

Cardiologia negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Amica del cuore,
generatrice di scienza e di
cambiamenti

La Scuola che ti riempie il
cuore

Il punto sugli Studi Clinici
del Centro Studi ANMCO

Pericardite/miocardite,
quale imaging

Come sarà il Cardiologo del
futuro?

Giano e il
tromboembolismo
arterioso e venoso

L'Area Prevenzione
Cardiovascolare incontra i
giovani

Le Cardiologie di Bologna
per la "Giornata del Cuore"
riportano alla sua antica
funzione uno dei più antichi
Ospedali d'Europa

Cardionursing e Congresso
Regionale ANMCO Friuli
Venezia Giulia

ANMCO Marche incontra le
Istituzioni Regionali

Cardiologie Aperte in Sicilia

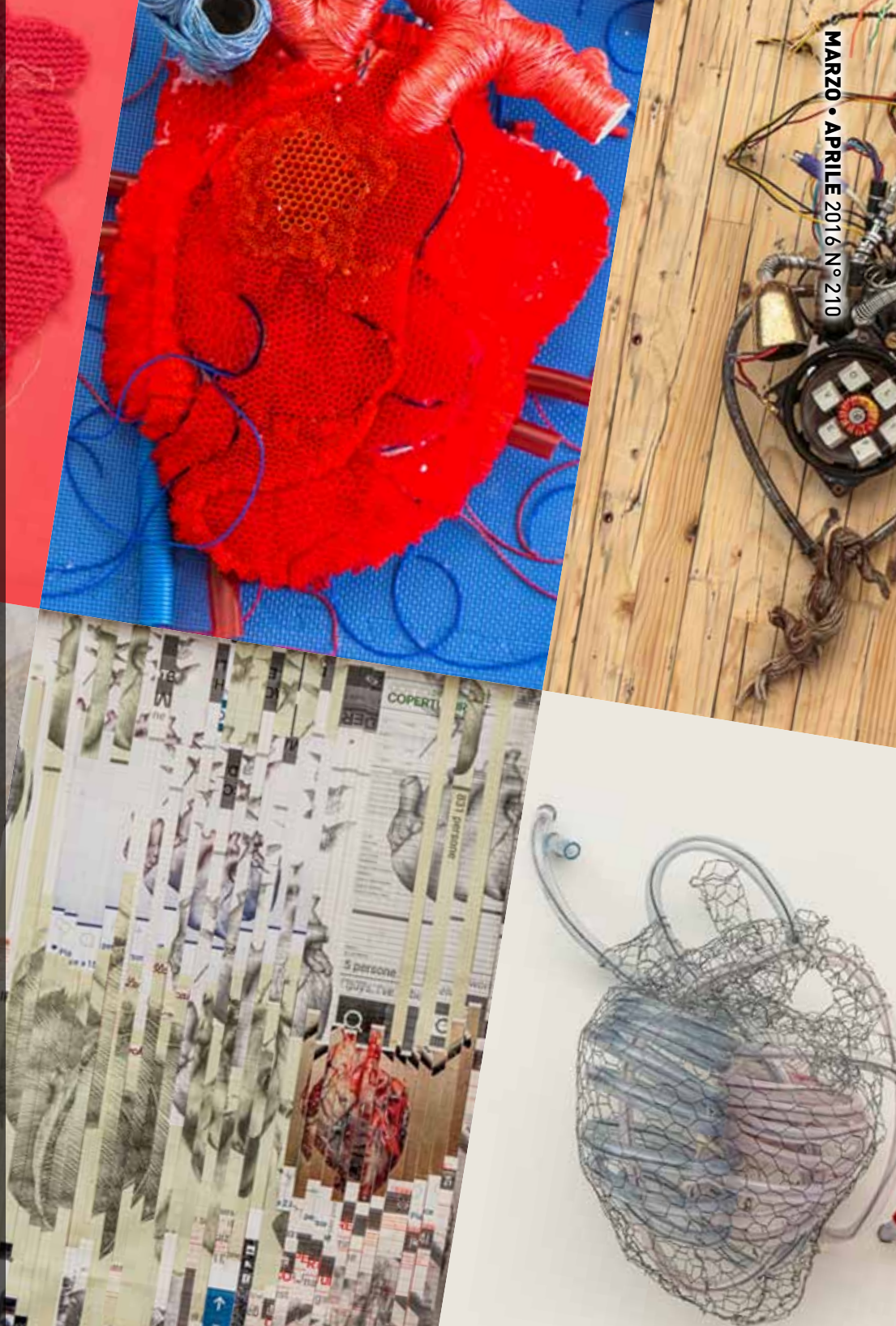
Formazione in Emergenza
Cardiovascolare: la
Simulazione in Medicina

La corretta alimentazione
dello sportivo.

"Cosa mangiare... per
vincere!"

Il PNE per una valutazione
tra Cardiologie di rete con
e senza Unità di Terapia
Intensiva Cardiologica
(UTIC)

Danni da sangue infetto:
strumenti di tutela
e responsabilità del
Ministero della Salute



MARZO • APRILE 2016 N° 210

47° Congresso Nazionale
Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

il cambiamento ha bisogno di energia



Con l'ANMC 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

**NOVITÀ
2016**



Iscriviti subito su www.anmco.it

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: <http://concorso.scartline.it>

N. 210 marzo - aprile 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: amica, p. 3
del cuore generatrice di cambiamenti a
tutela del cardiologo e del cardiopatico
di Michele Massimo Gulizia

LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" RISPONDE

La Scuola che ti riempie il cuore p. 12
di Pier Luigi Temporelli

DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici p. 14
del Centro Studi ANMCO

DALLE AREE

AREA CARDIOIMAGING

p. 19

Cardio-imaging nella pericardite/
miocardite aggiornamento
dal Cardio-Venice 3

*di Georgette Khoury, Antonella Moreo,
Paolo Pino, Danilo Neglia e Fausto Rigo*

AREA GIOVANI

p. 24

Come sarà il Cardiologo del futuro?

*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

p. 26

DEL CIRCOLO POLMONARE

Trombo-embolismo arterioso,
venoso e il mito di Giano bifronte
di Iolanda Enea



AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

p. 29

L'Area Prevenzione
Cardiovascolare incontra i giovani
*di Gian Francesco Mureddu a nome
dell'Area Prevenzione Cardiovascolare*



DALLE REGIONI

EMILIA - ROMAGNA p. 39

Le Cardiologie di Bologna per la Giornata del Cuore riportano alla sua antica funzione uno dei più antichi Ospedali d'Europa
di Stefano Urbinati, Giuseppe Di Pasquale, Gianluca Montefrancesco, Gianfranco Tortorici, Alessandro Capecechi, Angelo Rendina, Valentina Mantovani, Barbara Bordonì, Letizia Riva, Elisabetta Fantoni, Paolo Pandolfi, Gerardo Astorino, Leonardo Pancaldi



FRIULI VENEZIA GIULIA p. 42

18 marzo 2016: Cardionursing e Congresso ANMCO Regionale con il rinnovo delle cariche ANMCO Friuli Venezia Giulia
di Giulia Russo, Tatjana Savli e Matteo Cassin a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia

MARCHE p. 45

ANMCO Marche incontra le Istituzioni Regionali
di Micaela Capponi e Domenico Gabrielli a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche

SICILIA p. 47

Cardiologie Aperte in Sicilia
di Giacomo Chiarandà, Carmelo Cinnirella, Maurizio Giuseppe Abrignani

FINESTRA SUL MONDO RCP p. 52

Formazione in Emergenza Cardiovascolare: nuove opportunità
di Alessandro Capecechi, Gianluca Gonzi, Giuseppe Fradella

FORUM

La corretta alimentazione dello sportivo p. 55
di Nicola Cosentino

Analisi dell'attività tra cardiologie di rete con o senza UTIC in una singola Azienda Sanitaria del Friuli Venezia Giulia: commento ai dati del Programma Nazionale Esiti (PNE)
di Enzo Hrovatin, Enzo Barducci, Gilberto Cattarini, Flavio Faggioli, Maria Teresa Padovan, Andrea Perkan e Gianfranco Sinagra

OSSERVATORIO p. 66

DI DIRITTO SANITARIO
 Danni da sangue infetto: strumenti di tutela e responsabilità del Ministero della Salute
di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone

Screening nei reparti di cardiologia e una card per la "Banca del cuore"

Nella Sala Giunta di Palazzo degli Elefanti, il sindaco Enzo Bianco e il direttore generale dell'Arnas Garibaldi, Giorgio Santonocito, hanno inaugurato ieri mattina la settimana di "Cardiologie Aperte" e della "Banca del Cuore", ideata da Anmco e "Fondazione per il tuo cuore", presente il dottore Michele Gulizia, presidente Anmco e direttore dell'Unità di Cardiologia dell'ospedale Garibaldi di Nesima, la struttura che, assieme all'ospedale Santo Pietro di Caltagirone, aderisce alla campagna.
 «Sono lieto di presentare



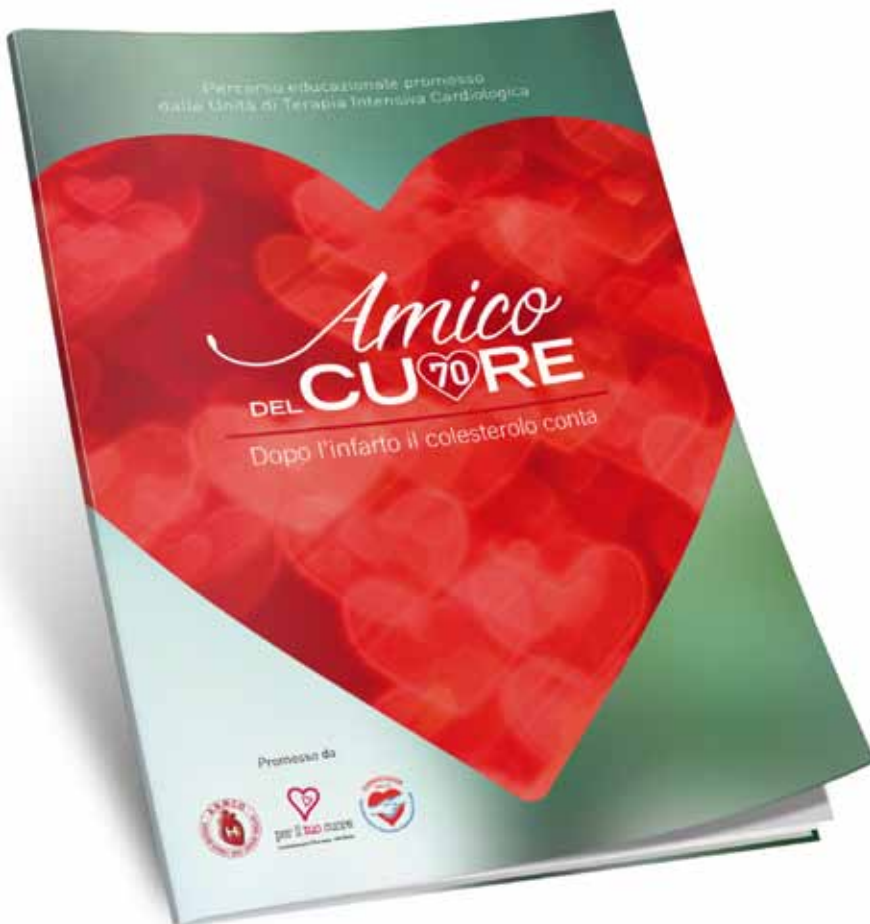
Dallo screening preliminare delle cardiologie rilasciate è stato riscontrato che sui 18.000 elettrocardiogrammi effettuati, ci sono stati 231 casi (11,3%) di persone a cui sono state riscontrate anomalie a livello cardiologico che non sapevano di avere, tra cui pregressi infarti e fibrillazione atriale. Inoltre, questo, dell'importanza di iniziative come "La Banca del Cuore", mirate alla sensibilizzazione e alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e delle complicanze spesso ad esse associabili come l'ictus cerebrale nel caso della fibrillazione atriale.



Due tra le più importanti iniziative della primavera ANMCO

La nuova ANMCO: amica del cuore, generatrice di cambiamenti a tutela del cardiologo e del cardiopatico

Il progetto Amico del Cuore e i Documenti ANMCO



Il Progetto "Amico del Cuore"

Ogni anno in Italia si registrano più di 135.000 eventi coronarici acuti. Fortunatamente, i progressi della cardiologia hanno ridotto in modo sostanziale la mortalità intraospedaliera per questa patologia. Tuttavia, le persone che hanno avuto un infarto corrono un forte rischio di sviluppare un secondo evento cardiovascolare avverso a breve e medio termine dopo la dimissione. Gli stessi dati di PNE (Programma Nazionale Esiti) dell'Agenas, infatti, dimostrano che la mortalità a breve termine dopo sindrome coronarica acuta si attesta al 10% circa. Nei primi due anni successivi all'infarto, inoltre, la probabilità di essere nuovamente ricoverati è superiore al 60% dei casi, il 30% dei quali è dovuto a una nuova sindrome coronarica acuta. Al fine di contenere il rischio di recidive ischemiche si rende necessario porre in essere un complesso integrato



di provvedimenti terapeutici, volti a ridurre i livelli di singoli fattori coinvolti nella genesi della malattia vascolare aterosclerotica. Pertanto, ogni paziente dovrebbe ricevere un adeguato pacchetto di agenti farmacologici che includa doppia terapia antiaggregante, terapia ipolipemizzante, terapia beta-bloccante ed inibitori del sistema renina-angiotensina. Sappiamo bene che l'impatto delle recidive da infarto si può ridurre anche con una dieta equilibrata, l'attività fisica regolare, evitando il fumo di tabacco e, soprattutto, controllando i fattori di rischio, in particolare il colesterolo: tutte le evidenze indicano che mantenere stabilmente il colesterolo LDL al di sotto di 70 mg/dL diminuisce di circa il 25%

il rischio di un secondo evento. I dati osservazionali disponibili, però, dimostrano che, al momento attuale, i pazienti reduci da una sindrome coronarica acuta non ricevono tutti i necessari trattamenti di prevenzione secondaria cardiovascolare o, più spesso, non li ricevono in maniera appropriata. Non riuscire a portare il colesterolo LDL a target è un problema piuttosto frequente tra i pazienti che hanno avuto un infarto, spesso legato a una non soddisfacente aderenza alle terapie, che, a pochi mesi dalla dimissione, può essere già bassa. Se il target terapeutico non viene raggiunto, però, abbiamo la certezza che si andrà incontro a un peggioramento della prognosi: i pazienti con ridotta aderenza hanno un rischio di complicanze fino al 50%

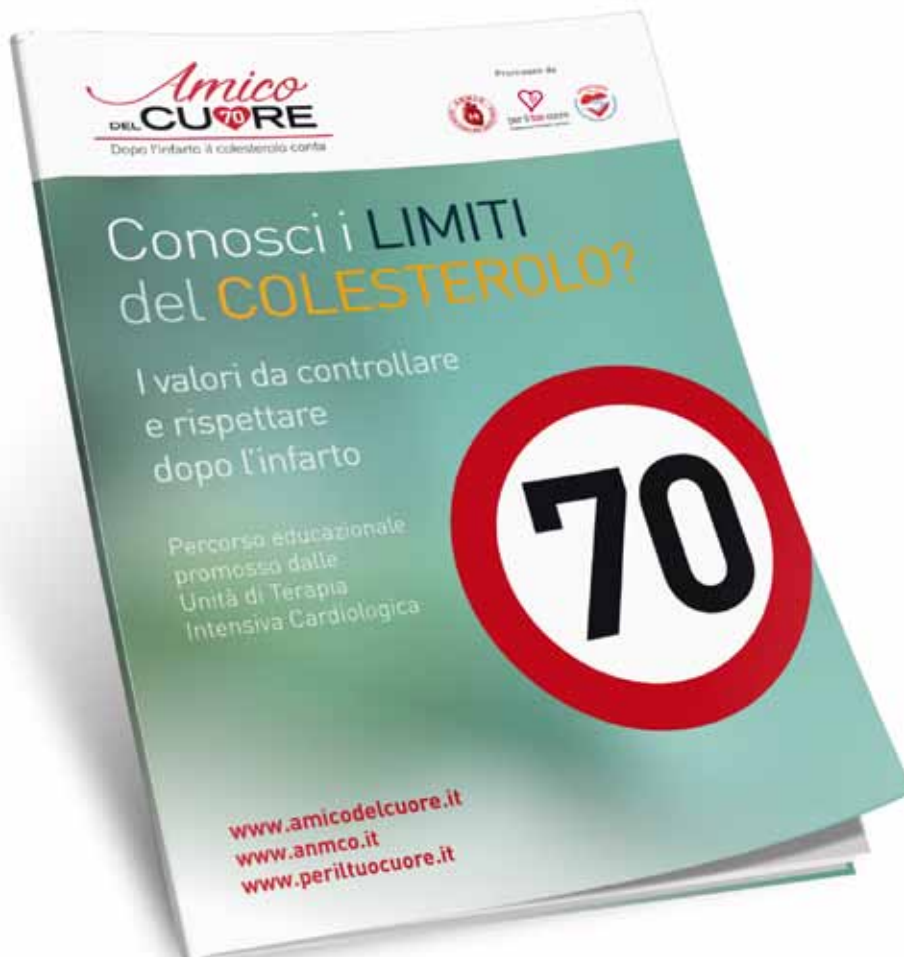
maggiore. Altro elemento chiamato in causa nel mancato raggiungimento del target terapeutico riguarda i farmaci. Dosaggi elevati di statine, necessari per il raggiungimento del target, possono indurre effetti collaterali in una percentuale di casi non trascurabile, contribuendo alla sospensione volontaria della terapia. Circa il 10-20% dei pazienti è intollerante alle statine oppure non le tollera a dosaggi elevati. In questi pazienti si deve seguire una diversa strategia prescrivendo uno specifico inibitore del riassorbimento del colesterolo, che agisce inibendone l'assorbimento a livello intestinale, in aggiunta ad una statina a basso dosaggio, come raccomanda la Nota 13 AIFA per i pazienti che non riescono a raggiungere i target

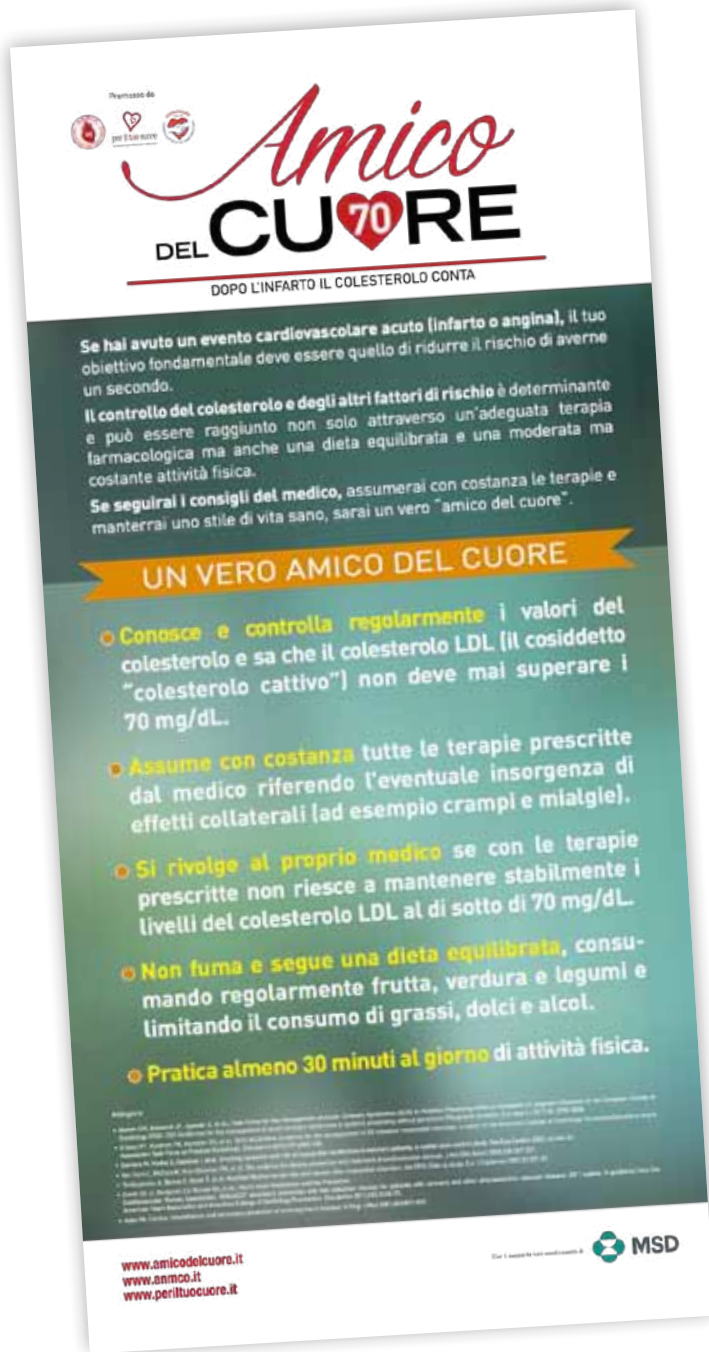


terapeutici neanche con la dose massima di statine o per quelli intolleranti alle statine dopo un infarto miocardico acuto. E proprio alle persone che hanno superato un episodio di infarto o angina è dedicato il progetto educativo 'Amico del cuore - Dopo l'infarto il colesterolo conta', promosso dall'ANMCO e dalla Fondazione "per il Tuo cuore" con l'importante collaborazione che abbiamo chiesto ed ottenuto da Conacuore onlus, che coordina tutte le associazioni di volontariato in cardiologia, con il supporto non condizionante di MSD Italia. Nel comitato esecutivo della campagna,

da me coordinato, ho coinvolto Antonio Amico, Furio Colivicchi, Andrea Di Lenarda e il presidente di Conacuore, Giovanni Spinella. Il progetto nasce con l'obiettivo di offrire ai pazienti tutto il supporto e

le informazioni di cui hanno bisogno per tornare pienamente a una vita normale e ridurre il rischio di un secondo episodio. Per diventare un "vero amico del cuore" la prima regola da seguire è il controllo costante del livello di colesterolo LDL, che rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio di malattia cardiovascolare. In ogni specialista e nel team multidisciplinare delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica tutti i pazienti che hanno avuto un infarto possono trovare un "Amico del cuore", un punto di riferimento costante per affrontare questa sfida. Il progetto si articola su più livelli. Sabato 16 aprile si è svolta la giornata nazionale Amico del Cuore, un evento di formazione e informazione in contemporanea in 14 città italiane collegate via satellite in videoconferenza (la cui sede hub è stata Catania). Nella prima parte della mattinata si è svolto un corso scientifico ECM rivolto agli specialisti e ai medici di medicina generale, che si è proposto di richiamare l'attenzione dei professionisti sull'insieme dei provvedimenti clinici e sui percorsi





assistenziali necessari alla riduzione del rischio residuo dopo sindrome coronarica acuta nella pratica quotidiana. Le più recenti evidenze scientifiche e le buone pratiche cliniche sono state analizzate per la realizzazione di opportuni piani di implementazione di un'efficace azione di prevenzione secondaria nella pratica quotidiana. Nella seconda parte della mattinata l'iniziativa si è aperta, come Open Day,

con la collaborazione di Conacuore, anche al pubblico laico, con la tavola rotonda "La vita dopo l'infarto: cosa è importante sapere" nella quale gli specialisti coinvolti si sono messi a disposizione dei pazienti e dei loro familiari per rispondere alle domande su aspetti chiave come i livelli di colesterolo LDL da raggiungere, gli esami e controlli, alimentazione e attività fisica, terapie ed aderenza. Per il progetto "Amico del cuore"

abbiamo predisposto, inoltre, una serie di strumenti educazionali utili e di facile accesso per i cittadini ovvero:

- un sito web (www.amicodelcuore.it) in cui si possono trovare, come pure nei nostri siti istituzionali (www.anmco.it; www.periltuocuore.it) informazioni su patologia, controlli da eseguire, terapie disponibili, corretto stile di vita;
- un video educativo, scaricabile dal sito internet, per sensibilizzare i pazienti sulle regole principali del "vero amico del cuore";
- un semplice regolo per il calcolo del colesterolo LDL, da distribuire a medici e pazienti per aumentare la consapevolezza del rischio cardiovascolare da elevati valori colesterolemici LDL;
- un manuale informativo per i pazienti, che verrà distribuito attraverso le Cardiologie, che saranno il fulcro delle attività educazionali del progetto, in considerazione del ruolo chiave che svolgono nel delicato percorso che va dalla gestione dell'evento acuto alla fase della dimissione, fino all'eventuale ricomparsa di successivi episodi. Le cardiologie italiane informeranno i pazienti sull'importanza di cambiare il proprio stile di vita, controllare regolarmente i valori del colesterolo, assumere con costanza le terapie prescritte e, se non si riescono a raggiungere i target terapeutici, rivolgersi al medico che valuterà terapie alternative.

Abbiamo deciso di promuovere questo progetto educativo per ricordare che i veri amici del cuore siamo noi stessi, che dobbiamo voler bene al cuore e prendercene cura,



seguendo la dieta mediterranea e tenendo sotto controllo il colesterolo, che ‘conta’ sempre e in modo particolare dopo un infarto. Il messaggio fondamentale che il progetto vuole trasmettere è che dopo l’infarto si può tornare alla vita, ma la vita inevitabilmente cambia e non bisogna sottovalutare i rischi. Il ritorno alla normalità può essere lungo e faticoso per il paziente e anche per i familiari. Giovanni Spinella ha osservato: “Un infarto può cambiare in modo rilevante l’esistenza di ogni persona; molto dipende dall’intensità con la quale viene vissuto l’evento. Cambia ovviamente anche la quotidianità, in qualsivoglia direzione, se non si vuole ricadere nel buco nero. Si riguarda a quanto e a come ci si ciba; diminuiscono le ore trascorse su una poltrona o dietro una scrivania, aumentano, quanto meno, le passeggiate. Inoltre, ci si deve curare, controllare, pesare, levarsi le cattive abitudini. Una componente importante è quella di dedicarsi al volontariato per attività intese ad evitare che il prossimo abbia a subire la medesima ‘iattura’”.

Importanti novità dal Parlamento

L’ambivalente rapporto che lega la medicina alla scienza giuridica si riflette, palesemente, nella tormentata evoluzione, giurisprudenziale e normativa, relativa alla responsabilità del medico. A soli tre anni dall’entrata in vigore della discussa legge 189 del 2012 (meglio nota come legge Balduzzi), il legislatore è, infatti, nuovamente intervenuto modificando sostanzialmente la responsabilità medica, per come

The screenshot shows the official website of the Italian Senate (Senato della Repubblica). The main content area displays the details of a legislative act, specifically 'Atto Senato n. 2224' from the XVII Legislature. The title of the act is 'Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario' (Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario). The act is currently in the 'Iter' (legislative process) stage, with a date of '28 aprile 2016' and the note 'in corso di esame in commissione'. A table below the title shows the 'Successione della lettura parlamentare' (Successione della lettura parlamentare) with two entries: 'C.208' approved on '28 gennaio 2016' and 'S.2224' currently in 'in corso di esame in commissione' as of '28 aprile 2016'. The page also lists the 'Iniziativa Parlamentare' by Senator Benedetto Francesco Fucci (PD) and provides details on the act's presentation and classification (TEREO).

finora delineatasi in materia penale e civile. In questi giorni il Senato sta, infatti, esaminando (sono in corso presso la Commissione Sanità le audizioni) il disegno di legge 2224, relatore Federico Gelli, “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario” già approvato dalla Camera il 16 gennaio. Nel Def approvato nei giorni scorsi dal Consiglio dei Ministri e, nello specifico, all’interno del Programma Nazionale Riforme, peraltro, è stato confermato l’impegno del Governo per il varo, entro il 2016, della legge. Ratio del

provvedimento è quella di ricreare un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente, pervenendo alla risoluzione di due problematiche: la mole del contenzioso medico legale (che ha causato anche un notevole aumento del costo delle assicurazioni per professionisti e strutture) e il fenomeno della medicina difensiva, che ha causato un uso inappropriato delle risorse destinate alla sanità. Sul fronte civile (art. 7) viene istituito un doppio binario, in cui la responsabilità è contrattuale per le strutture sanitarie (pubbliche e private) ed invece extracontrattuale

per i medici che svolgono la propria attività sia presso le strutture sanitarie pubbliche o private, sia in rapporto convenzionale con il servizio sanitario nazionale. La proposta di legge Gelli sancisce, quindi, il definitivo superamento della teoria del contatto sociale, un rivoluzionario cambiamento coinvolgente la responsabilità civile del medico. La responsabilità di tipo extracontrattuale comporta, consequenzialmente, l'inversione dell'onere della prova e la riduzione della prescrizione a 5 anni in luogo di 10. Spetterà, pertanto, al paziente dimostrare di aver subito un danno, provando non soltanto la natura e l'entità della lesione subita, ma anche il nesso causale tra la condotta e il danno, entro il più breve termine prescrizione di cinque anni. L'azione di rivalsa da parte delle Aziende e delle Assicurazioni nei confronti del medico potrà essere esercitata soltanto per dolo o colpa grave. Viene infine confermato l'obbligo di assicurazione per tutti (aziende Ssn, strutture ed enti privati). Avevo previsto tutto questo stipulando un contratto assicurativo con un noto Broker italiano, ASSITA, che adesso mantiene per contratto le stesse tariffe da me allora bloccate, in una convenzione stipulata per Anmco così conveniente che alcuni colleghi hanno cercato in tutti i modi di divenire associati per poterne usufruire. Le novità più rilevanti sono però sul fronte della responsabilità penale: il testo, all'art. 6, prevede l'inserimento nel codice penale dell'art. 590-ter, in base al quale l'esercente la professione sanitaria che provoca la morte o la lesione

personale del paziente a causa della sua imperizia risponde dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose soltanto in caso di colpa grave. Tale colpa però viene anch'essa esclusa, salve le rilevanti specificità del caso concreto, quando il medico, nell'esecuzione delle prestazioni professionali, agisce nel rispetto delle buone pratiche clinico-assistenziali e delle raccomandazioni previste dalle linee guida. È noto che le linee guida, il cui numero è aumentato significativamente negli ultimi anni, sono state introdotte nella pratica medica con l'obiettivo di standardizzare l'attività medica. Si tratta di raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni scientifiche, che si distinguono dai protocolli, perché quest'ultimi sono più dettagliati e quindi dotati di maggiore intensità precettiva. Nonostante il forte potere a esse attribuito, la legge Balduzzi non ne aveva però specificato concretamente né il ruolo né la natura. Secondo l'art. 5 del d.d.l., esse dovranno essere stilate da società scientifiche e da istituti di ricerca riconosciuti con decreto dal Ministero della Salute ed iscritti in apposito elenco, anch'esso istituito con il medesimo decreto, da emanare entro un anno, con la "bollinatura" dell'Istituto Superiore di Sanità, che le inserirà e pubblicherà nel Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG). Le linee guida dovranno essere pubblicate contestualmente, per i singoli settori di specializzazione, entro due anni dalla data di entrata in

vigore della legge, e dovranno essere periodicamente aggiornate. In attesa, continua ad applicarsi l'articolo 3, comma 1, della legge Balduzzi. Va ricordato, però, che la previsione normativa si riferisce esclusivamente al comportamento imperito posto in essere in violazione delle linee guida e delle pratiche clinico-assistenziali del medico e non anche a quelli imprudenti o negligenti.

Il ruolo dell'ANMCO e i Documenti

Questa lunga premessa era necessaria non solo per mettervi a conoscenza di queste importanti novità, ma per ricollegarci al ruolo e all'impegno della nostra associazione nel campo, estremamente delicato e sensibile, della responsabilità professionale dei Cardiologi ospedalieri, già ampiamente dimostrato concretamente, come anzidetto, con la stipula in convenzione di una assicurazione sanitaria molto vantaggiosa per tutti i Soci. Nella fattispecie, il richiamo del legislatore al ruolo delle linee guida si sposa strettamente alla complessa attività da me fortemente voluta e realizzata nell'ultimo anno, con l'elaborazione dei numerosi documenti ANMCO, con cui la nostra associazione si pone in prima linea in questo processo, confermandoci interlocutori privilegiati per le Istituzioni. A difesa della specificità della nostra disciplina, su mia proposta, il Consiglio Direttivo ha ritenuto, infatti, di avviare un'azione di approfondimento critico sui diversi temi scientifici di grande impatto per l'attività clinica della Cardiologia Ospedaliera. Muovendo



dalle evidenze scientifiche e dalle linee guida internazionali ho pensato che fosse utile coinvolgere una esperta faculty reclutata tra cardiologi e internisti italiani, coinvolgendo molte altre Società Scientifiche che avevano titolo e professionalità nel condividere con noi un percorso scientifico che portasse all'elaborazione di ben 22 Documenti di Consenso e Position Paper (riportati nella Tabella 1).

A testimonianza della trasversalità di ANMCO, per l'indubitabile riferimento che la nostra Associazione ricopre nel panorama medico - scientifico nazionale, queste sono le Società Scientifiche coinvolte nei documenti: SIC - Società Italiana di Cardiologia; AIAC - Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo; AICO - Associazione Italiana Infermieri di Camera Operatoria; AIOM -

Associazione Italiana di Oncologia Medica; GICR - IACPR Società Italiana di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva; GISE - Società Italiana di Cardiologia Invasiva; SICCH - Società Italiana di Chirurgia Cardiaca; SICP - Società Italiana di Cardiologia Pediatrica; SIGO - Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia; SIMEU - Società Italiana di Medicina di Emergenza Urgenza. Questi Position Paper e Documenti

1. I NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI (NAO) NELLA PREVENZIONE DEL TROMBO-EMBOLISMO NELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA): SCENARI CLINICI E PROSPETTIVE FUTURE
2. LA GESTIONE CLINICA DEL PAZIENTE CON CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA (CIC)
3. TELEMEDICINA E SCOMPENSO CARDIACO
4. PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO NEL PAZIENTE CON DISLIPIDEMIA E INTOLLERANZA ALLA TERAPIA CON STATINE
5. CHIUSURA PERCUTANEA AURICOLA SINISTRA
6. CLINICAL PATHWAYS AND MANAGEMENT OF ANTITHROMBOTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS) PERCORSI ASSISTENZIALI E STRATEGIE PER LA TERAPIA ANTITROMBOTICA DELLE SCA
7. LA RETE CARDIOLOGICA PER LA CURA DEL MALATO CON SCOMPENSO CARDIACO: ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE
8. NUOVE PROSPETTIVE PER IL TRATTAMENTO DELLE DISLIPIDEMIE: IL RUOLO DEGLI INIBITORI DELLA PROTEINA PCSK9
9. DEFINIZIONE, PRECISIONE E APPROPRIATEZZA DEL SEGNALE ELETTROCARDIOGRAFICO DI: ELETTROCARDIOGRAFI, ERGOMETRI, HOLTER E MONITOR POSTI LETTO
10. GRAVIDANZA E CARDIOPATIE CONGENITE
11. APPROCCIO CLINICO-PRATICO AL PRETRATTAMENTO FARMACOLOGICO IN OCCASIONE DI PROCEDURE DI RIVASCULARIZZAZIONE MIocardica
12. USO DEI NUOVI ANTICOAGULANTI ORALI NELLA TERAPIA E NELLA PREVENZIONE DELLA TROMBO-EMBOLIA POLMONARE
13. GESTIONE INTRA-OSPEDALIERA DEI PAZIENTI CHE SI PRESENTANO CON DOLORE TORACICO
14. GESTIONE CLINICA DELLA IPERCOLESTEROLEMIA DOPO SINDROME CORONARICA ACUTA
15. GESTIONE DELLA DIMISSIONE OSPEDALIERA
16. STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO IN CHIRURGIA CARDIACA E TAVI SPECIFICO PER IL PAZIENTE ANZIANO
17. SNODI CLINICO - GESTIONALI IN AMBITO CARDIONCOLOGICO
18. RACCOMANDAZIONI SULL'IMPIEGO DEI BIOMARCATORI CARDIACI NELLO SCOMPENSO CARDIACO
19. L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA NELLA FASE POST-ACUTA DELLE SINDROMI CORONARICHE
20. TELEMEDICINA E RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA
21. CONSIDERAZIONI SU UNA VALUTAZIONE POLIPARAMETRICA NELLA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DI MORTE IMPROVISA PER L'INDICAZIONE ALL'IMPIANTO DI CARDIOVERTER - DEFIBRILLATORE IN PREVENZIONE PRIMARIA, NELLA DISFUNZIONE VENTRICOLARE SINISTRA DI ORIGINE ISCHEMICA E NON ISCHEMICA
22. RACCOMANDAZIONI PER IL FOLLOW UP DEL PAZIENTE CON TROMBO - EMBOLIA POLMONARE

di Consenso ANMCO sono stati presentati e discussi, in un innovativo progetto scientifico - editoriale, nella loro bozza finale, elaborata con cura e attenzione da un qualificato pool di esperti in un'apposita Convention di approvazione dei Documenti Scientifici ANMCO (Gubbio, 19-20 novembre 2015).

Ma ci siamo spinti oltre e recentemente a Catania si è tenuta, il 2 e 3 febbraio, una Convention Intersocietaria per l'approvazione di un ulteriore Documento Scientifico di Consenso, dedicato al Percorso diagnostico - terapeutico del paziente con dislipidemia 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 - Associazione Medici Diabetologi, ANCE - Associazione Nazionale Cardiologi Extraospedalieri, ARCA - Associazione Regionale Cardiologi Ambulatoriali, FADOI - Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti, FIC - Federazione Italiana di Cardiologia, GICR-IACPR, GISE, SIBioC - Società Italiana di Biochimica Clinica, SIC, SICOA - Società Italiana Cardiologia Ospedaliera Accreditata, SIF - Società Italiana di Farmacologia, SID - Società Italiana di Diabetologia, SIMEU, SIMG - Società Italiana di Medicina Generale, SIMI - Società Italiana di Medicina Interna, SISA - Società Italiana per lo Studio dell'Aterosclerosi) 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. Questo Documento sarà presentato a breve al ministro della Salute e all'AIFA. Tutti i Documenti ANMCO, che dovrebbero consentire di trasformare linee guida ed evidenze dalla letteratura scientifica in piani e percorsi diagnostico terapeutici utili nel contesto complesso del Servizio Sanitario Nazionale Italiano, per come previsto dalla succitata legge, sono stati oggetto, sia a Gubbio sia a Catania, di un'ampia e approfondita analisi, operata tramite una metodologia innovativa di approvazione da me ideata con l'ausilio delle più moderne tecnologie (tutti i partecipanti erano dotati di un Tracker identificante i - PAD mini, appositamente ideato, al fine di garantire la massima interattività e certificare la loro espressione di voto). Abbiamo così proceduto alla lettura critica, alla revisione e all'approvazione, capitolo per capitolo, di tutti i documenti, al fine

di pianificare le migliori strategie da attuare per la diffusione delle Linee Guida vigenti e delle nuove raccomandazioni in esse contenute. Ho avuto ampiamente modo di complimentarmi per l'impegno e la passione espressa sia dagli Associati ANMCO sia dai Colleghi di tutte le Società Scientifiche coinvolte, che ha permesso di raggiungere questo successo corale, confermando il ruolo di protagonista della nostra Associazione nel panorama scientifico ed editoriale nazionale e internazionale; abbiamo avuto la possibilità concreta di attuare compiutamente la nostra mission di "costituire punti di riferimento per la prassi clinica in ambito cardiovascolare, generando raccomandazioni, documenti di consenso e punti di vista dell'Associazione su aspetti rilevanti nell'area cardiovascolare". Questi Documenti Scientifici, che si prefiggono di essere sostegno autorevole ai percorsi più accreditati di terapia, tali da poter coniugare sostenibilità ed evidenze scientifiche, stanno continuando 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. ♥

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

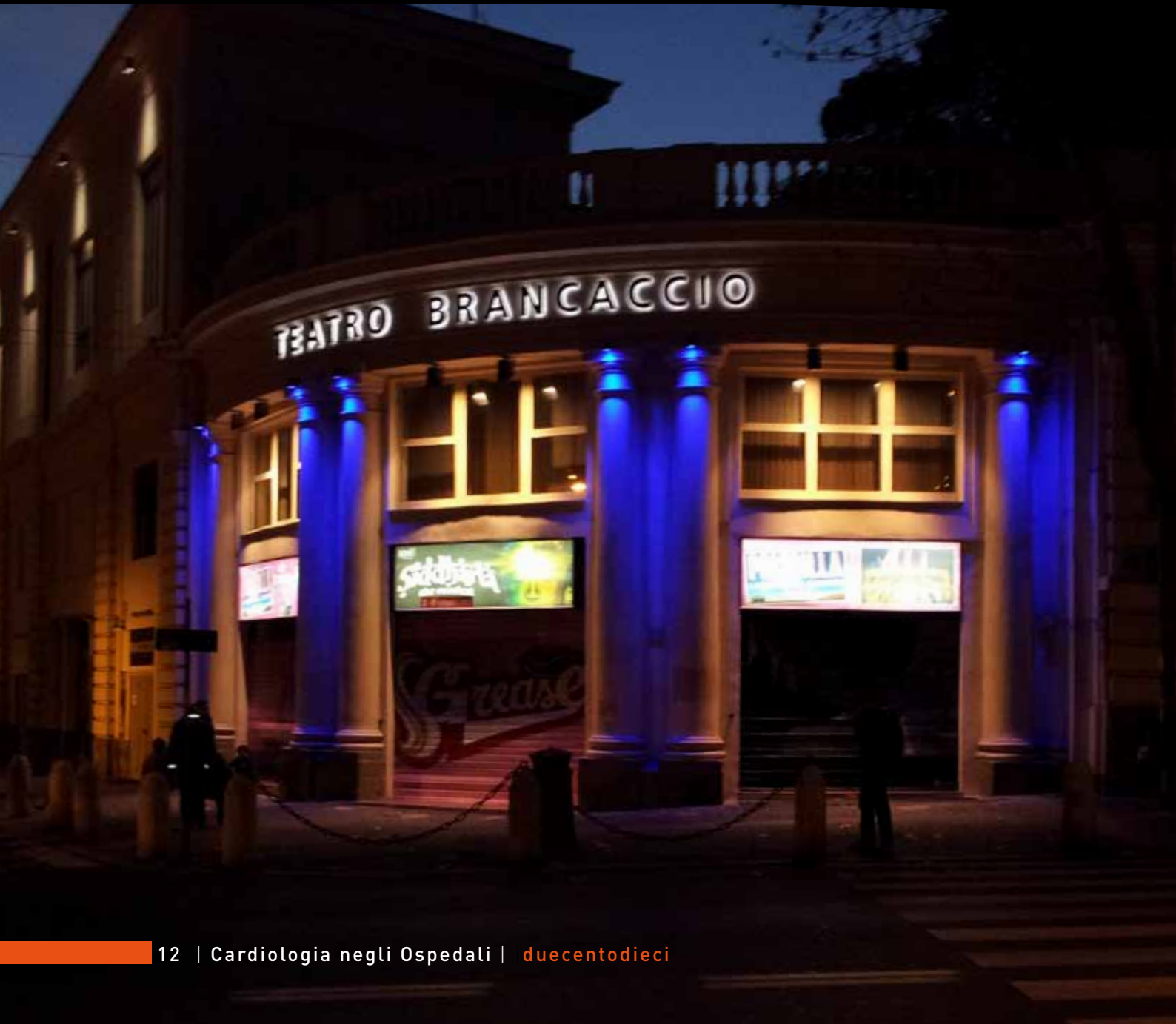


LA FONDAZIONE "PER IL TUO CUORE" RISPONDE

DI PIER LUIGI TEMPORELLI



La Scuola che ti riempie il cuore





Troppo bello! È la prima cosa che mi viene in mente per descrivere la giornata del 10 febbraio al teatro Brancaccio di Roma. In scena "La salute del cuore", storia romanizzata della anatomia cardiovascolare, dei fattori di rischio cardiovascolare e delle strategie per controllarli destinata ai ragazzi delle scuole superiori, organizzata dall'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO e dalla Fondazione "per il Tuo cuore" con l'egida dell'Istituto Superiore di Sanità. Parlare in eventi scientifici di ogni tipo a colleghi più o meno attenti e motivati è una cosa cui siamo abituati. Ma parlare a circa 1.200 ragazzi pieni di colore, curiosità e vitalità in uno scenario peraltro molto attraente è qualcosa di diverso. In un canovaccio ben

configurato e armonizzato le letture frontali - didattiche ma nello stesso tempo "sceneggiate" ad hoc - si sono alternate alle domande dei ragazzi precedentemente ricevute ed aggregate per tematica, veicolate in modo esemplare dall'anchorman Fabio Chiucconi, giornalista RAI. Il tutto ha creato una alternanza godibile da parte di tutti, relatori compresi, che dapprima hanno raccontato come è fatto il cuore, come funziona e si ammala, come si può mantenerlo in salute attraverso stili di vita corretti, e poi hanno risposto alle curiosità dei ragazzi su vari aspetti, dalle malattie cardiache ereditarie alla alimentazione ideale per rimanere in salute, dalle cardiopatie congenite al tipo di attività fisica ideale per la prevenzione cardiovascolare fino

alle curiosità sui danni del fumo e dell'inquinamento atmosferico. Un format molto efficace da ribadire senza dubbio in altri contesti. Peraltro una buona occasione per far conoscere le potenzialità di ANMCO e della Fondazione ad un vasto pubblico che diversamente non verrebbe raggiunto. Grazie a tutti i relatori che hanno messo a disposizione il loro tempo e le loro competenze, a Fabio Chiucconi gentile, cordiale e preparato sulla tematica, all'ospitalità del Teatro Brancaccio, al provider che ha coordinato in modo esemplare l'evento, ma soprattutto ai Presidi e ai ragazzi delle scuole partecipanti. Una giornata da ripetere, per i ragazzi, per la scuola in generale, per noi. Una giornata che ti riempie il cuore. ♥



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	532	2 anni	sospeso	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)	1.056 (25.596)	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)	111 (2.754)	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	18	186	65	48 settimane	in corso	
BLITZ-AF (osservazionale)	200	3.000		1 anno	in corso	
START (osservazionale)	250	4.500	2	1 anno	-	

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	-	



POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	100	6.000	-	1 anno	-
In Progress (osservazionale)	400	300	-	6 mesi	-
BLITZ-HF (osservazionale)	100	6.000	-	1 anno	-

■ FIBRILLAZIONE ATRIALE ■ PREVENZIONE ■ SINDROMI CORONARICHE ACUTE ■ OUTLIERS ■ SCOMPENSO

FOCUS ON

Studio In-Progress

Studio nazionale, osservazionale, sull'uso dei trattamenti antitrombotici nei pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST (NSTEMI-SCA) ricoverati in UTIC e non sottoposti a rivascolarizzazione, promosso dalla Fondazione "per il Tuo cuore" Onlus e dall'ANMCO.

Si svolgerà in due periodi di osservazione della durata di 2 mesi ciascuno, intervallati da un periodo di 6 mesi nel corso del quale in 20 delle 40 UTIC selezionate per la partecipazione, scelte in modo randomizzato, saranno attuati programmi intensivi di implementazione delle attuali Linee Guida europee sulle NSTEMI-SCA. Le UTIC che parteciperanno al programma di implementazione saranno incoraggiate a organizzare riunioni di staff includendo

infermieri e personale medico dei reparti di Cardiologia e del pronto soccorso al fine di valutare la propria performance, di condividere materiali educazionali, e di discutere e pianificare possibili miglioramenti. Verranno arruolati i pazienti ricoverati consecutivamente con diagnosi di sindrome coronarica acuta trattati con strategia conservativa in 40 UTIC: l'attesa è che vengano arruolati circa 150 pazienti per ogni periodo di osservazione. Lo scopo primario di questo Registro è quello di migliorare le conoscenze sulle strategie farmacologiche e non farmacologiche comunemente impiegate dal ricovero fino alla dimissione dei pazienti con NSTEMI-SCA che non vengono sottoposti a rivascolarizzazione durante l'evento indice. Obiettivo secondario è valutare se l'implementazione di un programma in Ospedali selezionati migliora l'aderenza alla terapia secondo le Linee Guida

in pazienti SCA che non vengono sottoposti a rivascolarizzazione durante l'evento indice e migliora così gli outcome dei pazienti nel corso dei successivi sei mesi rispetto alla strategia assistenziale tradizionale. Ovviamente, trattandosi di un Registro osservazionale non è prevista nessuna modalità terapeutica specifica, né l'esecuzione di alcun esame strumentale supplementare rispetto a quelli che comunemente vengono eseguiti nella pratica clinica dei Centri partecipanti. È previsto un follow-up telefonico a 6 mesi dei pazienti inclusi. I pazienti verranno trattati in base ai protocolli standard utilizzati presso i Centri con una forte raccomandazione a seguire le Linee Guida sul trattamento antitrombotico delle sindromi coronariche acute. La raccolta dati avverrà esclusivamente su CRF elettronica, con compilazione e invio mediante browser internet.



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)

Comitato di Coordinamento

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



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

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

Comitato di Coordinamento

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



AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

Giovanni Gregorio
 (Vallo della Lucania - SA)
Co - Chairperson
 Luciano Moretti (Ascoli Piceno)

Comitato di Coordinamento

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



AREA NURSING

Chairperson Medico

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



Chairperson Infermiera

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

Comitato di Coordinamento

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

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



AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

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

Comitato di Coordinamento

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



AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

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

Comitato di Coordinamento

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



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOLOGIA PEDIATRICA



INNOCENZO BIANCA
(Catania)

CARDIOGERIATRIA



GIOVANNI PULIGNANO
(Roma)

CARDIOLOGIA DELLO SPORT



FRANCO GIADA
(Noale - VE)

CARDIONCOLOGIA



LUIGI TARANTINI
(Belluno)



Vi è un crescente riscontro di sindromi cliniche che simulano le sindromi coronariche acute, sostenute da processi flogistici che pongono quesiti di ordine diagnostico, clinico/terapeutico e di follow up

Il 1° dicembre a Mestre è stato organizzato un incontro scientifico sul tema dove i più grandi esperti della Scuola di Medicina di Padova e di Trieste hanno portato importanti aggiornamenti in materia, frutto della loro ricerca pluriennale

Cardio-imaging nella pericardite/miocardite aggiornamento dal Cardio-Venice 3

Percorsi diagnostici nelle pericarditi/miocarditi

Secondo le Linee Guida ESC 2015 per la diagnosi ed il trattamento delle patologie del pericardio si definisce Pericardite la patologia infiammatoria del pericardio per la cui diagnosi, nel suo esordio acuto, sono necessari almeno due dei seguenti criteri:

1. Dolore toracico di tipo pericarditico.
 2. Sfregamenti pericardici.
 3. Sopra-slivellamento diffuso del tratto ST di nuova insorgenza oppure sotto-slivellamento del tratto PR all'ECG.
 4. Versamento pericardico (di nuova insorgenza o peggiorato).
- Esistono inoltre alcuni elementi di supporto diagnostico, quali:
- Innalzamento degli indici di flogosi

(es PCR, VES e leucocitosi).

- Evidenza di flogosi pericardica con metodiche di imaging (TC, RM).

In base all'andamento evolutivo dell'episodio acuto si distinguono diverse forme cliniche:


- Persistente (durata compresa tra 1 e 3 mesi).
- Ricorrente (recidiva dopo episodio acuto a distanza di almeno 1 mese, con intervallo libero da sintomi).
- Cronica (pericardite di durata > 3 mesi).

Per quanto riguarda la definizione di Miocardite, invece, le classificazioni WHO/ISFC sottolineano l'importanza di criteri diagnostici di tipo istologico (Classificazione di Dallas), immunologico ed immunoistochimico, per

confermare la natura infiammatoria della patologia a carico del muscolo cardiaco. La patogenesi della miocardite prevede una fase subacuta, conseguente nella maggior parte dei casi all'infezione virale che ha indotto l'esordio clinico, con una risposta immunitaria secondaria a cui si associano infiltrazioni cellulari, che può esitare in una fase cronica con fibrosi, dilatazione e disfunzione miocardica. Vengono definite, in base a tali osservazioni, le forme di Cardiomiopatia Infiammatoria, in cui la miocardite si associa a disfunzione cardiaca e può condurre a Cardiomiopatia Dilatativa (con dilatazione e disfunzione sistolica del ventricolo sinistro

eventualmente estesa al ventricolo destro) secondo meccanismi patogenetici di tipo infettivo, autoimmune ed idiopatico. La flogosi pericardica può concomitare a quella miocardica in quadri di miopericardite o perimyocardite, in relazione alla sede prevalente di estensione del danno, anche se non è infrequente che i due termini vengano utilizzati senza riferimento al prevalente coinvolgimento cardiaco. L'ecocardiogramma transtoracico (ETT) ha un ruolo cardine nell'iter diagnostico per la diagnosi di versamento pericardico, che dovrebbe essere descritto in termini di entità (lieve, moderato, severo in base al calibro dello spazio ecoprivo), di distribuzione (circonferenziale/localizzato); in casi selezionati sarebbe indicato approfondire la natura istologica del versamento stesso (trasudato o essudato infiammatorio). La valutazione ecocardiografica permette di

- **Myopericarditis**
 - primarily pericarditic syndrome with minor myocardial involvement
- **Perimyocarditis**
 - indicates a primarily myocarditic syndrome with minor pericardial involvement.



Imazio M, et al. Controversial Issues in the Management of Pericardial Diseases. Circulation 2010

valutare altresì le dimensioni e gli indici di performance ventricolari, anche utilizzando gli indici strain con riscontro non infrequente, in corso di miocardite, di disfunzione ventricolare sinistra, meno comunemente estesa al ventricolo destro, identificando un sottogruppo

di pazienti a prognosi avversa; la valutazione ecografica deve essere volta anche all'esclusione di altre cause di scompenso cardiaco ed alla diagnosi di trombosi endocavitaria, che può essere presente in corso di miocardite fino al 25% dei casi. I riscontri laboratoristici in corso

Le pericarditi/miocarditi rappresentano delle situazioni cliniche acute di crescente riscontro nella realtà ospedaliera e pongono questioni aperte su come gestirle correttamente dal punto di vista diagnostico, clinico, terapeutico e come follow-up

Un recente convegno scientifico svoltosi a Mestre ha promosso un confronto fra le due scuole di pensiero più prestigiose del triveneto, quella di Padova, rappresentata dalla Prof.ssa Basso e dalla Prof.ssa Caforio e quella di Trieste rappresentata dal Prof. Sinagra e dal Prof. Di Lenarda

Ne è derivato un importante aggiornamento su vari aspetti in quest'ambito ed in particolare si vuole riproporre quanto emerso in materia di imaging cardiovascolare nell'ambito delle mio-pericarditi



Raccomandazioni della Società Europea per la diagnosi di Pericardite

Diagnosis of Pericarditis

Recommendations for diagnosis of acute pericarditis

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
ECG is recommended in all patients with suspected acute pericarditis	I	C	
Transthoracic echocardiography is recommended in all patients with suspected acute pericarditis	I	C	
Chest X-ray is recommended in all patients with suspected acute pericarditis	I	C	
Assessment of markers of inflammation (i.e. CRP) and myocardial injury (i.e. CK, troponin) is recommended in patients with suspected acute pericarditis	I	C	

European Heart Journal (2013)

di miopericardite evidenziano aumento degli indici di flogosi aspecifici (VES; PCR e leucocitosi), anche se il riscontro di valori normali non esclude la diagnosi; la positività dei marker peculiari di danno miocardico (troponina, più frequentemente alterata rispetto a CPK-MB) identifica sottogruppi di pazienti con prognosi peggiore in corso di miocardite acuta. In caso di sospetto coinvolgimento miocardico della flogosi pericardica ci sono indicazioni di tipo I C ad osservare il paziente in regime di ricovero, effettuare esame coronarografico nell'esclusione di una possibile

sindrome coronarica ed eseguire risonanza magnetica cardiaca, che permette di indagare numerosi aspetti della patologia mediante una caratterizzazione tissutale non invasiva. In caso di sospetta miocardite il riscontro alla CRM di flogosi miocardica è significativo per la presenza di almeno due dei seguenti criteri:

- Aumento dell'intensità del segnale circoscritto o diffuso a livello miocardico nelle sequenze T2 pesate per edema.
- Aumento dell' "early gadolinium-enhancement" miocardico in rapporto al muscolo scheletrico

Il cardio-imaging se applicato con appropriatezza e competenza nell'ambito della diagnostica differenziale fra processi flogistici e sindromi coronariche permette una più corretta gestione clinica

nelle sequenze T1-pesate (diagnostico per miocardite rapporto ≥ 4 o valore assoluto dell'enhancement miocardico $\geq 45\%$).

- Presenza di almeno una lesione focale con distribuzione regionale non-ischemica alla valutazione con late gadolinium enhancement. La positività del punto 3 rende l'esame di risonanza significativo per danno miocardico e/o cicatrice da causa infiammatoria miocardica.
- La ripetizione della CRM a distanza di 1 e 2 settimane è raccomandata se nessuno dei criteri sopracitati è risultato presente ma l'insorgenza

dei sintomi risulta recente e le caratteristiche cliniche sono fortemente sospette per miocardite. La presenza di versamento pericardico e di disfunzione miocardica sono evidenze di supporto alla diagnosi di miocardite. La CRM potrebbe essere considerata come approfondimento diagnostico nei pazienti stabili prima della biopsia endomiocardica (EBM), ma non sostituisce tale valutazione nella diagnosi, né deve ritardarla in caso di presentazioni cliniche emodinamicamente compromesse. ♥

Abbinando correttamente i segni clinici ai segni diagnostico strumentali non-invasivi si riesce a riconoscere più precocemente dal punto diagnostico le mio-pericarditi e di stratificarle meglio dal punto di vista prognostico

Diagnosis of Miocarditis

Recommendations for the diagnosis and management of pericarditis associated with myocarditis

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
In cases of pericarditis with suspected associated myocarditis, coronary angiography (according to clinical presentation and risk factor assessment) is recommended in order to rule out acute coronary syndromes	I	C	
Cardiac magnetic resonance is recommended for the confirmation of myocardial involvement	I	C	
Hospitalization is recommended for diagnosis and monitoring in patients with myocardial involvement	I	C	
Rest and avoidance of physical activity beyond normal sedentary activities is recommended in non-athletes and athletes with myopericarditis for a period of 6 months	I	C	
Empirical anti-inflammatory therapies (lowest efficacious doses) should be considered to control chest pain	Ila	C	

European Heart Journal (2013)

L'articolo ha lo scopo di riassumere brevemente i concetti emersi da un incontro scientifico svoltosi recentemente a Mestre in ambito diagnostico non invasivo delle miocarditi-pericarditi



Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases

Firstline tests in patients with a clinical presentation consistent with myocarditis

Table 5 Diagnostic cardiac magnetic resonance criteria for myocarditis

In the setting of clinically suspected myocarditis (Tables 3–4), CMR findings are consistent with myocardial inflammation, if at least two of the following criteria are present:

- (1) Regional or global myocardial signal intensity increase in T2-weighted oedema images^a
- (2) Increased global myocardial early gadolinium enhancement ratio between myocardium and skeletal muscle in gadolinium-enhanced T1-weighted images^b
- (3) There is at least one focal lesion with non-ischaemic regional distribution in inversion recovery-prepared gadolinium-enhanced T1-weighted images (late gadolinium enhancement)^c

A CMR study is consistent with myocyte injury and/or scar caused by myocardial inflammation if Criterion 3 is present

A repeat CMR study between 1 and 2 weeks after the initial CMR study is recommended if

- None of the criteria are present, but the onset of symptoms has been very recent and there is strong clinical evidence for myocardial inflammation
- One of the criteria is present

The presence of LV dysfunction or pericardial effusion provides additional, supportive evidence for myocarditis

Table reprinted with permission from (20).

^aGlobal signal intensity (SI) increase has to be quantified by an SI ratio of myocardium over skeletal muscle of ≥ 2.0 . If the edema is more subendocardial or transmural in combination with a colocalized ischaemic (including the subendocardial layer) pattern of late gadolinium enhancement, acute myocardial infarction is more likely and should be reported.

^bA global SI enhancement ratio of myocardium over skeletal muscle of ≥ 4.0 or an absolute myocardial enhancement of $\geq 45\%$ is consistent with myocarditis.

^cImages should be obtained at least 5 min after gadolinium injection; foci typically exclude the subendocardial layer, are often multifocal, and involve the subepicardium. If the late gadolinium enhancement pattern clearly indicates myocardial infarction and is colocalized with a transmural regional edema, acute myocardial infarction is more likely and should be reported.

European Heart Journal (2013)

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

I giovani Cardiologi devono riappropriarsi della propria identità di clinici pur continuando a guardare alle continue innovazioni scientifiche, solo così potranno sentirsi completi dal punto di vista professionale

Come sarà il Cardiologo del futuro?

Nella Cardiologia del futuro, esiste ancora un ruolo per il Cardiologo clinico?

Un terribile dubbio occupa la mente dei giovani Cardiologi: apparteniamo ad una specie in via di estinzione? Il Cardiologo clinico chi è? Chi siamo diventati, dopo un lungo iter di studi ed anni di specializzazione? Dal sondaggio on-line, cui abbiamo recentemente sottoposto i giovani colleghi under 40, è emersa una temibile verità: ci sentiamo privi di una precisa identità professionale perché costretti a diventare il prima possibile degli "ultra" specialisti in una Cardiologia sempre più interventistica, perdendo così di vista le nostre "origini". Molti di noi sono praticamente nati aritmologi, emodinamisti o super specialisti



dell'imaging e hanno dedicato una minima parte della propria formazione a frequentare corsie, auscultare cuori e toccare con mano il paziente; solo pochi hanno avuto la fortuna di potersi affiancare ad un collega più "anziano", detentore di cultura ed esperienza e raro esemplare di Cardiologo clinico, che volesse condividere passione e conoscenze. Non a caso, capita ogni giorno nei nostri reparti che di fronte ad un paziente ricoverato si trovino a discutere diversi specialisti, ciascuno con le proprie certezze e conoscenze, con il rischio di perdere la visione d'insieme tra gli insidiosi meandri della polipatologia... Non possiamo mai dimenticare che i nostri pazienti, oltre ad essere cardiopatici, sono spesso diabetici, broncopatici, nefropatici ed affetti da vasculopatia polidistrettuale, condizioni complesse che si intrecciano tra loro rendendo le nostre scelte delicate e rivolte alla continua ricerca di un labile equilibrio tra

rischio trombotico ed emorragico. Nella pratica clinica si riscontra quotidianamente quanto sia raro il tipico "paziente del trial", nel quale la condizione patologica in studio è spesso depurata da comorbidità e politerapie interferenti; quando, nella realtà quotidiana, ci troviamo nel "limbo clinico" l'unica soluzione è il "buon senso" cioè quel mix di cultura, esperienza e senso clinico che l'iperspecializzazione nega per definizione. La sensazione è che negli ultimi anni si sia davvero perso il contatto con la clinica e ora i giovani Cardiologi sentono questa carenza all'interno di un percorso di formazione che li ha proiettati, volenti o non, verso le conoscenze più recenti e innovative della Cardiologia moderna; ma sentono anche che questa carenza va colmata per sentirsi davvero completi dal punto di vista professionale. Non a caso, tra i campi di interesse dei giovani Cardiologi italiani, emersi dal sondaggio, spicca la volontà di partecipare a corsi di clinical



competence, per affinare un aspetto per troppo tempo trascurato. Pur mantenendo lo sguardo verso il futuro non dobbiamo dimenticare che tutto ruota intorno alla clinica e ciò significa dedicarsi, in maniera imprescindibile, ad

una accurata anamnesi e ad una visita approfondita, passaggi indispensabili anche per creare un rapporto umano con il paziente e decidere con lucidità, in un secondo momento, quali esami strumentali siano necessari. I progressi e le

evidenze scientifiche nell'ambito della diagnosi e della terapia delle cardiopatie e delle complicanze acute, modificano continuamente la tipologia degli interventi nei reparti cardiologici. Tali interventi prevedono la conoscenza teorica e tecnica di argomenti sempre nuovi di terapia intensiva e non, dall'utilizzo dei nuovi farmaci, ai device più complessi, dall'assistenza respiratoria invasiva e non invasiva, ai vari tipi di pace-maker... Il Cardiologo del futuro, per essere definito tale, deve acquisire questo tipo di competenze clinico-operative, sia in patologie acute (sindromi coronariche acute ed insufficienza cardiaca acuta), dove la rapidità decisionale e la competenza fanno la differenza, sia nella gestione del cronico, spesso "figlio di nessuno" perché poco "appetibile" sotto il profilo interventistico. Proprio per gestire questo tipo di paziente la competenza clinica è indispensabile e spesso l'unica arma a nostra disposizione. Noi crediamo che solo seguendo e sponsorizzando questo percorso formativo, potremo sviluppare una concreta professionalità e diventare specialisti " clinicamente competenti" per il futuro. ♥

Il Cardiologo del futuro, per essere definito tale, deve acquisire competenze clinico-operative, sia in patologie acute (sindromi coronariche acute ed insufficienza cardiaca acuta), dove la rapidità decisionale e la competenza fanno la differenza, sia nella gestione del cronico, spesso "figlio di nessuno" perché poco "appetibile" sotto il profilo interventistico



**Tromboembolismo arterioso e venoso tra passato e futuro:
due facce della stessa medaglia?**

Tromboembolismo arterioso, venoso e il mito di Giano bifronte

**Sembra finita l'epoca in cui tromboembolismo arterioso e venoso
venivano considerate due realtà fisiopatologiche completamente
separate con manifestazioni cliniche distinte**

Giano-Ianus o Janus è il più antico degli Dei maggiori italici o romani e il suo culto si fa risalire in epoca arcaica. Avrebbe regnato come primo re del Latium molto tempo prima della nascita di Roma fondando una città sul monte Gianicolo che da lui prende nome, e donando la civiltà agli Aborigeni. Con la ninfa Camese avrebbe avuto numerosi figli tra cui Tiberino, signore del Tevere. Giano avrebbe accolto Saturno, dio dell'agricoltura, spodestato dal figlio Giove, condividendo con lui la regalità e consentendogli di portare l'età dell'oro ricevendone in cambio la capacità di vedere il passato e il futuro. Tale capacità sarebbe all'origine della sua rappresentazione bifronte. Con la riforma del calendario romano Numa Pompilio dedicò a Giano il

primo mese successivo al solstizio d'inverno, Gennaio, che sarebbe diventato il primo mese dell'anno. In epoca classica la rappresentazione bicefala vede Giano preposto alla custodia delle porte e dei ponti all'ingresso e all'uscita con le due facce che vegliavano nelle due direzioni a custodire l'entrata e l'uscita. I romani lo chiamavano "Pater", creatore dell'universo venerato come Dio di tutti gli inizi che vede ogni cosa e guarda in tutte le direzioni. Nel tempo la rappresentazione bifronte ha preso la forma di contrapposizione di due mondi diversi uniti in un unico corpo. In generale si è conservata la simbologia di Giano come custode di ogni forma di mutamento, di passaggio da un inizio a una fine: dalla gioventù alla vecchiaia, dal presente al futuro.

Il mito di Giano potrebbe ben rappresentare il passaggio epocale dalla vecchia concezione dicotomica tra tromboembolismo arterioso e venoso a una nuova visione in cui l'uno e l'altro possono essere due aspetti di un unico fenomeno che può presentarsi in momenti diversi nella vita di uno stesso individuo. L'antica concezione di un trombo bianco costituito da fibrina e piastrine e di un trombo rosso costituito da globuli rossi e bianchi è stato ampiamente superato dalla osservazione che trombi ricchi di fibrina si trovano negli atri di soggetti con fibrillazione atriale e nelle coronarie di soggetti con infarto così che farmaci anticoagulanti giocano un ruolo nella prevenzione dello stroke in corso di fibrillazione atriale, nella prevenzione e nella terapia della



Una serie di dati in letteratura induce a riconsiderare la classica dicotomia fisiopatologica tra tromboembolismo arterioso e venoso che rende ragione delle differenze anatomiche e dei differenti quadri clinici di presentazione e prende corpo una nuova ipotesi fisiopatologica comune che apre nuovi scenari nella prevenzione, nella terapia e nel follow up del tromboembolismo arterioso e venoso

cardiopatía ischemica; le piastrine sono un importante componente del trombo bianco e si è dimostrato che gli antiaggreganti possono giocare un ruolo, sebbene inferiore agli anticoagulanti, nella prevenzione del tromboembolismo venoso (vedi Studi WARFASA ed ASPIRE). Ci sono condizioni cliniche note in cui entrambi gli aspetti di trombosi arteriosa e venosa possono essere contemporaneamente presenti come nella sindrome da anticorpi anti-fosfolipidi, nelle sindromi mieloproliferative, nelle malattie oncologiche in generale, in corso di chemioterapia, nella insufficienza renale cronica, nella iperomocisteinemia, nel fattore V Leiden, nella mutazione della protrombina, nelle terapie ormonali sostitutive, situazioni queste che possono far presupporre dei meccanismi patogenetici comuni. La prima osservazione di una potenziale associazione fra aterosclerosi e tromboembolismo venoso è quella della ormai storica pubblicazione apparsa sul New England Journal of Medicine nel 2003 con la quale il Prof. P. Prandoni osservava che, su circa 299 pazienti con tromboembolismo venoso periferico, placche aterosclerotiche erano presenti in circa il 47% dei soggetti con TEV non provocato. Osservazioni successive hanno dimostrato che il rischio di IMA è 4 volte maggiore nei soggetti con un precedente

episodio di TEV rispetto alla popolazione generale, così come risulta aumentato il rischio di stroke. Fattori di rischio condivisi possono spiegare l'incremento della frequenza di atero-trombosi nei pazienti con TEV. Sembra, tuttavia, che i pazienti con eventi aterotrombotici non presentino un aumentato rischio di TEV. L'atero-trombosi non sarebbe un fattore di rischio di TEV mentre i pazienti con pregresso evento di TEV sono esposti a fenomeni trombotici sul versante arterioso in misura superiore rispetto alla popolazione generale. Negli ultimi anni si è dimostrato, come alcuni dei classici fattori di rischio cardiovascolare siano anche fattori di rischio per il TEV: l'obesità, il fumo, il diabete, la dislipidemia, la sindrome metabolica incrementano il rischio di tromboembolismo venoso. A tal proposito, mentre è nota l'influenza dello stile di vita e, in particolare, della condotta alimentare sul rischio cardiovascolare aterosclerotico, non altrettanto nota è l'influenza dei fattori nutrizionali sul tromboembolismo venoso. Uno studio prospettico, condotto su circa 15.000 pazienti seguiti per circa 12 anni, ha mostrato come l'introito di frutta e verdura si associ a una riduzione della incidenza di tromboembolismo venoso, come questo sia ridotto del 30-40% dall'introito di pesce e come invece aumenti con l'introito di carni rosse.

Oltre i fattori di rischio anche il meccanismo fisiopatologico può essere condiviso: infiammazione, iper-coagulabilità e danno endoteliale giocano un ruolo nella aterosclerosi. Per quanto riguarda il tromboembolismo venoso, l'infiammazione sembra giochi un ruolo nella sua patogenesi nei pazienti con malattia infiammatoria intestinale e /o vasculite; nel TEV non provocato risultano aumentate la proteina C reattiva, il fibrinogeno, il fattore VIII. A tal proposito nello studio JUPITER è stato dimostrato come rosuvastatina 20 mg compresse riduca del 43% il TEV nei pazienti con elevati i livelli di proteina C reattiva. La ipercoagulabilità in corso di TEV è stata a lungo studiata e si è visto come sia nei pazienti con fattore V Leiden, mutazione del fattore II, deficit di proteina S di proteina C sia aumentato il rischio di TEV.

Nel tempo si è conservata la simbologia di Giano come custode di ogni forma di mutamento, di passaggio da un inizio a una fine: dalla gioventù alla vecchiaia, dal presente al futuro

Naturalmente anche l'eventuale danno endoteliale può avere un ruolo nella patogenesi del TEV. Il nuovo quadro fa presupporre, quindi, che aterosclerosi e trombosi venosa condividano alcuni aspetti ancora non completamente chiariti che li rendono un'unica patologia: la trombosi. In questa ottica può essere estremamente produttivo considerarli come due facce di una medesima medaglia come un Giano bifronte, la cui espressività in diverse manifestazioni cliniche può attuarsi in momenti diversi in relazione a componenti geneticamente determinati e/o in parte determinati da altri fattori quali l'età, lo stile di vita, le comorbilità, fattori intercorrenti. Questo porterebbe il TEV a prediligere quali fattori di rischio trauma e immobilità e l'aterosclerosi nel TEA. In prospettiva vale la pena di considerare il tromboembolismo venoso come parte di una sindrome pan-vascolare che comprende anche cardiopatia ischemica e stroke e la cui evoluzione dipende dal controllo dei fattori di rischio cardiovascolare. Inoltre, i pazienti con pregresso evento TEV andrebbero valutati anche per la malattia aterosclerotica in modo da effettuare uno screening precoce

Il mito di Giano rappresenta il passaggio epocale dalla vecchia concezione dicotomica tra tromboembolismo arterioso e venoso a una nuova visione in cui l'uno e l'altro possono essere due aspetti di un unico fenomeno che può presentarsi in momenti diversi nella vita di uno stesso individuo

sui danni di tipo aterosclerotico per una prevenzione del danno cardiovascolare globale. Quindi si potrebbe pensare di intervenire precocemente sulla storia naturale della sindrome pan-vascolare attraverso misure dietetiche, farmacologiche di prevenzione e di controllo. In pratica una buona prevenzione può essere fatta dalla introduzione di dieta mediterranea, da attività fisica regolare. Da un punto di vista farmacologico si è dimostrato che sia le statine, sia l'aspirina giocano un ruolo nella prevenzione del TEV. I due settori arterioso e venoso, quindi, non solo sono in continuità anatomica, ma anche funzionale poiché possono essere coinvolti in stati diversi della malattia. Naturalmente siamo entusiasti all'idea di nuovi studi che chiariscano tale associazione tra tromboembolismo arterioso e tromboembolismo venoso. ♥

Rappresentazione di Giano bifronte, Gennaio, tratta dalla Porta dei mesi del Duomo di Ferrara, opera di uno scultore anonimo denominato Maestro dei Mesi



**Il tromboembolismo venoso può essere considerato parte di una sindrome pan-vascolare con la cardiopatia ischemica e lo stroke
In tale prospettiva la prevenzione del TEV potrebbe rientrare nella riduzione del rischio cardiovascolare globale**



Un grande successo per l'iniziativa dell'Area in
concomitanza di Cardiologie Aperte

L'Area Prevenzione Cardiovascolare incontra i giovani

“La salute del Cuore: come e perché adottare e mantenere stili di vita
sani fin dalla giovane età”



Mercoledì 10 febbraio 2016, dalle ore 9.00 alle ore 13.00, si è svolto, presso il Teatro Brancaccio di Roma, l'evento riguardante la prevenzione delle malattie cardiovascolari dal titolo “La salute del Cuore: come e perché adottare e mantenere stili di vita sani fin dalla giovane età”, rivolto agli alunni di alcuni licei romani. Sono particolarmente orgoglioso di aver promosso questa iniziativa, targata ANMCO e Fondazione “per il Tuo cuore” e patrocinata anche dall’Istituto Superiore di Sanità. L'evento è parte del progetto di divulgazione di stili di vita sani sostenuto dalla Fondazione nell’ambito delle Cardiologie Aperte

L'evento “La salute del Cuore: come e perché adottare e mantenere stili di vita sani
fin dalla giovane età” ha coinvolto al teatro Brancaccio di Roma

1.078 studenti dei licei romani

L'adozione di stili di vita sani fin dalla giovane età è stato il leitmotiv della giornata

L'evento è stato promosso dall'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO, insieme a Fondazione "per il Tuo cuore", ANMCO Lazio ed Istituto Superiore di Sanità

(è noto che l'Area Prevenzione Cardiovascolare, infatti, è il braccio operativo della Fondazione per le iniziative educazionali). L'incontro ha richiesto una lunga fase preparatoria. Gli inviti sono stati rivolti ai Presidi di alcuni Licei di Roma a marzo dello scorso anno in modo che l'iniziativa potesse essere inserita nel Piano di Offerta Formativa dei relativi Istituti Scolastici. Deciso

il programma, alcuni docenti interessati all'argomento salute e prevenzione, hanno coordinato ed approfondito il lavoro didattico con gli studenti nei diversi Istituti, discutendo con loro i temi della corretta alimentazione, dell'attività fisica ed in generale degli stili di vita sani, fondamento della prevenzione cardiovascolare primaria. Sulla base del lavoro svolto a scuola, le classi hanno preparato una serie di quesiti da porre al panel degli esperti durante la giornata del 10 febbraio. I Licei coinvolti nell'iniziativa sono stati ben 7, che hanno partecipato con studenti dal primo al quinto anno. È doveroso elencarli:

- Liceo Classico "Augusto",
- Liceo delle Scienze Umane "Margherita di Savoia",
- Liceo Scientifico e Tecnico per il turismo "Charles Darwin",
- Liceo Scientifico "Tullio Levi Civita",

- Liceo Linguistico "Leopoldo Pirelli",
- Liceo Scientifico "Plinio Seniore",
- Liceo Scientifico "Isacco Newton".

La giornata è stata condotta dal giornalista Rai del TG2 Fabio Chiuconci, che ha partecipato amichevolmente, introducendo i vari relatori e coordinando le domande dal parterre. Dopo i saluti iniziali, che ho portato insieme al Dott. Massimo Uguccioni, Presidente Regionale ANMCO Lazio, che ha condiviso con me l'organizzazione dell'evento, il Dott. Carmine Riccio, Tesoriere ANMCO, ha portato il saluto del Presidente ANMCO, Dott. Michele

Molti professori hanno manifestato interesse a poter essere coinvolti in futuro in altre iniziative dell'ANMCO e della Fondazione riguardanti temi così importanti



Gulizia e del Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore", Prof. Attilio Maseri. I temi trattati sono stati ampi. Dopo due brevi ma complete relazioni introduttive, rispettivamente sulla fisiologia del sistema cardiocircolatorio e sulla patogenesi dell'aterosclerosi, tenute da Massimo Uguccioni e Carmine Riccio, si è passati all'utilità della prevenzione precoce delle malattie cardiovascolari, ovvero la cosiddetta "prevenzione primordiale" di cui mi sono fatto carico di persona.



Con il Patrocinio di:



La Salute del Cuore

Come e perché adottare e mantenere stili di vita sani fin dalla giovane età



10 FEBBRAIO 2016 Teatro Brancaccio
Via Merulani, 244 00185 Roma

PROGRAMMA

- 09:00 Introduzione Fabio Chiuccconi - Giornalista TG2
- 09:15 Saluti Autorità
Michele Massimo Gulizia - Presidente ANMCO
Attilio Maseri - Presidente della Fondazione per il Tuo Cuore Onlus
- 09:30 Il sistema cardiovascolare: come funziona
Massimo Uguccioni
- 09:45 Il sistema cardiovascolare: come si ammala
Carmine Riccio
- 10:00 Prevenzione delle malattie cardiovascolari: perché e quando
Gian Francesco Mureddu
- 10:15 La parola alla Scuola: domande dal parterre
Conduce: Fabio Chiuccconi
Dibattito interattivo tra studenti, docenti e panel di esperti
- 11:00 Alimentazione o dieta? Storia e gloria della dieta mediterranea
Luigi Palmieri
- 11:20 La parola alla Scuola: domande flash
Conduce: Fabio Chiuccconi
- 11:30 Come cambia il corpo e come farselo piacere
Marcello Marcelli
- 11:45 Attività fisica: ad ogni età la sua
Pier Luigi Temporelli
- 12:00 Non mandiamo la vita in fumo
Roberta Pacifici
- 12:15 La parola alla Scuola: domande dal parterre
Dibattito interattivo tra studenti, docenti e panel di esperti
- 13:00 Messaggi finali
- 13:30 Saluti

L'adozione di stili di vita sani fin dalla giovane età è stato il leitmotiv della giornata, come è stato rimarcato dall'intervento di un esperto delle "carte del rischio" dell'Istituto Superiore di Sanità, il Dott. Luigi Palmieri, che ha spiegato cosa si intende per "dieta

mediterranea". Il Dott. Marcello Marcelli, nutrizionista e dietologo, ha messo in guardia i ragazzi su quali possono essere le trappole delle diete non salutari e ha sottolineato la necessità di guardare in maniera equilibrata al proprio "io corporeo", evitando i modelli proposti dalla

pubblicità e dai media, spesso non veritieri e soprattutto non salutari. L'importanza dell'attività fisica è stata esposta dal Dott. Pierluigi Temporelli, Consigliere del Consiglio di Amministrazione della Fondazione "per il Tuo cuore"; potrete leggere, in questo

Gli argomenti sono stati trattati in maniera colloquiale ma anche con rigore scientifico, presentando ai ragazzi dati della letteratura scientifica internazionale



stesso numero di “Cardiologia negli Ospedali”, le sue positive ed entusiaste emozioni su questa giornata. Infine la Dott.ssa Roberta Pacifici, dell’Istituto Superiore di Sanità, ha parlato dei danni del fumo, argomento di estrema rilevanza per i giovani, sfiorando il problema più ampio delle dipendenze. Nel parterre erano presenti altri esperti, che hanno arricchito la discussione con il loro contributo, e in particolare alcuni componenti del Comitato di Coordinamento dell’Area Prevenzione Cardiovascolare, la Dott.ssa Annarita Pilleri, il Dott. Paolo Fontanive, il Dott. Paolo Silvestri e il mio Co-Chairperson, Dott. Maurizio Abrignani, che ha precisato, dietro specifica richiesta degli studenti, quali sono i rapporti tra inquinamento atmosferico



e rischio cardiovascolare, un argomento di grande attualità. La partecipazione degli alunni e dei professori invitati è stata numerosa. Il teatro è stato, infatti, quasi interamente riempito e il

numero dei presenti è stato di 1.078. I ragazzi hanno partecipato molto attivamente intervenendo con domande pertinenti e originali che hanno stimolato le risposte e gli approfondimenti di tutti gli specialisti presenti. Al termine della mattinata, molti docenti si sono trattenuti per ringraziare per l’invito ricevuto, esprimendo il parere di aver partecipato a un interessante e ben organizzato convegno. Hanno inoltre commentato che tutti gli argomenti erano stati trattati in modo esaustivo e che né loro, né i ragazzi, avevano avuto cali di attenzione anche momentanea, grazie al grande interesse per gli argomenti e all’esposizione definita brillante di tutto il panel di esperti. Molti professori hanno manifestato interesse a poter essere coinvolti in futuro in altre iniziative dell’ANMCO e della Fondazione riguardanti temi così importanti. Il feed-back dei giorni successivi, avvenuto attraverso i messaggi su





smartphone ci ha lasciati veramente soddisfatti, consapevoli di aver riempito un piccolo “buco di comunicazione” generazionale, e convinti che questo tipo di

manifestazione, sulla quale abbiamo scommesso, ha una valenza certa. Insomma, una giornata molto ben riuscita che ha pienamente coinvolto gli studenti senza moniti

paternalistici, fornendo loro non diktat ma informazioni essenziali e lasciando al loro senso critico quale direzione far prendere al loro bene più prezioso, la Salute. ♥





ANMCO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

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

Prot. S561/16/ANMCO
Firenze, 2 maggio 2016

AI SOCI ANMCO

Cara Socia, Caro Socio,

l'Assemblea Generale dei Soci ANMCO è convocata in occasione del 47° Congresso Nazionale ANMCO per

venerdì 3 giugno 2016
presso la **Sala Anfiteatro** del PalaCongressi di Rimini

in prima convocazione alle ore 6.00 ed in **seconda convocazione alle ore 8.00.**

La convocazione, contenente l'Ordine del Giorno, è riportata a seguire.

Nel corso dell'Assemblea verranno presentate le candidature per l'elezione dei Consiglieri del Consiglio Direttivo, del Presidente Designato, che guiderà l'ANMCO nel biennio 2018-2020, e, eventualmente, del Rappresentante dei Soci Aggregati.

Richiamo la tua attenzione sul fatto che qualora l'Assemblea approvi le modifiche statutarie proposte dal Consiglio Direttivo e dal Consiglio Nazionale, poste al punto 5 dell'Ordine del Giorno e a te qui inviate, sarai chiamato ad eleggere 12 Consiglieri del Consiglio Direttivo e il Presidente Designato. Qualora le modifiche non fossero approvate, invece, sarai chiamato, come nelle precedenti elezioni, ad eleggere 10 Consiglieri e il Presidente Designato.

Le elezioni **si terranno Venerdì 3 giugno, dalle ore 11.00 alle ore 18.00 e sabato 4 giugno, dalle ore 8.30 alle ore 12.30** presso la sede congressuale.

Ricordo che:

- per accedere all'Assemblea, oltre a essere in regola con il pagamento delle quote associative, è necessario ritirare il pass presso la Segreteria ANMCO;
- per esercitare il diritto di voto è sempre necessario essere in regola ed esibire alla Commissione Elettorale il proprio documento di identità.

Per verificare lo stato del pagamento delle tue quote associative potrai consultare l'area del sito web ANMCO (www.anmco.it) riservata ai Soci. Se non fossi ancora in regola, potrai utilizzare il modulo per l'autorizzazione all'addebito automatico sul tuo conto corrente bancario (SEPA) scaricabile dal sito web ANMCO oppure potrai effettuare il pagamento della quota on-line nell'area riservata dello stesso sito web o utilizzare il bollettino di conto corrente postale (che trovi in allegato se non risulti in regola).

Non dimenticarti che in base all'Art. 4 dello Statuto ANMCO i Soci devono provvedere al versamento personale della quota associativa annua.

Qualora avessi regolarizzato in questi giorni la tua posizione non considerare questo sollecito. Come di consueto, onde evitare spiacevoli inconvenienti, consiglio di portare con te la ricevuta di avvenuto pagamento. Il Dipartimento Soci-Regioni ANMCO è a disposizione per ulteriori chiarimenti (tel. 055/51011) dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00.

Nel caso non ti fosse possibile partecipare alle elezioni potrai farti rappresentare da un altro Socio Ordinario o Onorario utilizzando la delega allegata (cd. "delega verde"). In alternativa la delega, riportante i dati del delegante (nome, cognome, data di nascita) e il nominativo del delegato, può essere redatta su carta intestata oppure su foglio bianco. In tutti i casi di delega alternativa, senza quindi l'utilizzo della cosiddetta "delega verde", è necessario che il Socio delegante apponga il proprio timbro personale e la propria firma autografa, entrambi in originale. Inoltre, alla delega alternativa va allegata la fotocopia ben leggibile di un valido documento di identità non scaduto (fronte e retro) del Socio delegante, datata e sottoscritta in originale. Non saranno ritenute valide altre forme di delega.

Ogni Socio Ordinario o Onorario può rappresentare per delega non più di altri due Soci.

Altra modifica statutaria proposta riguarda l'eliminazione del Rappresentante dei Soci Aggregati che quindi sarà eletto solo qualora l'Assemblea esprima voto contrario a tale proposta di modifica.

Pertanto, eventuali candidature a questa posizione decadranno automaticamente all'approvazione della modifica Statutaria da parte dell'Assemblea.

Arrivederci a Rimini

Michele Massimo Gulizia
Presidente ANMCO



ANMCO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

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

Convocazione Assemblea

Prot. S562/16/ANMCO

ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI ANMCO PalaCongressi di Rimini Sala Anfiteatro

venerdì 3 giugno 2016
ore 6.00 in prima convocazione
ore 8.00 - 10.00 in seconda convocazione

ORDINE DEL GIORNO

1. Nomina del Presidente dell'Assemblea
2. Relazione del Presidente ANMCO sulle attività dell'Associazione
3. Relazione del Presidente della Fondazione "per il Tuo cuore" ONLUS e del Direttore del Centro Studi ANMCO
4. Relazione del Tesoriere ANMCO sul bilancio consolidato ANMCO – Centro Servizi ANMCO s.r.l. – Fondazione "per il Tuo cuore" ONLUS
5. Proposte di modifica dello Statuto ANMCO
6. Linee direttive dell'attività dell'Associazione di indirizzo assembleare
7. Presentazione delle candidature per l'elezione dei Consiglieri del Consiglio Direttivo, come da Statuto approvato, e del Presidente Designato per il biennio 2016-2018
8. Eventuale presentazione delle candidature per l'elezione del rappresentante dei Soci Aggregati per il biennio 2016-2018
9. Nomina dei componenti della Commissione Elettorale
10. Varie ed eventuali

Michele Massimo Gulizia
Presidente ANMCO



DI STEFANO URBINATI, GIUSEPPE DI PASQUALE, GIANLUCA MONTEFRANCESCO,
GIANFRANCO TORTORICI, ALESSANDRO CAPECCHI, ANGELO RENDINA,
VALENTINA MANTOVANI, BARBARA BORDONI, LETIZIA RIVA, ELISABETTA FANTONI,
PAOLO PANDOLFI, GERARDO ASTORINO E LEONARDO PANCALDI

Le Cardiologie di Bologna per la “Giornata del Cuore” riportano alla sua antica funzione uno dei più antichi Ospedali d’Europa





Che a Bologna sia stata fondata la più antica Università d'Europa, nel 1088, è noto, ma forse è meno conosciuto il fatto che proprio qui sia stato fondato uno dei primi Ospedali, attorno al 1283, da un francescano venuto da Perugia che, con alcuni confratelli bolognesi fondò l'Ospedale della Vita, dedito all'assistenza dei pellegrini e degli infermi. Un piatto e un letto caldo, un conforto materiale e spirituale, è tutto quello che poteva fornire un Ospedale a quei tempi. Di fronte all'Ospedale della Vita, che si estendeva nell'area oggi occupata dal Mercato di Mezzo, che possiamo immaginare anche oggi come una grande corsia ospedaliera, sorgerà più tardi quello della Morte, la cui corsia è diventata il portico omonimo, dove ha sede la libreria Nanni che Pierpaolo Pasolini ricorda come

uno dei luoghi della sua giovinezza bolognese. L'Ospedale della Morte non era chiamato così perché la prognosi fosse diversa da quella che attendeva i pellegrini dell'Ospedale della Vita, dato che a quei tempi la mortalità era altissima e la vita breve, ma perché era riservato ai condannati a morte e agli eretici, cioè a coloro che la società considerava reietti e che invece la pietà bolognese accudiva donando loro un ultimo momento di conforto prima di essere condotti al patibolo sul colle della Montagnola. Una grande civiltà si scopre anche in questi particolari, dalla attenzione e dalla pietà dimostrata verso gli ultimi, i più disgraziati, coloro che presto perderanno la vita non per una malattia, ma per una colpa. Per un giorno, dopo oltre 700 anni, il 13 gennaio 2016 i locali dell'Oratorio di S. Maria della Vita e di quello che,

fino alla riforma napoleonica, fu un Ospedale sono tornati alla loro antica funzione nella "Giornata del Cuore" durante la quale medici e infermieri degli Ospedali bolognesi, coadiuvati dagli Amici del cuore, hanno incontrato più di 800 cittadini parlando di prevenzione cardiovascolare, di alimentazione ed attività fisica, misurando pressione arteriosa, glicemia e colesterolo, spiegando come viene trattato con tempestività ed efficacia chi è colpito da un infarto e proponendo un addestramento pratico alla rianimazione cardiopolmonare grazie alla collaborazione degli istruttori BLS ANMCO. Tra loro, attratto dallo spirito della giornata anche il sindaco Virginio Merola che per l'occasione ha espresso l'intenzione di smettere di fumare. Ma l'occasione, per tutti, è stata anche quella di immergersi nel messaggio profondo che questo complesso monumentale trasmette ancora oggi con il suo carico di umanità, sofferenze e speranza, soprattutto se le preziose opere d'arte custodite vengono osservate non con gli occhi del turista o dell'amante dell'arte, ma con quelli dei malati che per secoli, davanti a quelle immagini e a quelle sculture, hanno pregato sperando di vedere alleviate le proprie sofferenze. Immaginare quanti ammalati o loro congiunti di fronte al "Compianto sul Cristo morto" di Niccolò dall'Arca avranno sentito come propria la disperazione delle tre Marie, con la bocca spalancata in un urlo straziante che ne deforma i volti e le vesti e si saranno immedesimati nell'incredulità di Giovanni e nello



Da sinistra: Gianluca Montefrancesco, Alessandro Capecci, Giuseppe Di Pasquale, il Sindaco di Bologna Virginio Merola, Stefano Urbinati

sguardo di Giovanni d'Arimatea impietrito di fronte all'arcano mistero della malattia e della morte. E la stessa immedesimazione va immaginata di fronte al "Transito della Vergine" di Alfonso Lombardi, altro gruppo imponente di terracotta che troneggia sull'oratorio in cui abbiamo svolto gli incontri di prevenzione, in cui il feretro di Maria è stato appena rovesciato dall'ebreo Anania, in un gesto sacrilego, ma che ci piace immaginare, con una interpretazione ardita ma adeguata al luogo, come quello di un uomo che sfida la morte e il suo carico di sofferenze. Con un gesto che è un po' il nostro, di tutti noi medici e infermieri che quotidianamente sfidiamo la morte cercando di invertire il naturale decorso di una malattia. Alfonso Lombardi racconta la scena un attimo prima che un angelo giustiziere, rimettendo le cose al loro posto, gli tagli le mani mentre, difendendosi dall'ira degli apostoli, in una stupenda invenzione cinquecentesca cade all'indietro, fuori dalla nicchia che contiene il Transito, in una soluzione scenica di grande efficacia. Ma l'assenza del colpo di spada di S. Michele ha dato vita ad una diversa lettura critica, che, riferendosi alla realtà ospedaliera nella quale l'opera è collocata, mette in primo piano, in seguito all'improvvisa e minacciosa apparizione dell'Arcangelo, l'atto di conversione dell'ebreo Anania, che dovrà rinunciare alla sua ribellione convertendosi alla fede cristiana, allora considerata l'unica vera risorsa per guarire dalle malattie. ♥



DALLE REGIONI - FRIULI VENEZIA GIULIA

DI GIULIA RUSSO, TATJANA SAVLI E MATTEO CASSIN
A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE
ANMCO FRIULI VENEZIA GIULIA



18 marzo 2016: Cardionursing e Congresso Regionale ANMCO con il rinnovo delle cariche ANMCO Friuli Venezia Giulia

Il 18 marzo si è svolto, in un riunione congiunta medico-infermieristica, il Cardionursing e Congresso Regionale ANMCO 2016 dal titolo “La gestione cardiologica del paziente anziano ottuagenario”. Sono state affrontate varie tematiche, organizzate in tre sessioni, riguardanti la gestione del paziente anziano acuto, del cronico e le varie patologie cardiache più comuni come l’ipertensione

arteriosa, la fibrillazione atriale e la dislipidemia. È noto come l’argomento sia di estrema attualità, in quanto l’età dei pazienti che occupano le nostre terapie intensive si è significativamente innalzata negli ultimi anni e il paziente anziano impegna notevoli risorse nella cronicità. Il Congresso, seppur organizzato per l’intera giornata di venerdì (per poter coniugare la parte scientifica con

quella associativa) ha ottenuto un buon successo di iscrizioni, oltre un centinaio tra medici ed infermieri. Ebbene sì, è stato un Congresso congiunto, come abbiamo ormai sperimentato in quest’ultimo biennio, dove medici e infermieri hanno collaborato nelle relazioni e moderazioni all’interno delle sessioni, dove gli uni hanno portato un contributo agli altri e viceversa. Infatti, siamo ben consapevoli che

L’Assessore alla Salute Dott.ssa Telesca in un momento di saluto; a destra il Dott. Andrea Di Lenarda, Presidente Designato ANMCO e a sinistra il Dott. Matteo Cassin, Presidente Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia





Il 18 marzo si è svolto il Cardionursing ed il Congresso Regionale ANMCO seguito dall'Assemblea dei Soci per il rinnovo delle cariche regionali

per la crescita della Cardiologia Ospedaliera è necessario condividere, ciascuno con il proprio contributo e la propria mansione, la nostra attività lavorativa, scientifica e formativa con un fine unitario: la cura e la prevenzione delle malattie cardiovascolari. In ogni sessione del Congresso, grazie alla presenza di discussant, particolarmente competenti nelle specifiche tematiche, vi è stata una partecipata discussione da parte dei discenti presenti in sala. Alla conclusione della giornata si è tenuta l'Assemblea dei Soci ANMCO. Matteo Cassin, Presidente Regionale

ANMCO Friuli Venezia Giulia per il biennio 2014 - 2016 ha esposto il programma e le attività svolte. Anche durante quest'Assemblea è stato dato ampio spazio ai Soci per discutere sul programma passato e portare idee per il prossimo biennio. Conclusa l'Assemblea si sono svolte le votazioni per l'elezione del nuovo Consiglio Direttivo Regionale. Sono stati eletti Maria Grazia Baldin, Silvana Brigido, Matteo Cassin, Marzia De Biasio, Mauro Driussi, Elisa Leiballi, Carmine Mazzone, Marco Milo, Alberto Roman Pognuz. Confermato come Presidente Matteo Cassin. Infine un

caloroso e sincero ringraziamento a tutti i Consiglieri del Direttivo uscente (Silvana Brigido, Matteo Cassin, Vito D'Onofrio, Mauro Driussi, Elisa Leiballi, Marco Milo, Diego Vanuzzo, Giulia Russo, Olga Vríz con Tatjana Savli, Referente Regionale Infermieristica) perché con simpatia, serietà e competenza hanno partecipato alle varie riunioni e ai vari compiti che di volta in volta venivano dati. Al nuovo Consiglio Direttivo l'augurio di continuare a lavorare proficuamente per la difesa e lo sviluppo della Cardiologia Ospedaliera del Friuli Venezia Giulia. ♥



Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia 2014 - 2016 in un momento conviviale dopo una riunione



Un momento del Cardionursing e Congresso Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia



Il Dott. Matteo Cassin Presidente Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia 2014 - 2016

RELATORI, MODERATORI E DISCUSSANTI

Francesco Antonini Centerlin - Udine (PN)
 Stefano Barbanti - Gorizia
 Enzo Barbucci - Montebelluna (TV)
 Rita Belliere - Trieste
 Guglielmo Bernardini - Pordenone
 Silvana Brigioni - Montebelluna (TV)
 Eugenia Brunchetto - Pordenone
 Matteo Cassin - Pordenone
 Antonella Cherubini - Trieste
 Vito D'Onofrio - San Vito al Tagliamento (PN)
 Ermanno Dametto - Pordenone
 Maria De Biasio - Udine
 Andrea Di Lenarda - Trieste
 Sara Dolma - Trieste
 Mauro Diussal - Udine
 Elias Leibali - Pordenone
 Marco Mio - Trieste
 Chiara Nelli - Udine
 Gian Luigi Nicolosi - Pordenone
 Daniela Pavan - San Vito al Tagliamento (PN)
 Andrea Pavani - Trieste
 Tatiana Piva - Udine
 Stefania Piva - Pordenone
 Stefano Poli - Trieste
 Daniela Poser - Pordenone
 Alberto Prosser - Trieste
 Alessandro Prosser - Udine
 Donatella Radici - Trieste
 Serena Rattar - Trieste
 Giulia Russo - Trieste
 Tatiana Savli - Gorizia
 Diego Verzese - Udine
 Olga Vita - San Daniele del Friuli (UD)
 Maria Carla Zorzi - Pordenone

RESPONSABILI SCIENTIFICI
 Dott. Matteo Cassin - Dirigente medico, S.C. di Cardiologia, Presidio Ospedaliero di Pordenone, AAS 5 "Friuli Occidentale"
 Sig.ra Tatiana Savli - Coordinatore infermieristico, S.C. di Cardiologia, Presidio Ospedaliero di Gorizia, AAS 2 "Bassa Friulana-Verona"
 Dott.ssa Olga Vita - Dirigente medico, S.C. di Cardiologia, Presidio Ospedaliero di San Daniele del Friuli, AAS3 "Alto Friuli-Carinzia-Medio Friuli"

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
 ANMCO
 Via Roma, 8 - 33100 UDINE
 Telefono 0432 227472 - Fax 0432 307133
 E-mail: info@anmcocongressi.com
 Website: www.anmcocongressi.com

PROVIDER ECM
 ANMCO
 Via la Marmora, 26 - 30121 FIRENZE
 Telefono 055 510711 - Fax 055 5107350
 E-mail: formazione.ecm@anmco.it
 Website: www.anmco.it

ECM 888-148780
 L'evento è stato inserito in ECM per 150 partecipanti. Professionisti accreditati.

MEDICO CHIRURGO
 Discipline di riferimento: Cardiologia, Geriatria, Medicina Interna, Medicina generale (medici di famiglia)

INFERMIERE
 TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE
 Ore formative: 6 - Crediti formativi: 4,8
 Obiettivo formativo: 3 - Documentazione clinica, Percorsi clinico-assistenziali, diagnosi/riabilitativi, profilo di assistenza - profili di cura

SEDE DEL CONVEGNO
 Auditorium San Marco
 Via Sarnese, 8 - 33067 PALMANOVA (UD)

CON IL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI

ANMCO
 ASSOCIAZIONE NUCLEARE ITALIANA

CARDIONURSING E CONGRESSO ANMCO REGIONALE
 "La gestione cardiologica del paziente anziano ottuagenario"

VENERDI 18 MARZO 2016
 AUDITORIUM SAN MARCO PALMANOVA (UD)



DALLE REGIONI - MARCHE

DI MICAELA CAPPONI E DOMENICO GABRIELLI
A NOME DEL CONSIGLIO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO MARCHE



ANMCO Marche incontra le Istituzioni Regionali



Il 22 febbraio scorso una delegazione del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche, costituita dal Presidente Domenico Gabrielli e dal Segretario

Micaela Capponi, è stata ricevuta dal Presidente della Regione Marche Prof. Luca Ceriscioli che, in atto, ha anche mantenuto per sé la direzione dell'Assessorato alla

Sanità regionale, coadiuvato dal Dott. Enrico Bordoni, Direttore della Agenzia Sanitaria Regionale. L'incontro era stato richiesto per poter esprimere il punto di vista

della nostra Associazione scientifica su vari argomenti tra cui, non ultima, la riorganizzazione della rete clinica cardiologica marchigiana anche alla luce delle direttive del Decreto Balduzzi. Come in altre realtà, anche nella nostra regione l'applicazione del Decreto potrebbe portare non solo ad una riduzione del numero delle Cardiologie ma anche ad una modifica dell'assetto della Cardiologia all'interno di strutture organizzate per "intensità di cure", con il rischio di perdere la specificità della nostra branca, a discapito dei pazienti. Di fatto questa riorganizzazione è già stata applicata in altre regioni come la Toscana, senza dimostrazioni di efficacia nel migliorare l'outcome del paziente cardiologico, che invece negli anni aveva visto modificare drasticamente e positivamente la propria prognosi grazie ai continui progressi scientifici della Cardiologia. La nostra Associazione ha quindi tenuto a sottolineare, anche a livello regionale e di fronte al decisore pubblico, la linea già tracciata a livello nazionale e ribadita in più sedi istituzionali dal nostro Presidente Dott. Gulizia. A latere, visto che nella nostra regione la gran parte degli Ospedali sono riuniti in un'unica Azienda Sanitaria (ASUR) e che ormai risulta fondamentale essere tutti integrati in un'unica rete cardiologica che preveda come snodi/Hub le Cardiologie - UTIC dotate di Emodinamica, abbiamo proposto la possibilità di creare un Dipartimento Cardio-Chirurgico

unico almeno di ASUR. Questo faciliterebbe le interazioni e potenziando il sistema di trasporti (118) di tipo primario e secondario si realizzerebbe un più facile ed efficiente spostamento dei pazienti per garantire a tutti i corretti tempi di soccorso e condizioni di assistenza adeguate alla fase della patologia (dall'acuzie alla post-acuzie, dalla dimissione alla presa in carico), riducendo al contempo il massacrante carico legato a queste situazioni, ora in capo alle Cardiologie. Ciò necessariamente comporta anche il dovere di prevedere nell'ambito della rete tutti gli step della catena, quindi anche strutture che si occupino di Riabilitazione Cardiologica, ambito che invece il Decreto Balduzzi non prende assolutamente in considerazione. Le riabilitazioni sono snodi cruciali dove accogliere il paziente dopo la dimissione successiva ad esempio a un intervento di tipo cardiocirurgico evitando inutili sovraccarichi sulle Cardiologie periferiche, dispendiosi per il sistema e poco produttivi per il percorso dei pazienti. Si è inoltre posta all'attenzione del Presidente Ceriscioli la necessità di prevedere in ambito di budget una particolare attenzione alle procedure di Emodinamica Strutturale, così come l'assoluta urgenza di rivedere i quadri occupazionali e le piante organiche del personale medico che negli ultimi tempi hanno subito, nell'area cardiologica ma non solo, un progressivo depauperamento

soprattutto a causa delle esigenze dettate dalla crisi economica. Poi la recente attuazione di vecchie normative che regolano l'orario di lavoro, stante la fine di deroghe prolungate in merito, impongono alla politica uno sguardo ed un impegno diverso nei confronti degli Ospedali ed in particolare nei confronti di discipline che gestiscono la intensività. Altro problema è stato posto riguardo le criticità rappresentate dall'attuazione del DGRM 808/2015, che disciplina le liste di attesa e la presa in carico del paziente cronico, significando la necessità di ripensare un sistema che sembra avere come unico interlocutore in proposito la sanità ospedaliera, senza tener conto della mole di lavoro affrontata giornalmente dai Cardiologi ospedalieri e delle carenze di risorse umane e strumentali e di supporto. In un momento così delicato la nostra Associazione non poteva esimersi dal far sentire la propria voce e dal fare proposte che tutelino i successi ottenuti ed il livello di professionalità raggiunti in questi anni a fronte di notevoli difficoltà, anche di tipo economico. L'incontro si è svolto in un clima fattivo e di reciproca disponibilità, per cui si spera che almeno parte delle proposte rappresentate vengano accolte e che la nostra Associazione diventi stabile interlocutore delle Istituzioni regionali per i problemi e l'organizzazione della Cardiologia. ♥



Un grande successo per le iniziative regionali per la settimana del cuore

Cardiologie Aperte in Sicilia

Nonostante, di questi tempi, la nostra attività principale di Cardiologi ospedalieri sia messa a dura prova dai tagli alla sanità e da situazioni complesse che coinvolgono direttamente i nostri già carenti organici, anche quest'anno la partecipazione attiva dei Cardiologi ANMCO e delle Cardiologie siciliane ha garantito davvero un grande successo all'iniziativa Cardiologie Aperte 2016. Ripercorriamo insieme questi momenti, ricordando che in molti casi ci si è avvalsi della collaborazione di club service e di organizzazioni di volontariato, che condividono con noi lo scopo di contribuire ad alimentare nella popolazione generale la tutela della salute e la prevenzione cardiovascolare. La risposta della Cardiologia dell'Ospedale di Caltagirone (Direttore Dott. Giacomo Chiarandà) all'evento è stata piena di entusiasmo e di iniziative. Il 9 febbraio si è tenuta una conferenza televisiva, trasmessa dalla TV locale XENON, per la comunicazione dell'avvio ufficiale della Rete dell'Infarto miocardico a Caltagirone e la

programmazione di una campagna informativa-educazionale rivolta alla popolazione sul riconoscimento precoce dei sintomi dell'infarto miocardico e sull'opportunità di una tempestiva chiamata del 118 (evitando l'arrivo in Ospedale con mezzi propri) per ridurre il ritardo evitabile, permettendo di aumentare il numero di pazienti con infarto miocardico che arrivano vivi in Ospedale e di giungere il più precocemente possibile ad una adeguata terapia di riperfusione. Nella stessa teleconferenza sono stati sensibilizzati i telespettatori sulla mission di ANMCO e della Fondazione "per il Tuo cuore" e sull'educazione ai corretti stili di vita, invitando infine i cittadini ad accedere al servizio "Banca del Cuore". Il 13 febbraio è stata tenuta una conferenza dibattito presso l'aula magna del Liceo Scientifico di Caltagirone con i giovani studenti del IV e V anno sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari e della morte improvvisa nello sport, integrata da un breve corso BLS per laici. Il numero e la qualità delle domande degli studenti hanno confermato come l'evento

sia stato particolarmente gradito e utile. Nella stessa data, la sera, si è tenuta presso l'Hotel Villa Sturzo una conferenza con i Club Service (Lions, Rotary Club) e le varie Associazioni di Volontariato presenti a Caltagirone per la sensibilizzazione alla mission di ANMCO e della Fondazione "per il Tuo cuore" e l'educazione a corretti stili di vita. Nell'ambito di tale conferenza è nata la proposta di organizzare, nell'ambito della settimana del cuore, una "Giornata Calatina per la lotta alle malattie cardiovascolari". Per San Valentino, infine, si è tenuta in Municipio, dalle ore 9.00 alle 11.00, una conferenza-dibattito in favore dei pazienti cardiopatici e dei loro congiunti, ma aperta a tutti i cittadini, con lo scopo di informarli sull'avvio della Rete dell'infarto miocardico acuto a Caltagirone e sensibilizzarli verso la lotta alle patologie cardiovascolari e particolarmente alla prevenzione della morte improvvisa nella popolazione e negli sportivi. Nella stessa giornata, i cittadini sono stati accolti presso i locali dell'U.O.C. di Cardiologia, dove hanno ricevuto un counseling dedicato,



con consegna degli opuscoli divulgativi/informativi relativi alla prevenzione delle malattie cardiovascolari della Fondazione “per il Tuo cuore”. Considerando il successo e la rilevante opportunità epidemiologica e di screening cardiologico, la Cardiologia di Caltagirone ha, infine, deciso di continuare l’iniziativa Banca del Cuore, già iniziata nel febbraio 2015, per tutti i pazienti che hanno fatto richiesta del rilascio gratuito della BancomHeart (praticamente tutti i visitatori in quella giornata). Non poteva mancare la partecipazione

della Cardiologia dell’Ospedale Garibaldi-Nesima, diretta dal nostro Presidente Michele M. Gulizia, che è stata massiva ed entusiastica. L’iniziativa è stata particolarmente accolta e caldeggiata dal Direttore Generale dell’ARNAS Garibaldi, Dottor Giorgio Santonocito, e dal Sindaco di Catania, Senatore Enzo Bianco, che l’hanno presentata alla cittadinanza. Anche nella Cardiologia dell’Ospedale Garibaldi-Nesima, in cui l’iniziativa Banca del Cuore continua ininterrottamente dal febbraio dell’anno scorso, la richiesta di prestazioni cardiologiche

e di rilascio della BancomHeart è stata enorme, tanto che la stessa Unità Operativa ha dovuto programmare sedute giornaliere aggiuntive, oltre a tutte quelle organizzate per la settimana di Cardiologie Aperte, per altre due settimane consecutive. Oltre 300 cittadini sono pervenuti nell’arco di 21 giorni per ottenere il rilascio della BancomHeart, un commento sul proprio elettrocardiogramma, il proprio profilo pressorio e quello di rischio cardiovascolare. A tutti è stato fatto counseling attraverso i 7 opuscoli divulgativi di



ANMCO e Fondazione "per il Tuo cuore" per la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Come per gli anni precedenti, anche per l'edizione delle Cardiologie Aperte 2016 la Cardiologia dell'Ospedale di Modica (Direttore Dott. Guglielmo Piccione) ha partecipato con l'apertura all'Utenza dell'Ambulatorio per il controllo della pressione arteriosa, il calcolo del rischio cardiovascolare e con

l'arruolamento alla Banca del Cuore tramite il rilascio consensuale del BancomHeart (avendo per questo già ricevuto dall'ANMCO il reintegro delle tessere); anche in questa Edizione si è registrata una presenza numerosa, con un indice di gradimento altrettanto significativo. Nell'ambito delle "Cardiologie Aperte" anche l'U.O.C. di Cardiologia del P.O. di Lentini (Direttore Dott. Francesco

Moncada) ha organizzato diversi eventi. Il 10 febbraio si è tenuto presso la sala riunioni della Cardiologia un incontro - dibattito sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Sono state proiettate delle slide dedicate all'argomento e sono stati distribuiti agli intervenuti gli opuscoli divulgativi sui fattori di rischio cardiovascolare e sulle corrette abitudini di vita. In accordo con il consiglio direttivo

salute
e prevenzione

direttore dell'azienda Garibaldi
le iniziative di Anmco e
Fondazione per il tuo cuore

sensibilizzare i cittadini sulla
necessità di tenere sotto
controllo i valori del colesterolo

Screening nei reparti di cardiologia e una card per la "Banca del cuore"

Nella Sala Giunta di Palazzo degli Elefanti, il sindaco Enzo Bianco e il direttore generale dell'Arnas Garibaldi, Giorgio Santonocito, hanno inaugurato ieri mattina la settimana di "Cardiologie Aperte" e della "Banca del Cuore", ideata da Anmco e "Fondazione per il tuo cuore", presente il dottore Michele Gulizia, presidente Anmco e direttore dell'Unità di Cardiologia dell'ospedale Garibaldi di Nesima, la struttura che, assieme all'ospedale Santo Pietro di Caltagirone, aderisce alla campagna.

«Sono lieto di presentare a Palazzo degli Elefanti - ha detto Enzo Bianco - in sede istituzionale, un'iniziativa che ha un grande valore sociale. Un'iniziativa che mi rende orgoglioso poiché ha il cuore e la mente nella città di Catania. Colgo l'occasione per ringraziare per l'ennesima volta il dottore Gulizia per la sua attività, il direttore Santonocito per la disponibilità con la quale accompagna progetti così importanti».

Tante le novità quest'anno, a partire dalla distribuzione di sette opuscoli informativi sulla prevenzione cardiovascolare, di cui



Santonocito, Bianco e Gulizia alla presentazione della Settimana di prevenzione e il Garibaldi di Nesima

screening cardiologici gratuiti, momenti di incontro con gli esperti cardiologi, dibattiti e attività di educazione sanitaria, consulenze in prevenzione primaria e secondaria, raccolte e concerti di beneficenza e tante altre iniziative.

I cardiologi ospedalieri Anmco, l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi

no, che ha fatto registrare la presenza di oltre 18.000 italiani (cardiopatici o solo in prevenzione) nelle Cardiologie aderenti, prosegue il progetto "La Banca del Cuore": un registro elettronico in grado di raccogliere i dati clinici, dell'elettrocardiogramma e della pressione arteriosa di ogni cittadino italiano.

Le informazioni raccolte sono conservate nella "cassaforte del cuore", sempre di-

Dallo screening preliminare delle cardiografie è stato riscontrato che sui 18.000 elettrocardiogrammi effettuati, ci sono stati 231 casi (1,3%) di persone a cui sono state riscontrate anomalie a livello cardiologico che non sapevano di avere, tra cui pregressi infarti e fibrillazione atriale. Indice, questo, dell'importanza di iniziative come "La Banca del Cuore", mirate alla sensibilizzazione e alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e delle complicanze spesso ad esse associate come l'ictus cerebrale nel caso della fibrillazione atriale sconosciuta dal paziente.

«E se l'importante messaggio del controllo della pressione alta (ipertensione arteriosa) è ormai ben veicolato - ha spiegato Michele Gulizia -, dall'analisi dei dati raccolti in base agli screening emerge che c'è ancora poca attenzione al controllo dei valori del colesterolo nel sangue (colesterolemia)».

«Se consideriamo un campione statistico di persone della fascia di età compresa tra 35 e i 74 anni ha continuato Gulizia - nel quinquennio 2008-2012 il valore medio del colesterolo totale è aumentato sia negli uomini che nelle donne rispetto al periodo 1998-2002. Ciò si è riflesso sui valori medi di colesterolo Ldl, passati da 128 a 133 per gli uomini, da 126 a 134 nelle donne. Anzi



REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA
DISTRETTO OSPEDALIERO CT 3
Ospedale "Gravina e Santo Pietro" - Caltagirone
Unità Operativa Complessa di Cardiologia - U.T.I.C.
Direttore: Dr. Giacomo Chiarandù

"Cardiologie Aperte" a Caltagirone
8 - 14 febbraio 2016

PROGRAMMA

11/02/2016, ore 11.30: Donazione di un defibrillatore semi-automatico da parte dell'ASP di Catania al Comune di Caltagirone per la prevenzione della morte improvvisa.

13/02/2015, ore 10.30 - 12.30 Conferenza dibattito presso l'Istituto Licio Scientifico di Caltagirone sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari e della morte improvvisa nello sport con cenni di BLS per laici

13/02/2016, ore 19.00 presso Villa Starno (ex Seminario Estivo) Conferenza con le associazioni culturali locali e di volontariato sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari e sull'avvio della Rete per l'infarto miocardico a Caltagirone. Presentazione progetto Banca del cuore

14/02/2015, ore 10.30 presso Sala Conferenze Palazzo Municipale Conferenza dibattito con la cittadinanza dal titolo "Dammi il tuo cuore, ne avrò cura": la lotta ai fattori di rischio, come mantenere un corretto stile di vita per la prevenzione dell'infarto miocardico, della fibrillazione atriale e dello scompenso cardiaco. Presentazione progetto Banca del cuore

14/02/2015, ore 10.00 - 12.30 "Porte aperte alla cardiologia": visita dei locali dell'U.O.C. di Cardiologia e possibilità di eseguire gratuitamente un ECG e la misurazione della pressione arteriosa.

Dammi il tuo cuore.
Ne avrò cura.



Un giorno per il tuo cuore



del Lions club di Lentini è stata organizzata una conferenza sul tema "Metti il cuore in cassaforte", nel corso della quale è stata spiegata l'utilità di inserire il proprio elettrocardiogramma e alcuni parametri clinici in una banca dati e poterli richiamare in caso di necessità, utilizzando la card BancomHeart consegnata all'atto dell'esame (anche in questo caso, dall'8 al 14 febbraio è stata data la possibilità di aderire alla "Banca del Cuore" a coloro che ne hanno fatto richiesta). Sono stati anche trattati argomenti di prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari con la proiezione di numerose slide dedicate.

L'U.O.C. di Cardiologia del P.O. "Guzzardi" di Vittoria (Direttore Dott. Giulio V. Lettica), ha organizzato e svolto nella "Settimana del Cuore" – aderendo alla manifestazione nazionale Cardiologie Aperte – una attività ambulatoriale "aperta al pubblico", prevalentemente di pomeriggio eseguendo, previa prenotazione, oltre 100 prestazioni (visita cardiologica con ECG) e fornendo informazioni sui fattori di rischio cardiovascolare con l'ausilio degli opuscoli della Fondazione "per il Tuo cuore". Il 12 febbraio è stata organizzata, presso la sala conferenze dell'Ospedale, una Tavola Rotonda dal titolo "Stili di Vita e Benessere", che ha visto la partecipazione di circa 50 persone. Domenica 14 febbraio, a conclusione della manifestazione, è stata organizzata una iniziativa sportiva, la passeggiata "Cardio-



Walking: Porta a spasso il Tuo Cuore” in collaborazione con l'Associazione Avis Comunale di Vittoria, l'Associazione UISP di Ragusa, l'Associazione “Insieme per il Diabete” di Vittoria e l'Associazione Polisportiva Vitality. I colleghi desiderano ringraziare i Direttori Generali e Sanitari dell'ASP di Ragusa, sempre solerte e sensibile a queste problematiche,

e i vari Responsabili e Presidenti delle Associazioni coinvolte. A “Cardiologie Aperte” hanno aderito anche le Cardiologie di Patti (Direttore Andrea Consolo), di Avola (Direttore Corrado Dell'Ali), di Castevetrano (Direttore Vittorio Guzzo) e di Palermo, Ospedale Villa Sofia – Cervello (Direttore Nicola Sanfilippo) con numerose iniziative che hanno coinvolto molti cittadini

e pazienti. Terra di arte, di mare, di sole, ma anche di... Cuore, la nostra Regione ha visto lo svolgersi di tante altre iniziative di sensibilizzazione sulle tematiche inerenti la prevenzione cardiovascolare e la morte improvvisa e di pubblicizzazione delle attività di ricerca della Fondazione “per il Tuo cuore”. ♥



Il nuovo impegno del Gruppo di Rianimazione Cardiopolmonare ANMCO-AHA

Formazione in Emergenza Cardiovascolare: nuove opportunità

La simulazione come nuovo metodo andragogico

Negli ultimi anni il vasto mondo sanitario vive in un continuo complesso scenario di innovazione clinico-assistenziale e tecnologica e di cambiamento normativo, organizzativo-gestionale. Questo conduce al bisogno di sistematico aggiornamento del professionista mirato a ottenere un'elevata qualità del proprio operato, acquisendo e mantenendo competenze adeguate. La formazione rappresenta uno strumento fondamentale per migliorare la performance dei singoli operatori e dei team. La salute del paziente, come l'esito di un intervento, dipendono dalle competenze del personale sanitario, che secondo il "Circolo dell'Apprendimento" vengono raggiunte mediante un processo

che consiste nell'acquisire conoscenze e abilità pratiche, quindi nell'applicarle, per essere alla fine in grado, anche in situazioni di emergenza, di prendere decisioni rapide e sicure. I professionisti, formati in discipline e professionalità specifiche, talora non condividono conoscenze e abilità interdisciplinari, necessarie, se non indispensabili, a migliorare il lavoro d'equipe in situazioni critiche.

L'apprendimento nell'adulto

Storicamente medici e infermieri si sono formati, mediante consultazione di libri, manuali, aggiornamento della letteratura, lezioni in aula o sul campo seguendo il collega più esperto durante i turni in corsia. Sicuramente

momenti fondamentali, ma l'addestramento sanitario si può fare meglio? Studiare va bene, ma come? Può esaurirsi nell'apprendere nozioni? All'interno del percorso formativo del personale sanitario, in contemporanea all'acquisizione delle conoscenze teoriche, c'è sempre stata la formazione sul campo, ma ciò ha implicato l'imparare direttamente a spese del paziente, che inconsapevole, ha funto, e in molti casi funge ancora, da cavia affinché si possa apprendere tecnicamente e praticamente procedure assistenziali e cliniche dalle più semplice alle più complesse. Il sanitario moderno, studente, allievo, specializzando o professionista formato, dovrebbe imparare esercitandosi e

La salute del paziente, come l'esito di un intervento, dipendono in modo cruciale dalle competenze del personale sanitario, che secondo il "Circolo dell'Apprendimento" vengono raggiunte mediante un processo per gradi



Competenze come insieme di conoscenze abilità e attitudini comportamentali

preferibilmente arrivare al paziente dopo adeguate e ripetute manovre su soggetti virtuali, simulando prima il caso clinico e verificando poi l'esito della terapia o dell'intervento praticato. Per poter apprendere l'adulto deve sentire in sé il bisogno di conoscere, l'esigenza di acquisire maggiori conoscenze in uno specifico ambito professionale o scientifico da riprodurre subito nella sua attività quotidiana; sentire che le sue necessità vengano tenute in giusta considerazione e rispettate dal formatore. Nell'educazione degli adulti ha un ruolo essenziale l'esperienza, reale o simulata in cui autonomamente o facilitati attraverso discussioni di gruppo, esercizi di simulazione, attività di problem solving, essi stessi possano scoprire il divario, tra il punto in cui sono attualmente e quello a cui aspirano; colmare questo divario diventa motivazione all'apprendimento stesso, che quindi si tramuta in un processo attivo che non resta fine a se stesso, ma può mirare all'acquisizione di capacità pratico-cognitive subito spendibili e al cambiamento degli atteggiamenti professionali quotidiani. In un professionista esperto, un addestramento che si basa su un processo costruttivo, può abbattere il muro di diffidenza e reticenza tra le vecchie conoscenze ormai consolidate ed eseguite secondo consuetudine e aggiornamenti scientifici che possono confutare la

validità di pratiche ancora in uso, dimostrandone l'imprecisione o addirittura l'erroneità. Gli adulti sono motivati ad investire energia nella misura in cui ritengono che questo potrà aiutarli ad assolvere i crescenti compiti o ad affrontare i problemi che incontrano nelle situazioni della loro vita reale. Infatti apprendono nuove capacità o atteggiamenti molto più efficacemente quando sono presentati nel contesto della loro applicazione immediata alle situazioni reali. Infine è compito

del formatore assicurare un clima favorevole all'apprendimento in modo da consentire una stretta ed equa interazione tra discente e facilitatore, dove il discente non è più considerato inferiore nel patrimonio delle conoscenze, ma è egli stesso, che partecipando attivamente, è capace di apportare un contributo nel processo di insegnamento.

La simulazione in medicina

In questo ambito andragogico si iscrive "la simulazione in medicina" che con la sua moderna dotazione tecnologica, cambia tempi e metodi

della tradizionale didattica e del rapporto docente-discente. La simulazione è una tecnica, non una tecnologia, una tecnica didattica andragogica, per sostituire o amplificare esperienze reali con esperienze guidate che evocino o replichino aspetti sostanziali del mondo reale in un modo pienamente interattivo. L'obiettivo è migliorare sia la cura che la sicurezza del paziente esercitando e potenziando la performance di tre componenti essenziali che interagiscono fra loro soprattutto in un contesto di intervento come le emergenze cardiovascolari: il team, la strumentazione tecnologica, le strutture e sistemi organizzativi-

Sicuramente momenti fondamentali, ma l'addestramento sanitario si può fare meglio? Studiare va bene, ma come? Può esaurirsi nell'apprendere nozioni?

gestionali. Permette di integrare le competenze tecniche degli operatori sanitari, acquisite con l'esperienza e l'educazione medica continua, con la formazione e l'addestramento alle "competenze non tecniche" comprendenti capacità individuali e relazionali, al fine di migliorare le performance a livello individuale e di team. Il vantaggio è l'azzeramento del rischio per il paziente, poiché tutte le procedure e tutti gli interventi vengono eseguiti su simulatori. Nell'ambito della simulazione, l'errore diventa momento fondamentale di crescita, diversamente dall'ambito clinico



che richiede l'intervento immediato del tutor. La finalità ultima è quella di ridurre l'errore umano e gli incidenti in medicina e migliorare lo standard delle cure prestate. Questo è possibile, attraverso lo svolgimento di scenari realistici e rilevanti per l'operato dei sanitari, il management di procedure ed eventi routinari o meno comuni ma pericolosi per la vita dei pazienti, corredati da un momento di revisione critico e costruttivo di gruppo, grazie alla visione, sotto la guida di un istruttore/facilitatore, delle registrazioni degli interventi

terapeutici effettuati, con autonomia decisionale, oltre che di intenti.

Take home message

La simulazione rappresenta quindi una vera e propria rivoluzione nel sistema di apprendimento, ancora più efficace nell'ambito degli interventi per emergenze cardiovascolari, che poggia le sue fondamenta su una nuova metodologia di formazione, su un sistema di addestramento efficace e sicuro per il paziente permettendo anche di mantenere le competenze acquisite riducendone il livello del loro deterioramento nel tempo. Il

professionista di cui i nostri pazienti hanno bisogno, è competente, preparato teoricamente, capace di abilità pratiche di elevata complessità e adeguato per comportamenti e atteggiamenti, sia a seconda dei diversi scenari nei quali si trova ad operare che all'interno del team di cura, capace di orientare le proprie azioni e le quelle collettive per ottenere il miglior risultato per i pazienti, non solo in termini di efficacia, ma sempre più di appropriatezza. ♥

Medici e infermieri si formano, consultando libri, manuali, lavori scientifici, lezioni in aula e seguendo il collega più esperto durante i turni in corsia





“Il cuore dello sport” III edizione a Cariatì, nell’Alto Ionio calabrese

La corretta alimentazione dello sportivo

“Cosa mangiare... per vincere... forse nelle competizioni agonistiche, sicuramente nella vita!”

Anche quest’anno, per la terza volta, si è tenuta a Cariatì, cittadina dell’Alto Ionio calabrese, la manifestazione “Il cuore dello Sport”, organizzata dalla locale associazione “Gli Amici del cuore”, diretta dalla professoressa Diamantina Ricciardelli. Ed è stato un successo di pubblico, questa volta ancor più delle precedenti. L’iniziativa, infatti, costituisce ormai un forte e tradizionale richiamo per i gruppi sportivi del territorio e per quanti, praticando una qualche attività fisica, sono interessati

alle tematiche della prevenzione cardiovascolare. Del resto è proprio il mondo dello sport ad essere uno dei luoghi privilegiati per veicolare i messaggi e gli stimoli per un corretto stile di vita. Ed è molto importante il fatto che, in questo ambito, è possibile interessare e coinvolgere tanti giovani, spesso accompagnati dalle loro famiglie. La formula dell’evento (a cui probabilmente si deve il successo dell’iniziativa) è quella di affiancare alla trattazione di un argomento medico-scientifico, la partecipazione di un personaggio

del mondo dello sport, di livello nazionale, che racconta la sua esperienza di vita. Quest’anno è stato presente il calabrese Stefano Fiore, ex calciatore di serie A che ha militato in diverse compagini tra cui Lazio, Fiorentina, Valencia, Udinese, Parma, è stato anche titolare della nazionale italiana agli europei del 2000 e 2004 ed è, attualmente, opinionista per i canali TV di mediaset premium. Tutti attenti, i numerosi ragazzi presenti, ad ascoltarlo mentre – intervistato da Andrea Russo,





giovane team manager del Modena calcio – ha ripercorso la sua carriera, raccontando delle difficoltà che ha dovuto affrontare e superare, delle emozioni che si provano quando si vince ma anche di tante delusioni a cui occorre essere preparati. “Bisogna, però, avere un sogno, ha concluso il calciatore fra gli applausi, crederci e lavorare duro per realizzarlo”. Come di consueto, poi, a testimonianza dei benefici di una vita sportiva, sono stati anche ricordati alcuni esponenti dello sport locale, a cui l’associazione ha

Le esigenze nutrizionali primarie dell’organismo di un atleta nella relazione del nutrizionista del Crotonese Football Club e la testimonianza di una vita sportiva nel racconto del calciatore calabrese di serie A Stefano Fiore

consegnato una targa-ricordo. Non certo minore attenzione ha suscitato, nell’affollatissimo auditorium del Centro Sociale, la trattazione del tema medico-scientifico che quest’anno ha riguardato la corretta “alimentazione dello sportivo”. “Cosa mangiare... per vincere” è stato il sottotitolo, un po’ provocatorio, ma ben confacente alla caratura del relatore, il Dott. Vincenzo Pace, nutrizionista del Football Club Crotonese, squadra di calcio attualmente posizionata ai vertici della classifica di serie B e con ottime possibilità di essere promossa in A. “Una giusta alimentazione mirata alle esigenze dello sportivo, ha subito sottolineato il Dott. Pace, non consente di creare un campione; però è vero che alcuni errori nutrizionali possono compromettere le possibilità di successo”. E da qui è partito per illustrare i principi cardine della sua filosofia alimentare che sono quelli della DietaGITE. Si tratta di un approccio alimentare innovativo, detto “di segnale”, che unisce

movimento fisico, alimentazione, integrazione mente-corpo e minor uso possibile di farmaci. Spesso tanti sportivi utilizzano integratori di varia natura, in particolare aminoacidi, ritenendo di favorire in tal modo l’efficienza e la potenza muscolare. “Giunto alla squadra, ha raccontato il Dott. Pace, per prima cosa ho fatto razzia negli armadietti dei calciatori, eliminando tutte le confezioni di integratori e vietandone l’assunzione. Ho spiegato loro che era possibile e più salutare coprire il necessario fabbisogno giornaliero di proteine (anche fino a 1,5 g per kg) con un’oculata selezione di cibi naturali”. Vietati anche i cosiddetti junk food (zucchero, bevande dolcificate, dolci da pasticceria) che danno un apporto calorico-energetico che è un vero e proprio “fuoco di paglia”. Ma quali sono le esigenze nutrizionali primarie dell’organismo di un atleta? Sostanzialmente 4 (Figura 1): a) normocaloricità, cioè adeguare





“Bisogna avere un sogno, crederci e lavorare duro per realizzarlo” Stefano Fiore

l'apporto calorico da assumere con il cibo al reale dispendio energetico; b) normoproteicità, nel senso di calcolare l'apporto proteico in base alle esigenze specifiche di ciascun atleta; c) ripristino efficace e selettivo degli aumentati consumi vitaminici e minerali; d) controllo dello stato ossidativo e dei radicali liberi, con riduzione dei processi infiammatori. Per soddisfare questi ultimi due aspetti si richiede un largo e quotidiano consumo di frutta e verdura. Al Crotona FC, dopo ogni allenamento o a fine partita (in casa o fuori casa), “appena arrivati negli spogliatoi, i ragazzi trovano un buffet di frutta con gallette di riso, miele, mandorle e noci, in modo da ristabilire sin da subito il patrimonio idrosalino dell'organismo e recuperare il glicogeno muscolare consumato. Ripristinando più rapidamente il glicogeno, sarà più rapida la ripresa, riducendo al minimo il rischio di possibili infortuni”. Infine, come ulteriore e fondamentale argomento è stato trattato quello della distribuzione dei pasti e delle calorie nel corso della giornata. “Per tutti e ancor di più per gli sportivi – ha specificato il Dott. Pace – è necessario privilegiare la prima colazione, arrivando a consumare, entro un'ora dopo il risveglio



Scendere in campo avendo “le scorte piene e lo stomaco vuoto”

dal riposo notturno, fino al 30% delle calorie quotidiane e facendo anche attenzione ad un consistente apporto proteico”. Lo scopo è quello di dare all'organismo, all'inizio della giornata, uno stimolo (un segnale, appunto) di “abbondanza” che serva ad attivare la sua macchina metabolica, producendo, tra l'altro, un senso complessivo di sazietà e di benessere psico-fisico. “Una colazione da re (Figura 2), è stato stigmatizzato, a cui far seguire un pranzo da principe, ma una cena da poveri”. E anche per quanto riguarda gli orari dei pasti, rispetto agli allenamenti e alle partite, è venuta una fondamentale

raccomandazione: bisogna organizzarsi per far passare alcune ore dopo l'assunzione di cibo, in modo da scendere in campo avendo “le scorte piene e lo stomaco vuoto”, secondo una essenziale regola GIFT. In definitiva un pomeriggio in cui, i numerosi presenti, hanno potuto acquisire tante notizie utili – si spera – a migliorare le proprie abitudini alimentari. “Anche perché, è stato il messaggio conclusivo, una corretta alimentazione, anche qualora non fosse sufficiente a far superare positivamente una singola gara agonistica, sicuramente porta a vincere nella vita, in termini di mantenimento dello stato di salute e di prevenzione delle malattie”. Il gradimento dell'iniziativa e l'affluenza del pubblico, oltre ogni previsione, sicuramente avranno costituito, per gli organizzatori, forti stimoli per già pensare alle successive edizioni dell'evento. ♥

Tabella 1

1) Normocaloricità: adeguare l'apporto calorico da assumere con il cibo con il suo reale dispendio energetico

2) Normoproteicità: adeguare l'apporto proteico per ciascun atleta

3) Ripristino efficace e selettivo degli aumentati consumi vitaminici e minerali

4) Controllo dello stato ossidativo e dei radicali liberi, riduzione infiammazione



Tabella 2



“Una giusta alimentazione non consente di creare un campione, però è vero che alcuni errori nutrizionali possono compromettere le possibilità di successo”



Il Programma Nazionale Esiti (PNE) dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) è un programma di valutazione riguardante gli interventi sanitari nel SSN

Analisi dell'attività tra Cardiologie di rete con o senza UTIC in una singola Azienda Sanitaria del Friuli Venezia Giulia: commento ai dati del Programma Nazionale Esiti (PNE)

Utilità delle informazioni derivate dal PNE, per valutare l'efficacia del trattamento nel cardiopatico acuto o cronico in un modello di Ospedale con UTIC oppure con Area d'Emergenza in un'Azienda Sanitaria del Friuli Venezia Giulia

Per avere un quadro esaustivo ed aggiornato sul livello sia quantitativo che qualitativo dell'offerta sanitaria nelle differenti strutture nazionali, il Ministero della Salute mette a disposizione un database di indicatori relativi all'esposizione della patologia e all'erogazioni di prestazioni, aggiornati periodicamente (1, 2). Il registro, denominato Piano Nazionale Esiti (PNE) (1, 2) è

gestito dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ed è compilato sulla base di dati anagrafici e delle diagnosi codificate nelle Schede di dimissione (SDO) compilate all'atto della dimissione ospedaliera. Nel nostro caso, la motivazione alla lettura del PNE di AGENAS è stata la verifica di come una diversa organizzazione dei percorsi di cura cardiologici con livelli maggiori di risorse

assistenziali, impegno scientifico e non ultimo, disponibilità tecnologica potesse influenzare l'aspettativa qualitativa e quantitativa di vita. Come punto di partenza per la nostra osservazione, è opportuno sottolineare che i risultati del PNE edizione (ed.) 2014, applicati in generale alle cardiologie della Regione Friuli Venezia Giulia (FVG), sostanzialmente mostrano come una Cardiologia ad alta tecnologia,



Questo studio, utilizzando le informazioni in ambito cardiovascolare del PNE, ed. 2014-2015, dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), si è proposto di valutare aspetti gestionali e l'outcome del cardiopatico acuto o cronico in Ospedali di rete con Cardiologia solo ambulatoriale oppure con degenza di terapia intensiva cardiologica (UTIC)

fortemente integrata in rete garantisce elevati standard e miglior sopravvivenza. Nel successivo PNE 2015 tale assunto è meno evidente per una sostanziale equivalenza in termini prognostici di mortalità cardiovascolare tra tutte le Aziende Sanitarie del FVG, valorizzando a nostro avviso gli indubbi vantaggi di una solida organizzazione in rete

che garantisca efficacia, efficienza ed equità d'accesso (Tabella 1). Ciò che a nostro avviso l'attuale struttura del PNE non garantisce necessariamente è un giudizio sull'appropriatezza. La correlazione tra sopravvivenza del cardiopatico in rapporto alla complessità delle strutture eroganti è stata verificata mediante l'analisi di ulteriori

indicatori presso le cardiologie di "rete" con o senza UTIC. Sono stati esaminati gli indicatori di risultato nell'arco di tempo dal 2012 al 2014, riferiti alla sopravvivenza dopo infarto miocardico acuto (IMA), transmurale (STEMI) o non transmurale (NSTEMI), in conseguenza alla variazione dei tempi di rivascolarizzazione

Tabella 1

Mortalità a 1 anno per IMA nelle ASL della Regione FVG

mortalità a 1 anno per IMA nelle ASL della Regione FVG nell'anno 2012						
ASL	REGIONE	N	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P
Italia		87421	10,34			
ASL Medio Friuli	Friuli Venezia Giulia	516	12,4	9,74	0,94	0,668
ASL Triestina	Friuli Venezia Giulia	407	9,34	6,13	0,59	0,004
ASL Friuli Occidentale	Friuli Venezia Giulia	383	9,66	7,51	0,73	0,079
ASL Alto Friuli	Friuli Venezia Giulia	78	11,54	9,32	0,9	0,777
ASL Basso Friulana	Friuli Venezia Giulia	186	12,9	10,81	1,04	0,844
ASL Isontina	Friuli Venezia Giulia	230	14,35	10,98	1,06	0,761

Mod. da PNE, Agenas ed. 2014

mortalità a 1 anno per IMA nelle ASL della Regione FVG nell'anno 2013						
ASL	REGIONE	N	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P
Italia		87564	10,3			
ASL Medio Friuli	Friuli Venezia Giulia	546	13,19	10,3	1	0,999
ASL Triestina	Friuli Venezia Giulia	396	10,35	7,63	0,74	0,085
ASL Friuli Occidentale	Friuli Venezia Giulia	486	6,58	5,87	0,57	0,003
ASL Alto Friuli	Friuli Venezia Giulia	102	14,71	12,79	1,24	0,448
ASL Basso Friulana	Friuli Venezia Giulia	188	8,51	6,29	0,61	0,07
ASL Isontina	Friuli Venezia Giulia	214	9,81	8,08	0,78	0,303

Mod. da PNE, Agenas ed. 2015

coronarica percutanea (PTCA), entro o oltre le 48 ore, oppure in assenza di rivascularizzazione. Infine, sono stati confrontati i risultati relativi al trattamento dello scompenso cardiaco acuto, nell'Ospedale con UTIC o senza. Per il confronto sono stati analizzati i dati relativi alle Cardiologie rispettivamente della ex ASS2 "Isontina" e della ex ASS 5 "Bassa Friulana", recentemente riunite in una nuova e più vasta Azienda per l'Assistenza Sanitaria (AAS) 2 "Bassa Friulana – Isontina". La differente tipologia di gestione del cardiopatico, specialistica cardiologica con UTIC nell'ex ASS2 verso una prevalentemente internistica di area critica del DEA nell'ex ASS5, ha motivato la comparazione per un primario interesse scientifico ed anche per rispondere agli interrogativi

amministrativi posti dalla recente riforma sanitaria regionale, su quale sia il modello organizzativo più efficace per la gestione del cardiopatico acuto (3). Sulla base dei dati del PNE 2015 in entrambi gli Ospedali, la mortalità grezza per IMA nel breve periodo (30 giorni) risulta in media tra il 12,45% ed il 12,07%, statisticamente pertanto non significativamente diversa dalla media nazionale (9,19%), indipendentemente dalla presenza di UTIC (Tabella 2). All'interno di una solida organizzazione in rete delle Cardiologie con rapporto costante con l'Hub (nella fattispecie Trieste e Udine) una Cardiologia con UTIC in seno ad un Ospedale di rete, relativamente agli indicatori valutabili di outcome, non sembra avere un ruolo superiore rispetto al DEA nella fase acuta di riconoscimento e avvio dell'infarto

miocardico acuto transmurale (STEMI) alla procedura di PTCA urgente. La sopravvivenza nel breve periodo (30 giorni) dello STEMI è apparsa superiore nell'Ospedale senza UTIC (Tabella 2). È tuttavia da sottolineare come questi ultimi risultati necessitino di una validazione statistica in quanto pubblicati come valori grezzi, non aggiustati. Esiste inoltre il problema della completezza e dell'accuratezza del dato rispetto allo strumento della SDO. È interessante sottolineare come l'Ospedale con UTIC, rispetto a quello dotato di Cardiologia solo ambulatoriale, presenti migliori risultati in termini di sopravvivenza in alcuni gruppi selezionati di cardiopatici, quali ad esempio quelli con infarto miocardico che non hanno potuto beneficiare della PTCA (Tabella 2), oppure nelle sindromi

Tabella 2

Mortalità per infarto miocardico in rapporto ai tempi/modi di intervento nelle Aziende Sanitarie del FVG nell'anno 2014

INDICATORE	ASL Isontina					ASL Bassa Friulana				
	N	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P	N	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P
IMA: mortalità a 30 giorni	249	12,45	8.22	0,89	0,566	174	12,07	9.57	1,04	0,865
IMA senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	191	16,23	13.55	0,8	0,225	114	18,42	16.80	0,99	0,977
STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)	94	20,21	-	-	-	74	12,16	-	-	-
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)	94	21,28	-	-	-	74	21,62	-	-	-



Dall'analisi del PNE 2014/2015 sono riportate differenze di sopravvivenza nei cardiopatici ischemici NSTEMI e nello scompenso cardiaco congestizio acuto, confrontando Aziende Ospedaliere di rete nelle quali la Cardiologia sia solo di tipo ambulatoriale (con vario grado di organizzazione dei percorsi in rete) oppure organizzata con una UTIC

coronariche acute senza significative modificazioni elettrocardiografiche (NSTEMI) (Tabella 3). Anche lo scompenso cardiaco congestizio acuto, quando gestito in un ambito specialistico cardiologico dotato di UTIC risulta avere un miglior outcome in termini di mortalità a 30 gg rispetto ad una gestione prevalentemente internistica (6,18% vs 12,24%). È tuttavia da segnalare come in quest'ultimo contesto l'aggiustamento per le covariate (età, profili cognitivi e di comorbidità, ecc) risulti fondamentale, rendendo i confronti potenzialmente fuorvianti. Resta comunque la positività del dato osservato per i pazienti gestiti nelle realtà con UTIC. Peraltro relativamente ai pazienti con scompenso cardiaco, le riammissioni ospedaliere entro 30 giorni non differiscono tra le 2 tipologie assistenziali, suggerendo che nella fase cronica della malattia, la gestione territoriale dello scompenso cardiaco necessita di solidi modelli gestionali multidisciplinari di presa in carico e continuità assistenziale che garantiscano approccio globale alla complessità, capacità di lavoro in team e gestione

La motivazione alla lettura del PNE di AGENAS è stata di verificare i dati di strutture cardiologiche dotate con diversi livelli di risorse in termini di esiti

multidisciplinare, piuttosto che necessaria contiguità organizzativa con strutture specialistiche con UTIC (Tabella 3). Anche in questo contesto, ovviamente, risulta essere fondamentale una rete che sappia stratificare le organizzazioni più appropriate per gli specifici scenari di complessità e gravità.

Commento

Il PNE di AGENAS, è uno strumento importante di revisione critica di alcuni outcome, che ha raccolto e reso disponibili informazioni desunte dalle SDO delle strutture sanitarie nazionali. Attraverso questo strumento, conoscendone i limiti, è possibile avere informazioni su alcuni aspetti qualitativi dell'assistenza cardiologica offerta negli Ospedali di rete con e senza UTIC. I Cardiologi e tutti i professionisti coinvolti nei percorsi di cura dei cardiopatici, devono sentire forte l'impegno di alimentare una base dati accurata attraverso lo strumento della corretta e completa compilazione delle SDO. Nel caso dell'"infarto miocardico" genericamente inteso non sembra esservi una significativa differenza della prognosi a seguito di una iniziale gestione cardiologica rispetto ad una prevalentemente internistica di area critica. Ciò che nella realtà del FVG contribuisce a tale osservazione riguarda non solo le professionalità ed

organizzazioni delle Aree di Emergenza ma anche la capacità che una solida organizzazione in rete ha di accrescere l'omogeneità di cura e l'accesso alla ripercussione coronarica attraverso un'efficiente interazione ed integrazione in rete che garantisca accesso sistematico e tempestivo alle Cardiologie Hub. Sono state osservate differenze di sopravvivenza nei cardiopatici ischemici con infarto NSTEMI e nel contesto scompenso cardiaco congestizio acuto, aspetti che rimarcano il ruolo di una specificità di approccio cardiologico, a favore degli Ospedali di rete con una Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. Quest'ultimo aspetto sottolinea di preservare, nel rispetto della consistenza dei bacini e flussi, tali strutture, ove esistenti e di favorire al massimo interazioni multi professionali che includano i Cardiologi nei percorsi di cura dei pazienti di area critica. Per i Cardiologi, ciò costituisce una sfida a migliorarsi in qualità di interlocuzione, disponibilità e capacità di lavoro in team. L'analisi del PNE per un giudizio di confronto dell'attività delle strutture sanitarie riconosce alcuni possibili limiti. Di questi, l'uso di indicatori che talora non riescono a riassumere il reale impegno di risorse per la cura della patologia. Inoltre, nella valutazione della sopravvivenza

Mortalità a 30 giorni dal ricovero per NSTEMI nelle ex ASS 2 «Isontina» e ASS 5 «Bassa Friulana» nel 2014

N-STEMI:mortalità a 30 giorni(grezzi)						
ASL	REGIONE	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia		46656	6,08	-	-	-
ASL Bassa Friulana	Friuli Venezia Giulia	88	9,09	-	-	-
ASL Isontina	Friuli Venezia Giulia	149	6,71	-	-	-

Mortalità e riammissione ospedaliera a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio nelle ex ASS 2 «Isontina» e ASS 5 «Bassa friulana» nel 2014

Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni						
ASL	REGIONE	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia		146813	10,3	-	-	-
ASL Bassa Friulana	Friuli Venezia Giulia	335	12,24	11.11	1,08	0,624
ASL Isontina	Friuli Venezia Giulia	437	6,18	6.07	0,59	0,006

Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg						
ASL	REGIONE	N	% GREZZA	% ADJ	RR	P
Italia		105947	14,79	-	-	-
ASL Bassa Friulana	Friuli Venezia Giulia	228	15,79	15.64	1,06	0,717
ASL Isontina	Friuli Venezia Giulia	328	15,24	15.24	1,03	0,818

Tabella 3

Mod. da PNE, Agenas ed. 2015

dell'infarto miocardico, particolarmente se riferito alla vasta popolazione di anziani fragili, sono spesso le co-morbilità a precipitare danni miocardici di tipo non coronarico (4). Non può essere escluso che talora la compilazione della SDO possa essere incompleta di patologie anche rilevanti e ciò può porre in discussione l'impiego di questi dati per una completa e corretta rappresentazione dell'attività clinica svolta.

A titolo di esempio, per una valutazione di confronto tra i dati pubblicati dal PNE e la reale attività svolta, si è voluto procedere, utilizzando l'ex ASS2 "isontina" a campione, all'analisi di tutti i presunti infarti miocardici per i quali sono stati utilizzati i codici

410.xx presso gli Ospedali di Gorizia e Monfalcone nell'anno 2013 (Tabella 4). Questi numeri sono stati quindi rapportati con le percentuali di PTCA entro 48 ore eseguite presso il Centro di riferimento Cardiologico (Hub) di Trieste in un contesto di Area Vasta, istituzionalmente operativa in tale periodo (Tabella 4). I risultati hanno evidenziato come nei 12 mesi esaminati circa il 35% degli STEMI o dei codici 410.xx (range 24 - 47%) sia stato rivascolarizzato in acuto a differenza dei dati del PNE 2013, da cui si estrapolavano percentuali nettamente inferiori di trattamento (valori compresi tra 3,5 e 6,9%). In sintesi, l'analisi dei dati del PNE sembrano indicare che in alcune situazioni cliniche l'assistenza

sanitaria fornita da Ospedali di rete dotati di UTIC possa contribuire ad un outcome favorevole quando i pazienti vengano ricoverati per sindrome coronarica acuta o scompenso cardiaco. Va peraltro sottolineato che tali dati meritano un'attenta lettura critica, richiedono la conoscenza dei limiti derivati dalla base dati SDO, e devono motivare ad un processo di miglioramento dell'accuratezza SDO al fine di disporre di dati realmente rappresentativi delle realtà organizzative e dei profili di complessità e gravità dei malati. ♥

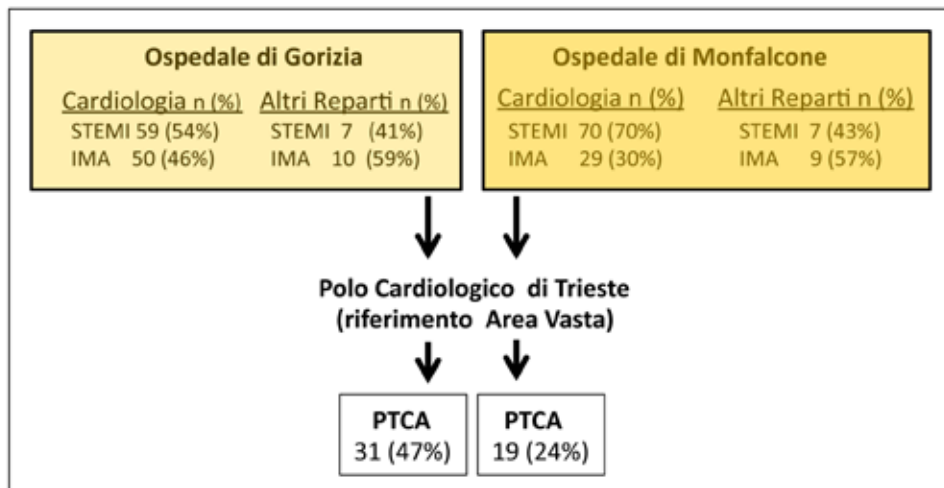


Tabella 4

Numero complessivo di diagnosi codificate come IMA e STEMI negli ospedali dell'ex ASS 2 «isontina» nell'anno 2013

ex ASS 2 "isontina"		
	Ospedale di Gorizia n (%)	Ospedale di Monfalcone n (%)
Infarto Miocardico Acuto (codice 410.xx) :	126 (100%)	115 (100%)
STEMI (codice 410.xx, eccetto 410.77 e 410.9)	66 (52%)	77 (67%)

Pazienti con diagnosi di STEMI presso gli ospedali dell'ex ASS 2 «isontina» trattati con PTCA in ambito di Area Vasta presso la Cardiologia Hub di Trieste nell'anno 2013



Il PNE, pur con i limiti conseguenti all'accuratezza delle informazioni, consente di valutare modelli differenti di gestione ospedaliera del cardiopatico



Danni da sangue infetto: strumenti di tutela e responsabilità del Ministero della Salute



Lo scorso 14 gennaio, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha emesso una sentenza in tema di risarcimento dei danni derivanti da trasfusione di sangue infetto. L'aspetto esaminato è stato in particolare quello relativo all'adeguatezza dell'indennizzo previsto dall'art. 27 bis del d.l. 90 del 2014, convertito poi nella l. 114 dello stesso anno, disposizione che prevede un meccanismo transattivo volto ad evitare la instaurazione di contenzioso giudiziale da parte di chi abbia subito un danno da emotrasfusione: la Corte si è espressa in modo positivo sulla previsione legislativa, pur bacchettando, ancora una volta si può dire, l'Italia per la lunghezza dei tempi necessari per lo svolgimento dei processi civili volti ad accertare il diritto al risarcimento.

Vogliamo ricordare che cosa si intende per danno da sangue infetto o danno da emotrasfusione?

Si tratta di espressioni non nuove a chi ci legge e che si riferiscono alla triste condizione di quanti abbiano contratto l'epatite B, l'epatite C o il virus dell'HIV in conseguenza della sottoposizione a trasfusione di sangue, di poi rivelatosi infetto, o in concomitanza di singoli interventi chirurgici ovvero di terapie a carattere continuativo, necessarie in ragione della presenza di malattie congenite (ipotesi numericamente più frequenti). In particolare, tale vicenda balzò agli onori delle cronache soprattutto nel corso degli anni '90 ed ha suscitato – in realtà suscita tuttora – l'attenzione della

dottrina e della giurisprudenza per individuare gli elementi costitutivi della relativa responsabilità e conseguenti profili risarcitori. Non bisogna dimenticare inoltre che numerosi sono stati gli interventi del legislatore volti ad apprestare strumenti di tutela e di ristoro a favore dei soggetti danneggiati.

Sussistono quindi profili di responsabilità? E a carico di quale soggetto?

La risposta a tali interrogativi ha rappresentato proprio oggetto di riflessione e di dibattito all'interno della dottrina e della giurisprudenza. Preliminarmente, pare opportuno precisare un aspetto: nelle ipotesi di danni da emotrasfusioni – principio peraltro valido anche nel caso da vaccinazione obbligatoria – non è mai stata né invocata né affermata la responsabilità, di natura contrattuale, della singola struttura sanitaria o del singolo professionista che abbia praticato la trasfusione. Al contrario il soggetto nei confronti del quale sono state dirette le richieste di risarcimento, accolte nella sussistenza di tutti gli altri presupposti, e pertanto ritenuto responsabile è stato lo stesso Ministero della Salute (nelle varie denominazioni nel corso del tempo assunte).

In base a quali disposizioni se ne è affermata la responsabilità? E qual è la natura di tale responsabilità?

Diverse sono le disposizioni che hanno fondato il giudizio di responsabilità. Peraltro, deve innanzitutto ricordarsi che, come da

ultimo confermato anche dall'art. 11, l. 3 agosto 2001, n. 317, in capo al Ministero incombono compiti di pianificazione, programmazione e coordinamento in materia di impiego di sangue umano per uso terapeutico. In secondo luogo, ma non per minor importanza, viene in rilievo la previsione di carattere generale contenuta nell'art. 2043 cod. civ. in base alla quale qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga chi ha commesso il fatto al risarcimento del danno. Dunque si è, pacificamente, in presenza di responsabilità extracontrattuale, con conseguenze in punto, ad esempio, di termine prescrizione e onere della prova.

Posto che non ci sono stati dubbi rispetto alla individuazione del soggetto danneggiante e alla natura della relativa responsabilità, quali sono stati gli aspetti più problematici di tale vicenda?

Gli aspetti più controversi hanno investito in realtà la stessa risarcibilità del danno, quanto meno precedentemente al 1972. Deve infatti tenersi in considerazione che i danni, gravi ed irreversibili, conseguenti alla trasfusione di sangue infetto consistevano nella contrazione di gravi patologie – l'epatite, B e C, nonché l'HIV – i cui agenti patogeni sono stati individuati in taluni casi successivamente al verificarsi dell'evento dannoso e alla somministrazione del sangue infetto. Proprio tale circostanza

ha determinato il formarsi di due diversi e contrapposti orientamenti che attribuivano a tale circostanza rilievo in punto alla possibilità di ravvisare la sussistenza del nesso di causalità, giuridicamente rilevante, necessario a fondare il giudizio di responsabilità e ad affermare il conseguente obbligo risarcitorio.

Cosa affermavano questi due contrapposti orientamenti?

Come sempre, le tesi proposte – anche per esigenze di semplificazione – sono riconducibili a conclusioni specularmente inverse. Secondo un primo orientamento, sarebbe stato impossibile addvenire a giudizio di responsabilità sulla base della considerazione che non avrebbe potuto attribuirsi rilievo ad eventi che, secondo un giudizio ex post, non presentavano i caratteri della normalità, ordinarietà ed adeguatezza rispetto alla causazione di altro evento. Sconosciuta la sussistenza dei relativi agenti patogeni – e fino al momento della ignoranza degli stessi – non sarebbe stato possibile da parte del Ministero prevenire ciò che non era nemmeno prevedibile.

E l'opposta tesi?

Punto di partenza è in questo caso la ritenuta unitarietà dell'evento lesivo: a prescindere dall'infezione specificamente contratta, il danno è inferto alla complessiva integrità psicofisica del soggetto sottoposto ad attività trasfusionale. Per altro verso, essendo la serie causale delle varie infezioni identica ed essendo conosciuta quella dell'epatite B almeno dal

1972, del tutto irrilevante sarebbe la scoperta di quella delle altre patologie successivamente. In capo al Ministero incombeva infatti un dovere di controllo e vigilanza sulla sicurezza del sangue e dei suoi derivati da valutarsi peraltro alla luce delle migliori conoscenze scientifiche. Sarà proprio questa tesi ad essere fatta propria dalle Sezioni Unite della Cassazione nel 2008 con ben dieci sentenze gemelle.

È quindi possibile ottenere il risarcimento del danno subito da parte del Ministero?

Certo, ovviamente previa dimostrazione dell'esistenza di tutti i presupposti normativamente richiesti. Si tenga peraltro in conto – e con ciò veniamo brevemente al ruolo speso dal legislatore – che di già a partire dalla l. 210 del 1992 sono state previste forme di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati. Successivamente, come già ricordavo, vi sono stati altri due interventi, nel 2007 e per l'appunto nel 2014, volti a prevedere meccanismi transattivi che avrebbero dovuto perseguire finalità deflative dell'ampio contenzioso connesso alla proposizione di azione giudiziale risarcitoria.

È quindi possibile chiedere ed ottenere anche il risarcimento oltre all'indennizzo?

Sì. Come riconosciuto anche dalla Corte costituzionale nel 2004, l'indennizzo previsto dalla legge del 1992 non è assolutamente alternativo rispetto al risarcimento del danno ex art. 2043 cod. civ.,

diversi essendone i presupposti e gli elementi costitutivi. Tuttavia, ad evitare che si possa conseguire quello che con linguaggio giuridico viene definito un indebito arricchimento, la giurisprudenza pacificamente ammette che dall'importo del risarcimento debba essere detratto quanto eventualmente già conseguito a titolo di indennizzo.

Come si può valutare il quadro così complessivamente delineato?

Un tema così delicato ovviamente impone altrettanta delicatezza e prudenza nell'esprimere valutazioni, anche in ragione della necessaria sinteticità della nostra conversazione. Certo, può condividersi l'opinione espressa da chi evidenzia come – rispetto agli astratti principi giuridici che dovrebbero governare l'accertamento della responsabilità civile – nella soluzione fatta propria dalla giurisprudenza e finanche dalla Corte di Cassazione a Sezioni Unite non siano estranee considerazioni probabilmente più proprie della politica del diritto, improntate ad una maggiore tutela della condizione del soggetto danneggiato. E tanto anche in conseguenza, molto spesso, della inidoneità degli strumenti che dovrebbero essere propri di un moderno ed efficiente Stato sociale e garantire una vita dignitosa a chi, del tutto incolpevolmente, abbia contratto sì gravi forme patologiche. ♥



**Il 5xMille
moltiplica
il Tuo
cuore**

5xMille



per il tuo cuore

Fondazione per il Tuo cuore - HCF Onlus



**SOSTIENI LA RICERCA
SULLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI**

**Dona il 5xMille alla Fondazione
per il Tuo cuore - HCF Onlus:
indica il codice fiscale 94070130482
nella dichiarazione dei redditi.**

**Non ti costa nulla e fa del bene a tanti cuori,
grandi e piccoli.**



Associazione Nazionale
Medici Cardiologi Ospedalieri

I  5xMille
codice fiscale
94070130482

www.periltuocuore.it

