposizioni tra chi ne ammetteva e chi ne negava la configurabilità e risarcibilità nel nostro ordinamento.

Quali sono le ragioni dell'orientamento negativo?

L'orientamento negativo – consolidatosi a partire da una pronuncia delle stesse Sezioni Unite del 1925, ribadita nel 2008, e di poi condivisa anche dalla Corte costituzionale nel 1994 – riteneva e tuttora afferma che la morte immediata, determinata da un'altrui condotta lesiva, non costituisca una perdita giuridicamente rilevante a

carico della persona offesa, proprio in ragione del fatto che quest'ultima non è più in vita. Non è infatti possibile concepire giuridicamente che il soggetto che muore possa acquisire un diritto derivante dal fatto stesso della morte (quante volte questa consegua immediatamente, si ripete, all'evento lesivo), anche in ragione della funzione solo riparatoria del risarcimento.

Quali invece le ragioni dell'orientamento favorevole alla ammissibilità del danno tanatologico?

Deve precisarsi – sebbene ciò sia intuibile – che si tratta di un orientamento recente, che si è affermato soprattutto in dottrina e nella giurisprudenza di merito (per intenderci, tra i giudici di primo grado e di appello). Si è, innanzitutto, avanzata l'argomentazione in forza della quale la negazione della configurabilità e risarcibilità del danno da perdita immediata della vita sarebbe ormai non più conforme al sentire sociale dell'attuale momento storico, anche e soprattutto in considerazione della intrinseca contraddizione – ed è questo il secondo argomento – rappresentata dal mancato approntamento di tutela civilistica nel caso in cui venga arrecata la massima lesione al bene supremo dell'ordinamento, ossia la vita. Ancora, si evidenzia, ammettere la configurabilità del danno tanatologico sarebbe segno mediante il quale trasmettere a tutti i consociati la corretta dimensione del disvalore dell'evento dannoso.

In che senso si sono dunque espresse le Sezioni Unite?

La Corte di Cassazione, nella sua composizione più autorevole, ha pronunciato la sentenza n. 15350 del 22 luglio 2015 con la quale ha inteso dare continuità dall'orientamento tradizionale che, come detto, nega l'ammissibilità del danno tanatologico e della sua risarcibilità in favore degli eredi del soggetto che la vita abbia perso.

Come la Suprema Corte ha motivato la sua decisione?

Diverse le argomentazioni utilizzate. Innanzitutto, la Suprema Corte – condivisibilmente secondo la mia opinione – ha affermato la irrilevanza quale valido criterio che deve guidare l'interprete della “coscienza sociale”: indistinta e difficilmente individuabile, essa può validamente venire in rilievo quale criterio per il legislatore nell'emanazione di nuovi interventi legislativi, ma non certo per l'interprete giudiziale, sostanzialmente al fine di evitare giudizi soggettivi. Ancora poi osta alla configurabilità e risarcibilità del danno da perdita immediata della vita l'assenza del soggetto di diritto, titolare della situazione giuridica lesa e legittimato ad acquisire nel proprio patrimonio giuridico il credito risarcitorio e quindi a farlo valere. Inoltre ed infine deve ricordarsi come la funzione svolta dalla responsabilità civile sia non quella deterrente e sanzionatoria, bensì reintegratoria e riparatoria. Ancora una volta, quindi, si è negata la configurabilità del danno tanatologico. ♥



«Se la glottide è chiusa dopo una profonda inspirazione e quindi si facesse un intenso e prolungato sforzo espiratorio si potrebbe esercitare una tale pressione sul cuore e sui vasi intratoracici da arrestare temporaneamente il flusso del sangue»

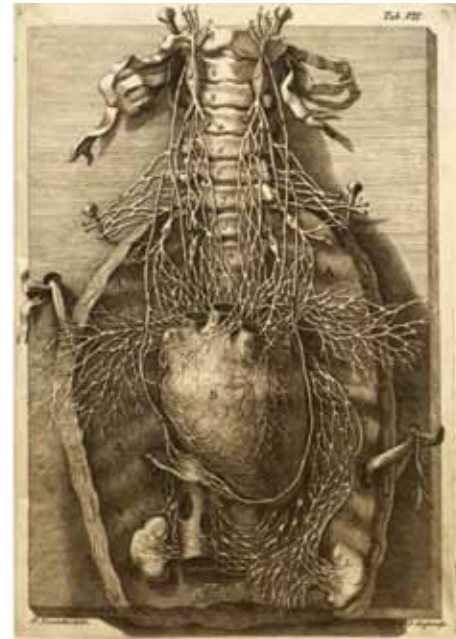
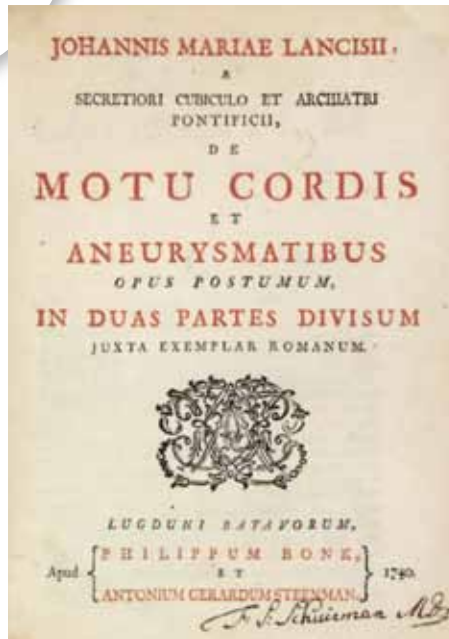
Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare Lancisi, Valsalva e Morgagni

«Poiché abbiamo nei polmoni un'ostruzione che ne impedisce lo svuotamento, anche le cavità sinistre dovranno essere dilatate, poiché l'eccesso di sangue che riempie le destre ostacola quello che dovrebbe fluire nel cuore sinistro»

A cavallo tra il XVII e il XVIII secolo vissero tre illustri medici italiani, Lancisi, Valsalva e Morgagni, che contribuirono notevolmente allo sviluppo della Cardiologia. **Giovanni Maria Lancisi**, nato da una ricca famiglia della borghesia romana, si laureò in filosofia e medicina nel 1672. Nel 1676 ottenne il posto di medico assistente presso l'Arcispedale di Santo Spirito in Saxia e nel 1678 diventò membro del Collegio del Salvatore, istituzione che selezionava giovani medici talentuosi nello studio e nella ricerca. Nel 1685 gli fu



Lancisi (Roma, 26 ottobre 1654 – 20 gennaio 1720)



assegnata la cattedra di Anatomia presso l'Università della Sapienza, nel 1695 quella di Medicina Teorica e dal 1702 al 1718 quella di Medicina Pratica. Nel 1688 fu nominato Archiatra Pontificio da Innocenzo XI e curò anche i suoi successori, Innocenzo XII e Clemente XI. Lancisi fu membro di numerose accademie, come l'Accademia dei Fisiocritici di Siena, l'Accademia delle Scienze a Bologna, l'Accademia Tedesca Naturae Curiosorum (Accademia Cesarea Leopoldina), il Royal College of Physicians a Londra e l'Accademia dell'Arcadia. Lasciò in testamento la sua ricca biblioteca di volumi e di manoscritti all'Ospedale di S. Spirito, insieme a una rendita che consentì di fondare l'attuale importante Biblioteca Lancisiana. Anatomista, fisiologo, botanico, si dedicò anche alla letteratura e all'antiquaria. Tra le sue opere di

medicina ricordiamo il *De subitaneis moribus* (1707) (commissionatogli da papa Clemente a causa di un preoccupante numero di decessi inspiegati tra i maggiorenti romani, in cui descrisse l'asma, le palpitazioni e le emozioni violente, ma anche la rottura di aneurismi aortici, come causa di morte improvvisa), la *Dissertatio de recta medicorum studiorum ratione instituenda* (1715) e il postumo *De motu cordis et aneurysmatibus* (1728), col quale contribuì allo sviluppo della fisiopatologia cardiocircolatoria, distinguendo l'ipertrofia dalla dilatazione del cuore e studiando l'origine degli aneurismi. In quest'opera Lancisi dimostrò che molte lesioni cardiache erano di natura sifilitica e, sulla base di esperimenti personali, riportò che il mercurio iniettato nelle coronarie si ritrova nelle camere cardiache, teorizzando una

sua fuoriuscita da canali venosi. **Antonio Maria Valsalva**, allievo prediletto di Malpighi, con cui condivise la passione per l'indagine e il rigore scientifico, fu a sua volta maestro del Morgagni, che ce ne ha lasciato una biografia. I genitori, di umile origine, adottarono il nome del villaggio di origine, Valsalva. Disciplinato e d'intelligenza poliedrica, non fu difficile capire a quale tipo di studi il giovane Valsalva fosse particolarmente inclinato; infatti sezionava uccelli o altri piccoli animali con un interesse superiore a quello che si confaceva alla sua età, studiando poi con grande cura i resti. Viste le sue qualità, fu mandato a studiare all'Archiginnasio di Bologna, dove la materia che gli stava più a cuore fu l'anatomia, laureandosi a soli 21 anni magna cum laude il 6 giugno del 1687, con una tesi dal titolo *Sulla superiorità della dottrina sperimentale*,



Valsalva (Imola, 17 gennaio 1666 - Bologna, 2 febbraio 1723)

principio cui si affidò per tutta la sua vita di scienziato. Uomo di grande valore e di sincera umiltà, gli furono affidati dal Senato Bolognese la salute e l'approvvigionamento alimentare della città: a lui spettava il controllo delle lettere e delle merci provenienti da luoghi di sospetta pestilenza. Dal 1698 al 1722 fu nominato dal Sommo Consiglio della città Incisore Pubblico di Anatomia, e ciò gli permise di esporre le singole parti da lui preparate nel Teatro Anatomico, cosa mai concessa a nessuno prima d'allora. Dal 1705 fino alla morte fu Pubblico Lettore e Ostensore di anatomia e qualche anno dopo fu nominato Lettore Onorario di chirurgia e di anatomia chirurgica pratica. Nel 1697, solo dopo dieci anni dalla laurea, divenne primario

medico dell'Ospedale Sant'Orsola e l'anno seguente fu eletto chirurgo, posto che tenne con grande abilità fino alla morte, avvenuta per emorragia cerebrale. Dopo funerali degni della sua persona, fu sepolto nella chiesa di San Giovanni in Monte, a Bologna. D'animo forte e coraggioso, mai però imprudente, fin dai primi anni si dedicò con successo all'anatomia settoria e alla chirurgia, introducendo importanti innovazioni sia nello strumentario sia nelle tecniche, come la sutura delle arterie per arrestare l'emorragia provocata dalle amputazioni, sostituendola alla più antica e cruenta cauterizzazione. Fu uno dei fondatori della chirurgia splenica e delle vie urinarie: eseguì per primo, infatti, la splenectomia e la nefrectomia in animali, che

sopravvissero all'intervento. Eminente sperimentalista di fisiologia, fu tra i primi a opporsi al concetto seicentesco della separazione tra speculazione scientifica e pratica, poiché si accorse che tutti gli studi che aveva fatto «più che un'esatta nozione del vero davano solo l'immagine della verità;» riteneva che per ricercare i sintomi delle malattie, il loro decorso e l'efficacia della terapia non bastava esaminare attentamente i malati ma occorreva studiare le alterazioni delle parti ammalate sui cadaveri oppure sezionare anche animali vivi ed eseguire su di essi esperimenti. Il suo amore per lo studio dell'anatomia non gli fece trascurare le ricerche chimiche che, anzi, gli furono di grande aiuto: si occupò dei medicinali, della loro natura e delle loro capacità curative. Ritenendo la medicina una missione e non una fonte di guadagno, visitava gratuitamente i malati poveri. Valsalva ha lasciato molte opere relative alla cardiologia. A lui si deve la descrizione dei seni dell'aorta, chiamati appunto seni di Valsalva, e dei suoi aneurismi, per cui propose un metodo di cura, basato sul concetto che il sangue fosse la causa della dilatazione aneurismatica e che pertanto diminuendone la massa e la violenza sarebbe stato possibile rallentare il processo di sfiancamento della parete del vaso. Suggerì quindi una terapia intesa a favorire l'ipotensione arteriosa e cioè assoluto riposo, dieta ipocalorica e salassi. Morgagni descrisse così un esperimento, mai



pubblicato, del suo maestro: «*se la glottide è chiusa dopo una profonda inspirazione e quindi si facesse un intenso e prolungato sforzo espiratorio si potrebbe esercitare una tale pressione sul cuore e sui vasi intratoracici da arrestare temporaneamente il flusso del sangue*». Questa relazione che intercorre tra respirazione e



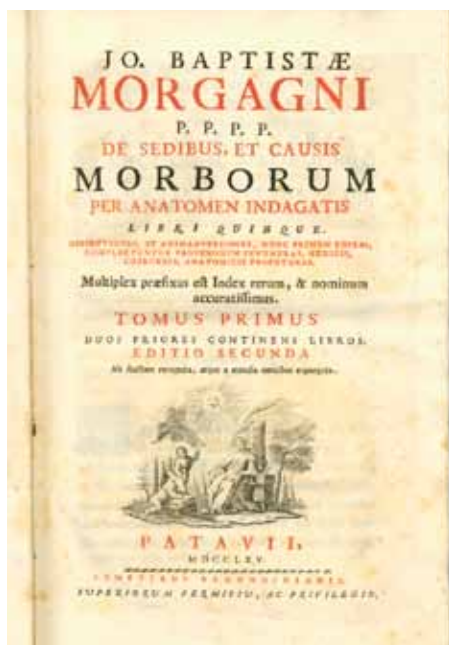
Morgagni (Forlì, 25 febbraio 1682 - Padova, 5 dicembre 1771)

circolazione, anche se in realtà altri medici avevano preconizzato molto prima tale manovra, come ad esempio Giovanni Mesuè, Guglielmo da Saliceto, Vesalio e Bruno Giacomo Pancrazio, sfuggì per molto tempo. Come fece notare Weber, la compressione toracica che si esercitava, riconosciuta solamente nel 1869 sotto il nome di manovra di Valsalva, era una componente di molti atti comuni come tossire, starnutire, defecare o partorire. Bisogna ricordare che la proposta iniziale di Valsalva non fu rivolta a studi sul cuore ma...

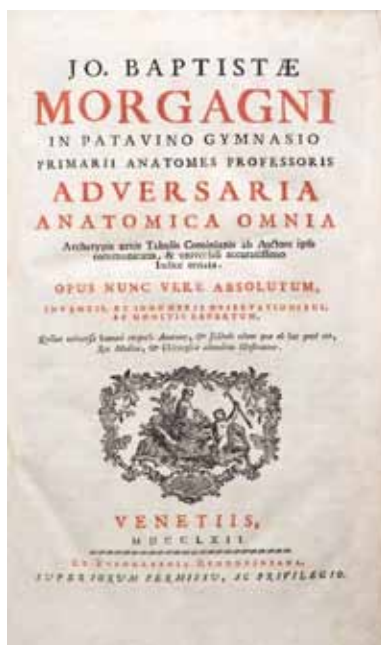
sull'orecchio (scrisse infatti il *De aura humana tractatus*). La manovra aveva anche un'applicazione pratica per allontanare corpi estranei dall'orecchio. Attualmente, oltre ai ben noti impieghi nella nostra disciplina, la manovra di Valsalva è usata ancora anche in otorinolaringoiatria per lo studio della timpanometria.

Giovanni Battista Morgagni, rimasto orfano di padre a soli 7 anni, venne cresciuto e istruito dalla madre, che gli insegnò a parlare correttamente il latino, perfezionato nella prestigiosa Accademia dei Filergiti di Forlì, in cui studiò anche matematica, archeologia e astronomia, dando grande dimostrazione della sua precocità d'apprendimento. All'età di 16 anni s'iscrisse all'Università di Bologna per studiarvi medicina, specie anatomia, da lui considerata «*pietra angolare di tutto l'edificio medico*», in cui ebbe come maestri Ippolito Albertini, ma soprattutto Valsalva. Fin dalla prima anatomia pubblica cui assistette, Morgagni incominciò a registrare in un apposito diario medico-scientifico «*quanto di interessante gli veniva di leggere, di udire o di osservare di persona*». A questo metodo di studio e di lavoro si mantenne fedele per tutta la vita e ciò gli consentì di raccogliere osservazioni cliniche e anatomiche, riscontri autoptici, relazioni di colloqui e di discussioni, riassunti critici di letture. Il 16 luglio 1701 Morgagni si laureò a pieni voti in filosofia e medicina, dopo essersi guadagnato l'attenzione dei suoi insegnanti per la sua memoria eccezionale e il giudizio acuto.

Dopo la laurea divenne assistente di Valsalva all'ospedale di S. Maria della Morte. Intanto iniziarono ad arrivare i primi riconoscimenti, come ad esempio l'incarico di Presidente ricevuto dalla Accademia degli Inquieti, che plasmò sul modello dell'Accademia delle Scienze francese, passando dalle dispute teoriche alle consultazioni e agli esercizi d'indagine. Nonostante ciò, nel 1707 fu costretto a lasciare Bologna, dopo i contrasti con l'influente Giovanni G. Sbaraglia, esponente della scuola empirista; così decise di trasferirsi a Venezia, attratto non solo dalla libertà che la Repubblica Veneta offriva ai suoi insegnanti universitari ma anche dalla disponibilità di librari. Nella città lagunare Morgagni entrò in contatto con diversi dotti, quali il chimico Giangirolamo Zanichelli, col quale lavorò nell'illustre Farmacia di Santa Fosca, e l'anatomista Giandomenico Santorini (1681-1737) (che descrisse l'omonimo plesso venoso retropubico), con cui coltivò gli studi di anatomia comparata. Si recò spesso a Padova, facente parte a quel tempo della Signoria veneziana, per seguire lezioni e farsi conoscere dall'ambiente accademico nella speranza di ottenere una cattedra in quell'Accademia, ammirata per il suo passato prestigioso. Nel 1711 questo desiderio venne esaudito (grazie anche alla "raccomandazione" del suo amico Lancisi): venne chiamato alla seconda Cattedra di Medicina Teorica. Il 17 marzo 1712, durante l'orazione inaugurale, riuscì subito a trasmettere, col suo latino forbito,



l'interesse per la medicina e ancor di più per la verità: nell'esposizione del programma degli studi medici, infatti, affermò che non si potesse decidere della natura di una malattia senza la corrispondente sezione del cadavere, sottolineando così come la sua visione del medico non potesse prescindere dagli studi anatomici. Nonostante non si fosse mai attenuto alla stretta osservanza dei programmi, ritenuti sino allora immutabili e perfetti, i riformatori veneti videro come l'efficace insegnamento morgagnano stesse rialzando le sorti dello studio, così che nel 1715 il Senato dell'Accademia padovana gli offrì la cattedra di Anatomia. Nella



sua prima lezione si colse la grande commozione per quel posto tanto desiderato e occupato da illustrissimi predecessori. Dopo aver sottolineato come bisognasse giudicare gli antichi in misura dei loro tempi e non del presente, Morgagni pose l'accento sull'indispensabilità degli studi anatomici per conoscere la natura del corpo, intesa non come costituzione complessiva, bensì come struttura di ogni organo. A poco più di trent'anni era già considerato il maggiore anatomista del tempo e la sua fama crebbe con gli anni, tanto da essere chiamato "Sua Maestà anatomica" (nel 1769 la Natio Germanica lo proclamò "Anatomicorum totius Europae

Princeps"). Le proposte di lavoro fiocavano come le onorificenze: nel 1718 divenne Preside dello studio di Padova e successivamente fu fatto socio di tutte le più importanti società scientifiche dell'epoca. Morì, a causa di un colpo apoplettico, la sera del 5 dicembre 1771 e fu sepolto nella vicina Chiesa di San Massimo. I 5.000 volumi della sua biblioteca furono acquistati dalla Biblioteca universitaria di Padova, dove si trovano tutt'oggi. Morgagni fu uno scienziato moderno, che nella sua attività di ricerca usò sistematicamente il metodo sperimentale, ma oltre che uomo di scienza fu anche un abilissimo e ricercato clinico medico; personalità eclettica e di vasta cultura umanistica, latinista, archeologo, botanico e storico, è considerato il fondatore dell'anatomia patologica contemporanea (Virchow lo definì il Padre della patologia moderna). In effetti, Morgagni non è da considerarsi lo scopritore unico del metodo detto poi morgagnano, caratterizzato dal definitivo successo dell'osservazione sistematica e dell'esperimento, bensì l'esponente principale, che raccolse e sviluppò le fatiche dei suoi maestri diretti e indiretti, Valsalva e Malpighi. La sua opera scientifica può suddividersi in due parti, quella anatomica e quella anatomo-patologica. Le ricerche



anatomiche sono contenute nelle *Adversaria anatomica*, nelle *Epistolae anatomicae duae novas observationes et animadversiones complectentes* (Padova, 1728) e nelle omonime *duodeviginti ad scripta pertinentes celeberrimi viri Antonii Mariae Valsalvae* (Venezia, 1740). Morgagni lesse nel 1705 nell'Accademia degli Inquieti il primo volume dei suoi *Adversaria*, costituito da 50 paragrafi, divisi in 3 parti (*cose fino allora non descritte, cose anticamente descritte e poi dimenticate, cose da altri descritte in modo diverso da quanto egli vede*), una serie di ricerche di anatomia minuta condotte secondo la tradizione malpighiana, anche se con maggior cautela nei riguardi sia dell'artificio anatomico, sia del microscopio a causa delle sue immagini illusorie. Il libro, in cui sono descritte innumerevoli scoperte morfologiche, fu stampato a Bologna nel 1706 e gli diede un'immediata fama mondiale come anatomista, anche se ciò non lo esentò da critiche, specie da quelle di Gianbattista Bianchi e Giovanni G. Manget, medico del re di Prussia. Nei cinque successivi *Adversaria* (Padova, 1716-1719) Morgagni si difende da tali critiche. In particolare, nel III analizza gli errori presenti nella *Historia hepatica* di Bianchi, nel IV affronta il tema della gravidanza extrauterina e nel VI concentra la propria attenzione sull'encefalo. Il volume più

importante e vasto dal punto di vista anatomico resta comunque il V, in cui affronta, dopo una breve dedica al Lancisi, il tema dei precordi (mammelle, pleura, pericardio, cuore, diaframma, polmoni e respirazione) e delle cavità della laringe. Francesco Puccinotti, storico della medicina ottocentesco, scrisse con enfasi di Morgagni che: «...se tutte le scoperte anatomiche fatte da lui dovessero portare il suo nome, forse un terzo delle parti del corpo umano, si nominerebbe da lui...» Nel cuore, ad esempio, l'ispessimento fibroso che rende più completa la chiusura della valvola semilunare polmonare prende proprio il nome di nodulo di Morgagni. Le ricerche anatomo-patologiche sono invece contenute nella sua opera più celebre, il *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (1761), una delle più importanti della storia della medicina, ritenuto "il libro" dell'anatomia clinica e non solo patologica, che segna l'inizio della patologia d'organo e il tramonto dell'umoralismo. Il titolo stesso riassume l'essenza del metodo anatomo-clinico: *morbis* è il quadro clinico presentato dal paziente; *causis per anatomen indagatis* è l'alterazione organica dimostrata dall'esame autoptico. La grande opera del forlivese stabilì una volta per sempre la correlazione tra osservazione anatomica e pratica

clinica, spostando l'accento dallo studio della natura della malattia a quello della sua sede. Nel *De sedibus*, mettendo in relazione le alterazioni anatomiche osservate autopticamente con le malattie che erano state rilevate clinicamente, dimostra come a ogni alterazione anatomica corrisponda un'alterazione della funzione e quindi una malattia. L'opera, di 750 pagine, stampate fittamente su doppia colonna, è composta da 70 epistole, ordinate in 5 libri, ciascuno dei quali dedicato ad una delle principali Accademie europee di cui il Morgagni era socio e preceduto da una lettera dedicatoria ad altrettanti illustri medici, in cui sono discussi i problemi fondamentali della ricerca anatomo-patologica. Ogni epistola prende in considerazione una malattia, con la presentazione di un certo numero di casi, completi di dettagliata relazione autoptica ed epicrisi finale. In tutto sono presentati circa 700 casi, in gran parte derivanti dai 60 anni di esperienza personale diretta del Morgagni, alcuni osservati dal Valsalva, altri dal Santorini, altri, infine, desunti da autori considerati scientificamente attendibili. In ciascuna epistola Morgagni esamina la letteratura precedente e la mette a confronto con le proprie osservazioni. La sua sintesi è quindi il frutto di



continui esami comparativi, dapprima separatamente tra reperti anatomici e fra sintomi clinici e poi stabilendo i legami tra i due ordini di fenomeni. Il primo libro, dedicato all'Accademia dei Curiosi della Natura e a Cristoforo Giacomo Trew, tratta argomenti concernenti le malattie del capo; il secondo, dedicato alla Royal Society di Londra e a William Bromfield, comprende la patologia del torace; il terzo, dedicato all'Academie des Sciences di Francia e a Pierre Senac, tratta le malattie dell'addome; il quarto, dedicato all'Imperiale Accademia di Pietroburgo e a Giovanni Federico Schrieber, comprende la chirurgia e le malattie di tutto l'organismo; il quinto, dedicato alla Reale Accademia delle Scienze di Berlino e a Giovanni Federico Meckel, contiene altri argomenti prima sfuggiti all'Autore. L'opera ebbe un'accoglienza trionfale, tanto che dal 1761 al 1765 ne furono stampate ben 4 edizioni e in seguito fu tradotta in lingua inglese, francese e italiana. Il *De sedibus* è una vera miniera di osservazioni originali, cliniche e anatomo-patologiche in molti settori della scienza medica: ad esempio, viene descritta per la prima volta nel Libro III, Delle malattie del ventre, la cirrosi epatica, termine coniato poi da René Laënnec (nella sua *Segnalazione XXV, dell'auscultazione mediata*, pubblicata nel 1819), volgarizzando i termini greci *Skirròs*

(duro, fibroso) e *Kirròs* (giallo), dal colore che il fegato assume nella malattia, detta oggi di Morgagni-Laënnec. In ambito cardiologico descrisse per la prima volta la sindrome (epilessia con polso raro) contrassegnata da bradicardia con crisi epilettiformi, ridescritta nel 1827 da Robert Adams e nel 1846 da William Stokes e oggi chiamata sindrome di Morgagni-Adams-Stokes. Descrisse anche i fenomeni anatomici osservabili nell'angina pectoris e la degenerazione del miocardio. Scrisse inoltre: *«quando i polmoni sono infiammati, il sangue distende eccessivamente il cuore e i suoi vasi... mentre la dilatazione è necessariamente maggiore nelle cavità destre poiché abbiamo nei polmoni un'ostruzione che ne impedisce lo svuotamento, anche le cavità sinistre dovranno essere dilatate, poiché l'eccesso di sangue che riempie le destre ostacola quello che dovrebbe fluire nel cuore sinistro»*. Si intravedono qui, ante literam, sia quella sindrome che soltanto nel 1940 verrà etichettata da White come cuore polmonare, sia il concetto di interdipendenza ventricolare. Tra i numerosi stati patologici da lui descritti, alcuni per la prima volta, figurano anche l'aneurisma luetico, l'endocardite, la stenosi mitralica, l'insufficienza aortica, la stenosi polmonare e la sclerosi delle coronarie. Fu inoltre il primo ad affermare che l'apoplezia non deriva da una lesione della sostanza cerebrale, ma

da un'alterazione vascolare. Più ancora che nella descrizione di singoli contributi, il significato dell'opera di Morgagni sta nell'aver realizzato una rottura epistemologica, con cui l'anatomia patologica viene ad assumere un significato moderno, collegandosi con la clinica di cui diviene parte integrante, non più semplice curiosità ma costantemente evocata al letto del malato, offrendo sicuri indizi per la stessa strategia terapeutica. Morgagni fu il primo a studiare le differenze esistenti tra organi normali e malati, dimostrando come a ogni alterazione anatomica deve corrispondere una funzionale. Sottolineava che le autopsie devono essere eseguite da clinici esperti che ben conoscevano l'anatomia normale, *la fiaccola dell'anatomia patologica*. Nonostante il fatto che per spiegare le malattie facesse riferimento talora alle teorie iatromeccaniche, talaltra alle modificazioni chimiche e alle influenze fisiche, che possono agire in sinergia, e che nelle sue *Istituzioni di Medicina Teorica* commentasse ancora Ippocrate, Galeno e Avicenna, Morgagni mise definitivamente in ombra l'antica teoria umorale di un'unica causa morbosa per tutte le malattie, assicurando alla medicina moderna le basi sia della diagnosi sia dell'insegnamento. ♥



ANMCO Cardiology Channel: una finestra aperta sui maggiori Congressi di Cardiologia in tutto il mondo, per un aggiornamento scientifico “live” ... senza confini



Come è noto tra gli scopi della nostra rivista “Cardiologia negli Ospedali” vi è quello di far conoscere l’Associazione sia nei suoi aspetti istituzionali ed organizzativi che nei suoi risvolti operativi. E così in queste pagine vogliamo riportare i contenuti e gli sviluppi del progetto ANMCO Cardiology Channel. È sotto gli occhi di tutti il vorticoso rinnovamento della vita associativa all’interno della nostra Società Scientifica. Emblematica espressione del cambiamento in corso è la realizzazione del progetto ANMCO Cardiology Channel, ideato e promosso dal Presidente Michele Gulizia con il Consiglio Direttivo ANMCO. Se l’aggiornamento scientifico è un punto cardine della mission della nostra Associazione,



ANMCO Cardiology Channel rappresenta un innovativo strumento di aggiornamento in tempo reale che concorre a concretizzare questo obiettivo. Si tratta di un Canale multimediale che offre a tutti i Soci la possibilità di essere aggiornati sulle principali novità provenienti dai Congressi internazionali di Cardiologia, mettendo a disposizione “live news” in lingua italiana sotto forma di redazionali facilmente fruibili. È una vera e propria opportunità per partecipare “live” e gratuitamente, tramite computer o dispositivi mobili, agli eventi scientifici dovunque ci si trovi, opportunità particolarmente preziosa per quanti per motivi di tempo o di organizzazione non possono essere presenti in prima persona. In contemporanea con la presentazione alla comunità scientifica internazionale vengono riportati i contributi scientifici di maggior rilievo. Chi ancora non ha usufruito di questo utilissimo servizio d’informazione scientifica è invitato a cogliere questa straordinaria opportunità attraverso il portale web dedicato o la App dedicata. È possibile accedere al servizio dalla sezione Servizi e Aggiornamento del sito web ANMCO oppure visitando il sito web www.cardiologychannel.it. Altra possibilità è quella di scaricare

gratuitamente l’applicazione CardioChannel da Apple Store per iPhone ed iPad e da Google Play per smartphone e tablet Android: queste applicazioni consentono di ricevere in tempo reale le notifiche

La redazione scientifica di ANMCO Cardiology Channel ha seguito nel corso del 2015, anno in cui è stato lanciato il servizio, un totale di 4 congressi di rilievo internazionale realizzando oltre 70 report su altrettante relazioni o sessioni



AGGIORNAMENTO A RITMO LIVE



64° AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

14 • 16 MARZO • 2015

push delle ultime News nel corso dei congressi. Inoltre, nella pagina Media Library è possibile accedere a tutti i contributi delle precedenti dirette di ANMCO Cardiology Channel suddivisi per data di pubblicazione ed argomento (prevenzione cardiovascolare, cardiopatia valvolare, cardiopatia ischemica, aritmie ed elettrofisiologia clinica, ipertensione polmonare e tromboembolismo venoso, sindrome coronarica acuta, imaging non invasivo, insufficienza cardiaca e cardiomiopatie, cardiologia interventistica). I report



ANMCO CARDIOLOGY CHANNEL

AGGIORNAMENTO A "RITMO LIVE"



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY
29 AGOSTO • 2 SETTEMBRE • 2015

sono accessibili tutte le volte che si desidera sia on-line che off-line (scaricando gli articoli).

Le dirette realizzate dalla redazione ANMCO Cardiology Channel

Ad oggi la Redazione Scientifica di ANMCO Cardiology Channel ha seguito nel corso del 2015, anno in cui è stato lanciato il servizio, un totale di 4 congressi di rilievo internazionale. Il board scientifico, costituito da un team di Cardiologi, con il prezioso supporto tecnico di uno staff dedicato alla raccolta delle immagini presentate nel

corso delle sessioni congressuali ed all'impaginazione grafica degli elaborati scientifici, ha realizzato più di 70 report su altrettante relazioni o sessioni. La prima diretta è stata effettuata dal 64° Congresso dell'American College of Cardiology, Annual Scientific Session & Expo, svoltosi a San Diego, Stati Uniti, dal 14 al 16 marzo 2015. Seconda tappa della redazione di ANMCO Cardiology Channel è stata Milano, dal 2 al 4 giugno 2015, per il 46° Congresso Nazionale ANMCO di Cardiologia. La redazione del servizio

ANMCO Cardiology Channel è stata presente anche durante il Congresso della Società Europea di Cardiologia tenutosi a Londra dal 29 agosto al 2 settembre 2015. La quarta edizione di ANMCO Cardiology Channel è stata la diretta da Orlando, Stati Uniti, per le Sessioni Scientifiche del Congresso dell'American Heart Association dal 7 all'11 novembre 2015. Non potendo citare tutti i lavori scientifici di elevata rilevanza realizzati in tempo reale, grazie all'osservatorio speciale della redazione di ANMCO Cardiology Channel, ricordiamo la presentazione dei risultati di importanti studi clinici e Linee Guida che hanno un impatto diretto nella pratica clinica. In ciascun report, dopo una sintetica introduzione che inquadra il contesto in cui si sviluppa il lavoro scientifico presentato, vengono schematizzati materiali e metodi, illustrati i risultati salienti e commentato il "take home message". Inutile dire che l'impegno organizzativo ed operativo, per ognuno degli eventi seguiti è stato grande. Dopo la preparazione del piano editoriale, frutto di un'attenta analisi dei ricchissimi programmi scientifici di ciascun evento, e dopo trasferte con viaggi anche di oltre 12 ore, le intere giornate congressuali sono state dedicate a seguire le sessioni scientifiche e alla immediata redazione dei report: tutto questo per fornire un aggiornamento "in diretta", sempre con rigore scientifico. L'ANMCO Cardiology Channel è quindi un'ambiziosa iniziativa che coglie le novità salienti dei maggiori eventi scientifici in



campo cardiovascolare e mette a disposizione report in tempo reale per un costante aggiornamento sull'avanzamento della ricerca e dell'evidence based medicine. Se ANMCO è "l'arte di fare cultura" questo straordinario progetto è la concreta realizzazione del mandato della nostra Società Scientifica. Un servizio ottenuto con tecnologie al passo con i tempi grazie alla

ANMCO Cardiology Channel: una vera e propria opportunità per partecipare "live" e gratuitamente agli eventi scientifici dovunque ci si trovi

straordinaria lungimiranza e abilità del Presidente Michele Gulizia, e di tutto il Consiglio Direttivo dell'ANMCO, nell'interpretare i reali bisogni dei Cardiologi ospedalieri che possono così partecipare agli eventi scientifici dovunque si trovino, senza viaggiare e sottrarre ulteriore tempo all'attività clinica che intensamente li coinvolge. Concludiamo ringraziando tutti coloro che hanno collaborato alla realizzazione di questo servizio e continueranno a farlo, la redazione scientifica e lo staff tecnico dell'azienda HEALTH&LIFE S.r.l, Sanofi per il supporto incondizionato all'iniziativa, ma anche quanti ne hanno usufruito o ne usufruiranno dedicando parte del loro aggiornamento alla lettura dei report a "ritmo live".♥



AGGIORNAMENTO A "RITMO LIVE"



AMERICAN HEARTH ASSOCIATION - SCIENTIFIC SESSIONS
ORLANDO, FLORIDA • 7-11 NOVEMBRE • 2015



AGGIORNAMENTO A "RITMO LIVE"



46° CONGRESSO NAZIONALE ANMCO
4 - 6 GIUGNO • 2015



Il progetto CardioPain: dolore cronico e malattia cardiovascolare

FANS, COXIB e rischio cardiovascolare

Il progetto “CardioPain in Roccadaspide... l'isola che c'è” ha l'obiettivo di ottenere la riduzione delle prescrizioni improprie dei farmaci antinfiammatori non steroidei nei pazienti cardiopatici così come richiesto dalla nota 66 dell'Agenzia Italiana del Farmaco (agosto 2012). Nella maggior parte dei

si è osservato un incremento dell'incidenza di stroke e di infarto del miocardio (Progetto Cuore) ed allo stesso tempo della frequenza delle malattie reumatiche con al primo posto l'osteoartrosi. L'artrosi rappresenta la causa più comune di dolore cronico non oncologico (42%) e tanto in maggior misura nella popolazione anziana. Gli

di un anno con un COXIB o con diclofenac vi è un eccesso di sette/otto soggetti che vanno incontro ad un grave evento vascolare, di cui due fatali; l'utilizzo dei farmaci antinfiammatori, inoltre, si associa pressoché al raddoppio del rischio di ospedalizzazione per scompenso cardiaco. In uno studio condotto in pazienti che hanno subito un

L'incremento contemporaneo con l'invecchiamento della popolazione delle malattie cardiovascolari e dell'artrosi ha aumentato la probabilità di trattare il dolore cronico non oncologico con FANS e COXIB in pazienti cardiopatici

È necessario informare i medici delle pericolose interferenze tra questi farmaci e la malattia cardiovascolare

paesi occidentali la percentuale della popolazione anziana è in crescente aumento e si stima che entro il 2050 oltre il 40% dell'intera popolazione avrà più di 65 anni. Tale modificazione demografica si accompagna ad una marcata trasformazione dell'attuale scenario di cura, dominato da patologie cronico - degenerative, spesso presenti in cluster ed interagenti fra di loro; in particolare con l'invecchiamento della popolazione

stati dolorosi acuti o cronici sono trattati oggi in Italia con FANS e COXIB in oltre il 70% dei casi. Tale gestione terapeutica assume notevole rilevanza nei soggetti cardiopatici, che possono essere a rischio particolare di eventi avversi, associati all'uso di questi farmaci, spesso auto prescritti. Una recente metanalisi, pubblicata su Lancet (Lancet 2013; 382:769 - 79), ha rilevato che per ogni 1.000 pazienti con malattia cardiovascolare trattati nel corso

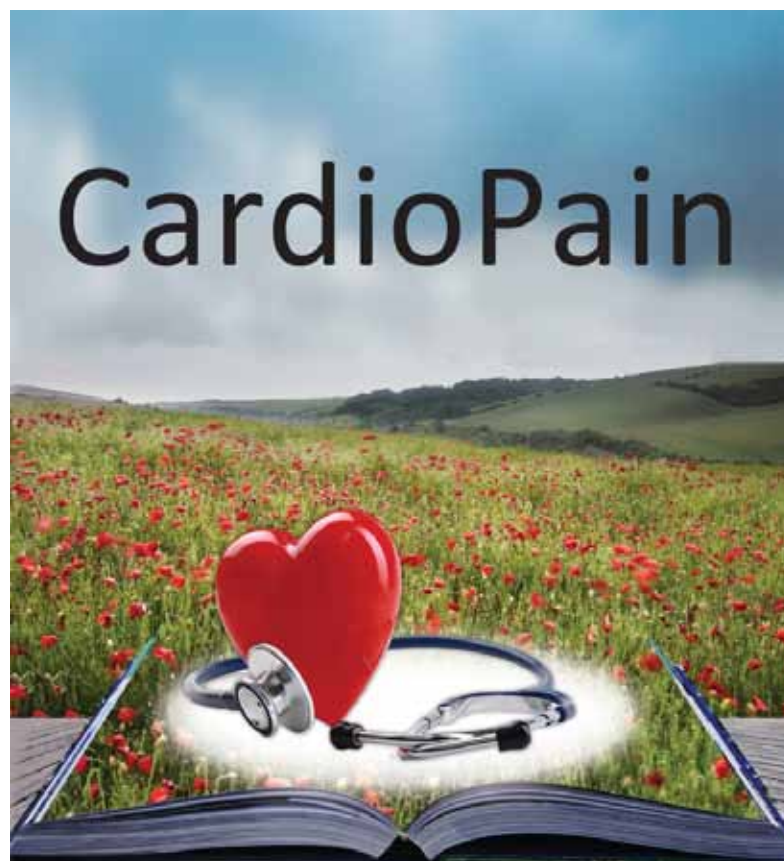
infarto e fatto uso successivamente di FANS o COXIB (Schjerning Olsen et al Circulation 2011; 123: 2226 - 2235) si è osservato grossomodo dall'inizio del trattamento un aumento dell'incidenza di re - infarto e di morte cardiovascolare; in particolare, il diclofenac si associa ad una impennata del rischio sin dall'avvio del trattamento, mentre basta utilizzare poco meno di una settimana l'ibuprofene perché l'incremento del rischio diventi

Il progetto “CardioPain in Roccadaspide...l’isola che c’è” ha l’obiettivo di ottenere la riduzione delle prescrizioni improprie dei farmaci antinfiammatori non steroidei nei pazienti cardiopatici

significativo. La elevata coesistenza con la complicità dell’età delle due condizioni patologiche, cardiovascolare ed osteoarticolare, ha reso il farmaco per il dolore il più frequentemente assunto dal cardiopatico ed il più delle volte la prescrizione di tale farmaco viene praticata in modo inappropriato con FANS o COXIB a causa della loro efficacia nel dominare infiammazione e sintomatologia dolorosa: ciò può porre in pericolo la salute e la stessa vita del paziente. In Italia la prevalenza di soggetti che fanno abuso (per un periodo di trattamento superiore a 90 giorni) di FANS e COXIB in presenza di alto rischio cardiovascolare si aggira intorno al 4% e va dal 2.2% della Lombardia al 6.2% della Puglia. Il progetto “CardioPain” mette in evidenza la necessità di informare con efficacia i medici delle pericolose interferenze tra farmaci antinfiammatori non steroidei e malattia cardiovascolare in linea con la nota AIFA 66. Il progetto consiste nella compilazione di una particolare lettera di

dimissione ospedaliera nella quale si affianca ad ogni singola diagnosi di patologia cardiovascolare una sorta di semaforo rosso o giallo, che ricorda il divieto o le limitazioni che quella specifica diagnosi comporta nell’uso dei farmaci antinfiammatori non steroidei (Figure 1 e 2). Il progetto, nato nel 2013 presso la Cardiologia - UTIC dell’Ospedale di Roccadaspide, ha ricevuto il plauso dell’AIFA (comunicato del 2 ottobre 2013); successivamente è stato implementato dal CIRFF dell’Università degli Studi di Napoli Federico II ed ha riscontrato

l’interesse e l’approvazione da parte di diverse strutture sanitarie. Ad oggi, gli Ospedali che hanno deciso di adottare il modello di dimissione proposto sono circa 80 in tutta Italia e quattro Regioni (Piemonte, Marche, Campania e Basilicata) hanno rilasciato una delibera o una nota nella quale si propone l’adozione della “Scheda CardioPain” all’atto della dimissione ospedaliera e la divulgazione della stessa a tutti gli operatori sanitari, a livello territoriale, al fine di promuovere l’appropriatezza terapeutica e prescrittiva. ♥






Il progetto “CardioPain” mette in evidenza la necessità di informare con efficacia i medici delle pericolose interferenze tra farmaci antinfiammatori non steroidei e malattia cardiovascolare

Figura 1

Consigli terapeutici in conformità alle disposizioni della nota AIFA 66 (G.U. n°197 del 24 agosto 2012, aggiornata al 15/07/13)




Nel paziente:

affetto da scompenso cardiaco grave (ICD9: 428.x)

è controindicato l'uso di tutti i FANS e dei Coxib

Box con semaforo rosso come da scheda Cardiopain

Consigli terapeutici in conformità alle disposizioni della nota AIFA 66 (G.U. n°197 del 24 agosto 2012, aggiornata al 15/07/13)



Nel paziente :

affetto da ipertensione arteriosa sistemica vanno usati con cautela i Coxib, diclofenac ed ibuprofene ad alte dosi *

*Comunicato EMA 13 aprile 2015

Box con semaforo giallo come da scheda Cardiopain

Figura 2



Auguri
ai nostri associati



ANMC



il Presidente
Michele Massimo Gulizia



L'informazione e la sensibilizzazione sulla **prevenzione delle malattie cardiovascolari** sono tra gli obiettivi principali della Fondazione "per il Tuo cuore".

Gli **Opuscoli della Fondazione** spiegano in maniera chiara come prendersi cura del proprio cuore.

Sfogliali on line anche tu: **www.periltuocuore.it!**

1 **Mangiare sano**
Ecco come ridurre il rischio di malattie cardiovascolari

2 **Muoviamoci di più!**
Ricorda: il movimento e l'attività fisica generano benessere

3 **Parliamo di fumo**
Spegni la sigaretta, riaccendi la salute: non è mai troppo tardi per smettere!

4 **Mantieni giovane il tuo cuore**
Parliamo di salute in una società che invecchia

5 **Dopo un infarto**
Alcuni consigli per vivere bene

6 **Scompenso cardiaco: istruzioni per l'uso**
Essere correttamente informato è uno dei primi strumenti a tua disposizione

7 **La fibrillazione atriale**
Nel nostro cuore è contenuto un vero e proprio impianto elettrico

per il tuo cuore

Per richiedere gli Opuscoli puoi scrivere a:
segreteria@periltuocuore.it




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

SCRIVI IL CODICE
94070130482

5xMille per il tuo cuore

Quando firmi la tua dichiarazione dei redditi destina il **5xMille** "per il Tuo cuore"

Non ti costerà nulla e avrai aiutato la ricerca cardiovascolare italiana.

