

# Cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

È tempo di bilanci

L'ANMCO del coinvolgimento, della ricerca, dell'aggregazione e dell'innovazione

Il punto sugli Studi Clinici del Centro Studi ANMCO

In principio fu il Cardiologo

"E al centro di tutto sta il Sole..."

La metamorfosi in Cardiologia

Parlare di salute con le donne: quali nuove opportunità per gli infermieri

Gestione territoriale delle cardiopatie

Chi ben comincia...

E se la bufera che doveva investire la Cardiologia stesse già passando?

Due anni di attività in Friuli Venezia Giulia

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Marche, fra "vecchio" e nuovo, nel segno della continuità e dell'impegno associativo

Da Bari occhio al cartello: non superare 70

Congresso interregionale ANMCO MUMA (quest'anno una notizia storica)

Arresto Cardiaco Intraospedaliero: considerazioni sui dati della Survey nelle cardiologie italiane

"Prendersi cura" attraverso la "presa in carico"

Approvato dalla FDA il primo pacemaker leadless

Diritto alla salute, terapie migliorative della vita del paziente ed evidenze scientifiche

Il Cuore nel primo Settecento

Wilson Greatbatch l'ingegnere che ha salvato molte vite umane con una pila

Porfirio, il filosofo Vegetariano



MAGGIO • GIUGNO 2016 N° 211



Think **ANMCO**



# 47°

**Congresso Nazionale**  
Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri

# Benvenuti al Congresso!

**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



**47° Congresso Nazionale**  
Associazione Nazionale  
Medici Cardiologi Ospedalieri

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





### DAL PRESIDENTE

È tempo di bilanci

di Michele Massimo Gulizia

p. 3

### DALL'INCOMING PRESIDENT

L'ANMCO del coinvolgimento,  
della ricerca, dell'aggregazione e  
dell'innovazione

di Andrea Di Lenarda

p. 23

### DAL CENTRO STUDI

Il punto sugli Studi Clinici  
del Centro Studi ANMCO

p. 27

### DALLE AREE

#### AREA EMERGENZA - URGENZA

In principio fu il Cardiologo

di Serafina Valente

p. 31

#### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

"E al centro di tutto sta il Sole..." p. 34  
(De revolutionibus orbium coelestium,  
Libro I cap. X)

di Iolanda Enea e Amedeo Bongarzone

#### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

La metamorfosi in Cardiologia

di Giovanni Gregorio

p. 39

#### AREA NURSING

Parlare di salute con le donne:  
quali nuove opportunità  
per gli infermieri

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

p. 43

### DALLE REGIONI

#### BASILICATA

Gestione territoriale  
delle cardiopatie

di Francesco Paolo Calciano,  
Antonio Cardinale, Damiano Cardinale,  
Porzia Lacertosa

p. 51

#### CALABRIA

Chi ben comincia...

di Nicola Cosentino

p. 56

#### EMILIA - ROMAGNA

E se la bufera che doveva investire p. 59  
la Cardiologia stesse già passando?

di Stefano Urbinati

#### FRIULI VENEZIA GIULIA

Due anni di attività  
in Friuli Venezia Giulia

di Giulia Russo

p. 62

#### MARCHE

Il Consiglio Direttivo Regionale p. 65  
ANMCO Marche, fra "vecchio"  
e nuovo, nel segno della continuità  
e dell'impegno associativo

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

#### PUGLIA

Da Bari Cardiologi e Associazioni p. 66  
di pazienti a confronto: non superare 70

di Riccardo Guglielmi e Pasquale  
Caldarola

#### UMBRIA

Congresso Interregionale  
ANMCO M.U.M.A. 2016

di Adriano Murrone a nome del Consiglio  
Direttivo Regionale ANMCO Umbria

p. 69

N. 211 maggio - giugno 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**





### FINESTRA SUL MONDO RCP

**Arresto Cardiaco** p. 71  
 Intraospedaliero: considerazioni sui dati della Survey nelle cardiologie italiane  
*di Alessandro Capecchi, Gianluca Gonzi, Lorenza Pratali*

### FORUM

**"Prendersi cura" attraverso** p. 75  
 la "presa in carico": da assistenza infermieristica organizzata per compiti (functional nursing) a gestione per obiettivi (primary nursing)  
*di Diego Bolis*

**La FDA ha approvato il primo** p. 78  
 leadless pacemaker: un notevole progresso nella stimolazione cardiaca  
*di Sabino Scardi e Mario Chiatto*

### OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO

**Diritto alla salute, terapie** p. 81  
 migliorative della vita del paziente ed evidenze scientifiche  
*di Mario Chiatto e Maria Giovanna Murrone*

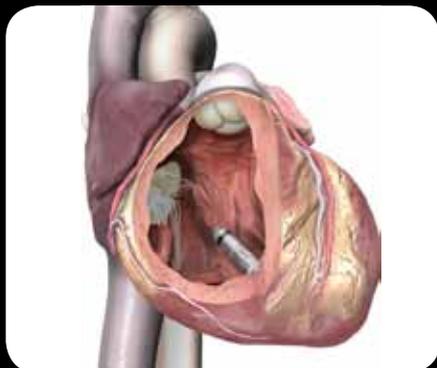
### COME ERAVAMO

**Il Cuore nel primo Settecento** p. 82  
*di Maurizio Giuseppe Abrignani*

**Wilson Greatbatch l'ingegnere** p. 86  
 che ha salvato molte vite umane con una pila  
*di Achille Giardina*

### VIAGGIO INTORNO AL CUORE

**Porfirio, il filosofo vegetariano** p. 90  
 e il progetto di Marsala  
*di Massimo Jevolella*





DAL PRESIDENTE

DI MICHELE MASSIMO GULIZIA

Un biennio indimenticabile all'insegna del cambiamento e del rinnovamento

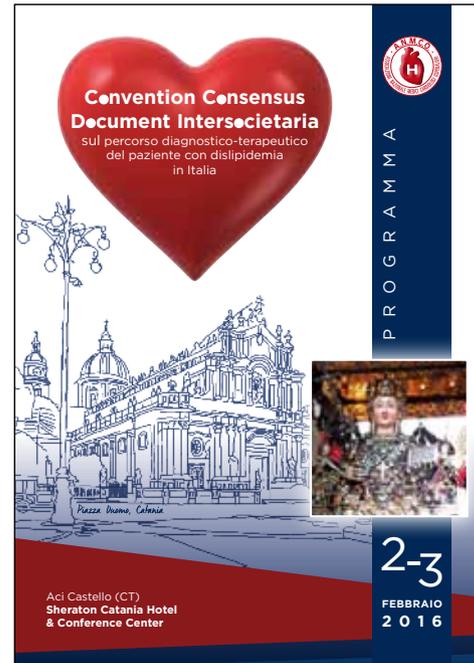
# È tempo di bilanci

Mi congedo da voi con l'entusiasmo e la passione di chi ha mantenuto tutte le sue promesse

**S**ono passati ormai due anni da quando ho assunto la carica di Presidente ANMCO e di conseguenza, al termine del mio mandato, è naturale voltarmi indietro per ripercorrere in modo sintetico, ma punto per punto, la tanta strada fatta e fare un bilancio critico alla luce di quanto promesso nel mio programma: rinnovare l'ANMCO ponendo il Socio al suo centro. Con l'orgoglio di assumere la Presidenza della più importante Associazione Cardiologica Italiana, temperato dalla consapevolezza della grande responsabilità assunta nei confronti di tutti i cardiologi ospedalieri del nostro Paese, mi sono impegnato, nei vostri confronti, a dare tutto me stesso all'ANMCO, nel rispetto reale, e non a parole, dei valori etici, morali, organizzativi e scientifici che stanno alle fondamenta dell'Associazione. Ho ritenuto che l'ANMCO avesse l'imminente necessità di cambiare rinnovandosi, ovvero cercare di stare al passo con i tempi senza perdere per strada tutto il buono realizzato fino a questo momento. Il cambiamento non è mai facile, significa optare per qualcosa di ignoto, estraneo; significa rischio, ma anche grande soddisfazione là dove gli obiettivi puntualmente si realizzano. Ho annuncia-

to quindi che un forte vento di rinnovamento avrebbe investito l'ANMCO nella sua totalità, rompendo con i vecchi schemi. Credo di aver mantenuto fede a quelle promesse. E se la cartina al tornasole del rinnovamento sono i cambiamenti, questi stessi non hanno tardato a prendere forma. È il risultato di un duro lavoro... condotto in gruppo! Ed è proprio in quest'ottica che dal momento del mio insediamento a oggi sono state varate e introdotte all'interno della nostra Associazione tutta una serie di novità che sono state discusse e approvate dal Consiglio Direttivo e da quello Nazionale. Una condivisione e una comunione d'intenti ci ha animato e rafforzato per portare avanti tante iniziative che hanno coinvolto e coinvolgeranno sempre più i Soci ANMCO, i veri protagonisti del cambiamento in atto. Alcune novità realizzate sono proprio il risultato delle richieste e dei suggerimenti dei nostri Soci, che per primi hanno manifestato che l'abito ANMCO cominciava a stare loro stretto. Inoltre sono stati piantati i pilastri per la costruzione di progetti di più lunga percorrenza e che, partendo con me, passeranno attraverso il prossimo Presidente del 2016 Andrea Di Lenarda e, oltre, a chi verrà dopo. Quando mi candidai

a Presidente della nostra Associazione avevo chiari in mente alcuni valori ai quali ho sempre creduto: l'amicizia, la lealtà, il sacrificio, l'importanza dei valori condivisi, l'orgoglio dell'appartenenza, la passione nel servizio. Oggi, dopo un percorso di due anni, vi credo maggiormente e sono fiero di confermarvi che la tenacia nel perseguimento di nuove e sfidanti tappe è stata la mia unica musa ispiratrice in questo processo di rinnovamento e cambiamento in cui vi ho avuto vicini, compagni di viaggio che si muovono nell'alveo della tradizione, Soci che non si accontentano di stare "al balcone", interessati a scoprire e sperimentare nuove formule e sviluppare giorno per giorno modelli scientifici e organizzativi che tutelino la specificità della nostra disciplina e la salute degli uomini e delle donne che si affidano a noi. Non è per autoincensarci, né per cercare uno scontato e banale proselitismo che desidero invitarvi a seguire quanto è stato fatto fino ad oggi per voi, cari Soci, ma anche per il mondo ANMCO in generale. Considero, in primo luogo, in questo periodo storico di crisi dell'associazionismo e nonostante i decisi tagli portati avanti nei confronti di diversi Soci morosi da tempo, un notevole successo aver man-



tenuto a oltre cinquemila il numero dei Soci, cui si stanno aggiungendo tanti altri, tra cui moltissimi giovani che di recente stanno richiedendo di far parte della nostra Associazione.

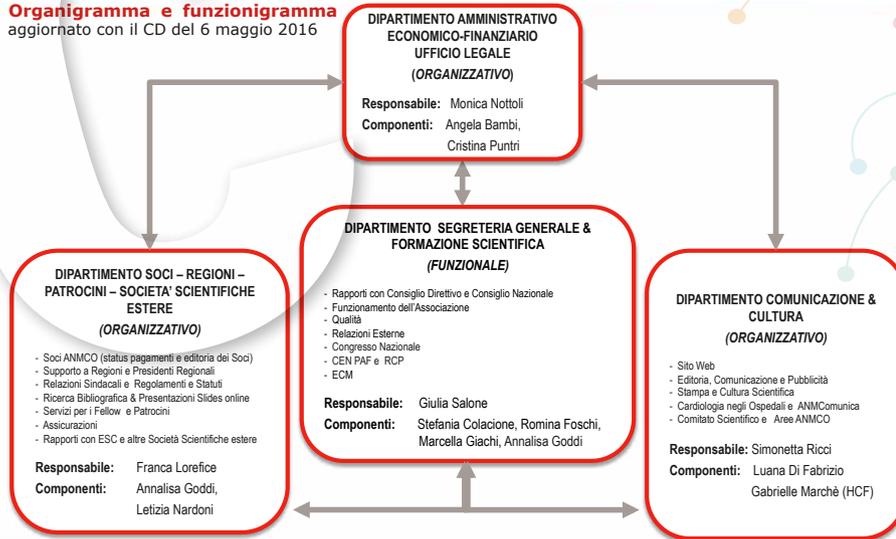
Nella lunga storia dell'ANMCO gli **Stati Generali** hanno rappresentato, da sempre, un momento rilevante di profonda riflessione e di fruttuoso confronto per gli Organi e gli Organismi della nostra Associazione. Questo incontro con i massimi esponenti associativi, negli ultimi anni collocato alla fine dell'esperienza di un Presidente e del suo Consiglio Direttivo, è stato invece da me convocato ben due volte, la prima, col nome "L'ANMCO che cambia" subito dopo l'insediamento mio e del nuovo Consiglio Direttivo, la seconda, col nome "L'ANMCO avanti sulla strada del cambiamento", l'anno successivo, entrambe nella suggestiva città medioevale di Gubbio. Questa scelta è di per sé emblematica, in quanto rappresenta il simbolo della necessità di non perdere tempo e di affrontare al più presto e con maggiore impegno, condivisione e determinazione le sfide che oggi

si presentano alla Cardiologia ospedaliera italiana. Queste due edizioni degli Stati Generali, con un programma ricco e impegnativo nello svolgimento per la strategicità e la complessità delle tematiche trattate, hanno offerto la possibilità di una proficua e costruttiva discussione su tanti temi agli Organi e Organismi dell'ANMCO, per gettare le basi per una rinnovata Cardiologia, forte dei successi del passato, che saprà essere continuo riferimento culturale e organizzativo per le Istituzioni e per le nuove generazioni di Cardiologi. Abbiamo approfondito la riflessione sulle future strategie associative in una kermesse cardiologica da sempre rilevante per la vita della nostra Associazione che in questo biennio ho avuto l'onore di presiedere. La forte risposta partecipativa e il plauso e il consenso coralmente espresso da tutti gli intervenuti hanno confermato la bontà dell'azione intrapresa volta a rafforzare il rinnovamento del concetto di associazionismo. Credo che questa esperienza, fortemente voluta da ANMCO, contribuirà a far scrivere nuove pagine della Cardiolo-

gia mantenendo forte la sua capacità di essere al contempo propositiva e punto di riferimento per noi medici, nonché attenta ai bisogni assistenziali dei nostri concittadini. Tanti sono stati gli argomenti trattati, con grande tempo a disposizione per la discussione che ha permesso a tutti di poter esprimere, anche in ripetuti interventi, proposte, riflessioni e spunti rilevanti sulle attività da svolgere nel breve e medio termine e poter discutere a lungo e approfonditamente su come migliorare e snellire ulteriormente alcuni complessi meccanismi associativi.

**L'Organizzazione interna.** Mi sono prefisso l'obiettivo di rendere i rapporti dei Soci con la Segreteria e il Centro Studi più aperti e meno afflitti da una pesante burocrazia amministrativa, in modo che ogni singolo associato si senta effettivamente il vero protagonista della nostra grande realtà, introducendo molte novità che spero annullino pian piano quella sensazione di distacco dall'ANMCO, di farraginosità dei percorsi, che è maturata nel tempo in molti Associati. È l'Associazione che

• **Organigramma e funzionigramma**  
aggiornato con il CD del 6 maggio 2016



*Organigramma e funzionigramma della Segreteria ANMCO*

deve essere al servizio dei Soci, e non viceversa. Perfino il logo ANMCO è stato riattualizzato in quest'ottica: pur mantenendo le caratteristiche di sempre è stato arricchito nella forma, conferendogli una tridimensionalità che sembra quasi farlo protendere verso i nostri Soci.

Alcuni cambiamenti sono stati il risultato di un sofferto e difficile percorso decisionale, portato avanti insieme al Consiglio Direttivo e condiviso col Consiglio Nazionale. Mi riferisco alla ristrutturazione organizzativa e funzionale del patrimonio lavorativo della Segreteria e dell'Amministrazione ANMCO, legata alle contingenze economiche (non si poteva continuare a mantenere un organico di 19 dipendenti con due dirigenti, che costava annualmente oltre 1 milione di euro), che ha comportato una riduzione del numero dei dipendenti, scelta dolorosa quanto improrogabile, abolendo nel contempo le figure dirigenziali (come dirigenti della nostra Associazione bastano i componenti del Consiglio Direttivo).

Le attività amministrative sono state riorganizzate in quattro Dipartimenti, ognuno dedicato a uno o più settori di attività: **Dipartimento Segreteria Generale, Formazione Scientifica, Rapporti con il CD e il CN** (l'unico a carattere funzionale, che rappresenta il trait d'u-

nion con gli altri e presiede all'armonizzazione della loro attività); **Dipartimento Amministrativo Economico-Finanziario-Ufficio Legale** (riorganizzato a partire da un sistema di protocollazione, esteso a tutti i settori di attività della Segreteria, che ha permesso di migliorare sensibilmente la gestione e l'archiviazione documentale; sono stati inoltre messi in atto una serie di provvedimenti a tutela della sicurezza e della privacy introducendo anche una nuova gestione dei contratti e dei documenti di lavoro relativi ai dipendenti dell'ANMCO e della Centro Servizi, ottenendo centralizzazione e risparmio nella produzione di attività amministrative e contabili, frutto del desiderio di agire in un regime di massima trasparenza); **Dipartimento Soci-Regioni, Patrocinii e rapporti con le Società Scientifiche Estere** (la vera interfaccia e il primo concreto contatto tra la periferia e il centro; è stato varato un nuovo Regolamento delle Sezioni Regionali, che ha trovato una positiva accoglienza da parte dei Presidenti Regionali, con sostanziali novità in termini di maggiori fondi messi a disposizione per dar vita alle loro progettualità e di maggiore chiarezza nelle regole che presidono l'attività formativa a livello locale; devono essere ricordati anche i nuovi Regolamenti per la concessione dei Patrocinii

ni e per l'ottenimento della Fellowship ANMCO; di pari passo è stata elaborata tutta una nuova serie di servizi dedicati ai Fellow ed è stata istituita anche la figura del Fellow Emerito); **Dipartimento Comunicazione&Cultura** che attraverso le nuove piattaforme, ANMConnect e ANMComunica, appositamente ideate e realizzate, ha permesso un aggiornamento costante e tempestivo a tutti i Soci sulle novità scientifico-editoriali elaborate da ANMCO.

Inoltre abbiamo realizzato nuovi servizi e attività, ispirandoci ai bisogni che abbiamo rilevato da parte dei nostri Asso-

**I nuovi servizi ai Soci.** Il sito web mette a disposizione dei soci degli approfonditi **slide set**. Utilissimo anche il nuovo servizio **Bibliografia on line** per i Soci in regola con la quota annuale, che permette di chiedere e ottenere entro 48 ore un pdf di articoli pubblicati su prestigiose riviste internazionali (tra cui NEJM, Circulation, JACC, JAMA, Lancet, etc.), assicurando un aggiornamento gratuito e in tempi record!

Un altro interessante servizio che abbiamo offerto in esclusiva ai Soci in regola è quello dell'**Assicurazione di Responsabilità Civile e Professionale e Tutela Giudiziaria**. Ho stipulato una convenzione con ASSITA S.p.A., broker assicurativo primario in sanità che, in contropartita a un premio agevolato, prevede una copertura per cinque anni contro il rischio clinico di malpractice e/o di colpa professionale grave con costi e vantaggi straordinari, un prodotto assicurativo conveniente e assolutamente concorrenziale, per qualità e quantità di servizi offerti, rispetto a tutte le altre polizze professionali attualmente sul mercato, che copre qualsiasi attività cli-



nica, interventistica e/o amministrativa del Cardiologo dipendente ospedaliero (compresa intramoenia allargata e responsabilità primaria). La polizza, che comprende sia la Retroattività sia la Postuma Illimitata e la Rivalsa, è formata da due diversi moduli, tutela legale e colpa grave, che si possono contrarre disgiuntamente o congiuntamente. È un primo, concreto passo da parte della nostra Associazione per affrontare una minaccia a volte scaramanticamente allontanata ma che condiziona ormai pe-

zione in essere, approntando dei prodotti analoghi anche per i Medici con altre forme lavorative (specializzandi, cardiologi libero-professionisti presso lo studio proprio o altrui, cardiologi dipendenti da strutture private). Potrai incontrare lo Staff di ASSITA anche a Rimini al 47° Congresso Nazionale ANMCO.

**Le Aree e le Task Force.** Abbiamo portato avanti una piccola rivoluzione nelle Aree. L'Area e-Cardio è stata omologata con la Commissione del Sito WEB

CardioOncologia e CardioNefrologia (quest'ultima chiusa recentemente per inosservanza del regolamento attuativo), organismi snelli di natura eminentemente tecnica che svolgono la propria azione a vantaggio e/o a supporto di attività progettuali, formative, di ricerca e di comunicazione di altri Organi e Organismi ANMCO; esse hanno un Referente stabile che rimane in carica per due anni e che potrà cooptare fino a un massimo di due esperti ad hoc, individuati di volta in volta per la conduzione di singoli progetti da svolgere in un tempo determinato. A fronte di questo nuovo assetto organizzativo è stato varato un nuovo **Regolamento per il funzionamento e l'organizzazione delle Aree**, in modo tale da rendere il loro operato ancora più efficiente ed efficace. I Chairperson e i Referenti delle Task Force, all'inizio di ogni anno di attività, presentano un cronoprogramma con l'individuazione di indicatori misurabili a breve-medio termine sulle loro iniziative, che sarà poi oggetto di valutazione operativa da parte del Presidente e del Consiglio Direttivo.

**Il congresso e le iniziative formative.** Mi auguro che molti di voi stiano leggendo questo numero di Cardiologia negli Ospedali al Palacongressi di Rimini, in occasione del 47° Congresso ANMCO, principale evento che da sempre caratterizza la nostra Associazione per autorevolezza formativa, collocato nel solco della tradizione ma nel contempo segno tangibile di rinnovamento e cambiamento ad iniziare dalla *location*, diversa dalla classica sede fiorentina. Ritenendo di importanza strategica che per raggiungere prestigiosi risultati scientifici occorra la massima condivisione di tutti gli Organi e Organismi



#### *La convenzione assicurativa di ANMCO*

santemente l'attività quotidiana dei cardiologi ospedalieri. Abbiamo ricevuto numerose richieste di adesione e molte altre stanno pervenendo, perché tanti hanno apprezzato il grande risparmio effettivo in questi tempi in cui i costi assicurativi incrementano sempre più. La rivoluzione copernicana che apporterà l'approvazione del DdL sulla Responsabilità Professionale in discussione alle Camere non consentirà a nessun Medico di svolgere la sua attività senza la debita copertura assicurativa, in quanto l'entrata in vigore della suddetta norma sancirà definitivamente l'obbligatorietà assicurativa e detterà le garanzie che ogni polizza dovrà contenere quali, per esempio, Retroattività e Postuma almeno quinquennali. Con ASSITA abbiamo pertanto ampliato la Conven-

ANMCO-Fondazione, mentre è stata creata l'Area Giovani, per cui mi sono fortemente battuto, allo scopo di dare spazio e creatività culturale alla nuova generazione di Cardiologi ANMCO che credono nella possibilità di un nuovo futuro per la nostra disciplina e vorranno distinguersi e mettersi in gioco per il futuro della nostra Associazione, stimolandoli a impegnarsi per diventare i veri "artefici del nostro domani". I risultati sono arrivati immediatamente, e la grande quantità e qualità di abstract pervenuti al congresso ne è la prova tangibile. Partecipate alle riunioni del mattino dell'Area Giovani al Congresso di Rimini e ve ne accorgete. Le Aree sono state integrate con 5 Task Force, Cardiologia Pediatrica, CardioGeriatrics, Cardiologia dello Sport,

associativi e di tutti i Soci ANMCO, abbiamo richiesto con una Call for Ideas, come sempre, di ricevere idee e proposte per preparare il programma scientifico. A giudicare dal grande numero di proposte inviato dalle Aree, dalle Regioni, dagli altri Organi e Organismi ANMCO, ma soprattutto da singoli Soci (che come consuetudine sono stati citati nel programma definitivo), appare evidente, per la loro crescita esponenziale rispetto agli anni precedenti, quanto ampia sia l'aspettativa e il grande interesse del mondo cardiologico verso questo evento immancabile. Questo ultimo dato deve far riflettere in positivo: la propositività scientifica, dal punto di vista qualitativo e quantitativo, non soffre di condizionamenti organizzativi o associativi, non conosce flessioni; continua a esistere la spontaneità nel proporre nuovi item o idee. I Vostri suggerimenti, inoltrati esclusivamente tramite il sito web ANMCO, sono stati armonizzati in un divenire d'interessanti sessioni capaci di stimolare la partecipazione dei Cardiologi italiani. Queste premesse ci caricano di una grande responsabilità, che condivideremo con una Faculty d'eccezione, che vedrà coinvolti un altissimo numero di **Fellow ANMCO**, Soci qualificati che la nostra Associazione valorizzerà maggiormente mettendo a loro disposizione un'apposita *Lounge* in sede congressuale con servizi gratuiti esclusivi e dedicati.

Come quello di Milano dello scorso anno, il Congresso di Rimini sarà dinamico, snello, interattivo, stimolante, ricco di nuove formule comunicative e formative, soprattutto connotato da una vera e propria rivoluzione tecnologica che investirà radicalmente il modo



### *I Congressi Nazionali*

di fare formazione: sale multimediali (aule con tavoli disposti a U con wide-plasma screen interno e uso di iPad personali per garantire l'interattività a ciascun partecipante), Village multimediali (due spazi interattivi dotati di maxi ledwall), una sala plenaria con proiezione dinamica e olografica su ampi ledwall curvi, e-poster session digitali con tecnologia wide-video, avanzate tecnologie come tracker con sensori di prossimità che consentiranno a ognuno di crearsi un proprio percorso personale, ma nel contempo di certificare l'effettiva partecipazione agli eventi. Si svolgerà la seconda edizione del **Campionato di Refertazione ECG**, riservato esclusivamente ai Soci Ordinari in regola con la quota associativa, che metterà alla prova l'abilità del partecipante nel saper riconoscere ECG complessi in un breve lasso di tempo, rispondendo elettronicamente tramite pc dedicati. I 3 ECGrafi messi a disposizione da una



nota casa produttrice saranno attribuiti, nel corso della Cerimonia Inaugurale del Congresso, ai primi tre classificati. Si terranno simposi congiunti con importanti società scientifiche nazionali e internazionali; in particolare, ai tradizionali appuntamenti con FIC, ISS, ESC ed ACC si aggiungeranno quest'anno anche una sessione con AHA e una con l'European Council on Hypertension. Ampio spazio sarà dato ai 24 Documenti di consenso ANMCO, che verranno illustrati in minimaster o apposite main session. Grandissima novità di quest'anno sono le sessioni interattive **Vi.P. Echo** e **Vi.P. Clinical Sessions**, che si svolgeranno in sala Agorà (una sala multimediale per 260 postazioni particolarmente tecnologicamente attrezzate) in cui si potranno eseguire esercitazioni individuali di ECO transtoracico e transesofageo su manichini individuali (vedendo in contemporanea l'equivalente dell'attraversamento del fascio



ultrasonoro con lo spaccato anatomico sul corpo umano, quello iconografico classico e la comparazione con l'immagine in RMN), effettuare le procedure ECO-guidate di cannulazione della v. giugulare, della v. succlavia e delle v. e a. femorale (sempre con manichini anatomici interattivi), e di interazione con simulatore di paziente cardiologico complicato nella gestione dell'emergenza/urgenza in PS, UTIC e/o corsia. Una strabiliante, coinvolgente attività formativa virtuale, che non mancherà di affascinarvi e impegnare tutte le vostre conoscenze cardiologiche. Non perdetevi l'occasione per prenotare gratuitamente il vostro posto in una delle 6 sessioni che si svolgeranno nell'arco dei tre giorni congressuali. I posti saranno garantiti entro 5 minuti dall'orario di inizio della sessione, poi saranno ceduti ai primi richiedenti fuori dalla sala fino a capienza di 260 partecipanti (non saranno ammessi posti in piedi). Oltre alle classiche sessioni Meet the expert, Face to Face, Hands-on voglio ricordarvi l'importante Main Session in sala plenaria: **"CardioFrontex: la Cardiologia attraverso il Mar Mediterraneo. Punti di forza e criticità di un modello assistenziale che accoglie e non rifiuta nell'interesse del paziente cardiopatico"**, che darà voce, in questi tempi difficili, a diversi Presidenti di Società Cardiologiche dei Paesi che si affacciano sul "Mare Nostrum", per ascoltare le loro realtà e per proporre network gestionali condivisibili per l'area cardiologica. Si svolgerà anche la premiazione del primo concorso fotografico **"Cardiclick, professione cardiologo"**, l'interessante rassegna fotografica dei migliori scatti dei nostri Associati, che sarà premiata con tre sponsorship complete ad altret-



tanti congressi internazionali. La **My Congress App**, piattaforma tecnologica interamente scaricabile su iPhone, iPad e smartphone android, disponibile già da pochi giorni prima del Congresso, con cui navigare dentro il programma scientifico e ricevere informazioni e tweet durante l'evento, vi permetterà una partecipazione "da protagonisti". Tutto questo con l'auspicio che possa essere un Congresso più partecipato, più coinvolgente e che permetta a tutti di essere, oltre che discenti, anche e soprattutto "attori". E attore potrete diventarvi davvero, entrando nell'apposita cabina fotografica **"Relatore per un Giorno"** ove scattare gratuitamente la vostra foto ricordo del congresso, da relatore! Infine, ma cosa non meno importante, vi aspetto alla nostra Assemblea, numerosi e carichi di proposte su come migliorare ulteriormente i complessi meccanismi associativi, per rendere ANMCO sempre più forte, coesa e scientificamente sempre al top. Quest'anno agli Infermieri sarà dedicato, al posto del consueto Cardionursing, un **Corso di Clinical Competence** di tre giorni in uno dei due Village; tuttavia coloro che non vi parteciperanno avranno in alternativa la possibilità di frequentare, con una quota agevolata, le sessioni scientifiche del Congresso, che è stato accreditato anche per questa figura professionale. L'impegno profuso da parte mia e del Consiglio Direttivo non può non meritare una partecipazione più che numerosa a questo appuntamento annuale di cui vado personalmente particolarmente fiero. Spero che questi 3 giorni,

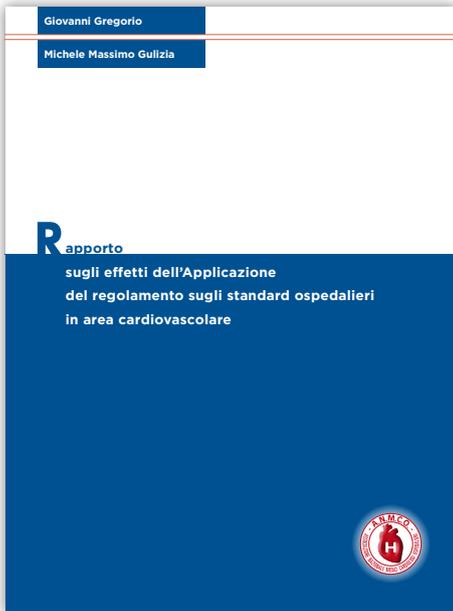
decisamente intensi, di lavori scientifici e di momenti associativi, con i loro interessanti spunti di riflessione e con i loro vivaci confronti, corrispondano pienamente alle vostre aspettative.

Per concludere con il Congresso di Rimini di quest'anno, vi ricordo l'immane appuntamento alla Cerimonia Inaugurale delle 19.30, preceduta dalle



La Home Page di My Congress App

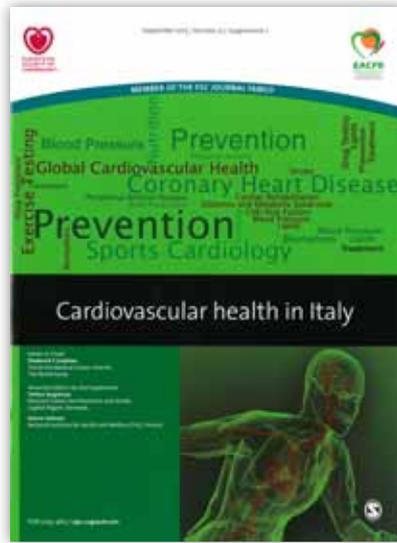
due possenti letture del Prof. Fausto Pinto, presidente ESC, e del Prof. Marc Alan Pfeffer, icona mondiale della Cardiologia. Subito dopo una sorpresa di grande effetto ci aspetterà all'ingresso della sede congressuale, per sottolineare adeguatamente la solennità di questo nostro evento scientifico. L'indoma-



*Rapporto sugli effetti dell'Applicazione del regolamento sugli standard ospedalieri in area cardiovascolare*

ni non perdetevi la Cena per il Working Dinner di Celebrazione del 25° Anniversario del Centro Studi ANMCO, aperto a tutti i congressisti che avranno confermato la propria presenza. Si tratta di un evento esclusivo, riservato ai primi 1000 iscritti che confermeranno la propria presenza.

Dei tanti successi dello scorso congresso di Milano, anch'esso fortemente basato sull'interattività, ricordo in particolare l'opportunità di essere parte dell'Esposizione Universale EXPO 2015 che, con il suo tema "Nutrire il Pianeta, Energia per la Vita", ha posto sempre più l'attenzione generale sull'alimentazione, argomento fondamentale per noi Cardiologi, così strettamente correlato alle malattie cardiovascolari. L'importante sessione finale con l'ISS, proprio all'EXPO, ha coinvolto i massimi esperti mondiali di alimentazione, stili di vita e malattie cardiovascolari, con scritti di alcuni tra i più grandi epidemiologi, come lo statunitense Prof. Jeremiah Stamler, ideatore della "dieta mediterranea". Durante la sessione è stato presentato, in anteprima mondiale, il nuovo **Atlante del Rischio Cardiovascolare degli Italiani** con particolare riferimento all'andamento negli ultimi 10 anni dei fattori di rischio, valutato



DAL PRESIDENTE



nei diversi livelli socio-economici. In questo biennio sono state realizzate importanti Campagne Educative Nazionali:

- **I bisogni insoddisfatti della cardiopatia ischemica cronica. Siamo in linea con le linee guida: possiamo fare meglio?** tra l'evento Start up di Firenze (gennaio 2015) e quelli periferici (Roma e Firenze aprile 2015, Catania e Milano maggio 2015) ha visto oltre 300 partecipanti. L'interesse per l'argomento e il successo dell'iniziativa sono

stati tali che abbiamo in cantiere ulteriori 150 riunioni locali.

- **AF-NAO Shot**, svolta in 12 sedi di altrettante città italiane, ispirata dalla omonima survey on-line sulle abitudini dei Cardiologi italiani nella gestione del paziente con fibrillazione atriale e sui nuovi anticoagulanti orali, ospitata sul sito web ANMCO, con casi clinici interattivi con snodi decisionali che hanno compreso l'intervento del pubblico attraverso l'interazione con iPad.



*Le locandine di alcune iniziative formative ANMCO*



- **CardioMab Educational**, tenuto anch'esso in 11 sedi italiane di diverse regioni, incentrata sulla necessità del raggiungimento del target di Colesterolo LDL nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare e preceduta dall'evento "**Cardiomab Academy**" svoltosi a Bologna il 27 novembre 2014, è un importante progetto che ha affrontato argomenti innovativi per dirimere le evidenze e le contraddizioni emerse dalle più recenti ricerche scientifiche in tema di prevenzione cardiovascolare e di trattamento dell'ipercolesterolemia anche con l'utilizzo dei nuovi anticorpi monoclonali inibitori della PCSK9, che risultano di particolare efficacia nel ridurre la colesterolemia e migliorare la prognosi clinica, in particolare in pazienti con ipercolesterolemia familiare e con intolleranza alle statine.

A Firenze si è svolto l'evento **Food Science & Food Ingredients: The need for reliable scientific approaches and correct communication**, organizzato insieme a Fondazione "per il Tuo Cuore", in cui sono stati coinvolti i massimi specialisti europei e statunitensi sull'alimentazione. Una grande campagna scientifica e mediatica particolarmente apprezzata e partecipata dai numerosi giornalisti italiani ed esteri intervenuti. Si è conclusa anche in tutta Italia la **Campagna formativa per la certificazione di provider BLS-D** di oltre 600 agenti della Polizia Ferroviaria, a seguito dell'accordo tra ANMCO, Polfer e Associazione Nazionale per la Sicurezza Ferroviaria, che ha previsto l'acquisto di 60 defibrillatori semiautomatici esterni dislocati in altrettante stazioni ferroviarie di primario transito (grazie a questa formazione sono state già salvate diverse vite), iniziativa spontanea-

mente rilanciata da numerose riviste specializzate, quotidiani e dalla Rai, che ha visto la partecipazione attiva ed entusiastica di numerosi Istruttori BLS-D ANMCO-AHA. Grazie a questo Progetto e alla formazione BLS-D ANMCO-AHA alcuni poliziotti sono stati encomiati ufficialmente dal Capo della Polizia per aver salvato la vita a "cittadini", fortunati per averli incontrati, colpiti da arresto cardiaco improvviso.

Il 16 aprile 2016 si è svolta la giornata nazionale "**Amico del Cuore - Dopo l'infarto il colesterolo conta**", una campagna sulla prevenzione cardiovascolare con videoconferenza in collegamento satellitare con 14 sedi dalla sede hub di Catania, con il supporto non condizionante di MSD Italia, e con la collaborazione di Conacuore onlus, la confederazione che coordina tutte le associazioni di volontariato in cardiologia. L'evento ha coinvolto anche il pubblico laico ed è stato incentrato sulla necessità del raggiungimento dei livelli target di 70 mg/dl di LDL colesterolo da parte dei pazienti che avessero superato un episodio di infarto o angina con l'obiettivo di offrire loro 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. In ogni specialista e nel team multidisciplinare delle UTIC tutti i pazienti che hanno avuto un infarto possono trovare un "Amico del cuore", un punto di riferimento costante per affrontare questa sfida. 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'in-

sieme dei provvedimenti clinici e sui percorsi assistenziali necessari alla riduzione del rischio residuo dopo sindrome coronarica acuta nella pratica quotidiana. Armi formidabili a nostra disposizione rimangono le statine, ma per i pazienti che non riescono a raggiungere i target terapeutici, neanche con la dose massima, o per quelli intolleranti si deve seguire una diversa strategia prescrivendo anche ezetimibe, specifico inibitore dell'assorbimento del colesterolo, come raccomanda la Nota 13 AIFA. Nella seconda parte della mattinata l'iniziativa si è aperta, come Open Day, 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, esami e controlli, alimentazione e attività fisica, terapie e aderenza. Per il progetto abbiamo predisposto, inoltre, una serie di strumenti educazionali utili e di facile accesso per i cittadini: siti web ([www.anmco.it](http://www.anmco.it) e [www.amicodelcuore.it](http://www.amicodelcuore.it)) in cui si possono trovare informazioni su patologia, controlli da eseguire, terapie disponibili, corretto stile di vita; un video educativo scaricabile; un semplice regolo per il calcolo del colesterolo LDL, da distribuire a medici e pazienti; infine un manuale informativo è stato distribuito ai pazienti attraverso le Cardiologie.

È in partenza un'altra importante CEN sulla cardiopatia ischemica cronica "**MiniCIC**" che permetterà di discutere approfonditamente degli effetti del relativo documento di consenso in corso

di pubblicazione. Il progetto da me già ideato, finanziato da uno sponsor farmaceutico e finalizzato amministrativamente, sarà sviluppato a partire dal prossimo ottobre-novembre in oltre 150 sedi di altrettante riunioni nelle città italiane.

L'ANMCO ha in cantiere numerose altre nuove proposte dedicate all'educazione continua. Insieme a Giovanni Gregorio abbiamo realizzato la struttura di un **Corso di Management Sanitario per Direttori di Struttura Complessa ai sensi degli Artt. 15 e 16-Quinquies del D.Lgs n.502/92 e s.m., dell'Art. 7. DPR 484/97 e dell'Accordo Stato-Regioni del 10 luglio 2003**, sia di primo livello (aspiranti Direttori di Struttura Complessa) sia di rivalidazione (per coloro i quali lo hanno svolto da oltre 7 anni), in collaborazione con una importante istituzione certificatoria di una regione italiana. Al Congresso Nazionale ANMCO di Rimini troverete questa brochure in borsa.

### CORSO DI MANAGEMENT SANITARIO PER DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA

AI SENSI DEGLI ARTT. 15 E 16-QUINQUIES DEL D.LGS N. 502/92 E S.M. E ALL'ART. 7, DPR 484/97 E AI SENSI DELL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 10 LUGLIO 2003

#### Architettura del Corso

Il corso di formazione manageriale per i dirigenti di struttura complessa di *area cardiocircolatoria* è il corso di formazione manageriale per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per la direzione di strutture complesse erogato sulla base del D.Lgs. 502/92 e DPR 484/97. Il corso è finalizzato alla formazione manageriale, capacità gestionale, organizzativa e di direzione, del personale della dirigenza del ruolo sanitario ed è articolato in attività didattiche teoriche e pratiche e nella partecipazione attiva a seminari. Il corso di formazione manageriale è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi di direzione di strutture complesse.

#### Destinatari

Il corso è destinato a:

- Dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa;
- Medici che, pur non avendo la struttura complessa, abbiano i seguenti requisiti: un'anzianità di servizio nella direzione tecnico-sanitaria (Struttura Semplice) di almeno 3 anni, oppure un'anzianità di servizio di almeno 5 anni;
- Dirigenti già in possesso dell'attestato di management che intendano aggiornare le proprie competenze.

Sarà data precedenza ai soci ANMCO.

#### Obiettivi formativi

- fornire ai partecipanti gli elementi per la comprensione dei principali modelli di organizzazione delle aziende di servizi sanitari e dei principali sistemi e strumenti di governo gestionale e clinico, con riguardo a questi ultimi. Si privilegia la trattazione degli argomenti che evidenziano il ruolo e le funzioni proprie del dirigente medico.
- i modelli di insegnamento soddisfano prioritariamente le seguenti aree tematiche: Organizzazione e gestione dei servizi sanitari, Indicatori di qualità dei servizi - Sanità pubblica, Gestione delle risorse umane, I. Criteri di finanziamento ed elementi di bilancio e controllo, così come definite dall'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003.
- la metodologia didattica deve essere di tipo prevalentemente attivo; le lezioni tradizionali (lezioni frontali) vanno affiancate da strumenti quali analisi e discussione di casi didattici, incident, role playing, simulazioni e griglie di analisi, finalizzati a favorire, tramite la discussione in piccoli gruppi di lavoro,

Grazie a un accordo stipulato dal sottoscritto con l'Università degli Studi di Firenze, abbiamo realizzato un **Master teorico-pratico di 3° livello dedicato allo Scompensamento Cardiaco**, coordinato da me e dal prof. Gensini e diretto dai dottori Aspromonte e Di Lenarda, che si svolgerà nei primi mesi del 2017. Le iscrizioni (limitate a 40 corsisti e a partire da ottobre 2016) prevederanno la massima distribuzione geografica, privilegiando le discipline cardiologia e medicina interna tra tutte.

Sono state anche messe a punto le nuove **Linee Guida ANMCO per la gestione degli Eventi Formativi ECM** che entrano nel Piano Annuale Formativo, con lo scopo di semplificare la spontanea realizzazione di corsi da parte dei vari soggetti interessati.

Sempre nell'ottica di un continuo rinnovamento partecipativo, sono state create le **"Giornate Mentoring"** per i giovani Soci, con l'obiettivo di creare, attraverso adeguati incontri formativi, un "nucleus" di giovani Colleghi ben preparati e formati alle varie attività dell'ANMCO.

**La Ricerca.** La nostra forza è da sempre stata la coesione di tutte le Cardiologie ospedaliere nel partecipare a progetti scientifici che hanno reso l'ANMCO interlocutore privilegiato per le Istituzioni e per la Comunità Scientifica internazionale. Questo campo fondamentale e storico è sempre vivo e fecondo: fioriscono letteralmente le iniziative di ricerca che abbiamo posto in essere dopo anni di stasi, e il Centro Studi ANMCO è attualmente, sovraccarico, ma all'opera sui diversi studi ideati e avviati. In attesa del **BLITZ-HF**, dedicato allo scompensamento cardiaco e prossimo alla partenza in 100 centri che arruo-

leranno circa 6000 pazienti, è iniziato l'arruolamento dell'ampio Studio osservazionale **BLITZ-AF**, che prevede la partecipazione di circa 200 centri con un follow up di un anno, con l'obiettivo di valutare il numero di ricoveri in pronto soccorso o nei reparti di Cardiologia di pazienti con fibrillazione atriale e il profilo clinico di questi pazienti, di consentire un confronto con i dati del passato (come quelli dello studio FIRE) in termini di gestione di questa aritmia e di valutare infine le strategie diagnostiche e terapeutiche utilizzate.

Lo **START (STable coronary Artery diseases RegisTry)**, un'altra ricerca appena partita, è uno studio osservazionale, prospettico, multicentrico con un follow-up a 12 mesi, che si prefigge l'obiettivo di ottenere una completa e attendibile descrizione delle modalità di diagnosi e trattamento (farmacologico e non) di pazienti consecutivi con coronaropatia stabile ricoverati in reparti di cardiologia e ha la potenzialità di essere il maggior registro sul management della cardiopatia ischemica cronica, giacché, a oggi, mancano dati epidemiologici aggiornati e rappresentativi della realtà italiana.

Un altro nostro studio prospettico, multicentrico, l'**IN-PROGRESS (Italian Educational Programme for Improving Quality of Care in Patients not REvascularized During the Index Hospitalization for Non-ST Elevation Acute Coronary SyndromeS)** che partirà a breve in 40 UTIC italiane, fornirà ulteriori importanti informazioni sulla pratica clinica corrente e valuterà l'impatto prognostico di una strategia di implementazione delle linee guida europee nella realtà clinica quotidiana nei pazienti con NSTEMI trattati con



strategia conservativa.

Partito anche il **POSTER (Prevalence Of familial hypercoleSTerolaemia in Italian Patients with coronary artERY disease)**, scritto insieme ai colleghi della SISA e dedicato all'ipercolesterolemia familiare, tema di rilevante importanza perché, se è vero che questi pazienti hanno un elevato rischio di malattia coronarica giovanile, le nostre Cardiologie sono i Centri più adatti a intercettarli ma soprattutto, con uno screening a cascata, ad identificare i molti casi misconosciuti nei loro familiari prima che in essi avvenga un evento acuto.

Inutile sottolineare che tutti questi studi, oltre alle ovvie ricadute scientifiche per il mondo cardiologico e di prestigio per la nostra ANMCO, rivestono anche un rilevante aspetto formativo per tutti i partecipanti. Vi rimando alle pagine dedicate su questa rivista, a opera del Centro Studi, per un aggiornamento più completo delle varie attività.

**I Documenti.** Come ampiamente riferito nello scorso numero, siamo in attesa della definitiva approvazione alle Ca-

mere del DdL “Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario”, relatore Federico Gelli, che si prefigge di ricreare un nuovo equilibrio nel rapporto medico-paziente, per il contenimento di due problematiche: la mole del contenzioso medico legale e il fenomeno della medicina difensiva. Le novità più rilevanti sono 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, che però viene 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. Secondo l'art. 5 del DdL, queste ultime dovranno essere stilate da società scientifiche riconosciute con decreto dal Ministero della Salute e iscritte in un apposito elenco, con la “bollinatura” dell'ISS, che le inserirà nel Sistema Nazionale per le Linee Guida. 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 Documenti scientifici ANMCO, con cui la nostra Associazione si pone in prima linea in questo processo, confermandoci interlocutori privilegiati per le Istituzioni. 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 molte altre Società Scientifiche cardiologiche, cardiocirurgiche e di medicina interna, a testimonianza dell'indubitabile ruolo di

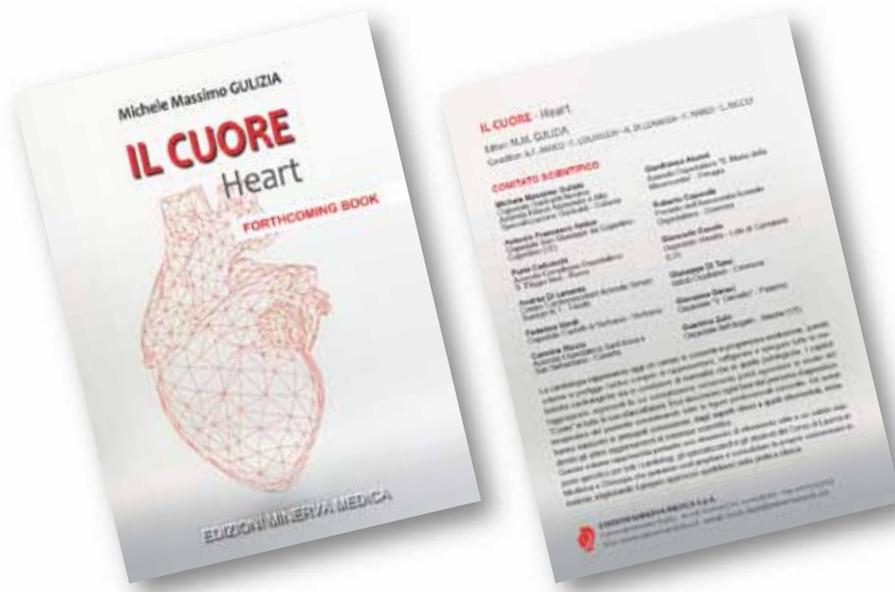
riferimento che la nostra Associazione ricopre nel panorama medico-scientifico nazionale, in un percorso scientifico che portasse all'elaborazione di numerosi Documenti di Consenso e Position Paper. Un'esperta e qualificata faculty, reclutata tra cardiologi e internisti italiani, ha tracciato delle sintesi condivise su alcuni temi clinici di grande rilievo, quali la gestione delle sindromi coro-

complesso del Servizio Sanitario Nazionale, per come previsto dalla succitata legge, sono stati presentati e discussi, nella loro bozza finale, in un'apposita Convention di approvazione (Gubbio, 19-20 novembre 2015). Ma ci siamo spinti oltre: recentemente a Catania si è tenuta, il 2 e 3 febbraio, un'ulteriore Convention Intersocietaria, insieme all'Istituto Superiore Sanità - ISS. per

i-PAD, appositamente ideato, al fine di garantire la massima interattività e certificare la propria espressione di voto). Abbiamo così proceduto, in un innovativo progetto scientifico-editoriale, alla lettura critica, alla revisione e all'approvazione, capitolo per capitolo, di tutti i documenti, che oggi, hanno completato l'iter approvativo e che troverete pubblicati su prestigiose riviste nazionali come il Giornale Italiano di Cardiologia (Giugno numero ordinario e supplemento e in quelli di Luglio e Settembre), ma anche in lingua inglese, sul Journal of Cardiovascular Medicine e l'European Heart Journal. Troverete al congresso la gran parte delle pubblicazioni dei documenti.

Infine, per la parte scientifico-editoriale, abbiamo pensato di concludere il nostro mandato biennale cimentandoci con un'opera editoriale che potesse racchiudere il meglio dell'esperienza e della competenza scientifica dei nostri iscritti: un Manuale di Cardiologia, *Il Cuore*, che sarà realizzato entro la fine di quest'anno e che coinvolgerà oltre 130 autori (per altrettanti capitoli) e che confidiamo possa divenire uno dei testi di riferimento per i cardiologi moderni e per gli specializzandi in cardiologia.

**Le iniziative comunicazionali.** Al giorno d'oggi la comunicazione è fondamentale e gli strumenti che stiamo mettendo in campo sono sempre più vari e numerosi, a partire dai mezzi più tradizionali quali **"Cardiologia negli Ospedali"** (a proposito, basta visionare la composizione della sua redazione per rendersi conto che l'ANMCO è vicina ai giovani con i fatti e non solo con le parole). Non vi nascondo che sono molto orgoglioso di aver difeso questa



nariche acute, della cardiopatia ischemica cronica, della fibrillazione atriale, dello scompenso cardiaco, delle dislipidemie, della TAVI negli anziani, della chiusura dell'auricola, della cardioncologia, del segnale elettrocardiografico per strumenti elettromedicali di precisione, della telemedicina in ambito di scompenso cardiaco e di rete per l'emergenza, della dimissione ospedaliera cardiologica. Tali Documenti, che dovrebbero consentire di trasformare le linee guida e le evidenze dalla letteratura scientifica in piani e percorsi diagnostico terapeutici utili nel contesto

approvare un ulteriore Documento di Consenso Multidisciplinare dedicato a: *"Colesterolo e rischio cardiovascolare: percorso diagnostico-terapeutico in Italia"*. Tutti i Documenti, che si prefiggono di essere sostegno autorevole ai percorsi più accreditati di terapia, tali da poter coniugare sostenibilità ed evidenze scientifiche, 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 mini



nostra rivista di informazione scientifica (e non solo) da una certa chiusura proposta da chi mi ha preceduto, e i fatti e i risultati di quanto realizzato da Maurizio Abrignani mi hanno dato ragione. A lui va il mio più sincero e caloroso ringraziamento per come ha saputo coniugare informazione scientifica e cultura, dando voce alle regioni e alle aree. Anche il nostro **sito WEB** è stato radicalmente revisionato e rivoluzionato, adattandolo in tempi record in funzione dei suggerimenti pervenuti dalla base, realizzando un Sito non più istituzionale, con funzione di archivio, ma dinamico, moderno, ricco di informazioni e utility per la pratica cardiologica, facilmente navigabile e snello nei

re ai nostri Cardiologi pillole di notizie in tempo reale. È stato attivato il progetto **ANMComunica**, uno strumento d'informazione che ormai opera con un metodo decisamente nuovo e dinamico, con la mission di essere la voce dell'ANMCO nei rapporti con i mass media e la vision non di un semplice ufficio stampa, ma di un mezzo potente per diffondere in tempi brevi il punto di vista associativo su tematiche scientifiche, culturali e organizzative ai principali mezzi di informazione. Una Task force dedicata, con un Nucleus operativo, che rappresenta il filtro a monte della notizia, e valuta l'opportunità di divulgazione della stessa in base a principi etici e deontologici, uno scientifi-

Soci e del mondo cardiologico in generale, che vuole coniugare completezza, chiarezza, omogeneità e rapidità dei messaggi comunicativi. La notizia diventerà protagonista, anche se il mezzo di fruizione della stessa da parte dell'utente potrà cambiare a seconda delle circostanze, assumendo la veste di articolo, di contenuto web, d'intervista scaricabile da Youtube, di breve annuncio sui Social, di APP, di format FAD. Partendo dalla considerazione che ogni anno nel mondo vengono presentati numerosissimi studi che aprono nuove possibilità terapeutiche, una mole di informazioni che è sempre più difficile filtrare e approfondire individualmente, e in linea con le finalità della nostra Associazione, per la quale riveste un ruolo centrale la promozione dell'attività culturale e formativa dei Soci, ho pensato inoltre di creare un ulteriore strumento che, grazie alle possibilità offerte delle tecnologie digitali, permetta a chiunque di poter essere informato sulle novità della Cardiologia: **ANMCO Cardiology Channel**. E un servizio gratuito di "Live News" in diretta dai più importanti congressi internazionali di Cardiologia che permette di accedere tramite computer o dispositivo mobile, grazie a un Sito e ad una APP appositamente progettata, a report quotidiani in lingua italiana redatti in tempo reale dalla nostra Redazione Scientifica, sempre presente dal marzo 2015 in quella che di volta in volta e la sede dell'evento. Un'opportunità per arricchire gratuitamente il proprio corpus di conoscenze e competenze. Basta collegarsi



contenuti, con un turnover frequentissimo, su cui ci stanno pervenendo tanti attestati di apprezzamento. Il Dipartimento Comunicazione&Cultura ha elaborato altre sostanziali novità. ANMCO e Fondazione non potranno più fare a meno di profili Facebook e Twitter che ci permetteranno di somministra-

co, deputato a verificare la scientificità dei contenuti, uno territoriale formato dai Rappresentanti delle Sezioni Regionali ANMCO, che funziona come grande bacino di reperimento e di proposizione delle notizie e uno tecnico, web 3.0) che gestisce questa vera rete informativa a disposizione dei nostri

al Sito ANMCO e cliccare sul banner dedicato oppure scaricare gratuitamente la APP, con contenuti accessibili tutte le volte che si desidera, sia on-line che off-line (con possibilità di download degli articoli e notifiche push delle ultime news), dall'Apple Store (per chi usa Apple o un dispositivo IOS) o da Google Play (per chi usa Samsung o comunque un sistema Android). Altra grande novità è il progetto ANMC@NNECT, un nuovissimo format che avvalendosi di particolari tecnologie mira a creare una rete dedicata all'aggiorna-

mento continuo professionale del cardiologo. È in sostanza una piattaforma informatica, raggiungibile attraverso i più comuni social media, in cui i Soci avranno la possibilità di reperire materiali scientifici, app e informazioni utili di vario genere per lo svolgimento della loro laboriosa attività quotidiana. Tutti questi servizi sono già attivi da mesi, per cui non perdetevi tempo ed entrate nella nostra Comunità!

**La Fondazione Per il Tuo Cuore e il rapporto con i cittadini.** Si sono spenti da poco i riflettori sull'annuale ini-

ziativa **Cardiologie Aperte**, tradizionale appuntamento avente lo scopo di sensibilizzare tutta la popolazione italiana agli scopi e alla mission di ANMCO e Fondazione, diffondere la cultura della prevenzione informando i cittadini sugli stili di vita pericolosi, e infine spiegare l'importanza della ricerca sulle malattie del cuore. Grande è stato il successo anche per questa nuova edizione: tante Cardiologie, distribuite su tutto il territorio nazionale, si sono attivate realizzando svariate attività come momenti d'incontro e dibattito tra esperti e cittadini, visite e consulenze in prevenzione primaria e secondaria, gazebo in piazza con la possibilità di effettuare gratuitamente screening cardiologici, alcuni anche della colesterolemia, conferenze su temi di prevenzione cardiovascolare, eventi culturali, concerti di beneficenza, corsi BLS-D nelle scuole rivolti a giovani dell'ultimo triennio scolastico e ai loro insegnanti (la nostra Fondazione si è resa disponibile a supportare le spese gestionali dei Corsi per laici, sostenendo il costo del rilascio della certificazione ANMCO/AHA a coloro che sono stati certificati dai nostri Istruttori RCP) e altro ancora. Ogni Cardiologia è stata libera di poter avviare le proprie attività a livello locale a seconda delle proprie preferenze. Anche quest'anno abbiamo voluto amplificare maggiormente le interazioni della periferia dando a tutti i centri che hanno organizzato eventi la possibilità di pubblicizzare ampiamente sul web i loro programmi. Sono stati inoltre inviati, alle Cardiologie che ne hanno

**BANCA  
DEL  
CUORE**



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



fatto richiesta, gli opuscoli divulgativi/informativi su argomenti di prevenzione del rischio cardiovascolare e i poster dedicati. Durante la Settimana “per il Tuo cuore”, ma ancor più per tutto l’anno, la popolazione, cominciando dai pazienti e dai loro familiari, è stata, infatti, chiamata a sostenere, con diverse modalità di donazione (tramite la destinazione del 5x1000, bonifico bancario e/o versamento postale), l’attività di ricerca sulle malattie cardiovascolari della Fondazione.

ANMCO e la Fondazione hanno promosso in questo biennio, inoltre, una novità assoluta, da me ideata per la tutela della salute cardiovascolare di tutti: la **Banca del Cuore**. È un progetto unico al mondo e rivoluzionario nel suo genere, approvato anche dall’ISS, che ha permesso di creare e di utilizzare il più ampio database digitale nazionale, un enorme registro elettronico, una “cassa-forte del cuore” virtuale e senza data di scadenza, in grado di custodire l’ECG, i valori della pressione arteriosa e del peso e un numero minimo ma significativo di variabili (sesso, età, anamnesi di ipertensione arteriosa, diabete, pregresso infarto miocardico, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale) dei cittadini che vorranno aderire gratuitamente. Una card di accesso personale (denominata **BancomHeart**), consegnata gratuitamente in occasione della visita, contiene le proprie credenziali individuali: un User Id (il proprio codice fiscale) e una password segreta, cono-

sciuta solo dal paziente per garantire la massima riservatezza nel pieno rispetto delle vigenti normative. Ogni paziente/cittadino riceve la card solo dopo aver firmato il consenso informato per il trattamento dei dati, per l’accesso alla Banca del Cuore e per l’autorizzazione ad ANMCO di poter svolgere attività di ricerca sui parametri ECG e clinici contenuti nel database. Tutti i dati rilevati vengono resi disponibili online in caso di bisogno, anche a distanza o all’estero, tramite qualunque dispositivo con connessione internet: computer, tablet o smartphone. Ogni cittadino, non solo i pazienti cardiopatici, potrà così gratuitamente consultare o mettere facilmente a disposizione dei medici da lui autorizzati i propri dati, cosa che, in alcuni casi, può rivelarsi vitale, ad esempio in caso di smarrimento o di momentanea indisponibilità della documentazione cartacea. Pensiamo, ad esempio, a quante volte un cardiologo di pronto soccorso avrebbe necessità di comparare l’ECG che ha appena eseguito con quello di base del paziente. I cittadini che vorranno aderire, in modo semplice e gratuito, al progetto possono accedere al sito <http://www.bancadelcuore.it/> per conoscere tutti i dettagli e consultare l’elenco delle Cardiologie aderenti. Questa prestigiosa iniziativa, di indubbia valenza sociale (tra l’altro consentirà anche lo screening aritmologico di condizioni misconosciute e potenzialmente pericolose come ad esempio: malattie dei canali ionici ad

alto rischio di morte cardiaca improvvisa, fibrillazione atriale, scompenso cardiaco, etc.), che testimonia ancora una volta l’impegno dell’Associazione che mi onoro di presiedere a salvaguardia della salute dei singoli Cittadini, è un progetto che darà lustro all’assistenza sanitaria italiana e alle Aziende Ospedaliere che vi contribuiranno col lavoro delle proprie Cardiologie, e ha goduto di un’ampia diffusione presso i mass media. Inoltre ANMCO potrà svolgere attività di ricerca (su dato anagrafico anonimo) sui parametri ECG e clinici contenuti nel database. Una grande rivoluzione culturale che ancora una volta ci permetterà di essere antesignani di un modo nuovo di fare non solo ricerca, ma anche assistenza. La Banca del Cuore, inoltre, è divenuta ora una struttura a sé stante, un Settore Operativo autonomo della Fondazione e l’interesse per questa iniziativa e per le sue ricadute è tale che mi occuperò in prima persona della conduzione della stessa e dell’elaborazione dei numerosi dati epidemiologici raccolti, anche proponendo la sua diffusione ed estensione ai Paesi confinanti con la nostra nazione. È con un grande orgoglio associativo che ho il piacere di comunicarvi che proprio in questi giorni, per la Banca del Cuore, ho ricevuto un prestigioso riconoscimento dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri che, “...riconoscendo l’alto valore scientifico, assistenziale e sociale...” di questo progetto di Prevenzione, mi ha conferito la meda-

glia al merito. La riceverò volentieri in occasione della Cerimonia Inaugurale del nostro Congresso, il 2 Giugno, condividendo con tutti voi questo ambito, inaspettato, quanto autorevole riconoscimento per il lavoro che abbiamo e stiamo svolgendo in favore dei cardiopatici e dei cittadini italiani.

Nell'opera continua di revisione e di rinnovamento delle iniziative editoriali ho ritenuto portare a sette gli opuscoli dedicati al pubblico, scaricabili dal nostro sito web, sui principali temi della prevenzione; a quelli tradizionali dedicati a alimentazione, fumo, esercizio fisico e anziani si sono aggiunti quelli sui temi della fibrillazione atriale, del post-infarto e dello scompenso cardiaco.

È stato reintrodotta, dopo essere stato temporaneamente sospeso in concomitanza alla creazione del nuovo Sito Web, nel quadro delle iniziative per la promozione di una corretta informazione e consulenza medica gratuita rivolta al cittadino, il servizio "L'Esperto Risponde"; come in passato alcuni Soci volenterosi e di grande esperienza presteranno la loro preziosa collaborazione offrendo ai nostri connazionali un servizio di consulenza cardiologica di alto livello qualitativo e puntuale nei riscontri.

**I rapporti con le Istituzioni.** In questo momento di trasformazione, in cui rischiamo di pagare più di altri le conseguenze di un depauperamento del SSN, così come lo abbiamo conosciuto, a causa di una passata, pesante assen-

za di ANMCO dal tavolo decisionale governativo, abbiamo lavorato intensamente per riappropriarci del ruolo che ci è consono, ovvero di riprendere ad essere l'interlocutore naturale e scientificamente più accreditato del decisore pubblico in materia di sanità italiana, con l'unico scopo di difendere la nostra disciplina, dando nel contempo risposte al fabbisogno di salute dei cittadini italiani, di cui ci siamo fatti garanti negli ultimi 50 anni. La nostra stessa ragion d'essere è messa in dubbio, in atto, da un modello organizzativo, quello per intensità di cure, che rischia di azzerare i significativi progressi che la scienza e l'ars cardiologica hanno garantito negli ultimi cinquant'anni alla popolazione italiana. La frammentazione delle competenze cardiologiche prevista nei nuovi sistemi organizzativi ospedalieri mina alle fondamenta le imprescindibili specificità, unicità e insostituibilità della nostra specializzazione. Ci viene imposto un modello assistenziale che non solo non è mai stato sperimentato "sul campo" in termini di indicatori di processo e di esiti ma che, per di più, appare applicato in maniera sorprendentemente differente nelle diverse strutture ospedaliere in cui è stato realizzato. Abbiamo pertanto preteso di essere coinvolti nella progettazione dei modelli gestionali futuri, in una consapevole assunzione di responsabilità nell'interesse non tanto di una mera difesa corporativistica ma soprattutto della vita e della salute dei cittadini ita-

liani. Nella stessa ottica s'inserisce l'impegno a difendere il ruolo e la specificità delle Cardiologie *spoke*, vero tessuto connettivo e scheletro portante della Cardiologia italiana. In questo momento, inoltre, in cui una Spending Review spesso basata su tagli lineari e non su un'oculata allocazione di risorse, mette a dura prova anche i nostri organici, l'ANMCO è stata propositiva anche nel difendere le Cardiologie dall'abbandono da parte delle Istituzioni Pubbliche che, con un recente decreto legge, poi approvato con poche modifiche in Conferenza Stato-Regioni, passato quasi in sordina ma letto nella drammaticità delle affermazioni in essa contenute solo da noi e pochi altri, rischia di cancellare numerose cardiologie in tutta Italia. Si tratta di una riforma assistenziale e ospedaliera che abbiamo criticamente ma positivamente revisionato, applicandola a un modello virtuale per valutarne gli effetti devastanti a breve, medio e lungo termine sul territorio nazionale. L'applicazione del suddetto Decreto spazzerebbe via, in un soffio, molte delle attuali Cardiologie, UTIC ed Emodinamiche con un maggior danno configurato nell'assoluta mancanza della figura professionale del Cardiologo (oltre che della Cardiologia) negli Ospedali di Pronto Soccorso. Un effetto esplosivo, con ricadute imprevedibili sulla cura delle patologie cardiovascolari. Ho personalmente incontrato le massime Istituzioni sottoponendo loro le nostre perplessità e



7° Censimento delle Strutture Cardiologiche anno 2015

consegnando il libro azzurro che abbiamo realizzato “**Rapporto ANMCO sugli effetti dell'imminente applicazione del nuovo regolamento sugli standard organizzativi in area cardiovascolare**” in cui, regione per regione, si descrivono accuratamente le possibili conseguenze derivanti dall'attuazione del suddetto decreto. La rappresentazione ai massimi vertici governativi del nostro documento programmatico, consegnato a tutti i Presidenti Regionali, già oggetto di ampia rassegna stampa e divulgazione sulle maggiori testate giornalistiche accreditate e network radiotelevisivi, ha suscitato ampio apprezzamento anche dal Ministero della Salute, accreditando nuovamente l'ANMCO come Società Scientifica equilibrata e capace di proporre soluzioni concrete in linea con gli orientamenti politico-economico-gestionali di un Paese con una rilevante spesa sanitaria, oggi non più sostenibile.

Abbiamo anche intrapreso un percorso virtuoso verso una nuova epoca nei rapporti con l'AGENAS, allo scopo di donare un carattere di maggiore scientificità ai dati, potenzialmente utilissimi in termini di epidemiologia clinica, del **Programma Nazionale Esiti**, in modo da valutare l'operato dei cardiologi con

criteri non aleatori ma rispondenti alla realtà, costituendo un tavolo tecnico insieme ad AGENAS e ai principali attori della rete per l'infarto per declinare i nuovi indicatori.

Si rende indispensabile e prioritaria anche la realizzazione di un nuovo documento “**Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia in Italia**”, attualizzato alle mutate condizioni assistenziali ed economiche del nostro Paese.

Vista la continua evoluzione normativa in ambito sanitario, è stata infine approvata la mia proposta di procedere a un nuovo **Censimento delle Strutture Cardiologiche**, relativo all'anno 2015, un questionario web-based, molto più snello e agevole nella compilazione, che ha consentito di delineare la realtà attuale della Cardiologia nazionale e di valutarne l'evoluzione e lo sviluppo rispetto alle precedenti rilevazioni aggiornando i dati sulla distribuzione territoriale delle Strutture Cardiologiche nazionali ospedaliere, universitarie e private dotate di posti letto accreditati per l'attività cardiologica e acquisendo nuove informazioni riguardo al loro stato normativo e assetto organizzativo e alle attività svolte, una banca dati aggiornabile periodicamente e a disposizione per tutte le esigenze di valuta-

zione e/o di programmazione relative all'area cardiovascolare sia in ambito nazionale che di singola regione. Insieme a Giovanni Gregorio e a Donata Lucci stiamo già lavorando all'elaborazione dei dati nazionali per riuscire a pubblicare sul GIC il paper finale entro il prossimo novembre.

**I rapporti con FIC e le società consorelle.** Proprio per affrontare le sfide della nuova sanità è necessario ritrovare la necessaria compattezza e comunione d'intenti insieme alla Federazione Italiana di Cardiologia e alle altre Società cardiologiche di settore, con cui abbiamo collaborato con spirito di servizio, nella consapevolezza che proprio dalla diversificazione di compiti e di obiettivi nasce la forza di un mondo, quello cardiologico italiano, che deve avere in questa sua “diversità” biologica lo spunto per affermarsi ulteriormente nelle sue interlocuzioni con la Cardiologia Europea e con le Istituzioni. Sul ruolo dei rapporti con le Società cardiologiche consorelle ha avuto luogo, agli Stati Generali ANMCO, un complesso e articolato dibattito, che dovrà essere portato al tavolo FIC e per il quale confidiamo in una maggiore uniformità di vedute, in un'ottica che assomigli sempre più al consolidato e vincente mo-



Due momenti di "quotidiana armonia" in Consiglio Direttivo e Nazionale.



dello europeo dell'ESC.

**Un felice epilogo.** Come al solito, per entrare nei dettagli di tutte le iniziative contenute in questo articolo, in cui ho voluto esplicitare il bilancio di quanto è stato realizzato in questo biennio, sarebbe stato necessario uno spazio di gran lunga maggiore, ma era importante dare a tutti voi questi flash sulla sempre preziosa attività della nostra Associazione. Il rinnovamento che stiamo portan-

do avanti ha in sé, implicita, l'esigenza della completa trasparenza nei vostri confronti, vessillo e obiettivo irrinunciabile della mia presidenza. Non voglio dilungarmi ulteriormente con una mera elencazione delle tante altre attività svolte in questi anni, ma voglio esprimere il riconoscimento e l'affetto nei confronti degli Associati e quindi, giunto al termine della mia corsa, che non è certo il termine del mio impegno per ANMCO, è

arrivato il momento del mio personale e più caloroso e sincero ringraziamento. **Grazie** a tutti i componenti del mio straordinario **Consiglio Direttivo**, per l'abnegazione con cui sono riusciti a seguire i miei ritmi e per i successi conseguiti, che non sarebbero stati possibili senza la loro piena e incondizionata collaborazione. Grazie a un efficace e proattivo **Consiglio Nazionale**, a tutti i **Presidenti Regionali**, i **Chairperson** e i **Co-Chairperson delle Aree** e i **Referenti delle Task Force**, con cui abbiamo intrapreso con molta tenacia e caparbieta questa splendida esperienza all'insegna del cambiamento. Grazie in modo particolare ai **Past President**, uomini di grande saggezza associativa, che mi hanno sostenuto e consigliato dall'alto della loro esperienza. Grazie ai **Proviviri** e ai **Revisori dei Conti** per la puntualità, la professionalità e l'impegno con i quali hanno portato avanti il loro compito. Grazie a tutti i partecipanti agli **Stati Generali** per aver contribuito, con la passione e l'entusiasmo di sempre, a un fecondo dibattito e, soprattutto, per avere dimostrato impegno e fidelizzazione alla nostra Associazione oltre ogni ostacolo. Grazie a tutti coloro hanno aderito a **Cardiologie Aperte**, per lo straordinario impegno profuso e all'importante **Progetto di Prevenzione Cardiovascolare "Banca del Cuore"**, per la disponibilità, perseveranza e soprattutto passione dimostrata. Grazie al **presidente della Fondazione** per il tuo cuore onlus, prof. Attilio Maseri, e a tutti i **Componenti del CdA della Fondazione** per il sostegno, l'incoraggiamento e la condivisione di una vision di ampi orizzonti. Grazie, sentitamente, **a tutti i numerosi partecipanti** ai Corsi, alle Campagne Educative e Formative Nazionali ANMCO, ai Congressi Nazionali, per aver attivamente



contribuito al successo di questi appuntamenti nel segno dell'innovazione e della tecnologia e particolarmente a tutti i **Moderatori** che hanno reso possibile un'attiva partecipazione stimolando un costruttivo dibattito e ai **Relatori** per l'alto valore scientifico delle relazioni presentate, che hanno saputo stimolare un'approfondita quanto interessante discussione, nonché per la preziosa collaborazione che chi ha inviato le proposte scientifiche ha voluto assicurarci. Grazie a tutti i membri delle **Faculty** e ai **Partecipanti** delle numerose iniziative formative ANMCO e ai **Responsabili dei Corsi BLS/ALS ANMCO/AHA**, con profonda stima e gratitudine per la grande attività svolta, sempre con solerzia e concretezza, per l'organizzazione della formazione RCP e per la diffusione del marchio ANMCO in tutti i contesti sociali. Grazie a tutti gli **Autori** e ai **Revisori dei 24 Documenti Scientifici di Consenso** per lo sforzo nel riuscire a condividere con me tempi stakanovisti di realizzazione di questo importante impegno editoriale; 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. È doveroso anche un ringraziamento ai tanti **Sponsor** che hanno creduto nelle nostre iniziative e in particolare in questo nuovo format congressuale, partecipando con ampi spazi espositivi, pubblicità, hospitality suites dedicate e soprattutto per il grande so-

stegno a questo nostro evento scientifico. Grazie a tutte le signore della **Segreteria ANMCO e della Fondazione HCF** per l'impegno, la serietà, la precisione e l'infinita pazienza con le quali hanno saputo assecondare i miei vertiginosi e non facili ritmi, spesso molto oltre il proprio orario di lavoro e con una dedizione volontaria non comune. Un particolare e sentito ringraziamento alle responsabili dei 4 dipartimenti ANMCO, Giulia Salone, Monica Nottoli, Franca Loreface e Simonetta Ricci per aver creduto nel mio progetto, condiviso col CD, di riorganizzazione funzionale e dipartimentale della Segreteria ANMCO, dimostrando che tutti insieme siamo riusciti a produrre un volume di attività, ma anche finanziario, di straordinaria portata, con un abbattimento dei costi e un aumento complessivo dei guadagni del triplo superiore a qualunque altro periodo negli ultimi 10 anni. Per la vision che ho sempre avuto del ruolo tra il Presidente in carica e quello Designato, ho preparato e condiviso tanto lavoro con Andrea, proprio per far sì che l'azione di uno possa essere compiuta, nella sua interezza e fino all'ultimo, dall'altro. La nostra è una corsa a staffetta, dove il testimone si passa tra i componenti della squadra, e tutti si corre al massimo delle proprie possibilità per portare la squadra alla vittoria. Lascio quindi una CEN (*MiniCIC*) pronta ai nastri di partenza, una Segreteria coesa e funzionante, una cospicua eredità associativa, scientifica ed economica all'incoming president Di Lenar-

da, fiducioso che saprà continuare, sulla scia del rinnovamento, gli eccezionali successi che abbiamo realizzato finora.

**Grazie, infine e soprattutto, a tutti voi Soci**, vero cuore pulsante della nostra Associazione, specie a quelli che hanno voluto sostenermi con manifestazioni concrete di vicinanza e affetto e con parole di apprezzamento per il lavoro svolto, che sono state per me motivo di incoraggiamento e di ulteriore galvanizzazione per portare avanti con determinazione il processo di crescita e di continua affermazione della nostra ANMCO.

In conclusione, in questo delicato momento di trasformazione del palinsesto della Sanità italiana, gli sforzi miei, del Consiglio Direttivo, degli Organi e Organismi associativi tutti si sono concentrati nel riconquistare il ruolo di ANMCO come interlocutore naturale e scientificamente più accreditato del decisore pubblico in materia di politica sanitaria, nel rallentare il processo di disaffezione di molti, che minava le basi stesse della nostra Associazione e nel ristabilire il senso di coesione di tutte le Cardiologie italiane, da sempre vera forza dell'ANMCO. Credo, senza falsa modestia, di essere riuscito nell'intento e di aver rispettato quanto promesso. L'ultima parola, ovviamente, a Voi.

Ancora una volta, con tutto il mio cuore, buon ANMCO a tutti ♥



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

MINISTERO DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
VIA MARMORA, 36 - 50121 FIRENZE

Prot. SE 184/16/ANMCO del 2.5.2016

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
UCE 0003497 P-4.12.14  
del 26/04/2016



*Gentilissimo Presidente,*

*La Presidenza del Consiglio dei Ministri Le assegna una medaglia per l'alto valore scientifico, assistenziale e sociale per l'impegno profuso nel progetto di prevenzione "Banca del Cuore".*

*Con profonda stima*

Cons. Gerardo Capozza



Prof. Michele Massimo Gulizia  
Presidente  
ANMCO  
Via la Marmora, n. 36  
50121 Firenze

## 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

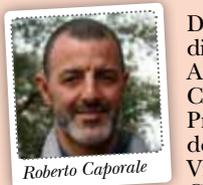


Gianfranco Alunni

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



Alcuni spunti di discussione entrando nel prossimo biennio

# L'ANMCO del coinvolgimento, della ricerca, dell'aggregazione e dell'innovazione

Proseguire nella strada del rinnovamento, lavorando insieme per la crescita della cardiologia e dei cardiologi

**I** due anni passati sono stati indubbiamente pervasi di energia e segnati da molti successi. In un momento di crisi dell'associazionismo, agli occhi del mondo sanitario e di quello laico, l'ANMCO negli ultimi anni è cresciuta in termini di attività e di visibilità. Gli ultimi mesi sono stati frenetici nella preparazione dei numerosi documenti di consenso che stanno venendo alla luce. Non sarà per nulla facile continuare a crescere su questo terreno. Cercheremo allora di lavorare su alcune tematiche complementari

che ritengo altrettanto importanti per i cardiologi e la cardiologia, privilegiando la partecipazione, il confronto ed il lavoro di squadra, l'analisi rigorosa delle informazioni, puntando sulla ricerca osservazionale della nostra associazione e sull'analisi dei dati del mondo reale, non solo per fare formazione sulle più recenti novità terapeutiche ma anche sulle tante zone grigie che ancora popolano le linee guida e sulla appropriatezza, efficacia e sostenibilità dei percorsi di cura diagnostici e terapeutici.

## Una Associazione unita ed aperta al dialogo

Non so se all'interno della Federazione Italiana di Cardiologia decideremo di riscrivere una nuova edizione del documento "Struttura ed Organizzazione delle Cardiologie italiane", ma certamente con tutti i mutamenti cui stiamo assistendo dentro gli ospedali (a partire dalla ristrutturazione per intensità di cura e dalla presenza messa in dubbio dei cardiologi negli ospedali spoke, ...) e fuori (strutturazione di PDTA ospedale-territorio efficaci, sostenibili e se

Confronto e lavoro di squadra, analisi rigorosa delle informazioni, ricerca osservazionale e analisi dei dati del mondo reale, formazione sulle tante zone grigie che popolano le linee guida, su appropriatezza, efficacia e sostenibilità dei percorsi di cura diagnostici e terapeutici



possibile multidisciplinari, rapporti con le nuove forme organizzative della medicina generale, ...) appare necessaria una analisi attenta, una difesa dei risultati prodotti dalla Cardiologia italiana nell'epoca dei Dipartimenti Cardiovascolari ed una ricollocazione e riproposizione della leadership cardiologica

una Cardiologia unita, responsabile della presa in carico globale dei nostri pazienti, ma ancor di più di un Cardiologo non solo colto, competente e appassionato ma anche "accreditato" a questo ruolo. E poi ripeto quanto già detto. Non possiamo da anni continuare a parlare di superamento del modello

perché in un mondo di anziani fragili e con pluripatologie, l'intervento infermieristico (valutazione multidimensionale, intensificazione del monitoraggio clinico, intervento educativo sugli stili di vita e sull'aderenza ai programmi terapeutici) può diventare di grande supporto al cardiologo. Ma se continuiamo a gestire le comorbidità in modo sommario, retrospettivamente, come un problema "di altri", proseguiamo nella incomunicabilità tra professionisti e nella ridondanza dei percorsi paralleli, ognuno per una malattia ma nessuno per il paziente e la globalità dei bisogni. Per non parlare dell'importanza e di come fare una valutazione semplice di primo livello e sostenibile della fragilità clinica dei nostri pazienti anziani con cardiopatia avanzata ed iniziare ad introdurre la tematica della futilità anche in Cardiologia.

**L'evoluzione della Ricerca Clinica**

I risultati della ricerca influenzano pesantemente la nostra pratica clinica, ci forniscono nuovi strumenti di diagnosi e cura, ispirano le linee guida che costituiscono il riferimento per il nostro agire clinico e per le valutazioni di appropriatezza dei nostri comportamenti. Più passa il tempo più è evidente la differenza tra il paziente dei grandi trial randomizzati e controllati ed il mondo reale. Ormai è ineludibile

**Per la nostra Associazione lavorare in stretta collaborazione con altre associazioni professionali contro la frammentazione e ridondanza dei percorsi e delle prestazioni deve diventare un obiettivo strategico**

in tutto il percorso di cura del paziente, dall'acuto al cronico, dall'ospedale al territorio. Al nostro interno dobbiamo continuare a puntare, e se fosse possibile fare ancora meglio, sulla comunicazione, sull'aggregazione, sul coinvolgimento dei soci, delle Aree, delle Regioni. Come direttivo dobbiamo dare il massimo ascolto alle proposte che provengono dai soci e dagli organi dell'Associazione e dalle Regioni. Oltre che in ambito federativo, la collaborazione con le società scientifiche non cardiologiche e con quelle della medicina generale appare fondamentale nella costruzione di un percorso di cura condiviso. Ovviamente sarebbe fondamentale poterci presentare con la forza di

dipartimentale con nuovi modelli organizzativi per intensità di cure senza immaginare una qualsiasi forma di validazione degli stessi.

**Il Cardiologo della complessità**

Per la nostra Associazione lavorare in stretta collaborazione con altre associazioni professionali contro la frammentazione e ridondanza dei percorsi e delle prestazioni deve diventare un obiettivo strategico. Una Associazione che supporta il Cardiologo nel guidare e valorizzare la multidisciplinarietà, nello sviluppare una medicina personalizzata, un approccio patient-centered. Una Associazione che riconosce il ruolo degli operatori della salute non medici ed in particolare il ruolo infermieristico,

spostare l'attenzione al paziente cardiopatico complesso ed alle sue comorbidità, che complicano la diagnosi ed il percorso di cura. Il cardiologo clinico deve riaffermare il suo ruolo di case manager, per non vederlo impallidire nel contesto della medicina interna ed al contrario per evitare la frammentazione delle superspecialità e della pletera di tecnologie. La riaffermazione di questo ruolo è un messaggio importantissimo per tutti, non solo per i giovani cardiologi. Sono attivi da tempo e si sono aggiunti recentemente altri Registri e Survey

**La tecnologia ha contribuito grandemente a migliorare la qualità e la durata della vita degli uomini, ma rivela pure notevoli limiti se male applicata, perdendo di vista il paziente con i suoi bisogni**

ANMCO sulle principali patologie cardiovascolari (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco, fibrillazione atriale) che forniranno una base dati aggiornata sulle caratteristiche, sui percorsi di cura e sull'adesione alle linee guida del paziente cardiopatico all'interno delle Cardiologie. Il confronto dei nostri dati raccolti con quelli degli altri paesi nei registri attivati negli ultimi anni dalla Società Europea

di Cardiologia ci fornirà un utile confronto nel contesto europeo. Ma questa è solo una faccia della medaglia. La possibilità estesa a tutti i soci di discutere i big data nazionali potrebbe completare il panorama delle conoscenze cliniche, collegando diagnosi, trattamenti, comorbidità, percorsi di cura ed esiti su una ampissima popolazione di pazienti. Infine, incrociare i dati sanitari con dati di natura sociale (dalla composizione del nucleo familiare, al livello di istruzione, dal contesto occupazionale a quello abitativo) potrebbe contribuire a delineare un quadro più

ampio intorno ai nostri pazienti, fornendo elementi assolutamente originali (perché ad oggi del tutto sconosciuti su larga scala) per la comprensione dell'impatto reale dei nostri interventi e dei fattori determinanti (come ad es. l'aderenza e la continuità terapeutica ai trattamenti). Il tutto stando bene attenti a non generalizzare i concetti, a non fare una "media" generale dei fenomeni,

ma tenendo alta l'attenzione sui sottogruppi a diverso rischio, sui diversi fenotipi cardiovascolari e non, sui diversi percorsi di cura. E magari cominciando ad immaginare metodologie di ricerca innovative... La conoscenza dei fenomeni è la via più diretta verso il miglioramento. La crescita culturale, professionale ed organizzativa è forse la via più solida ed efficace per riaffermare e "accreditare" il ruolo della Cardiologia nel nostro paese. **Un percorso diagnostico-terapeutico appropriato e sostenibile**

Molti esaltano e molti deplorano il crescente ruolo della tecnologia in Medicina. La tecnologia ha contribuito grandemente a migliorare la qualità e la durata della vita degli uomini, ma rivela pure notevoli limiti se male applicata. La Medicina autentica pone al centro il paziente con i suoi bisogni. Una Medicina "eccessiva" moltiplica le diagnosi, i trattamenti ed i costi. Siamo molto più portati ad investire su una nuova tecnologia anche in assenza di solide evidenze, piuttosto che disinvestire in una tecnologia per mancanza di evidenze di utilità clinica. I medici, i media, i pazienti non devono credere che il nuovo sia sempre meglio del vecchio, l'avanzato e complesso meglio del semplice, il molto meglio del poco, il conoscere meglio del non sapere, la diagnosi precoce meglio di una più tardiva. Spesso



è così, ma non di rado questo atteggiamento crea malattie, induce altri esami strumentali (talvolta dannosi), favorisce e moltiplica la prescrizione di trattamenti non indispensabili (con possibilità di effetti collaterali), aumenta i costi in modo insostenibile (togliendoli talora a tecnologie o a trattamenti innovativi indispensabili).

L'innovazione è fondamentale così come la nuova tecnologia ed i nuovi trattamenti, ma per poter usufruire appieno di queste grandi e costose potenzialità dobbiamo avere la forza e la capacità di rendere il sistema sostenibile e ridurre le inappropriately e gli sprechi diffusi. L'ANMCO si è dimostrata da anni attenta a queste problematiche e la prossima partenza dello studio INSIDE proposta a livello nazionale dal direttivo ANMCO Lombardia testimonia una rinnovata attenzione.

### La comunicazione

Dobbiamo intensificare i rapporti con le Associazioni di pazienti e migliorare la comunicazione diretta con gli stessi pazienti. Una attività che non deve limitarsi alla settimana di San Valentino ma distribuirsi per tutto l'anno. Con le scuole, con i pazienti, con il mondo laico. Sfruttare tutte le forme di comunicazione per far conoscere ai pazienti l'importanza della prevenzione cardiovascolare, la gravità di alcune patologie, l'importanza di una cultura diffusa di riconoscimento e primo trattamento dell'arresto cardiaco. Il fatto che molti pazienti

considerino lo scompenso cardiaco una patologia molto meno grave di una neoplasia rende ragione della diversa attenzione e risonanza mediatica delle due patologie.

La recente campagna "Amico del Cuore", in collaborazione con Conacuore ha avuto una buona risonanza sui pazienti e sulle loro Associazioni. Anche la settimana europea dello Scompenso Cardiaco. E' solo l'inizio di un percorso che deve assolutamente crescere sfruttando tutti i mezzi di comunicazione (media, riviste, internet, social network) e l'impegno di tutti (noi cardiologi e le associazioni).

Ringrazio tutti del supporto che vorrete dare al prossimo direttivo che mi onoro di presiedere.

Cercherò di prestare attenzione a tutte le proposte costruttive così come alle critiche che riterrete opportuno fare. So che non sarà sempre possibile, ma sinceramente vorrei dare a tutti la massima attenzione ed importanza per il sostegno che vorrete dare all'associazione.

Sono solo alcune idee iniziali.

Certamente altrettanto importante è l'attenzione che dovremo avere verso i nostri soci e verso le criticità che stanno affrontando le nostre Cardiologie, sull'orlo di una crisi di identità che mette in certi casi addirittura a rischio la stessa sopravvivenza. Avremo certamente modo di approfondire il tema nelle prossime occasioni.

Buon Congresso ANMCO! ♥



## Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivi Italia	N° paz. previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento
<a href="#">STEM-AMI OUTCOME</a>	44	1.530	532	2 anni	sospeso <a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">GISSI Outliers VAR (osservazionale)</a>	10	60	62	3 anni	chiuso <a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)</a>	11	800	544	5 anni	chiuso <a href="#">Newsletter</a>
<a href="#">COMPASS</a> in collaborazione con <a href="#">Population Health Research Institute, Hamilton</a>	22 (608)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso
<a href="#">HPS3-REVEAL</a> In collaborazione con <a href="#">Oxford University</a>	26 (444)	1.820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso
<a href="#">ISCHEMIA</a> In collaborazione con <a href="#">New York University</a>	14 (310)	378 (8.000)	110 (3.000)	Event driven	in corso
<a href="#">TOSCA.IT</a> In collaborazione con <a href="#">Società Italiana Diabetologi</a>	61	3.371	3.036	Event driven	chiuso
<a href="#">DYDA 2 Trial</a> In collaborazione con <a href="#">Associazione Medici Diabetologi</a>	19	186	78	48 settimane	in corso
<a href="#">BLITZ-AF (osservazionale)</a>	194	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2000	Pronto Soccorso 2.448 Cardiologia 1882	1 anno	in corso
<a href="#">START (osservazionale)</a>	242	4.500	485	1 anno	in corso
<a href="#">COLCOT</a> In collaborazione con il <a href="#">Montreal Health Institute</a>	25 (200)	750 (4.500)	-	Event driven	in corso

L'aggiornamento in tempo reale sull'andamento dei vari studi è consultabile sul web all'indirizzo [www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/centro-studi/ricerca](http://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
POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	100	6.000	-	No follow-up	-
In Progress (osservazionale)	400	300	-	6 mesi	-
BLITZ-HF (osservazionale)	100	5.000	-	1 anno	-

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

### FOCUS ON

#### BLITZ AF

(studio in corso - dati al 19 maggio 2016)

Lo studio BLITZ-AF è un registro osservazionale tramite il quale si intende raccogliere dati aggiornati utili per valutare l'adesione alle Linee Guida, le modalità di gestione precoce della FA durante il ricovero in Pronto Soccorso o in Cardiologia, l'utilizzo dei nuovi farmaci antitrombotici e le strategie antiaritmiche adottate in questi pazienti. Il BLITZ-AF ci permetterà inoltre una valutazione dell'outcome associato alle diverse modalità di gestione della FA. L'attesa è che vengano raccolte informazioni per circa 3000 ammissioni in Pronto

Soccorso e vengano arruolati circa 2000 pazienti in Cardiologia. L'arruolamento dei pazienti ricoverati con FA in cardiologia durerà 12 settimane mentre la raccolta dei dati in PS durerà 4 settimane. Lo studio prevede anche un sotto-progetto che richiede il follow-up ad 1 anno dei pazienti arruolati. Alla fine di giugno 2015 sono state invitate a partecipare 548 cardiologie con letti (ospedaliere, universitarie e private accreditate), ricevendo l'adesione da parte di 194 UO. Le pratiche regolatorie con i Comitati Etici di riferimento sono state avviate il 6 ottobre 2015. Tra il 25 gennaio ed il 5 maggio 2016 si sono svolti in totale 7 Investigator Meeting di apertura, a cui sono stati via via invitati i centri che avevano completato l'iter regolatorio. Alla

data del 19 maggio 2016 sono stati attivati 127/194 (65.5%) centri. Nel mese di settembre è previsto l'ultimo IM, per tutti i restanti centri che avranno completato le pratiche regolatorie. Lo studio sta andando molto bene, dei 127 centri attivati ben 120 (94.5%) hanno arruolato almeno un paziente, per un totale di 1882 pazienti ricoverati in cardiologia (oltre 15 pz/centro); sono stati inoltre registrate, da parte di 74 centri, anche 2448 prestazioni di PS (oltre 33 prestazioni/centro). Tenuto conto che 63 centri termineranno la fase di arruolamento dopo il 31 maggio e 33 dopo il 30 giugno e che c'è ancora un gruppo da attivare a settembre, la numerosità prevista sarà senz'altro superata.



**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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-malattie-circolo-cardiopulmonare)



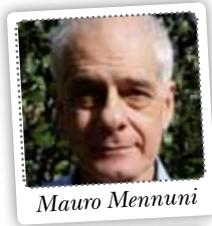
**AREA MANAGEMENT & QUALITÀ**

**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](http://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](http://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](http://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](http://www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-scompenso-cardiaco)



Il ruolo del Cardiologo Clinico nella Cardiologia contemporanea

# In principio fu il Cardiologo

Il Cardiologo Clinico riemerge come figura di forte riferimento, quasi un “revival” nel mondo cardiologico, dove spesso sono in evidenza le sotto specialità

**D**opo il Neurologo, il Cardiologo fu il secondo Clinico a staccarsi dal tronco comune della Medicina Interna per assumere un ruolo specifico di grande rilevanza, quello di “Medico del Cuore”. Cardiologo e basta, “tout court”, perché il Cardiologo degli albori della Specialità doveva padroneggiare tutta la Cardiologia, con i suoi strumenti (pochi), e le sue abilità e competenze cliniche specifiche (molte). Quindi il Cardiologo era necessariamente un Cardiologo Clinico nel senso più ampio del termine.

## Specialisti in Cardiologia di settore

Nel tempo poi il fiorire di approcci specifici e di sviluppi tecnologici per i diversi problemi che la Cardiologia doveva affrontare ha condotto ad una serie di “specializzazioni” della Cardiologia con la creazione di “specialisti in Cardiologia di settore” con caratteristiche differenti. Un esempio: l’introduzione in clinica

delle tecniche di cateterismo cardiaco negli anni ’40 ha determinato l’identificazione, nell’ambito dei Cardiologi, del “Cardiologo invasivo”, per lunghi decenni con valenza solo diagnostica, successivamente evoluto, con l’avvento dell’angioplastica, in “Cardiologo interventista” e successiva ulteriore specializzazione in “interventista coronarico”, “interventista non coronarico, o periferico” e, più recentemente, e con grande attuale sviluppo, in “interventista strutturale”. Una tabella del 2004, di un Gruppo di Lavoro dell’American Heart Association (1) creato per mettere ordine nella definizione dei diversi tipi di specialista in malattie cardiovascolari, elencava:

- Cardiologo Clinico Generalista,
- Cardiologo Interventista,
- Elettrofisiologo,
- Ecocardiografista,
- Cardiologo Nucleare,
- Cardiologo esperto in Risonanza

- Magnetica - TAC,
- Cardiologo dello Scompenso e dei Trapianti,
- Cardiologo della Prevenzione,
- Cardiologo esperto in Medicina Vascolare,
- Cardiologo di Ricerca Cardiovascolare.

## Curriculum formativo del Cardiologo Clinico

Come appena ricordato, già in questi pochi anni, le cose sono ulteriormente evolute. Un documento ufficiale della Società Europea di Cardiologia pubblicato sull’ “European Heart Journal” nel 2013 (2) ha affrontato il problema del Curriculum formativo del Cardiologo Clinico. Secondo questo documento il Cardiologo Clinico deve essere “dotato delle conoscenze e delle competenze cliniche e comportamentali necessarie per operare indipendentemente come esperto”: (i) nella diagnosi, valutazione e gestione delle emergenze cardiovascolari, (ii)

Il Cardiologo Clinico emerge quindi come una figura di grande rilievo clinico e organizzativo, per sua natura sempre rivolto alla gestione integrata del paziente con problemi cardiovascolari, in contesti e con condizioni di stabilità differenti



nella diagnosi, valutazione e gestione dei pazienti inviati dai medici di medicina generale o da altri specialisti per problemi cardiovascolari già noti o sospettati, (iii) nella valutazione del rischio e nella prevenzione delle malattie cardiovascolari nei suoi pazienti e nella sua comunità di riferimento. Secondo il documento della Società Europea di Cardiologia il Cardiologo Clinico definibile come generalista, è “un Cardiologo specialista con formazione completa in medicina interna, con particolare

**Dopo il Neurologo, il Cardiologo fu il secondo Clinico a staccarsi dal tronco comune della Medicina Interna per assumere un ruolo specifico di grande rilevanza, quello di “Medico del Cuore”**

competenza nei campi delle cure intensive, delle malattie polmonari, renali, del diabete e della geriatria. Deve gestire con sicurezza le indicazioni delle indagini, dei trattamenti e delle procedure cardiologiche e rappresentare un clinico di riferimento adeguato per le decisioni su ulteriori indagini e trattamenti”.

**Revival del Cardiologo Clinico**

Oggi, ormai avanti nel secondo decennio degli anni duemila, la figura del Cardiologo Clinico riemerge come forte riferimento in campo cardiologico, quasi un “revival” in un mondo della Cardiologia dove spesso sono in particolare evidenza il Cardiologo interventista coronarico, l'interventista non coronarico, l'interventista strutturale, l'ecocardiografista, l'elettrofisiologo-aritmologo, l'esperto di immagini non ecografiche (TAC, RMN), il riabilitatore, l'esperto di scompenso. E il Cardiologo Clinico? Una definizione elementare per negazione potrebbe essere: il Cardiologo privo di competenze in campi specifici della Cardiologia. Ma sarebbe ingeneroso definire il Cardiologo Clinico come il Cardiologo che non ha competenze specifiche, e perciò si deve “limitare” a prendersi carico della conduzione clinica del paziente cardiovascolare. E allora chi è in realtà, in una definizione positiva, il Cardiologo Clinico? Il Cardiologo in grado di effettuare in modo appropriato la diagnostica, la gestione clinica e la prevenzione delle malattie cardiovascolari. In altri termini il Cardiologo in grado di gestire con competenza il percorso dei pazienti con problemi cardiovascolari integrando gli elementi cardiologici (e non cardiologici) clinici, quelli strumentali e quelli biochimici e garantendo la coerenza e congruità degli interventi preventivi e/o terapeutici con le condizioni

cliniche attuali del paziente e con quelle prognosticamente prevedibili.

La principale ulteriore peculiarità, all'interno di questa definizione, è collegata con la stabilità delle condizioni dei pazienti:

1. il Cardiologo Clinico “tout court” deve saper interpretare e gestire i problemi cardiovascolari del paziente stabile su base ambulatoriale o in regime di ricovero in condizioni stabili;
2. il Cardiologo Clinico intensivista deve saper interpretare e gestire i problemi cardiovascolari del paziente anche in condizioni di instabilità, fino ai livelli abitualmente oggi gestiti nell'ambito delle rianimazioni.

Da questa elementare definizione può naturalmente essere derivata una “job description” adatta a valorizzare, all'interno della figura del Cardiologo Clinico, la sua capacità di gestire i pazienti su base ambulatoriale o in regime di ricovero, e per l'intensivista la figura, più frequente e più diffusa, del Cardiologo intensivista che garantisce l'assistenza respiratoria non invasiva, e di quello che invece assicura la completa copertura delle necessità del paziente cardiologico altamente instabile attraverso la gestione anche dell'assistenza respiratoria invasiva.

Certamente, Cardiologi Clinici con competenze di fusione, ad esempio in grado di gestire i pazienti a livello intensivo e di operare con competenza ed esperienza in emodinamica o in ecografia o nello scompenso avanzato possono poi rappresentare Cardiologi di

Il Cardiologo Clinico è in grado di effettuare in modo appropriato la diagnostica, la gestione clinica e la prevenzione delle malattie cardiovascolari

Il Cardiologo degli albori della Specialità doveva padroneggiare tutta la Cardiologia, con i suoi strumenti (pochi), e le sue abilità e competenze cliniche specifiche (molte)

assoluto riferimento nelle loro realtà, potendo arricchire il loro ruolo di ulteriori dimensioni. Da questa sintetica descrizione il Cardiologo Clinico emerge quindi come una figura di grande rilievo clinico e organizzativo, per sua natura sempre rivolto alla gestione integrata del paziente con problemi cardiovascolari, in contesti e con condizioni di stabilità differenti. Appare intuitiva l'opportunità/ necessità che per garantire al



### Curriculum formativo del Cardiologo Clinico

Capacità di

- Diagnosi, valutazione e gestione delle emergenze cardiovascolari.
- Diagnosi, valutazione e gestione dei pazienti inviati dai medici di medicina generale o da altri specialisti per problemi cardiovascolari già noti o sospettati.
- Valutazione del rischio e prevenzione delle malattie cardiovascolari nei pazienti che gli vengono affidati.

European Heart Journal (2013) 34, 2381–2411

### Il Cardiologo Clinico e la stabilità del paziente

1. *Il cardiologo clinico "tout court"* deve saper interpretare e gestire i problemi cardiovascolari del paziente stabile su base ambulatoriale o in regime di ricovero in condizioni stabili;
2. *Il cardiologo clinico intensivista* deve saper interpretare e gestire i problemi cardiovascolari del paziente anche in condizioni di instabilità, fino ai livelli abitualmente oggi gestiti nell'ambito delle rianimazioni



Cardiologo il mantenimento di un ruolo centrale nell'evoluzione della medicina sia necessario che queste diverse posizioni siano presidiate con competenza e con forza, fino a quelle più avanzate, che possono prevedere un ruolo centrale direzionale del Cardiologo Clinico intensivista nei dipartimenti d'emergenza o nella gestione delle strutture, anche non esclusivamente cardiologiche, ad alta intensità di cura. ♥

#### Bibliografia

- 1) Working Group 8: Defining the Different Types of Cardiovascular Specialists and Developing a New Model for Training General Clinical Cardiologists. Valentin Fuster e coll, JACC 44, 267, 2004.
- 2) ESC Core Curriculum for the General Cardiologist (2013). European Society of Cardiology Committee for Education. Gillebert TC e coll, EHJ 34, 2381, 2013.



Commento all'update 2016 delle Linee Guida ACCP sulla terapia  
del Trombo-Embolismo Venoso (TEV)

# “E al centro di tutto sta il Sole...” De revolutionibus orbium coelestium, Libro I cap. X

## Update 2016 alle Linee Guida ACCP sulla terapia del Trombo-Embolismo Venoso: what's new?

La visione eliocentrica copernicana ha comportato una rivoluzione rispetto alla visione astronomica aristotelico-tolomaica ma solo dopo anni si arriverà alla dinamica planetaria, con la descrizione newtoniana del sistema solare che, ereditando orbite ellittiche e moto rotatorio di Keplero, introduce la causa con la forza di gravitazione universale. A Copernico si deve l'avvio di una “rivoluzione scientifica” con l'introduzione del “metodo scientifico” basato sulla esperienza cioè sull'esperimento, verificabile, controllabile, la fine della concezione dell'uomo dotto possessore di verità assoluta e l'inizio della concezione dello scienziato come osservatore attento della realtà. Grazie a lui è cambiata la concezione della realtà: non più una oggettiva e immutabile ma continuamente mutevole in relazione alle nuove evidenze.

Come in fisica, in relazione a nuove scoperte, cambia il modo di vedere le cose, anche in medicina le scoperte scientifiche comportano una rilettura della realtà che viene codificata dalle Linee Guida (LG) emanate da Società Scientifiche. Nel tempo le LG sono state criticate come “Torre di Babele” molteplici su uno stesso argomento, mal costruite, talvolta non chiare a tal punto da complicare il lavoro dei clinici (1). In una indagine condotta negli anni '90 fra i membri dell'American College of Chest Physicians (ACCP) il 43% degli intervistati riteneva che le LG avrebbero fatto aumentare i costi in sanità; il 68% che sarebbero state utilizzate a scopo “punitivo” per l'agire medico; il 34% che avrebbero ridotto il piacere della pratica clinica (2). Nel 2000 un workshop dell'ACCP stabilì che lo sforzo nella loro elaborazione valeva il beneficio prodotto (3). Da allora i clinici le hanno accettate

come “imbuto della conoscenza”: la ricerca sfocia in revisioni sistematiche nella elaborazione di LG che costituiscono “il braccio operativo” della scienza, funzionali al miglioramento della pratica clinica e soggette a continue revisioni alla luce delle evidenze. Oggi le LG definiscono l'utilizzo e l'implementazione di test e/o di farmaci e l'adesione ad esse è diventata misura della performance medica. Le LG per la terapia antitrombotica dell'ACCP costituiscono uno dei migliori esempi: in 30 anni l'ACCP ha prodotto 9 edizioni sull'argomento con il contributo dei massimi esperti nel settore che hanno standardizzato la metodologia, i gradi di evidenza e di raccomandazione. Di febbraio 2016 l'update dell'ACCP sulla terapia antitrombotica del TEV (4). Gli estensori, coordinati dal Prof. C. Kearon hanno selezionato 15 temi, 12 dalla nona edizione delle

L'update alla nona edizione delle Linee Guida ACCP sulla terapia del TEV, coordinato dal Prof. C. Kearon, offre nuove evidenze per migliorare la pratica medica e nuovi spunti per la ricerca nel settore della terapia antitrombotica

LG ACCP (5) e 3 nuovi temi. Per l'update sono stati rivisti tutti i lavori scientifici prodotti tra il 2005 e il luglio 2014 e per i nuovi temi tra il 1946 e il 2014. I livelli di evidenza sono stati sviluppati con il sistema GRADE, valutando due gradi: Grado 1, forte, Grado 2, debole. La forza delle raccomandazioni è stata categorizzata in alta (livello A), moderata (livello B), bassa (livello C). Sono state prodotte sulla base di 239 voci bibliografiche, spiegate in 18 tabelle, 54 raccomandazioni, riunite in 30 dichiarazioni, delle quali 20 "forti" ma nessuna basata su grado di evidenza elevato. L'elevata sensibilità diagnostico-strumentale ha posto il quesito, non affrontato dalle Linee Guida ACCP 2012, se trattare o meno le TEP sub-segmentali. L'incertezza nasce dal fatto che possa trattarsi di falsi positivi e, in mancanza di studi clinici, non si sa se il rischio di estensione e/o di ricorrenza della TEV sia tale da giustificare la terapia anticoagulante. Le Linee Guida ESC 2014 confermavano l'incertezza nel comportamento da assumere avanzando l'ipotesi che il riscontro di un solo difetto sub-segmentale fosse diverso da uno multiplo e che la presenza di comorbidità potesse fare la differenza. Gli estensori ACCP danno un indirizzo nel management di questi

pazienti individuando dei criteri di estensione e/o di maggiore ricorrenza nella ospedalizzazione, ipomobilità, presenza di cancro attivo, assenza di fattori di rischio reversibili e nella comorbidità con bassa riserva cardiorespiratoria. In questi pazienti suggeriscono la terapia anticoagulante anziché sorveglianza clinica (2C). Al contrario, nei pazienti in cui il rischio di ricorrenza risulti basso in assenza di Trombosi venosa Profonda (TVP), consigliano sorveglianza clinica (CUS seriate) al posto della Terapia anticoagulante (2C). In ogni caso, al riscontro di

TEP sub-segmentali, una CUS che dimostri TVP giustifica la terapia. Nella scelta terapeutica, entrano i Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO). Dalla letteratura recente abbiamo appreso che la riduzione del rischio di ricorrenza di TEV con i NAO è non inferiore a quella con gli AVK; che il rischio di sanguinamenti maggiori e clinicamente rilevanti non maggiori è inferiore con i NAO rispetto agli AVK; che i sanguinamenti gastrointestinali (GI) sono maggiori con i NAO tranne che con apixaban rispetto agli AVK. Ad oggi non sono state fatte analisi comparative tra i NAO,

Figura 1  
STRATEGIA DI SCELTA TERAPEUTICA





né è stata valutata la loro efficacia rispetto alle EBPM nei pazienti con cancro. Da ciò deriva la preferenza data all'utilizzo dei NAO rispetto agli AVK (2B) nei pazienti con TEV senza cancro (Figura 1), superando la raccomandazione delle Linee Guida ESC 2014 che consideravano l'uso dei NAO una valida alternativa alla terapia tradizionale (1B). Nei

percutanea limitatamente ai pazienti ad alto rischio di mortalità, con alto rischio di sanguinamento e in quelli nei quali è fallita la trombolisi (2C). Questione spinosa è il calcolo del rischio emorragico, per la valutazione della durata della terapia. A tal proposito, mancando studi prospettici, gli estensori forniscono un elenco di fattori di

TEV e cancro (1B) ed in quelli con un secondo episodio di TEV non provocato (1B). Nei pazienti dopo un primo episodio di TEV non provocato sottolineano l'importanza della scelta sulla durata della terapia basata su una rivalutazione a tre mesi che tenga conto da un lato del rischio di ricorrenza, del sesso, del valore del D dimero e dall'altro

**È cambiata la concezione della realtà: non più una oggettiva e immutabile ma continuamente mutevole in relazione alle nuove evidenze**

**Come in fisica, in relazione a nuove scoperte, cambia il modo di vedere le cose, anche in medicina le scoperte scientifiche comportano una rilettura della realtà che viene codificata dalle Linee Guida (LG) emanate da Società Scientifiche**

pazienti con TEV e cancro, le LG confermano la preferenza delle EBPM rispetto ai VKA e ai NAO (2B); inoltre, confermano la scelta della terapia trombolitica nei pazienti ad alto rischio (2B). Nei pazienti definiti dalle LG ESC 2014 a rischio intermedio alto, gli estensori delle LG ACCP, tenendo conto dei risultati dello Studio PEITHO (6), si esprimono contro l'utilizzo della trombolisi sistemica con maggiore forza di raccomandazione (1B) prevedendo il possibile utilizzo della trombolisi in un gruppo selezionato di pazienti a basso rischio emorragico (2C). Suggestiscono l'utilizzo della trombectomia

rischio (Tabella 1) cui corrisponde un aumento della prevalenza del sanguinamento e avanzano un utile schema di categorizzazione del rischio, non validato, che si basa sulla presenza di nessuno, uno o più fattori di rischio, per determinare una stima percentuale del rischio emorragico maggiore per anno; si avrà un rischio basso (0.8%/anno), moderato (1.6%/anno), alto ( $\geq 6.5\%$ /anno) (Tabella 2). A proposito della durata della terapia anticoagulante, in prevenzione secondaria, hanno mantenuto l'indicazione di 3 mesi nei pazienti con TEV provocato (1B) e per un tempo indefinito nei pazienti con

del rischio di sanguinamento. Nei pazienti a rischio di sanguinamento basso-moderato suggeriscono di estendere la terapia oltre i 3 mesi (2B), in quelli a rischio emorragico alto si suggerisce di non proseguire la terapia oltre i 3 mesi (1B). Infine, come nelle Linee Guida ESC, le Linee Guida ACCP indicano la possibilità, nei pazienti a basso rischio di mortalità, di una terapia domiciliare o di una dimissione breve (2B). Molte, quindi, le novità, gli spunti per le ricerche future che cambieranno nei prossimi anni il nostro modo di vedere il tromboembolismo venoso. ♥

**Tabella 1**  
**FATTORI DI RISCHIO PER**  
**SANGUINAMENTO CON LA TERAPIA**  
**ANTICOAGULANTE**

ETÀ > 65 ANNI ETÀ > 75 ANNI	ANEMIA
PRECEDENTE SANGUINAMENTO	TERAPIA ANTIAGGREGANTE
CANCRO	USO DI FANS
INSUFFICIENZA RENALE	ABUSO DI ALCOOLICI
INSUFFICIENZA EPATICA	RECENTE INTERVENTO CHIRURGICO
PRECEDENTE STROKE	COMORBILITÀ E RIDOTTA CAPACITÀ FUNZIONALE
DIABETE	TRAUMI FREQUENTI
TROMBOCITOPENIA	SCARSO CONTROLLO DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE

**Tabella 2**  
**RISCHIO STIMATO DI SANGUINAMENTO**  
**MAGGIORE IN CATEGORIE DI RISCHIO**  
**BASSO, MODERATO E ALTO**

	RISCHIO BASSO (0 FATTORI DI RISCHIO)	RISCHIO MODERATO (1 FATTORE DI RISCHIO)	RISCHIO ALTO (≥2 FATTORI DI RISCHIO)
<b>TERAPIA ANTICOAGULANTE 0-3 MESI</b>			
RISCHIO DI BASE (%)	0.6	1.2	4.8
RISCHIO AUMENTATO (%)	1.0	2.0	8.0
RISCHIO GLOBALE (%)	1.6	3.2	12.8
<b>TERAPIA ANTICOAGULANTE DOPO I PRIMI 3 MESI</b>			
RISCHIO DI BASE (%/ANNO)	0.3	0.6	≥2.5
RISCHIO AUMENTATO (%/ANNO)	0.5	1.0	≥4.0
RISCHIO GLOBALE (%/ANNO)	0.8	1.6	≥6.5

**Gli estensori dell'update 2016 alle Linee Guida CHEST 2012 per la terapia del TEV delineano un ruolo più ampio per i Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO), offrono nuove raccomandazioni per la trombosi relata al cancro e per la Trombo Embolia Polmonare (TEP) sub-segmentale e suggeriscono uno score per il calcolo del rischio emorragico**

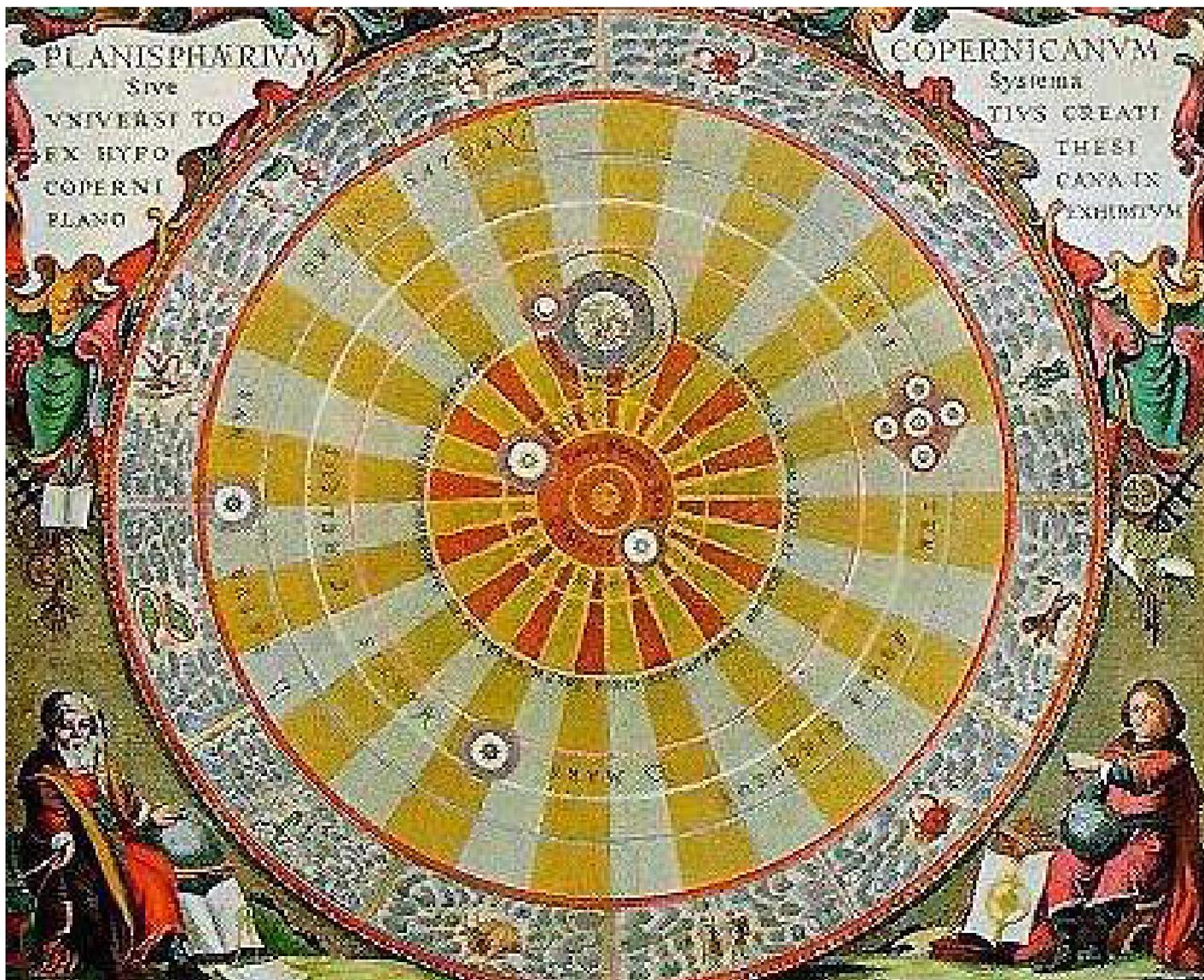


Bibliografia

- 1) Hibble A, Kanka D, Pencheon D, Pooles F. "Guidelines in general practice: the new Tower of Babel?" *BMJ* 1998; 317 (7162): 862-63.
- 2) Tunis SR, Hayard RS, Wilson MC et al "Internists' attitudes about clinical practice guidelines". *Ann Intern Med.* 1994; 120 (11): 956-963.
- 3) Heffner JE. "The overarching

- challenge". *CHEST* 2000; 118 (2 Suppl):1S-3S.
- 4) Kearon C. et al. "Antithrombotic Therapy for VTE Disease. CHEST Guideline and Expert Panel Report". *Chest* 2016; 149 (2): 315-52.
  - 5) Kearon C. et al. "Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and

- Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence Based Clinical Practice Guidelines". *Chest* 2012; 141 (2 Suppl): e419S-494S.
- 6) Meyer G. et al. "Fibrinolysis for Patients with Intermediate-Risk Pulmonary Embolism". *NEJM* 2014; 370: 1402-11.





# La metamorfosi in Cardiologia

*«Un mattino, al risveglio da sogni inquieti, Gregor Samsa si trovò trasformato in un enorme insetto. Sdraiato nel letto sulla schiena dura come una corazza, bastava che alzasse un po' la testa per vedersi il ventre convesso, bruniccio, spartito da solchi arcuati; in cima al ventre la coperta, sul punto di scivolare per terra, si reggeva a malapena. Davanti agli occhi gli si agitavano le gambe, molto più numerose di prima, ma di una sottigliezza desolante.»*

F. Kafka, "La metamorfosi"

**N**essuna altra epoca è stata come la nostra, segnata da tanti e rapidi cambiamenti così da giustificare il termine di "epoca delle metamorfosi". Con il termine di metamorfosi si intende la "trasformazione, e in particolare trasformazione di un essere o di un oggetto in un altro di natura diversa". Le trasformazioni in atto portano in sé il pericolo di ricordare gli effetti nefasti descritti da Franz Kafka nell'omonimo libro (Figura 1). I punti di arrivo in un processo di trasformazione non sempre sono prevedibili e nella direzione desiderata. Donald M. Berwick in una recente ed arguta analisi (Era 3 for Medicine and Health Care JAMA. Published online March 03, 2016. doi:10.1001/jama.2016.1509) sottolinea come i sistemi sanitari

occidentali siano alla vigilia di quella che egli definisce l'era 3 o della etica a fronte dell'era 2, quella attuale, definita della responsabilità e dei controlli e dell'era 1, quella precedente, definita della esaltazione professionale (Figura 2). Donald M. Berwick sostiene che l'Era 3 sarà caratterizzata dalla riduzione delle misure ossessive sull'attività sanitaria, dallo stop agli incentivi cosiddetti complessi, dallo spostamento della strategia aziendale dalle entrate alla qualità, dal ripensamento della professione, dal porre alla base della attività la qualità, dal garantire la trasparenza

completa, dall'inizio di una nuova civiltà, dal sentire le voci delle persone servite, dal rifiuto della avidità. In quasi tutte le culture e società la pratica medica dell'era moderna si trova ad affrontare sfide senza precedenti. Ciò rappresenta sostanzialmente la riscrittura di quanto espresso nella Carta della Professionalità Medica (The Lancet 2002, 359:520-522 and Annals of Internal Medicine 2002, 136:243-246) agli inizi del III millennio: "Queste sfide riguardano le crescenti disparità tra i legittimi bisogni dei pazienti, le risorse disponibili alla loro soddisfazione,



"La Metamorfosi" di Franz Kafka



la maggiore dipendenza dei sistemi sanitari dalle forze di mercato e la tentazione dei medici di rinunciare al loro tradizionale impegno verso il benessere e l'interesse dei pazienti". Alla luce di queste contraddizioni si capisce come lo sviluppo della Cardiologia sia giunta ad un punto in cui le profonde trasformazioni in atto rischiano di modificarne in maniera sostanziale il modo di essere.

### Organizzazione Sanitaria

Profondi cambiamenti sono in vista sia negli assetti della organizzazione territoriale che in quella ospedaliera. Il decreto 70/2015 determina una rarefazione dei presidi ospedalieri, impoverendo in maniera significativa l'offerta sanitaria, operando con logiche arcaiche e superate. In particolare:

- a) Il Decreto si fonda per il dimensionamento della rete ospedaliera su bacini di utenza, individuati per abitanti, distinguendo bacini minimi e massimi sulla base della densità abitativa. A nostro avviso una programmazione sanitaria moderna si deve muovere sulla base dei bisogni sanitari e sulla individuazione di aree geo-sanitarie omogenee nel cui contesto vanno dimensionati strutture ospedaliere e territoriali secondo una logica unitaria.
- b) Ignora di fatto la organizzazione dipartimentale facendo degli Ospedali dei contenitori aritmetici di Strutture Complesse, il cui numero è rigidamente legato ai PL, indipendentemente dalla complessità delle funzioni da assicurare.

c) Analogamente si ridurranno le Strutture Semplici, strettamente legate al numero delle S.C. (1,31 S.S. per ogni S.C.) con conseguente riflessi negativi per una specialità, come la Cardiologia, così ricca di subspecialità.

d) Si muove nel solco di una visione antica dell'Ospedale, chiuso in se stesso, mentre quello che occorre è una visione nuova e moderna dell'Ospedale, aperta al territorio e funzionale ad esso. Rispetto alla riforma Mariotti del '68 rappresenta un passo indietro.

e) È adottato come criterio di programmazione il numero di Posti Letto per mille abitanti, parametro svincolato dalla analisi delle singole realtà e dei servizi ad esso collegati. Come argutamente nota Cavicchi nel definire lo standard di posti letto come unico criterio ordinatore dell'Ospedale si conferma un "genere" di Ospedale che ha più di un secolo.

L'Ospedale del futuro dovrà essere un Ospedale i cui principi ispiratori sono stati, da tempo, sintetizzati in una sorta di decalogo: Umanizzazione, Urbanità, Socialità, Organizzazione, Interattività, Appropriattezza, Affidabilità, Innovazione, Ricerca, Formazione. Un nuovo modello di Ospedale deve tener conto dei cambiamenti epocali in atto e dello stato del patrimonio ospedaliero esistente. La nuova rete ospedaliera deve essere in gran parte costruita ex novo con Ospedali di medie dimensioni (400 - 500 p.l.), dimensionati in aree sanitarie omogenee, in modo da poter garantire una risposta

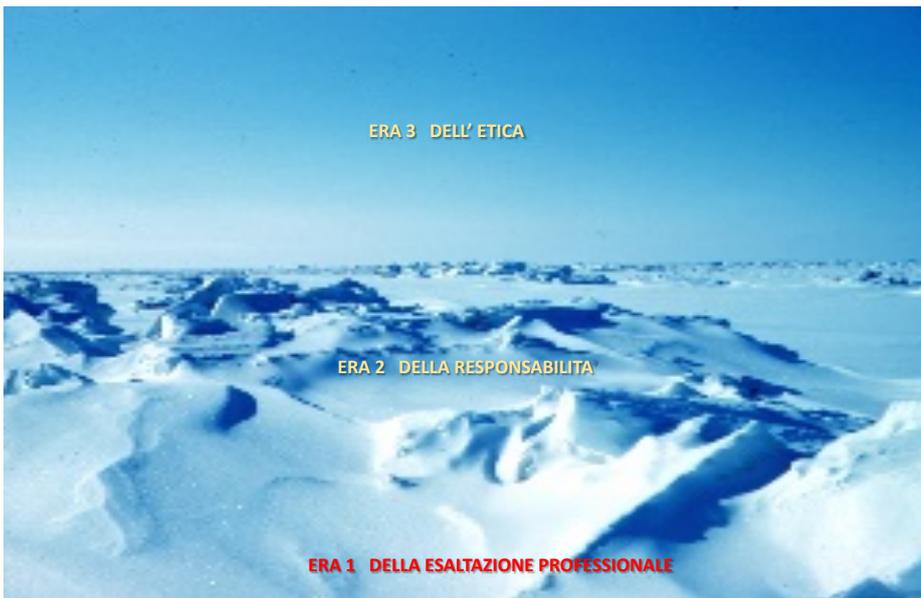
efficace, efficiente ed appropriata alla domanda di assistenza.

### Dirigenza Medica

L'evoluzione del significato e dei contenuti della Dirigenza Medica è la conseguenza dei profondi mutamenti che hanno investito l'organizzazione e gli assetti del Sistema Sanitario Nazionale. Ciò è il risultato, da un lato, delle modifiche della normativa che regola la Dirigenza della Pubblica Amministrazione e, dall'altro, della introduzione di disposizioni particolari riguardanti la Dirigenza Medica. La Cardiologia ha subito gli effetti dell'enorme sviluppo delle conoscenze e della rivoluzione tecnologica che ne ha profondamente modificato il modo di essere. Parimenti il modo di essere o più semplicemente l'essere Cardiologo all'interno della organizzazione sanitaria assume contenuti assai diversi a seconda della epoca considerata. Le problematiche relative allo sviluppo dei nuovi assetti della professionalità del dirigente medico risentono in maniera notevole di alcuni provvedimenti normativi, alcuni dei quali succedutisi nel tempo ed altri attualmente all'esame del parlamento. Da sempre il Cardiologo pubblico è stato collocato in diversi contenitori: la specialistica ambulatoriale interna, i convenzionati e la dipendenza. Il DPR 128/1969 ordinava lo status del Cardiologo pubblico nei classici livelli di assistente, aiuto e primario, stabilendone in maniera rigida le funzioni. Il DPR 761/1979 sostituiva ad assistente, aiuto e

## Tabella I - Principi ed impegni del medico secondo la carta della professionalità medica

Il principio della centralità del benessere dei pazienti
Il principio dell'autonomia dei pazienti
Il principio della giustizia sociale
Impegno alla competenza professionale
Impegno all'onestà verso i pazienti
Impegno alla riservatezza riguardo al paziente
Impegno a mantenere un rapporto corretto con i pazienti
Impegno a migliorare la qualità delle cure
Impegno a migliorare l'accesso alle cure
Impegno ad un'equa distribuzione delle risorse limitate
Impegno alla conoscenza scientifica
Impegno a conservare la fiducia, affrontando i conflitti d'interesse
Impegno nei confronti delle responsabilità professionali



"Le Ere" di Donald M. Berwick

primario le posizioni funzionali iniziale, intermedia e apicale. Il decreto legislativo 502/1992 colloca la dirigenza in due livelli. Il decreto legislativo 229/1999 pone la dirigenza medica in unico livello dirigenziale, diversificando per la tipologia dell'incarico, che può essere di struttura, professionale, verifica ispezione o di studio. Ciò è di fatto la conseguenza del dibattito sviluppatosi negli anni sulle competenze professionali e su quelle manageriali richieste ai professionisti. Tra questi particolare riguardo riveste il dibattito ex art 22 del patto della Salute riguardante la riforma del percorso formativo della classe medica. L'orientamento prevalente prevede la "specializzazione in corsia" per i laureati in medicina con contratto pre-dirigenziale. Appare chiaro che il Cardiologo vede radicalmente mutato il suo modo di essere all'interno di una organizzazione sanitaria profondamente diversa da quella attuale. Uno dei pericoli maggiori è che si vada verso una condizione che ricorda quella evocata da Aldous Huxley nel libro "Il Nuovo Mondo" nel quale la popolazione è divisa in maniera predeterminata in individui alfa (comando), beta (management), gamma, delta ed epsilon (manovalanza). La sfida è quella di costruire un sistema che salvaguardi autonomia, competenze e professionalità secondo quanto indicato nella Carta della Professionalità Medica (Tabella I).

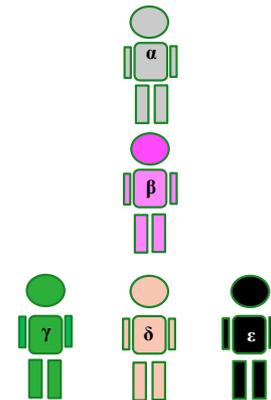
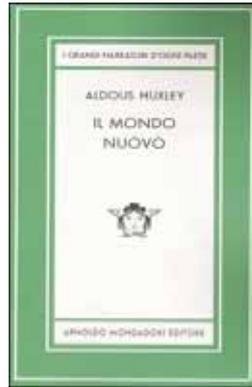


## Infermieri e tecnici

L'altro aspetto, molto delicato, riguarda il dibattito relativo al Comma 566 della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e dello stato. Tale norma stabilisce che, ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia, con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati sono definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso percorsi formativi complementari. L'intento del legislatore è quello di ridefinire i rapporti tra i medici e le altre professioni sanitarie e il rapporti tra quest'ultime. Analogamente a quanto previsto per i medici, la figura dell'infermiere è destinata a subire sostanziali modifiche nell'ottica di una sempre maggiore autonomia e specializzazione.

## Governance del Sistema

Appare evidente il sostanziale fallimento della governance del Sistema Sanitario, peggiorato dalla grande variabilità di modelli dovuto alla regionalizzazione del Sistema Sanitario. Il principale sforzo riguarderà l'implementazione



"Il Mondo Nuovo" di Aldous Huxley

di una governance sanitaria fondata sulla competenza e non sulla appartenenza politica, sui bisogni sanitari della popolazione e non su incomprensibili alchimie ragionieristiche, sulla professionalità dei professionisti e non sulle clientele.

## Considerazioni Conclusive

Il mondo che ci attende appare difficilmente decifrabile. L'auspicio è che non accada alla Cardiologia ed ai professionisti quello che accade al personaggio di Kafka: la generazione di mostri e la scomparsa. Ciò deve indurre a considerare in termini sostanziali il ruolo dei professionisti in Sanità come sottolinea la Carta della Professionalità medica:

«La professionalità è la base del contratto tra medicina e società. Essa impegna il medico ad anteporre ai suoi gli interessi dei pazienti, a fissare e mantenere standard di competenza e integrità e a offrire alla società consulenza esperta su questioni di salute. I principi e le responsabilità della professionalità medica devono essere ben chiari sia alla professione sia alla società. Essenziale al contratto è la fiducia del pubblico nei medici, la quale dipende dall'integrità dei singoli

individui e dell'intera categoria.

Oggi la professione medica si trova ad affrontare l'esplosione tecnologica, i cambiamenti delle forze di mercato, i problemi legati all'erogazione dei servizi sanitari, il bioterrorismo e la globalizzazione.

Di conseguenza i medici trovano sempre più difficile tener fede alle proprie responsabilità verso i pazienti e la società. In queste circostanze diventa sempre più importante riaffermare i principi e i valori fondamentali ed universali della professionalità, ideali che ogni medico deve perseguire. Sebbene in tutto il mondo la professione medica sia integrata nelle diverse culture e tradizioni nazionali, i suoi membri condividono il ruolo di guaritori, le cui origini risalgono ad Ippocrate. Senza dubbio la professione medica si trova ad affrontare complicate forze politiche, legali e di mercato. Inoltre, date le diverse forme di pratica medica e di erogazione dei servizi, i principi generali possono venire espressi in modi più o meno complessi». ♥

DI FABIOLA SANNA, VJERICA LUKIC, SABRINA EGMAN, GIUSEPPINA MAURA FRANCESE,  
MASSIMO IMAZIO, MAURO MENNUNI, DONATELLA RADINI, SONIA TOSONI

“Il cuore di una donna è un profondo oceano di segreti” dal film Titanic

# Parlare di salute con le donne: quali nuove opportunità per gli infermieri

## La salute delle donne, governance e professioni della salute

Il mondo invecchia sempre più velocemente. Secondo il rapporto del Census Bureau statunitense “An Aging World: 2015” la popolazione globale continua a crescere ad una velocità senza precedenti: nel 2015 l’8.5% degli abitanti della terra (617 milioni) aveva 65 anni ed oltre. L’Organizzazione Mondiale della sanità prevede che entro il 2030 il numero delle donne over 50 nel mondo raggiungerà la cifra di un miliardo e 200 milioni circa. In Europa i dati Eurostat ci indicano che la popolazione conterebbe circa 260 milioni di donne. In Italia secondo gli ultimi dati ISTAT nel 2015 ci sono 31,2 milioni di donne residenti con un età media di 50 anni, con lo stesso numero di neonate (241.426) versus le ottantaduenne (241.732), mentre le centenarie sono quasi 16 mila. “Oggi non deve essere solo una festa, ma deve essere un’occasione per fare il punto su cosa va fatto nel

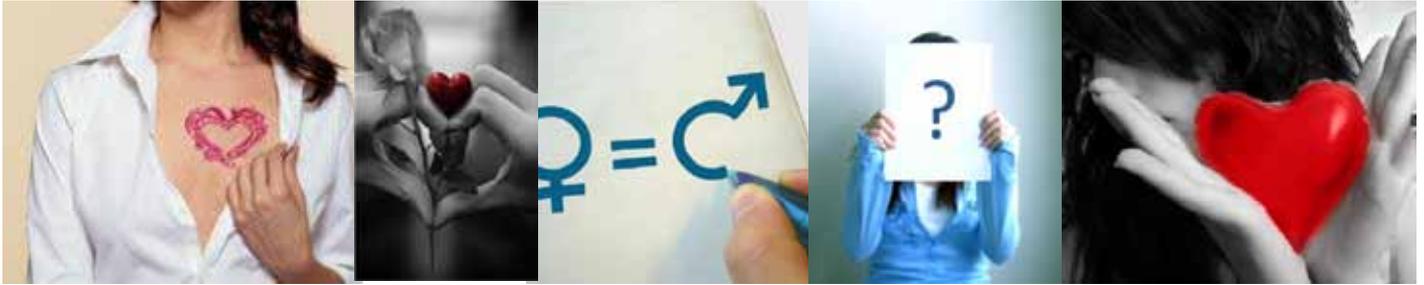
nostro Paese”. Con queste parole il Ministro della salute Beatrice Lorenzin apre la Conferenza stampa dell’8 marzo 2016, dedicata alla salute della donna, tenutasi a Roma presso l’Auditorium del Ministero “Le donne - prosegue la Lorenzin - vivono più degli uomini, ma vivono peggio, anche perché non si fa adeguatamente la prevenzione e le donne non si prendono cura di loro stesse”. È opportuno segnalare che è dal 1991 che si parla delle differenze

di genere e delle problematiche di salute delle donne con il famoso articolo - denuncia di Bernadine Healy e la sindrome di Yentl<sup>(1)</sup> divenuto il proclama della medicina di genere. Le società cardiologiche hanno sempre più sviluppato, promosso studi e divulgato evidenze scientifiche specifiche per implementare il principio di equità al fine che le cure siano sempre più appropriate e consone al singolo genere. Nonostante ciò la sindrome

**“Le donne vivono più degli uomini, ma vivono peggio, anche perché non si fa adeguatamente prevenzione e le donne non si prendono cura di loro stesse”**

**Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin**

**Le donne italiane sono insoddisfatte del supporto del SSN e utilizzano Internet come principale fonte di informazioni e aggiornamenti sui temi di salute**



di Yentl “is alive and well”<sup>(2)</sup> e non solo non è conosciuta, ma ad oggi non è neppure “curata”. L’approccio di genere, o meglio la cultura alla medicina genere-specifica deve focalizzarsi verso una medicina di precisione e cure personalizzate a seconda del sesso del paziente.”<sup>(3)</sup> È evidente, quindi, che nell’ambito di un’azione complessiva per migliorare l’efficienza e l’efficacia del nostro Servizio Sanitario nazionale, è di vitale importanza aiutare a sensibilizzare le donne a dedicare una maggiore attenzione e maggiori risorse per la prevenzione e il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari e ai problemi di salute ad essi correlati. Le donne sono insufficientemente informate a sviluppare una particolare attenzione al diverso peso dei fattori di rischio, manca la consapevolezza del rischio e frequentemente vengono sottovalutati i sintomi e la possibilità all’accesso alle cure e al Sistema Sanitario. La Survey svolta da ONDA “Il rapporto delle donne italiane con la salute”<sup>(4)</sup> ha messo in evidenza che negli ultimi 10 anni appaiono meno soddisfatte del proprio stato di salute, sia dal punto di vista fisico sia da quello psicologico e mentale. Le donne percepiscono come importante fattore di disturbo alla vita odierna lo stress, di cui nel 2016 oltre 1 donna su 3 afferma di soffrire.

- Il 49% delle donne oggi dichiara

di fare prevenzione, rispetto al 44% del 2006;

- Le donne dichiarano di curare ancor più che 10 anni fa la propria alimentazione - che ritengono profondamente legata al benessere - e svolgono in % decisamente maggiore attività fisica: la % di praticanti regolari di moto sale dal 19% al 47%.
- A distanza di 10 anni non sono cambiate le abitudini al fumo con il consumo di 10 sigarette/die per il 27% delle donne.

Le principali barriere che ostacolano un’efficace attività di prevenzione sono il costo delle prestazioni (63%) e la scarsa informazione sugli esami di screening da effettuare (24%) utilizzando soprattutto Internet come principale fonte di informazioni e aggiornamenti sui temi di salute (65% contro l’8% del 2006). Quasi la metà delle intervistate non ritiene sufficienti né i servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale (44% delle donne), né l’attenzione dedicata negli Ospedali e da parte delle istituzioni alle esigenze femminili (rispettivamente 46% e 47%);

- Tendenzialmente non si avverte un sensibile miglioramento di queste attività nel corso degli anni.

Questi dati fanno dunque pensare alla necessità di promuovere maggiormente una cultura della salute per le donne soprattutto per quelle più giovani, bisogna

sviluppare strategie più efficaci per la prevenzione primaria e secondaria promuovendo interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento al tabagismo, in maggior misura se associato ai contraccettivi orali<sup>(5)</sup>, al sovrappeso, all’obesità, l’attività fisica, colesterolo e trigliceridi, e alle patologie ad esse associate quali il diabete, ipertensione, al fine di diffondere stili ed abitudini di vita più corretti.<sup>(6)</sup> L’infermiere ha un ruolo educativo specifico come stabilito nel D.M. 739/1994 che introduce il “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”, così come nell’articolo 2 “l’assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestazionale, relazionale ed educativa” e l’articolo 19 “l’infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l’informazione e l’educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori” del Codice Deontologico del 2009<sup>(7)</sup>. L’educazione sanitaria risulta avere un’elevata importanza ai fini di un’adeguata assistenza

infermieristica, perciò l'infermiere ne diventa il responsabile avendo doveri riguardo la propria formazione e quella dei pazienti che ne necessitano. Risulta quindi determinante operare in termini di governance, cioè la governance non è "il governo sui clinici" e neppure il "governo da parte dei clinici", ma è uno dei terreni più importanti nei quali i diversi professionisti della salute e le organizzazioni sanitarie devono mettere a frutto le loro competenze cliniche - assistenziali con un costante aggiornamento delle conoscenze relative ai modelli organizzativi, ai ruoli e agli strumenti

**Le evidenze scientifiche sulla medicina di genere o meglio sulle malattie cardiovascolari nelle donne evidenziano da alcuni anni l'avvenuta trasformazione del rapporto donne e medicina, donne e malattie, donne e il ruolo dei sistemi sanitari.**

operativi, basati su evidence-based<sup>(8)</sup>. Sulla base di queste premesse si comprende quanto sia importante che le donne diventino consapevoli di cosa significhi avere una patologia cardiovascolare, delle abitudini di vita, spiegando loro come il rischio di malattia può essere contrastato

e diminuito attraverso l'adozione di comportamenti corretti per la propria salute e condividendo con gli operatori le strategie più efficaci per contrastarla. In questo senso gli infermieri, attraverso l'educazione e la supervisione e il supporto hanno un ruolo fondamentale e importante nei vari setting assistenziali nel favorire l'attuazione pratica delle Linee Guida<sup>(9)</sup>. Fulcro della relazione di cura diventa, quindi, lo sviluppo e l'implementazione delle abilità di counselling attraverso l'arte di ascoltare, "tendendo" all'empatia e cercando di stabilire un rapporto di fiducia<sup>(10)</sup>. La relazione diviene così il fil rouge delle attività degli infermieri, l'obiettivo è passare da una vecchia logica di compliance all'aderenza degli stili di vita e terapeutica - fino alla partnership - per implementare l'empowerment dell'altra metà del cielo<sup>(11)</sup>. Gli infermieri con l'utilizzo del counselling "cardiologico"<sup>(12)</sup> attuano un approccio di tipo relazionale che consente al professionista di identificare le strategie e le modalità più appropriate per aiutare la donna a contestualizzare la migliore soluzione, orientandola e sostenendola affinché sviluppi le sue potenzialità, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le sue capacità di effettuare scelte consapevoli verso uno stile di vita salva-cuore. ♥

Fonti bibliografiche

- 1) N Eng J Med 1991, 325:274-276 July 25.
- 2) Merz CN. The Yentl syndrome is alive and well. Eur Heart J 2011;32:1313-5.
- 3) Ital J Gender-Specific Med 2015; 1: 3-5 Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica, Giovannella Baggio.
- 4) ONDA Osservatorio nazionale sulla salute della donna - 10 anni di attenzione alla salute femminile, febbraio 2016.
- 5) Appelman Y, van Rijn BB, Ten Haaf ME, Boersma E, Peters SA. "Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention". Atherosclerosis 2015 Jul;241(1):211-218.
- 6) Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women—2011 update: a guideline from the American Heart Association. Circulation 2011 Mar 22;123(11):1243-1262.
- 6) European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice- 2012. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). G Ital Cardiol (Rome) 2013 May;14(5):328-392.
- 7) Nuovo Codice Deontologico della professione infermieristica. Pubblicato il: 10/01/2009 - Disponibile sul sito www.ipasvi.it
- 8) "Innovazione e governance delle professioni sanitarie - Scenari di sviluppo per una sanità a misura d'uomo" B. Cavaliere, E. Manzoni, F. Piu.
- 9) Cardiovascular risk factor distribution and subjective risk estimation in urban women—the BEFRI study: a randomized cross-sectional study. BMC Med 2015 Mar 16;13:52-015-0304-9.
- 10) Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012: Delibera di Giunta regionale n. 2071/2010. Proroga del PRP2010-2012 al 31.12.2013: Delibera di Giunta regionale n. 703/2013.
- 11) "Il counselling per la tutela della salute pubblica" Barbara De Mei - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- 12) "Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial". Lancet 2008 Jun 14;371(9629):1999-2012.



## REFERENTI TASK FORCE

### CARDIOLOGIA PEDIATRICA



INNOCENZO BIANCA  
(Catania)

### CARDIOGERIATRIA



GIOVANNI PULIGNANO  
(Roma)

### CARDIOLOGIA DELLO SPORT



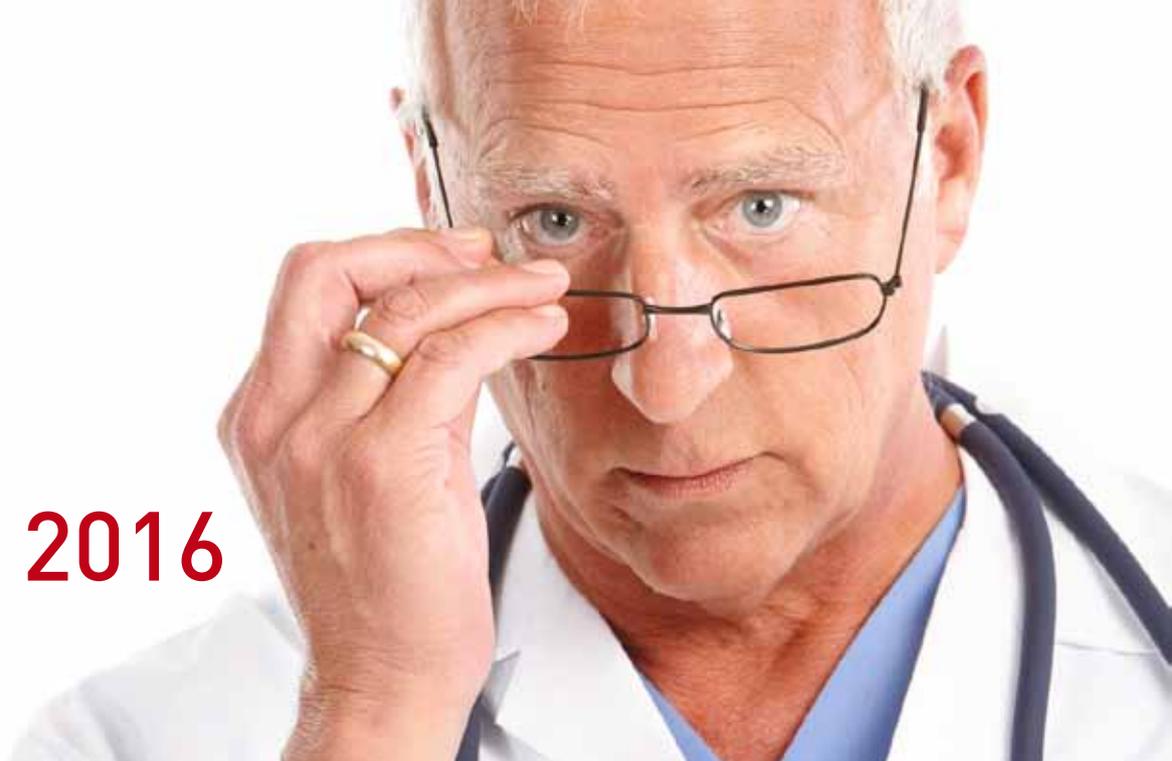
FRANCO GIADA  
(Noale - VE)

### CARDIONCOLOGIA



LUIGI TARANTINI  
(Belluno)

# Fellow ANMCO 2016



NOME	COGNOME	OSPEDALE	REPARTO	CITTÀ	PROVINCIA
Nazario	Carrabba	AOU Careggi	Cardiologia Interventistica	Firenze	FI
Marzia	Cottini	Ospedale San Camillo	UOC Cardiochirurgia	Roma	RM
Stefania Angela	Di Fusco	Ospedale San Filippo Neri	UOC Cardiologia e UTIC	Roma	RM
Sandro	Gelsomino	AOU Careggi	Dipartimento Cardio- toracovascolare	Firenze	FI
Maurizio Eugenio	Landolina	Ospedale Maggiore	U.O. Cardiologia e UTIC	Crema	CR
Marco	Mele	Presidio Ospedaliero Teresa Masselli Mascia	SC Cardiologia UTIC Riabilitazione Cardiologica	San Severo	FG
Laura Lalla	Piccioni	Ospedale Civile G. Mazzini	Cardiologia UTIC ed Emodinamica	Teramo	TE
Maria Denitza	Tinti	Ospedale San Camillo	UOC Cardiologia 1	Roma	RM







Ottimizzare le cure sul territorio

# Gestione territoriale delle cardiopatie

Coniugare razionalizzazione del sistema e investimenti



**P**roporre un progetto di assistenza per il controllo delle cardiopatie a livello territoriale e delle eventuali complicanze partendo da una realtà ben definita, la Basilicata. Piccola regione nel Sud dell'Italia, oggi emersa all'attenzione pubblica

nazionale e internazionale grazie a Matera candidata a capitale della cultura 2019. La regione presenta una geografia articolata. Importante conoscere le realtà regionali se si devono programmare interventi di qualsiasi natura, sanitari, sociali, agricoli, culturali,

economici e altro ancora. Lo studio delle caratteristiche geomorfologiche, antropologiche, orografiche, culturali, sociali, economiche, delle dinamiche di sviluppo o sottosviluppo acquista un'importanza preponderante per implementare correttamente un

**Obiettivo strategico il miglioramento del Sistema Sanitario Nazionale per renderlo punto di riferimento anche al di fuori dei confini nazionali**  
**Coniugare crescita con una spesa di qualità mirata**



intervento in quella realtà.

La Basilicata è una piccola regione con i suoi circa 577.000 abitanti (un quartiere di una città media). Ci sono in Basilicata 131 Comuni (100 in Provincia di Potenza, 31 in Provincia di Matera). Sono presenti forti contrasti orografici: una superficie di circa 9.992 Km<sup>2</sup>, il 46,8% del territorio è montano, il 44,25% collinare, l'8% pianeggiante.

La struttura della popolazione al 2015:

---

**BASILICATA**

da 0 a 14 anni (21,6%),  
da 15 a 64 anni (67,7%),  
≥ 65 (12,7%).

---

**ITALIA**

da 0 a 14 anni (21,7%),  
da 15 a 64 anni (64,7%),  
≥ 65 (13,8%).

---

L'attesa di vita in Italia è 82,94.

L'Italia si attesta al secondo posto per popolazione più anziana al mondo: il 21,4% dei cittadini è over 65 e il 6,4% è over 80, seconda solo al Giappone, prima in Europa seguita da Germania e Portogallo. I dati nazionali e locali evidenziano un allungamento indicativo dell'attesa di vita. Occorre considerare i bisogni sanitari richiesti considerando i dati epidemiologici che pongono le malattie cardiovascolari al primo posto per morbilità e mortalità. Avremo contestualmente all'innalzamento dell'età anagrafica l'aumento di patologie cardiache, oncologiche, dismetaboliche, bronco pneumologiche sia in modo isolato sia associate. Indispensabile predisporre un quadro sanitario di riferimento in grado di elaborare scenari e proporre soluzioni, considerando che l'ospedalizzazione tout court non è oggi, men che mai è proponibile domani come unica soluzione al problema dell'instabilità in seguito a malattia. Aumenteranno i cardiopatici anziani per l'aumentare dell'età media, per le migliori cure oggi proponibili. Tra le epidemie del terzo millennio un posto importante occupa lo scompenso cardiaco con le sue severe conseguenze (insufficienza renale acuta, edema polmonare, edemi declivi, dispnea). Le soluzioni possono e devono essere diverse, prevedendo anche l'ospedalizzazione per i casi gravi, per il periodo necessario alla stabilizzazione del quadro clinico. Poi predisporre strumenti alternativi, sia sanitari sia socio-

assistenziali. In una Regione come la Basilicata con un'orografia difficile, con tanti piccoli centri privi di strutture di base per esami ematochimici e strumentali, occorre predisporre progetti quadro in grado di offrire risposte adeguate. Diverso il quadro dei centri maggiori con strutture sia ospedaliere sia extra ospedaliere. Attenzione quindi ai piccoli centri lontani da Ospedali e da strutture. I cardiopatici si scompenseranno, scompensi acuti, sub acuti e cronici. La gestione dell'acuto deve prevedere l'intervento immediato del MMG o della continuità assistenziale, del 118 e dell'Ospedale per acuti nella prima fase; l'assistenza a domicilio nel post ricovero. Importante stabilire anche punti di riferimento sociale, da parte dei Comuni e delle istituzioni in genere per chi ammalato, solo, ha bisogno di assistenza sanitaria e sociale, partendo dalla cura del corpo, dalle esigenze minime indispensabili, dalla somministrazione dei farmaci. Garantire l'assistenza sanitaria in modo adeguato, quotidiano, attivando l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) per i casi meno gravi che prevede l'intervento del Medico curante. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con personale infermieristico, fisioterapico, per l'assistenza (OSS) nella misura richiesta dal singolo caso con la supervisione del medico di famiglia il quale deve essere messo nella condizione di utilizzare gli strumenti e le collaborazioni richieste dal singolo caso. Prevedere il contatto con l'Ospedale

nella fase di pre-dimissione per concordare l'iter domiciliare con periodici controlli ematochimici e ambulatoriali e indirizzare il paziente a un percorso di cura integrato su più ambiti specialistici. Prevedere un contatto con le strutture ospedaliere e/o territoriali per la gestione della patologia e delle eventuali criticità che possano presentarsi. Prevedere l'attivazione della telemedicina per consulti in tempo reale con Cardiologo, Nefrologo, Pneumologo,

radioterapia) per favorire l'accesso del malato in ADI che richiede un esame strumentale diagnostico (Rx, TAC, RMN, Ecografia con contrasto). Investire nella telemedicina. Tendere a un sistema di cure domiciliari economicamente sostenibile e in grado di garantire una qualità elevata nelle prestazioni. Prevedere consulti domiciliari con lo specialista. Va posta attenzione non solo alla patologia cardiovascolare di base ma anche alle instabilità di altri organi e apparati, in primis

### Occorre considerare i bisogni sanitari richiesti considerando i dati epidemiologici che pongono le malattie cardiovascolari al primo posto per morbilità e mortalità

Chirurgo, Internista per evitare inutili trasferimenti, laddove si possa garantire un'efficiente cura domiciliare. Garantire l'esecuzione di prelievi quotidiani e avere risposte nella stessa tempistica dei reparti ospedalieri. Indispensabile l'invio quotidiano dei prelievi al laboratorio ospedaliero. Garantire l'esecuzione a domicilio di esami di I livello quale ecg, ecografia, e organizzare un sistema di trasporto

rene e polmoni, oltre al diabete che richiede sempre un monitoraggio attento e puntuale. Attenzione particolare al rene per l'instabilità grave che può indurre molto spesso in maniera asintomatica. Le malattie renali evolvono spesso in maniera silenziosa e riconoscere in tempo i campanelli d'allarme è di fondamentale importanza per prevenire l'evoluzione verso l'insufficienza renale cronica e per

### Investire in buone pratiche cliniche dando la responsabilità gestionale ai medici

intercomunale (esempio il trasporto periodico dei dializzati in Ospedale, il trasporto dei malati oncologici in

diminuire il rischio cardiovascolare. In Italia e nel mondo le nefropatie sono in aumento. Secondo le ultime



statistiche sono sei milioni gli Italiani nefropatici. Nel nuovo millennio, da ciò che emerge dal Registro Italiano di Dialisi e Trapianto, attivo da venti anni, con l'aumento delle patologie cardiovascolari si è riscontrato un aumento dei pazienti nefropatici che arrivano alla terapia renale sostitutiva, soprattutto dopo i

livelli di normalità (PA sistolica <130 mmHg). I dati emersi dalle campagne svolte negli scorsi due anni sono preoccupanti: il 9% degli italiani under 20 è a rischio malattia renale (per il riscontro di proteinuria ed ematuria), ma sono gli anziani i più colpiti (il 40% degli ultrasessantenni soffre di malattia

### Attenzione particolare al rene per l'instabilità grave che può indurre molto spesso in maniera asintomatica

sessantacinque anni. Sono diverse le cause che portano all'insufficienza renale terminale: le lesioni renali secondarie a ipertensione arteriosa, aterosclerosi e diabete seguite dalle glomerulonefriti, da malattie renali interstiziali e tubulari, da malattie ereditarie e da malformazioni congenite. Da non tralasciare sono anche altri fattori di rischio di nefropatia come: l'uso prolungato di farmaci nefrotossici, l'ipercolesterolemia grave, la calcolosi renale, le infezioni urinarie ricorrenti, l'ostruzione delle basse vie urinarie (come l'IPB), le patologie immunitarie (es LES), la familiarità per nefropatie. Nelle fasi iniziali della nefropatia, cioè nel 1° e nel 2° stadio, in cui la funzione renale è ancora normale o lievemente ridotta il ruolo del medico di base è importante. Oltre a essere riconosciuta la malattia, va iniziata la cura in collaborazione con il nefrologo, sia correggendo gli errori nutrizionali (specialmente l'apporto eccessivo di sale, potassio e proteine) sia con farmaci in grado di riportare la pressione a

renale cronica), perché spesso ipertesi o con diabete di tipo II, due malattie tipiche dell'invecchiamento, che favoriscono l'alterazione della funzione renale. Il rischio di malattia renale si è quadruplicato in pochi anni, probabilmente anche per l'aumento della vita media, e quindi prevenzione e diagnosi precoce restano fondamentali. Anche per tale motivo il Ministero della Salute, alla fine del 2012, ha riconosciuto la priorità di prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi renali, inserendo nel Decreto di ridefinizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) le Patologie Renali Croniche. È necessario quindi prevedere un monitoraggio cardiaco e nefrologico, prevedere un protocollo condiviso per la gestione della terapia e dei controlli nelle patologie acute, tipo scompenso cardiaco acuto, SCA (sindrome coronarica acuta), scompenso metabolico o scompenso renale (Insufficienza renale acuta e cronica), Insufficienza respiratoria acuta e cronica.

Controlli cardiologici territoriali:

~ monitoraggio terapia con TAO (terapia anticoagulanti orali),  
~ terapia con NAO (nuovi anticoagulanti orali),  
~ terapia con digossina, amiodarone, statine, eparina a basso peso molecolare,  
~ terapia diuretica intensiva,  
~ adesione alla terapia,  
~ controllo PM e ICD,  
~ controllo strumentali Ecodoppler, ecg, holter, monitoraggio P.A.,  
~ sat. O2, controllo emogasanalisi, gestione e controllo ossigenoterapia domiciliare,  
~ prevenzione LDD (lesioni da decubito), eventuale cura,  
~ controllo parametri x anemia e disidratazione,  
~ controllo periodico BNP in caso di scompenso,  
~ controllo clinico periodico,  
~ bilancio idrico e controllo del peso,  
~ controllo attento dei parametri dismetabolici a iniziare dalla glicemia,  
~ consigli preventivi e comportamentali (Stile di Vita),  
~ consulti tramite telemedicina.  
Controlli nefrologici territoriali:  
~ monitoraggio funzione renale (creatininemia e azotemia) e dismetabolica,  
~ calcolo del VFG,  
~ monitoraggio elettroliti sierici,  
~ monitoraggio elettroliti urinari in caso di sospette tubulopatie e calcolosi renale,  
~ esame urine periodico; proteinuria delle 24 h; esame del sedimento urinario,  
~ controllo diuresi per quantità nei casi di poliuria o nella fase di oligo-anuria,

~ controllo dialisi domiciliare peritoneale o facilitazione dell'accesso all'Ospedale al paziente dializzato che deve recarsi in altre regioni, favorendo il contatto con le realtà nefrologici di riferimento,  
 ~ stretto monitoraggio della funzione renale durante e subito dopo l'assunzione di farmaci nefrotossici (FANS, aminoglicosidi, vancomicina e altri antibiotici, Ace-inibitori, furosemide ecc...) e divieto assoluto di utilizzo nel paziente con insufficienza renale avanzata,  
 ~ controllo terapie in relazione a prevenzione renale,  
 ~ controllo ecografico di dimensioni, forma, morfologia ed ecogenicità renale,  
 ~ controllo terapia con eritropoietina con periodico esame emocromocitometrico,  
 ~ controllo bilancio idrico e monitoraggio diuresi,  
 ~ controllo clinico periodico,  
 ~ controllo peso,  
 ~ controlli parametri,  
 ~ controllo e gestione fistole per dialisi,  
 ~ favorire trasporto e gestione paziente in dialisi sia a casa che in ospedale,  
 ~ gestione controllo catetere venoso centrale (CVC) o periferico,  
 ~ sostituzione e controllo preventivo catetere vescicale,  
 ~ consigli preventivi e comportamentali (Stile di Vita).  
 Bisogna garantire la disponibilità delle terapie e dei presidi utili per l'instabilità e peggioramento del quadro clinico. Prevedere una lista condivisa per l'urgenza in modo da garantire l'intervento clinico,

farmacologico e strumentale immediato. In ogni Paese deve esserci una rete di DAE (defibrillatori semiautomatici esterni) e personale anche laico preparato e abilitato alla gestione dell'arresto cardiaco e delle ostruzioni delle vie aeree da corpo estraneo. Importante poter attivare consulti in tempo reale sia telefonici sia tramite skype o altra tecnologia con Ospedali e centri specialistici di riferimento per ottimizzare diagnosi e cure ed evitare un trasferimento in Ospedale. Obiettivo strategico il controllo domiciliare. Sviluppare nei piccoli centri la collaborazione attiva dei medici presenti sul territorio: i MMG devono essere in rete o in medicina di gruppo (auspicabile la dipendenza) e collaborare con la Continuità Assistenziale per garantire un controllo 24 h al giorno. Collaborare con il Distretto, con la specialistica territoriale e ospedaliera. Favorire l'adesione alla terapia da parte del paziente, in primis di quello anziano sia con le associazioni di farmaci nella stessa compressa sia predisponendo strumenti legislativi semplici, quale la non sostituibilità del farmaco, anche del generico, da parte del farmacista per evitare che il cambio del colore della scatola favorisca l'errore del paziente. Centrale il malato con il suo bisogno di salute. Favorire l'integrazione del malato e il controllo anche sociale del quartiere, della strada, del rione in un'ottica di solidarietà e attenzione verso chi presenta una criticità in termini di salute. La vulnerabilità deve essere considerata

una priorità anche nella semplice considerazione che nessuno può ritenersi immune da questo possibile stato. Diminuire il carico burocratico. I medici devono fare i medici. Obiettivo una medicina che si preoccupi di scelte razionali. La Slow Medicine, la Choosing Wisely devono rappresentare un percorso comune. Appropriattezza nelle scelte. L'appropriattezza si sviluppa dall'interno della categoria medica con scelte condivise e non con obblighi burocratici tendenti essenzialmente a un controllo dei costi. Investire in buone pratiche cliniche dando la responsabilità gestionale ai medici. Centrale il dialogo e l'ascolto: rappresentare le scelte ai pazienti, spiegare il perché di un iter o anche illustrare perché quell'esame non è necessario. La politica del dialogo e dell'ascolto deve rappresentare la base per un'alleanza medico - paziente tesa a favorire il massimo delle cure in modo razionale. Investire sui professionisti, sui lavoratori del comparto sanità, sulle tecnologie. Le risorse ci sono. Si parla di miliardi di euro sottratti annualmente alla sanità e di "terreno di scorribanda da parte di delinquenti di ogni rima" nel mondo della sanità. Qui lo Stato deve intervenire. Tendere a un modello d'eccellenza sia per la medicina ospedaliera sia per quella territoriale che veda nella gestione domiciliare un ulteriore elemento di qualità. ♥



Progetto di educazione alimentare per gli studenti

# Chi ben comincia...

Una corretta alimentazione deve anche prevedere una giusta distribuzione dei pasti nella giornata  
L'importanza della prima colazione



Chi si occupa di educazione sanitaria e prevenzione cardiovascolare sa bene quanto sia importante entrare nelle scuole di ogni ordine e grado e rivolgersi ai giovani. Si è altrettanto consapevoli, tuttavia, delle difficoltà che incontrano, in tale ambito, i vari progetti operativi. Le lezioni teoriche, ancorché ben fatte e articolate, spesso servono a poco. Occorrono, invece, interventi capaci di attrarre l'attenzione dei ragazzi, è necessario parlar loro

con un linguaggio comprensibile, essere convincenti e dare messaggi semplici, pratici, immediatamente attuabili. Proprio guardando a questi ambiziosi obiettivi, a Cariati, in Calabria, "Gli Amici del Cuore", guidati dalla presidente Diamantina Ricciardelli, hanno di recente ideato e organizzato il progetto "Chi ben comincia...", rivolto agli alunni delle prime classi della scuola secondaria di primo grado. La realizzazione dell'iniziativa, approvata e sostenuta dalla dirigente del

locale Istituto Comprensivo, Maria Brunetti, è stata possibile grazie alla determinante collaborazione di diversi docenti della scuola, in particolare delle Prof.sse Rosellina Scigliano e Maria Ferrari. L'iter progettuale è stato articolato in due momenti differenti, il primo a carattere informativo, il secondo esclusivamente pratico. In entrambi sono stati coinvolti sia gli alunni che molti dei loro genitori. Durante la parte espositiva sono stati illustrati i contenuti della proposta. "Chi ben



**Un progetto di educazione alimentare per gli studenti ideato e organizzato da “Gli Amici del cuore di Cariati”: l’importanza di una corretta e completa prima colazione al fine di dare all’organismo, nelle prime ore dopo il risveglio notturno, un potente segnale positivo in grado di attivare i suoi processi metabolici, con benefici e senso di benessere che si prolungano per tutta la giornata**

comincia... è a metà dell’opera!”, dice il proverbio popolare che, nel contesto scolastico, è servito come slogan per lanciare un duplice messaggio. Innanzitutto che la tutela della salute deve iniziare presto, il prima possibile, appunto a scuola. “Chi ben comincia...” chi, cioè, impara e adotta un corretto stile di vita fin dall’età infantile e giovanile, è a buon punto (“a metà dell’opera!”) nella prevenzione delle malattie e, segnatamente, di quelle cardiovascolari. Con frasi semplici e con l’ausilio di diapositive e immagini appositamente selezionate per la tipologia di uditorio, sono stati riportati i dati di tanti studi scientifici, di diverso genere e livello, che, unanimemente, hanno ormai provato come il processo aterosclerotico, alla base delle patologie che più frequentemente nel mondo industrializzato determinano mortalità e morbilità, si sviluppi gradualmente e precocemente, addirittura a partire dal periodo fetale e sicuramente nei primi anni di vita. Da quelle primordiali fasi inizia il decorso lento, asintomatico, ma inesorabile, che porta, in età adulta, alle manifestazioni cliniche e agli eventi acuti. Sono proprio queste evidenze che devono spingere tutti, in primo luogo le autorità sanitarie

e scolastiche, le Società Scientifiche ed in modo particolare e capillare le famiglie ad una maggiore consapevolezza e attenzione verso la prevenzione cardiovascolare con interventi calibrati anche per giovani e bambini. Il secondo messaggio che si è voluto dare con lo slogan “Chi ben comincia...” ha riguardato lo specifico tema del progetto: “la corretta alimentazione”. Spesso in questo ambito ci si sofferma particolarmente ed opportunamente sulla scelta degli alimenti, illustrando in modo dettagliato i cardini della dieta mediterranea. Meno argomentata, invece, è la giusta distribuzione dei pasti e dell’assunzione delle calorie nella giornata. Che pure è un problema e non di poca importanza! Su questo aspetto, diverse ricerche epidemiologiche hanno mostrato che un errore molto comune tra i giovani riguarda la prima colazione. Anche una recente indagine realizzata dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Calabria\* ha segnalato le stesse criticità. Di una popolazione di studenti calabresi, di età compresa tra 13 e 15 anni, oltre il 20 % non fa nessun tipo di colazione, il 50 % preferisce latte, yogurt e biscotti, il 20 % solo merendine preconfezionate ed una quota estremamente minoritaria,



l'1-2 %, consuma frutta fresca. Nella seduta informativa l'argomento di come fare una corretta e bilanciata prima colazione è stato trattato dal Dott. Vincenzo Pace, convinto assertore della filosofia alimentare GIFT e noto nel territorio per essere il nutrizionista del F.C. Crotonese, squadra di calcio neo promossa in serie A. "Entro un'ora dal risveglio – si è sostenuto – occorre consumare un pasto che sia un vero e proprio mix di tutti i componenti nutrizionali, al fine di dare all'organismo un potente segnale positivo in grado di attivare i suoi processi metabolici, con benefici e senso di benessere che si prolungano poi per tutta la giornata". "In un'ottica di una dieta di segnale il punto di partenza è quello di considerare l'alimentazione quotidiana non solo in termini di kcal, ma come un continuo dialogo tra il nostro cervello/corpo e l'ambiente esterno. Il sistema nervoso centrale e l'ipotalamo ricevono segnali dalla periferia, il più potente dei quali è il cibo. In risposta ad essi vengono emessi stimoli in grado di governare l'operatività fisiologica di tutti gli organi, sistemi e apparati. Questi meccanismi assumono particolare rilievo nelle prime ore dopo il riposo notturno, quando tante

attività e sistemi ormonali devono essere riattivati. La disponibilità di cibo e la sua assunzione in questo momento della giornata serve appunto a "mettere in moto" le funzioni dell'organismo e la sua macchina metabolica; in mancanza, tutto è rallentato ed i ritmi biologici risulteranno lenti e attenuati". Insomma, una chiara e convincente indicazione a dare maggior tempo ed un'adeguata importanza al pasto mattutino. Ecco perché si è detto che "Chi ben comincia..." chi, cioè, consuma una completa e ricca prima colazione è già sulla buona strada ("a metà dell'opera!") per una sana e salutare alimentazione. Se l'ascolto di tutte queste notizie ha suscitato interesse e curiosità, occorre, tuttavia, dire che la parte del progetto vissuta con maggiore entusiasmo e partecipazione è stata quella pratica, consistita nell'organizzare una prima colazione a scuola. Nei locali della mensa si è allestito un buffet con diversi tavoli: quello delle vitamine e dei sali minerali (frutta fresca di stagione, spremute), quello dei carboidrati (pane, biscotti, cereali a fiocchi, gallette di riso, marmellate), poi il banco delle proteine (affettati, grana, provola, ricotta, uova, mandorle, noci) e infine gli alimenti misti (latte vaccino,

di soia, di riso). Appena dopo il suono della campanella d'ingresso, i ragazzi ed i loro genitori, in un clima allegro e divertente, sono stati guidati a scegliere da ognuno dei settori, e secondo i personali gusti, uno o più degli alimenti proposti. Completato il giro del buffet, tutti avevano nel piatto un pasto completo ed equilibrato sotto il profilo nutrizionale, che è stato poi consumato insieme sedendo ai vari tavoli predisposti. Una dimostrazione pratica, insomma, di come costruire la prima colazione all'insegna del benessere e del gusto. Con il pressante invito a far diventare questa esperienza un'abitudine quotidiana e irrinunciabile. Il progetto sarà sviluppato nei mesi successivi con diversi momenti di verifica e rinforzo dei concetti esposti e, data la comune soddisfazione per la sua riuscita, è già in programma di estenderlo a tutte le classi dell'Istituto. ♥

\* Abitudini dietetico-comportamentali nei giovani: indagine su 2000 studenti di 13-15 anni in Calabria. Caporale R., Amodeo E., Benedetto F., De Nardo A., Ferraro A., Lumare R., Cosentino N., Matta M., Chiatto M. - Consiglio Regionale ANMCO Calabria 2010 - 2012 e 2012 - 2014. Poster al Congresso Nazionale ANMCO 2014.



# E se la bufera che doveva investire la Cardiologia stesse già passando?



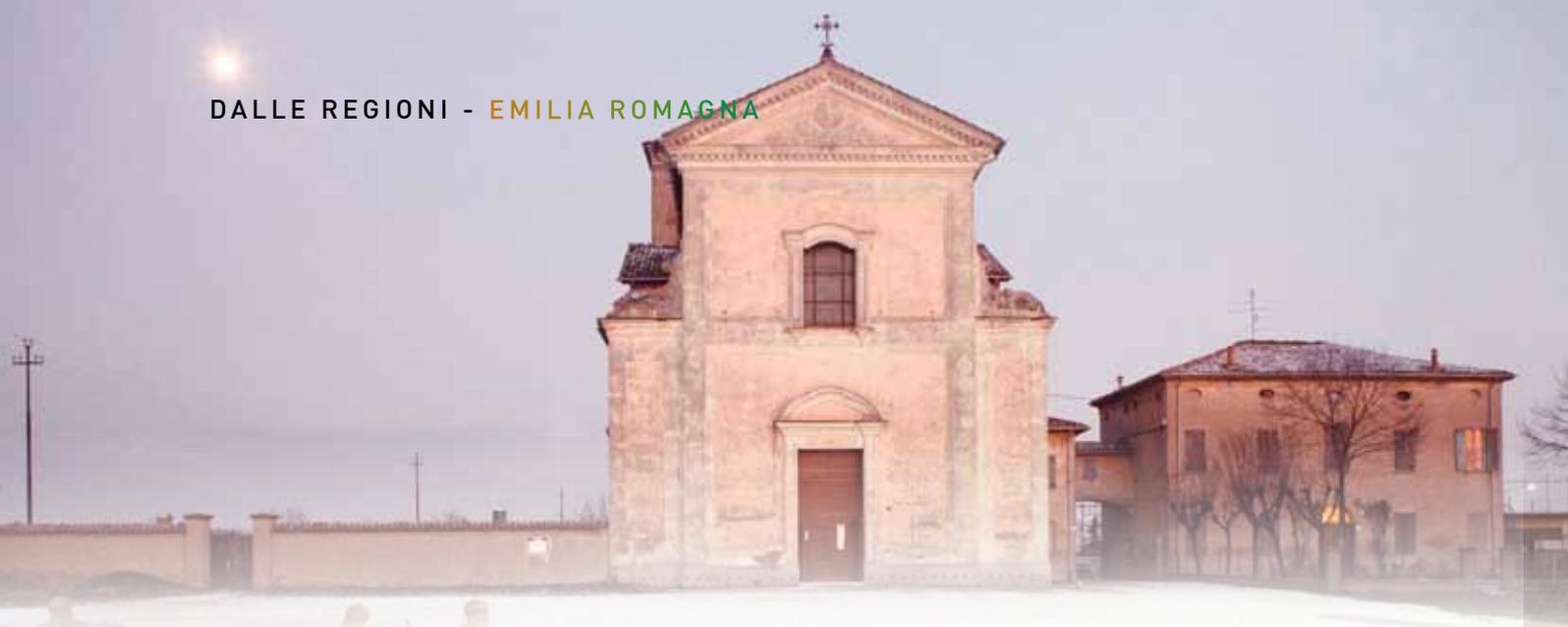
*Marina di Ravenna, foto di Luigi Ghirri (1943-1992), 1986*

## Riflessioni su un quadriennio alla guida dell'ANMCO Regionale Emilia Romagna

Al termine del quadriennio di Presidenza ANMCO della Regione Emilia-Romagna, la necessità di fare un consuntivo mi ha suggerito la necessità di trovare una chiave di lettura nella storia recente della nostra Cardiologia, vissuta in prima linea in una Regione che, da sempre, costituisce un importante “laboratorio” per tutto il SSN. Lo sviluppo della Cardiologia negli

ultimi venti anni ha seguito un andamento “a pendolo”. Negli anni '90 la trombolisi sistemica, disponibile in qualsiasi UTIC, ha promosso lo sviluppo espansivo, capillare, delle UTIC sul territorio, mentre negli anni 2000 l'avvento dell'angioplastica primaria, disponibile solo nei Centri più importanti, ha portato al fenomeno inverso: potenziamento delle

UTIC con emodinamica (hub), inevitabile sofferenza e messa in discussione delle Cardiologie più piccole, criticità parzialmente risolta con la costituzione della rete “hub-and-spoke”. Ma negli anni '10, quando la situazione sembrava stabilizzata, una delle più gravi crisi economiche della storia e la complessa modificazione epidemiologica determinata dal



*Cittanova, foto di Luigi Ghirri (1943-1992), 1985*

brusco innalzamento dell'età media dei ricoverati, ha portato gli esperti di management sanitario a ripensare il modello di sanità pubblica, con un impatto più importante proprio nelle Regioni in cui il modello pubblico era più sviluppato. Questo il motivo perché Toscana ed Emilia-Romagna, dove storicamente c'è un sistema pubblico forte con un welfare molto sviluppato, hanno rischiato più di altre Regioni di essere travolte dalla riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per "intensità di cura" che, non a caso, è partita dalla Toscana ed è stata oggetto di attenta riflessione anche nella mia Regione, che si è mossa soprattutto in due direzioni: trasformando alcune UTIC spoke in Terapie Intensive Multispecialistiche e avviando una importante sperimentazione presso il Policlinico S. Orsola dove il Dipartimento Cardio-Toraco-Cardiovascolare è stato riorganizzato per intensità di cura, modello che, con alcune varianti, è stato adottato anche al Careggi di Firenze e al Niguarda di Milano. Queste sperimentazioni, la paura del contagio e il Regolamento sugli standard ospedalieri emanato proprio un anno fa hanno creato una forte tensione nella comunità cardiologica, preoccupata di perdere

la propria specificità e vedere compromessi i risultati ottenuti. Come conseguenza, negli ultimi anni, si sono moltiplicati gli appelli anche da parte degli organismi direttivi dell'ANMCO nei confronti degli amministratori della Sanità con inviti alla prudenza prima di abbracciare con troppo entusiasmo modelli teorizzati a tavolino, basati su un modello industriale di efficienza poco aderente alla complessità della realtà sanitaria che, proprio in funzione delle modificazioni epidemiologiche in corso, non può essere governata dalla logica della domanda e dell'offerta di prestazioni, ma attraverso un sistema di "presa in carico" per problemi e per percorsi. Senza dimenticare che l'esplosione del numero delle prestazioni richieste, spesso inappropriate o ripetitive, che si porta dietro l'annoso tema delle liste di attesa, è generato spesso da logiche che poco hanno a che fare con i veri bisogni dei pazienti. Ma al momento attuale, guardando lo scenario complessivo della mia Regione e analizzando il documento di riordino della rete ospedaliera licenziato dalla nuova amministrazione regionale qualche mese fa, posso constatare che il temuto smembramento della

Cardiologia in Emilia-Romagna non è avvenuto e che le Cardiologie mantengono saldo il loro ruolo nella rete ospedaliera, anche se la loro attività clinico-assistenziale si sta trasformando e, accanto al tradizionale trattamento delle sindromi coronariche acute e alle aritmie, si sta sviluppando una gestione multispecialistica e un maggior coordinamento con il territorio attraverso lo sviluppo dei PDTA. Forse allora, la bufera che avevamo tanto temuto sta già passando e la Cardiologia, perlomeno in Emilia Romagna, si sta risvegliando con qualche ammaccatura, ma ancora salda ed essenziale al centro del Sistema Sanitario. Pronta per nuove sfide. Il cardiologo recupera – ma in realtà non l'aveva mai persa – quella vocazione clinica che gli conferisce la leadership culturale e organizzativa nella definizione dei percorsi di cura che ruotano attorno al paziente con problemi cardiovascolari. Come, per esempio, nella partita che si gioca sullo scompenso cardiaco avanzato, nella gestione del quale la Cardiologia è chiamata a svolgere quel ruolo-guida che ha avuto nei confronti dell'infarto trenta anni fa. Come nella cura dell'infarto la Cardiologia

*Formigin, foto di Luigi Ghirri (1943-1992), 1985*

ha vinto perché ha sviluppato un sistema di monitoraggio che, nel corso degli anni, le ha consentito di raffinare le terapie, farmacologiche e interventistiche, che hanno permesso di raggiungere gli strepitosi risultati di oggi, così anche nello scompenso cardiaco, che rappresenta la nuova sfida, penso si debba intervenire con un atteggiamento più intensivo, garantendo ai pazienti pari opportunità, dato che al di fuori della Cardiologia quasi mai viene attuato un monitoraggio strumentale e vengono proposti coronarografia, CRT, impianto di ICD o risincronizzazione ventricolare e i pazienti non sono valutati per l'eligibilità per valvuloplastica aortica, TAVI o mitral clip. L'auspicato passaggio da un sistema "che fornisce prestazioni" ad un sistema che garantisce la "presa in carico" valorizza il ruolo del cardiologo clinico, a cui si chiede non solo profonda competenza cardiologica, ma anche di promuovere percorsi assistenziali come quelli preoperatori, quelli per pazienti oncologici, pneumologici, nefropatici o vascolari, che diventano centrali nel nuovo modello di sviluppo, che presuppone una integrazione sempre più stretta anche con i Dipartimenti di cure primarie, in una logica che chi lavora

nelle AUSL territoriali, che non devono garantire solo la prestazione ma tutto il percorso di cura del paziente, conoscono bene. Ma la consapevolezza di una rinnovata centralità della Cardiologia, non può farci sottostimare i problemi quotidiani che si dibattono all'interno del nostro mondo, quelli che riguardano gli accorpamenti delle emodinamiche nella gestione della reperibilità h24, la gestione dell'interventistica non coronarica (la cosiddetta "strutturale"), contesa tra i Servizi di Emodinamica con Cardiocirurgia e gli altri Centri che vogliono essere coinvolti, per non parlare della distribuzione a macchia di leopardo dell'interventistica aritmologica (penso alle ablazioni ma anche alla CRT), della necessità di standardizzare i percorsi intraospedalieri per i pazienti resuscitati da un arresto cardiaco o quella di definire una rete ecocardiografica su più livelli, per cercare di limitare la ripetizione degli esami e l'alto grado di inappropriately in un sistema in cui l'enorme diffusione di questa metodica non è stata sempre supportata da un'adeguata formazione creando molta improvvisazione, specie nei laboratori extra-ospedalieri. E

ancora dovrà essere affrontato lo snodo mai risolto della Cardiologia Riabilitativa da integrare nella riorganizzazione della gestione del post-acuto. Alla fine di un quadriennio così intenso la consapevolezza è quella che non si può abbassare la guardia e che è necessario rimanere vigili nella difesa di modelli organizzativi centrati sul paziente e non sulla organizzazione, ma, guardandosi indietro, è forse anche arrivato il momento di tirare un sospiro di sollievo per lo sventato pericolo e, almeno in Emilia-Romagna, il documento di riordino dell'assistenza ospedaliera ci suggerisce che abbiamo svoltato l'angolo e forse l'onda lunga che temevamo sta passando. Associativamente rimane il senso di gratitudine nei confronti dei cardiologi dell'Emilia-Romagna che mi hanno dato il privilegio di presiedere una comunità cardiologica regionale vivace e culturalmente avanzata in un momento cruciale per la storia della Cardiologia. Tutto questo, insieme all'entusiasmo e alla propositività dei "giovani", testimoniata dal successo degli eventi che hanno proposto, rappresenta la migliore garanzia per il futuro. ♥



# Due anni di attività in Friuli Venezia Giulia

**I**l biennio del nostro Consiglio Direttivo si sta concludendo, sono stati due anni molti intensi e ricchi di eventi ed iniziative. Cogliamo l'occasione di pubblicare una breve presentazione delle attività svolte fino ad oggi.

## **Convegni e Congresso ANMCO Regionali**

Sono stati programmati e realizzati 5 eventi ECM:

- "Linee guida e valvulopatie: tra attendismo ed interventismo", Pordenone 17 gennaio 2015, (Responsabile Elisa Leiballi);
- "Prevenzione cardiovascolare, la sfida continua", Tavagnacco 9 maggio 2015, Responsabile (Diego Vanuzzo con collaborazione di Silvana Brigido);
- "Scompenso cardiaco avanzato: gestione ambulatoriale e strategie terapeutiche", Trieste 26 settembre 2015, (Responsabili Mauro Driussi e Giulia Russo);
- "Le emergenze-urgenze cardiovascolari: dalle linee guida alla realtà nella rete cardiologica hub/spoke del Friuli Venezia Giulia", Pordenone 28 novembre 2015 (Responsabili Vito D'Onofrio e Marco Milo);

- "Cardionursing e Congresso ANMCO Regionale: La gestione cardiologica del paziente anziano ottuagenario", Palmanova 18 Marzo 2016 (Responsabili Tatjana Savli e Olga Vriz).

Tutti gli eventi hanno avuto un'ampia e vivace partecipazione sia da parte del personale medico che infermieristico, proprio per il taglio pratico che abbiamo voluto dare partendo sempre dai casi clinici presentati da medici specializzandi in Cardiologia. La chiave vincente è stata proprio quella di coinvolgere oltre ai cardiologi "esperti", anche i giovani cardiologi, in particolare i medici specializzandi e i rappresentanti infermieristici.

## **Legge di riforma del SSR e Piano Urgenza Emergenza Friuli Venezia Giulia**

Dopo il nostro insediamento, nel giugno 2014, ci siamo interessati della Riforma Sanitaria del Friuli Venezia Giulia, interesse concretizzato con una lettera scritta dai componenti del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO, condivisa con tutti i Responsabili di Strutture Cardiologiche, indirizzata all'Assessore Maria

Sandra Telesca, delineando i punti, a nostro avviso, critici della riforma. Il coinvolgimento della nostra Associazione è stato, per un insieme di motivi, limitato, mentre c'è stato il coinvolgimento attivo di personalità cardiologiche regionali in alcuni specifici progetti, quali il Piano Regionale dell'Emergenza-Urgenza. In quest'ultimo caso c'è stato, comunque, un ampio scambio di opinioni e suggerimenti tra le varie cardiologie regionali. Contiamo di essere coinvolti nella fase attuativa della riforma e nella realizzazione dei percorsi organizzativi e di cura.

## **Progetti Prevenzione**

Partecipazione a programmi legati al tema della prevenzione, grazie al coinvolgimento di Diego Vanuzzo e di Lorenza Pilotto che ha portato alla realizzazione di FAD online per i Cardiologi, al progetto regionale Cardio50 per la prevenzione cardiaca nel soggetto ultracinquantenne e, dopo il passaggio di consegne ad Andrea Di Lenarda e Antonella Cherubini, a gruppi di lavoro regionale interdisciplinari per la realizzazione di percorsi condivisi sulla prevenzione.

## Partecipazione alle CEN ANMCO e altre iniziative

Vari associati della nostra regione hanno attivamente partecipato con moderazioni e relazioni e come discenti alle Campagne Educazionali Nazionali di ANMCO quali per esempio: I. AF NAO SHOT che si è tenuta, per il nord-est a Verona il 30 gennaio 2016;

II. CARDIOMAB EDUCATIONAL che sempre per il nord-est si è tenuto a Mestre il 27 gennaio 2016;

III. I BISOGNI INSODDISFATTI DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA. SIAMO IN LINEA CON LE LINEE GUIDA: POSSIAMO FARE MEGLIO? Firenze 23/24 aprile 2015;

IV. Progetto RUMORS in ACS. Il Progetto "Rumors in ACS" nasce come lavoro di gruppo tra cardiologi e medici d'urgenza della Regione Friuli-Venezia Giulia e si pone come obiettivo primario la revisione e il confronto su protocolli terapeutici attualmente in uso, modalità di ottimizzazione delle risorse per permettere la migliore gestione del paziente con SCA sulla base dell'analisi e revisione delle linee guida ed i principi di EBM. Ci sono state 2 riunioni plenarie a Palmanova, la formazione di vari

gruppi di lavoro su temi riguardanti la SCA, la produzione di documenti che sono stati discussi nell'ultima riunione plenaria del 17 aprile 2015.

## Partecipazione al Congresso Nazionale ANMCO 2015 a Milano

Partecipazione attiva e numerosa al Congresso Nazionale ANMCO di Milano 2015 con 27 Cardiologi della nostra Regione tra la Faculty del Congresso. Con i fondi a disposizione della nostra Sezione Regionale abbiamo sostenuto le spese per la partecipazione di 3 giovani cardiologi, i cui lavori erano stati accettati come comunicazioni/poster.

## Iniziativa per la Settimana "per il Tuo cuore"

Sia lo scorso anno che quest'anno l'ANMCO con i suoi Soci si è fatta carico di organizzare eventi di promozione della salute in tutte le provincie della Regione. A Pordenone i Cardiologi sono stati impegnati nella prevenzione cardiovascolare nelle scuole, a Trieste sono stati organizzati corsi per laici sull'arresto cardiaco e la camminata ormai nota a Barcola, a Gorizia si sono tenuti incontri di prevenzione cardiovascolare con la popolazione e screening ecografici

per l'aorta addominale, in provincia di Udine si sono tenuti incontri di sensibilizzazione per la popolazione sui fattori di rischio cardiovascolare.

## Cardionursing

Una delle caratteristiche peculiari del nostro mandato è stata quella della piena integrazione della nostra attività con quella del Gruppo Infermieristico Regionale. In tutti gli eventi scientifici programmati c'è stata sempre la presenza della componente infermieristica che ha affiancato, integrando e completando, le sessioni. E' stato inoltre creato all'interno del gruppo infermieristico una sorta di regolamento, o meglio linee guida per il regolare svolgimento delle attività associative infermieristiche all'interno della nostra regione, che è stato approvato dallo stesso Consiglio. Alle riunioni del Consiglio Direttivo Regionale è stata sempre presente la Referente Regionale Infermieristica.

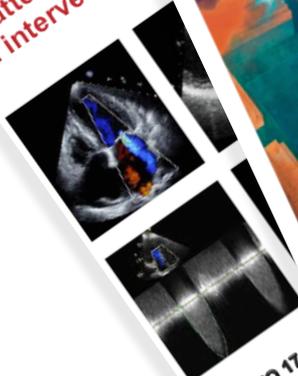
## Stato finanziario regionale

Nonostante le difficoltà che il settore farmaceutico e biomedicale incontra in questo periodo, il nostro progetto scientifico è stato compreso e ben accolto dalle aziende, rendendo possibile la realizzazione degli eventi che erano

**Il Consiglio Direttivo Regionale del Friuli Venezia Giulia racconta due anni di attività tra Corsi ECM, Campagne Educazionali, FAD e rapporto con il Gruppo Infermieristico Regionale, l'impegno di tutti i componenti a permesso di raccogliere dei buoni frutti**



Linee guida e  
valvulopatie:  
fra attendismo  
ed interventismo



SABATO 17 GENNAIO  
Sala Superiora  
Pordenone Fiere

Prevenzione  
cardiovascolare  
2015, la sfida  
continua



SABATO 9 MAGGIO  
AUDITORIUM HYPERION  
TAVAGNACCO (UD)  
SABATO 26 SETTEMBRE 2015  
MIB-SCHOOL OF MANAGEMENT  
TRIESTE

Scompenso  
cardiaco cronico  
avanzato:  
gestione  
ambulatoriale e  
strategie terapeutiche



Le emergenze-urgenze  
cardiovascolari:  
dalle linee guida  
alla realtà clinica  
nella rete  
cardiologica  
hub/spoke del Friuli  
Venezia Giulia



SABATO 28 NOVEMBRE  
PORDENONE FIERE  
PORDENONE

CARDIONURSING  
E CONGRESSO  
ANMCO  
REGIONALE

"La gestione  
cardiologica  
del paziente anziano  
ottuagenario"



VENERDI' 18 MARZO 2016  
AUDITORIUM SAN MARCO  
PALMANOVA (UD)

nei nostri obiettivi. Questo ci ha permesso di fare riferimento solo in minima parte al fondo ANMCO della nostra regione. Il nostro sforzo, in sintesi, è stato quello di mantenere un'attività scientifica e formativa di base comune per tutta la regione, di coinvolgere il più possibile le professionalità regionali, di integrare al massimo le componenti mediche ed infermieristiche delle Cardiologie, di valorizzare e stimolare la partecipazione dei giovani cardiologi. Il confronto con i responsabili politici della Sanità regionale non è avvenuto come avremmo desiderato, ma sicuramente molto si potrà fare nella fase di declinazione pratica dei principi della Riforma Sanitaria Regionale. E di questo si farà carico il prossimo Consiglio Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia. ♥



# Il Consiglio Direttivo Marche, fra "vecchio" e nuovo, nel segno della continuità e dell'impegno associativo

Questo breve articolo ha lo scopo di dare un sintetico resoconto dell'attività svolta dal Consiglio Direttivo Regionale (CDR) ANMCO Marche nel biennio 2014 - 2016. Dall'inizio del nostro mandato abbiamo prestato particolare attenzione a varie problematiche, nell'intento di consolidare la centralità della Cardiologia clinica ospedaliera nelle Marche, di evitare la frammentazione del percorso diagnostico - terapeutico del cardiopatico e di promuovere l'approccio multidisciplinare e di continuità assistenziale tra Ospedale e territorio. Abbiamo collaborato alla riorganizzazione delle reti cardiologiche marchigiane, anche alla luce dei decreti legge entrati in vigore nel periodo di interesse; abbiamo monitorato l'andamento della trasformazione nella nostra Regione degli Ospedali verso il "modello per intensità di cure". A tal proposito, il 22 febbraio scorso una delegazione del Direttivo 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. La nostra Associazione ha quindi tenuto a ribadire, 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 - Utc dotate di Emodinamica, abbiamo proposto la possibilità di creare un Dipartimento Cardio - Chirurgico unico, almeno di ASUR, con facilità di interazioni e al cui interno un potenziato sistema di trasporti (118) di tipo primario e secondario consenta il facile spostamento dei pazienti, con efficienza, per garantire a tutti adeguati tempi di soccorso e condizioni di assistenza, riducendo al contempo il massacrante carico legato a queste situazioni, ora in capo

soltanto ai reparti di Cardiologia. 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 e non solo, un progressivo depauperamento soprattutto a causa delle esigenze dettate dalla crisi economica. Altro problema è stato posto riguardo le criticità rappresentate dalla 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. ♥



## Limitare il colesterolo aiuta il cuore

# Da Bari Cardiologi e Associazioni di pazienti a confronto: non superare 70

## La prevenzione cardiovascolare passa per la società civile

**È** stato presentato sabato 16 aprile a Bari il progetto educazione dell'ANMCO "Amico del Cuore 70" davanti a una platea attenta e partecipativa. Terminato il collegamento satellitare e la parte scientifica, è iniziato l'Open Day cardiologico. Una task force di Cardiologi, Pasquale Caldarola, Marco Ciccone, Carlo D'Agostino, si è confrontata e ha proposto, nella tavola rotonda aperta alla cittadinanza e alle Associazioni di volontariato, le strategie per un'efficace prevenzione delle malattie cardiovascolari, per una maggiore qualità di vita del paziente cardiopatico e per una riduzione della mortalità. Valentino Losito, Presidente dell'Ordine dei giornalisti della Puglia, è stato il moderatore. La Puglia, sino a qualche anno fa una delle regioni dove la prevalenza dell'infarto era agli ultimi posti, ha scalato la classifica ponendosi

al settimo posto. Il trend della mortalità per causa coronarica tende a scendere nei paesi del nord Europa e nord America, che hanno saputo investire in campagne d'informazione e politiche fiscali, per esempio con minore tassazione

su prodotti a basso contenuto di colesterolo e sale, mentre è salito in Grecia, Spagna e Italia. Per Carlo D'Agostino è importante lavorare in rete e la riabilitazione cardiovascolare è da considerare come un momento educativo

**70 è il limite invalicabile per le LDL per ridurre la mortalità e il rischio di un secondo infarto. Un forte appello a considerare il cittadino utente una persona, a cui rivolgersi con comunicazione efficace e umanizzazione. La prevenzione inizia con la famiglia, la scuola, il volontariato. È necessario un nuovo patto di solidarietà tra istituzioni, operatori sanitari e gestori di servizi che metta al centro chi richiede aiuto. L'uso appropriato di dedicati sistemi informatici garantirà continuità assistenziale, abatterà le barriere burocratiche che limitano l'accesso a cure e servizi e limiterà il fenomeno crescente dell'abbandono delle cure.**



*Pasquale Caldarola e Valentino Losito (Presidente Ordine dei Giornalisti di Puglia)*

per ottenere un cambiamento dello stile di vita. “Le evidenze scientifiche – ha detto Marco Ciccone – sono a favore di farmaci efficaci quali le statine, anche in associazione con Ezetimibe per raggiungere l’obiettivo del colesterolo LDL sotto i 70 mg/dl”. Per Pasquale Caldarola “è importante evitare personali aggiustamenti terapeutici; mai sostituire i farmaci prescritti con prodotti, spesso ben pubblicizzati dai media, ma privi di evidenze scientifiche. Fondamentale è la presa in carico del paziente dopo un evento acuto; per questo nella ASL Bari è partito il progetto PONTE, che prevede un follow-up dei pazienti ricoverati per

sindrome coronarica acuta o sottoposti a rivascularizzazione, affidato ai Cardiologi ospedalieri e territoriali e condiviso con i MMG”. Dal dibattito è emersa la necessità di promuovere la prevenzione a partire dalla famiglia, raggiungendo la scuola e il mondo del lavoro, oltre che impegnare le strutture cardiologiche ospedaliere e territoriali. L’informazione può raggiungere i ragazzi con i social; non vanno sottovalutate le comunità militari che ormai rappresentano modelli positivi per moltissimi giovani. Spazio privilegiato è stato concesso alle Associazioni di volontariato che si occupano di prevenzione, self-help e sostegno nel percorso della

malattia. Francesco Pastanella e Andrea Armenise, rispettivamente presidente e segretario di AMA Cuore Bari, hanno posto l’accento sull’importanza di fare rete e sull’utilità dei sistemi informatici avanzati, per ottimizzare l’integrazione Ospedale-Territorio; lotta senza quartiere al fumo, all’ipertensione, alla sedentarietà, alle barriere burocratiche e all’abbandono terapeutico. Nelle conclusioni il moderatore, Valentino Losito, ha invitato tutti gli operatori sanitari a considerare il cittadino utente come persona che pone domande e richiede adeguate risposte di salute. ♥



*Da sinistra a destra: Componenti delle Associazioni AVO e AMA Cuore, Pasquale Caldarola, Giovanna Lupis (Fisioterapista AMA Cuore) Riccardo Guglielmo (Responsabile Scientifico AMA cuore), Valentino Losito, Carlo D'Agostino, Francesco Pastanella (Presidente AMA Cuore)*

**L'evento aperto alla cittadinanza ha permesso il confronto con la task force dei Cardiologi, i Medici di famiglia e le Associazioni di volontariato**

**Sono state proposte strategie e obiettivi per una maggiore qualità di vita dei cittadini e riduzione della mortalità e reinfarti**

**Importanza della "presa in carico" dopo la dimissione ospedaliera di chi è reduce da SCA e del raggiungimento dei valori target per colesterolo LDL e pressione arteriosa**



Tra scienza, cultura e amicizia

# Congresso Interregionale ANMCO MUMA 2016

Quest'anno una notizia storica!



**A**nche quest'anno il MUMA è passato. Ricordo che MUMA è l'acronimo dell'associazione di quattro regioni ANMCO (Marche, Umbria, Molise e Abruzzo). La frase ricorrente alla base dell'unione, fin dalla prima edizione, è stata sempre la stessa: "La Cardiologia che ci unisce", testimonianza dell'aggregazione spontanea, geografica, scientifica, culturale e, perché no, di amicizia, tra quattro regioni limitrofe, che molto hanno in comune, anche nella storia delle proprie terre. L'organizzazione annuale del Congresso Congiunto riassume tutti questi significati. Quest'anno, nell'ambito della rotazione nell'organizzazione

del Congresso Interregionale, abbiamo avuto il piacere e l'onore di organizzare il congresso in Umbria, nell'incantevole città di Spoleto. L'evento è stato accreditato ECM per le figure professionali di Cardiologi, Cardiochirurghi, Pneumologi, Medici d'accettazione e d'urgenza, Internisti, Nefrologi, Medici di medicina generale, Infermieri. I lavori sono stati suddivisi in due giornate, il 7 e 8 aprile 2016. La partecipazione di esperti in campo nazionale ha assicurato sessioni di alto contenuto scientifico che hanno stimolato il dibattito e anche il contraddittorio tra esperienze e realtà sanitarie diverse. Gli argomenti trattati sono stati di estrema attualità: nove sessioni,

ricomprensenti i grandi temi della Cardiologia attuale quali, lo scompenso cardiaco, la cardiopatia ischemica cronica, le sindromi coronariche acute, l'ipertensione polmonare, l'anticoagulazione nella fibrillazione atriale, il trattamento dell'ipercolesterolemia tra efficacia e sostenibilità, i device in Cardiologia, i fattori di rischio cardiovascolari, non solo colesterolo e, per finire, ma non per ultima, un'importante sessione congiunta infermieri/medici in cui si è tentato di rafforzare un contatto professionale indispensabile per una organizzazione del lavoro serena ed efficace attraverso alcune proposte infermieristiche per migliorare la qualità del lavoro nelle nostre



Si è svolta a Spoleto, il 7 e 8 aprile, l'edizione 2016 del Congresso Interregionale ANMCO MUMA (Marche, Umbria, Molise e Abruzzo) Un'amicizia scientifica, culturale, territoriale ed umana tra quattro regioni ANMCO

cardiologie. La partecipazione è stata entusiasmante, le discussioni sempre accese, testimonianza dell'interesse suscitato dagli argomenti e dagli spunti offerti dalla faculty, da moderatori, relatori ed esperti chiamati a ribattere quanto affermato dai relatori. La cena, momento di aggregazione conviviale, si è svolta presso una splendida sala del bellissimo Teatro Nuovo di Spoleto per la quale abbiamo il piacere di porgere un sentito ringraziamento al Sindaco della Città di Spoleto, luogo di grandi bellezze e cultura scintillante, Dott. Fabrizio Cardarelli. Al termine dei lavori della prima giornata si sono tenute le Assemblee Regionali

delle quattro regioni e, il giorno successivo, sono stati aperti i seggi per il rinnovo dei Consigli Direttivi Regionali. Quest'anno un'importante notizia per la grande famiglia del MUMA ha contribuito a rendere l'evento ancora più particolare: il collega e amico Domenico Gabrielli, attuale Presidente Regionale ANMCO Marche, ha presentato la propria candidatura a Presidente Designato ANMCO, supportata entusiasticamente dal MUMA che, sono certo, accorrerà a Rimini, sede del prossimo Congresso Nazionale, dal 2 al 4 giugno 2016, per sostenere il proprio candidato alla Presidenza Nazionale e per godere delle

molte novità offerte dal Congresso ANMCO 2016. Vorrei inviare, infine, a nome dei Consigli Direttivi Regionali del MUMA, un sentito ringraziamento a chi ha partecipato all'evento, alla faculty e a chiunque abbia contribuito al successo della manifestazione. Il merito del successo dell'evento è anche e soprattutto vostro!  
Al prossimo MUMA!  
Al prossimo Congresso Nazionale ANMCO a Rimini!  
Adriano Murrone  
Presidente Regionale ANMCO Umbria a nome dei Consigli Direttivi Regionali del MUMA ♥



Il Gruppo di Rianimazione Cardiopolmonare pone l'accento  
sull'arresto cardiaco intraospedaliero

# Arresto Cardiaco Intraospedaliero: considerazioni sui dati della Survey nelle Cardiologie italiane

Dai dati emersi si rinnova l'esigenza di un maggior coinvolgimento del  
Cardiologo nella gestione dell'arresto cardiaco e della necessità di  
promuovere progetti strutturati di formazione nelle  
emergenze cardiovascolari

**N**egli ultimi anni si è focalizzata sempre più l'attenzione sull'arresto cardiaco intraospedaliero (IHCA), la cui incidenza non è solo una misura del carico della malattia intesa come complessità della casistica dei pazienti ricoverati, ma anche della risposta istituzionale delle strutture ospedaliere stesse, intesa come efficienza ed efficacia della prevenzione e della cura degli arresti cardiaci (CA). Infatti fra i numerosi sistemi di controllo di qualità, la

mortalità ospedaliera prevenibile è stata considerata come un indicatore globale di performance ospedaliera. Gli aggiornamenti delle Linee Guida dell'American Heart Association (AHA) sulla rianimazione cardiopolmonare (RCP) e gestione delle emergenze cardiovascolari, pubblicate lo scorso novembre 2015, mettono in evidenza come sia necessario ottimizzare il trattamento dell'IHCA, arrivando per la prima volta a presentare due "Catene della Sopravvivenza" distinte per gli CA

intra ed extraospedalieri, che ne definiscono i percorsi assistenziali più adeguati. Nonostante ciò l'IHCA presenta numerosi aspetti poco definiti, tra cui la sua stessa definizione, la reale dimensione del problema, la presenza di procedure, protocolli e percorsi intraospedalieri per il suo trattamento e gestione. Nel Consensus Statement del 2013, l'AHA raccomandava di calcolare l'incidenza degli arresti cardiaci intraospedalieri mettendo al numeratore il numero di pazienti

La short Survey sull'IHCA proposta alle Cardiologie italiane aveva lo scopo di  
verificare l'impegno della nostra disciplina in tale problematica  
Ne è derivata la necessità di un maggior coinvolgimento del Cardiologo nella  
gestione dell'IHCA e nella formazione in RCP affinché mantenga un'adeguata  
clinical competence

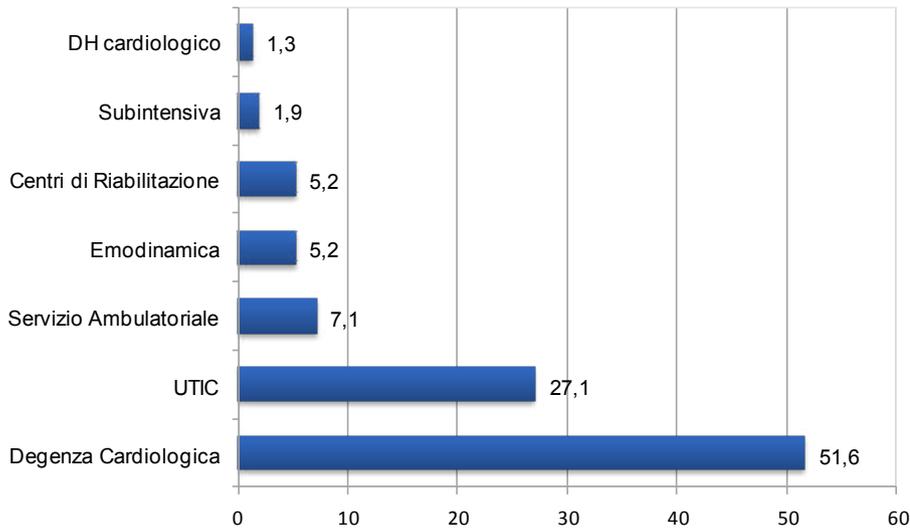
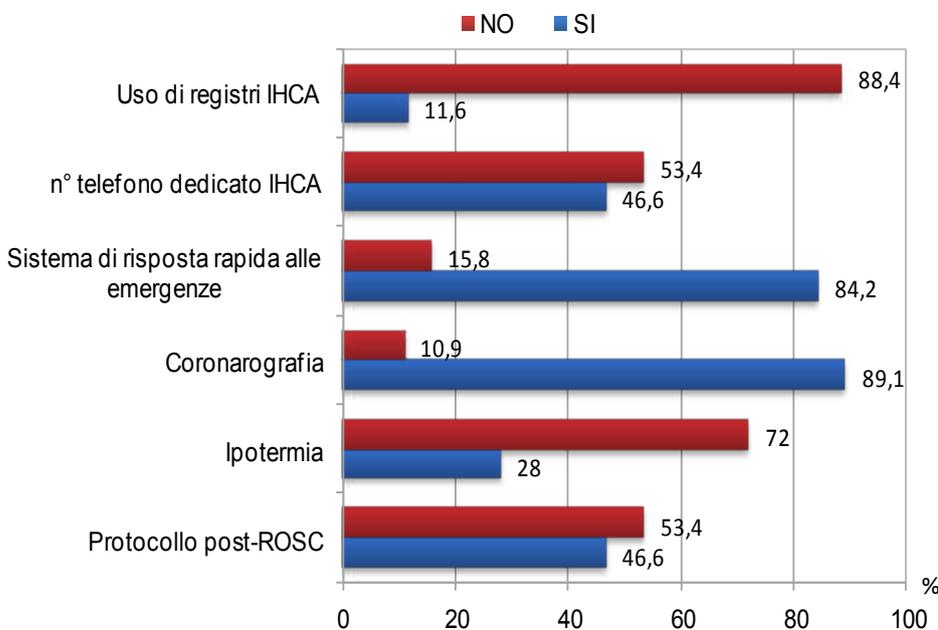


Figura 1 - Tipologia delle Cardiologie che hanno partecipato alla Survey (n° 146/843)

Figura 2 - Tipologia delle Cardiologie che hanno partecipato alla Survey (n° 146/843)



rianimati in Ospedale, contandoli una sola volta durante la stessa ospedalizzazione, e al denominatore il numero di pazienti ricoverati in Ospedale nello stesso periodo. Dal calcolo devono essere esclusi i pazienti con CA extraospedaliero con ulteriori eventi una volta giunti in Ospedale e quelli in cui la RCP risulterebbe futile. Il Gruppo di Rianimazione Cardiopolmonare dell'Area Emergenza - Urgenza dell'ANMCO ha promosso una

**La Survey sull'IHCA si è posta lo scopo di verificare la sensibilizzazione dei Cardiologi a questo argomento e il loro coinvolgimento nei percorsi e strategie di trattamento**

short Survey sull'IHCA nelle Cardiologie Italiane allo scopo di verificare la sensibilizzazione dei Cardiologi a questo argomento e il loro coinvolgimento negli eventuali percorsi e strategie di trattamento. Dopo un primo progetto pilota svolto in Emilia Romagna, nel maggio 2014 alle 843 strutture cardiologiche italiane presenti nel database dell'ANMCO è stata inviata

una CRF elettronica contenente sei domande di carattere generale su: gli CA che si sono verificati nella Cardiologie, la presenza di procedure, protocolli e percorsi intraospedalieri per il trattamento e la gestione del CA. Alla Survey, proposta per un periodo di un mese, hanno partecipato 146/843 Centri (17,3%) di diversa tipologia (Figura 1). I principali risultati sono riportati nella Figura 2. Solo 17 centri (11,6%) utilizzano un registro degli IHCA e di questi 15 una scheda tipo Utstein Style. Nel 84,2% gli Ospedali dispongono di un sistema di risposta rapida alle emergenze intraospedaliere, ma solo in 68 (46,6%) esiste un numero di telefono dedicato per CA. La collaborazione tra Cardiologi ed anestesisti per la risposta all'emergenza è stata segnalata in 66 centri, la gestione esclusiva da parte degli anestesisti o dei Cardiologi rispettivamente in 54 e 3 centri. Una procedura condivisa per la gestione intraospedaliera del paziente rianimato con ripristino spontaneo del circolo (ROSC) è presente in 82 centri (56,2%): l'ipotermia terapeutica viene eseguita solo in 23/82 centri (28%) e la coronarografia in 73 (89,1%) centri per tutti i tipi di CA e in 9 (10,9%) solo nel caso di arresti da FV. Per quanto riguarda l'incidenza degli IHCA, considerando l'esigua diffusione dei registri, è stata raggruppata per numero di eventi:

50 Cardiologie (34 degenze e 16 UTIC) hanno riportato nell'anno 2013 un valore compreso tra 5 e 10 casi (Figura 3).

Le considerazioni principali che

**Nasce ancora di più l'esigenza di un piano di formazione e training continuo e ben strutturato basato su simulazioni e debriefing**

derivano dalla Survey sono:

a) Scarsa sensibilizzazione del mondo cardiologico all'IHCA L'IHCA da sempre ha ricevuto una minore attenzione rispetto a quello extraospedaliero, nonostante rappresenti un evento di assoluta gravità che si verifica in un luogo istituzionalmente

deputato alla cura e conservazione della salute. La limitata adesione alla Survey testimonia l'attuale scarsa sensibilizzazione dei Cardiologi italiani nei confronti dell'IHCA, che invece andrebbe stimolata e incrementata. La netta riduzione degli CA nelle terapie intensive e nei reparti cardiologici, dopo l'introduzione della rivascolarizzazione miocardica farmacologica e percutanea, potrebbe aver contribuito a ridurre l'impegno su questo evento.

b) Mancanza di dati italiani aggiornati sull'IHCA: In linea con i dati della letteratura, meno del 12% dei centri che hanno risposto alla Survey raccolgono sistematicamente dati sull'IHCA. Da qui la difficoltà di fotografare l'attuale epidemiologia in termini di incidenza, eziologia e ritmi di presentazione degli CA all'interno delle strutture ospedaliere. Gli sforzi dovrebbero invece essere indirizzati in tal senso cercando, alla

Figura 3 - Numero IHCA nelle differenti strutture cardiologiche, anno 2013

Tipo struttura	Arrestati < 5	Arrestati 5-10	Arrestati > 20
Degenza Cardiologia	17	34	/
UTIC	/	16	12



luce dei cambiamenti in atto nel nostro Servizio Sanitario con reparti a differente intensità di cura, di individuare le criticità organizzative, di identificare i reparti a maggior rischio di eventi, ridefinendo le specifiche peculiarità formative del personale, e di ridistribuire le risorse necessarie.

c) Implementazione delle procedure di post-rianimazione: Anche la gestione del paziente rianimato necessita un'implementazione, essendo

e ciò potrebbe condizionare una perdita dell'ottimale clinical competence. Nasce perciò ancora di più l'esigenza di instaurare un piano di formazione e training continuo e ben strutturato basato su simulazioni e debriefing, con l'obiettivo di migliorare l'aderenza alle LG di RCP, le prestazioni e l'outcome dei nostri pazienti. Il Gruppo di RCP ANMCO si ripropone di fornire una risposta a tali esigenze promuovendo all'interno delle aziende ospedaliere

## Risulta in generale uno scarso coinvolgimento del Cardiologo nella gestione dell'IHCA e al tempo stesso l'esigenza di formazione in RCP ed emergenze cardiovascolari

presenti protocolli standardizzati solo nel 55% dei casi con scarsa diffusione dell'ipotermia, eseguita prevalentemente nelle rianimazioni e solo in 3 UTIC, e con una significativa variabilità nell'indicazione alla coronarografia, a fronte di dati favorevoli.

d) Esigenza di progetti strutturati di formazione continua in RCP: Emerge che nella maggioranza delle nostre Cardiologie (51%) sono riportati meno di 10 CA all'anno, ovvero meno di uno al mese. Questo scarso numero di eventi, associato alla turnistica lavorativa, comporta per il personale medico e infermieristico di non misurarsi per lungo tempo con tale emergenza

progetti integrati di formazione continua con certificazione a valore nazionale ed internazionale, che partendo da corsi di BLS rivolti a tutto il personale sanitario si integrino con corsi di ACLS, soprattutto per operatori in area critica, e completati dai Corsi di Simulazione ad alta fedeltà e CRM per addestrare al lavoro di squadra team multidisciplinari. Nel prossimo anno verrà rilanciata un'altra Survey sull'IHCA con lo scopo di effettuare una seconda fotografia da comparare a distanza di 4 anni con quella del 2013 e di delineare il percorso del paziente uscito dalla fase post-rianimatoria e trasferito nei reparti di degenza. ♥

### Bibliografia

Neumar RW, et al. 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Circulation. 2015;132[S 2]:S315-S367.  
Morrison LJ, et al. Strategies for Improving Survival After In-Hospital Cardiac Arrest in the United States: 2013 Consensus Recommendations: A Consensus Statement From the American Heart Association. Circulation. 2013;127:1538-1563.

# “Prendersi cura” attraverso la “presa in carico”: da assistenza infermieristica organizzata per compiti (functional nursing) a gestione per obiettivi (primary nursing)

L'Infermieristica italiana ha conosciuto una notevole evoluzione soprattutto negli ultimi due decenni, maturata su riflessioni e confronti in seno alla professione e guardando a realtà internazionali; un'evoluzione che è passata per tutta una serie di normative che hanno reso l'infermiere italiano più autonomo, responsabile e qualificato nel percorso formativo di base e di possibile specializzazione, non più vincolato a modelli obsoleti da mansionario: un professionista. Attualmente, uno dei ruoli e degli scenari operativi che gli si stanno aprendo e che promette di rappresentare una buona risposta assistenziale ai bisogni sempre più complessi e cronici della popolazione e alle relative sfide nel campo di una Sanità pubblica

sostenibile è quello relativo alla figura del Case Manager, vale a dire di un infermiere che, dotato prima di tutto di buone conoscenze cliniche e di pratica assistenziale, possa fornire e coordinare i servizi sociali e sanitari per una gestione clinica di un target più o meno specifico di popolazione di utenti (ad esempio per quelli cosiddetti terminali oppure gli anziani). Tale orientamento si esplicherebbe creando un modello unico di assistenza, centrato però di volta in volta sul singolo paziente e garantendo la continuità delle cure, agendo anche da trait d'union fra la realtà ospedaliera e quella dei servizi territoriali. Il modello e il relativo ruolo infermieristico, presenti embrionalmente già dopo la metà dell'800 negli Stati Uniti e poi diffusisi modificandosi fino ai giorni

nostri, si stanno delineando anche in molte realtà italiane: citiamo, primo fra tutti, l'esempio dell'Unità Operativa dei post - acuti a Rimini a direzione peraltro infermieristica, ma anche nei percorsi assistenziali in ambito oncologico di Bergamo e dell' "Humanitas" di Milano, nelle cosiddette Centrali Operative Territoriali del Veneto e, per quanto attinente all'ambito cardiologico, a Bologna per utenti inseriti nel percorso assistenziale dello scompenso cardiaco. Anche a Trieste il modello è da tempo in uso, pur con gli assestamenti dovuti a un percorso di sviluppo e di definizione dell'operato, e nel 2013, al congresso dell'Associazione Italiana Case Manager, sono state portate due esperienze di cui una relativa all'assistenza ambulatoriale cardiologica. Un'evoluzione

dell'assistenza e dei relativi modelli più funzionali ed efficaci è stata portata avanti anche sul versante prettamente ospedaliero, e nella realtà specifica triestina è stato messo in uso ormai da tempo un passaggio da un'assistenza organizzata secondo un modello che le filosofie del Nursing definiscono come "tecnico", "funzionale" o anche "per compiti" ad uno conosciuto come "Primary Nursing", o modello della presa in carico della persona altrimenti detto "per settori", cioè per gruppi di stanze, o appunto "assistenza primaria". Adottato per la prima volta nel 1968 dagli University of Minnesota Hospitals e codificato anche in un volume di Marie Manthey pubblicato recentemente pure in edizione italiana, il Primary Nursing è un sistema organizzativo utilizzato oramai da molti Ospedali negli Stati Uniti e nel mondo. Difatti, un modello organizzato per compiti e per mansioni, definito "funzionale", se da un lato poteva presentare alcuni lati positivi quanto ad efficacia ed efficienza delle cure e dell'assistenza prestate, a lungo andare rischiava seriamente di limitare e depauperare l'infermiere nell'erogazione della sua assistenza, soprattutto alla luce delle ancora relativamente recenti normative giuridiche che lo hanno ormai - e finalmente - reso un professionista autonomo (basti pensare al DM 739/94, alla L. 42/99 abrogativa del cosiddetto mansionario o ancora alla L. 251/00, prevalentemente attinente all'autonomia professionale). Nello specifico, le

criticità rilevate nell'applicazione del modello secondo il Functional Nursing andavano dall'impossibilità di seguire con sufficiente continuità e soprattutto globalità il paziente alla parcellizzazione delle fasi diverse dell'assistenza con relative competenze (ad esempio selettiva esecuzione degli ECG da parte di un professionista, la sola somministrazione della terapia da parte di un altro, educazione e informazione sanitaria quali momenti dedicati da un altro ancora e così via). Tutto ciò impediva all'infermiere di esercitare la sua professionalità secondo un approccio il più possibile globale e completo alla persona. Non solo: questa modalità assistenziale comportava il forte rischio di un lavoro inteso dall'infermiere come ripetitivo, noioso ed a scarsa motivazione: svolgere solo una parte dei compiti toglie, infatti, la soddisfazione di vedere un continuum nelle prestazioni infermieristiche esercitate sull'assistito e sulla sua evoluzione. Dal punto di vista delle risorse professionali messe in atto, inoltre, si rilevava un uso non ottimale del numero degli infermieri stessi, adibiti appunto a espletare mansioni singole per tutta la durata del turno di servizio. Infine, la trasmissione dei dati relativi a uno o più assistiti rischiava di risultare gravemente incompleta e frammentaria: in questo modo, difatti, "tutti seguono un determinato paziente e contemporaneamente nessuno", proprio in quanto mancante il modello della presa in carico della

persona singola affidata ad un infermiere che "primariamente", appunto, se ne prende cura. Tra gli obiettivi in precedenza posti in essere e i risultati attesi, viceversa, si è evidenziato che un tipo di assistenza personalizzata stimola l'autonomia e la responsabilizzazione del singolo infermiere, gratificandolo al contempo nel suo sviluppo professionale, poiché la realizzazione del piano di assistenza da lui stesso elaborato, condiviso con il gruppo di lavoro e realizzato, ricade interamente su di lui, che risponde in prima persona (come il medico risponde della diagnosi e della cura di un determinato gruppo di pazienti a lui affidati, che segue con continuità). Un altro aspetto positivo emerso adottando questa modalità è stato quello relativo al percorso di "inserimento" nell'organico di un nuovo collega o l'affiancamento degli studenti di Infermieristica in tirocinio. Per questi ultimi l'approccio formativo ne ha beneficiato consentendo di seguire agevolmente tutto il processo di assistenza piuttosto che essere adibiti selettivamente all'esecuzione di ECG per alcuni giorni, poi soltanto alla somministrazione della terapia, poi ai prelievi venosi, e così via. Assolutamente positivo è stato il momento di estrema importanza del passaggio di consegne fra un turno e l'altro: tutti gli infermieri erano al corrente naturalmente delle condizioni cliniche, dei bisogni assistenziali e dei programmi terapeutici di tutti i degenti presenti

in reparto, ma si è potuto apprezzare una maggior chiarezza e completezza di informazioni su ogni singolo utente, anche perché le consegne sono trasmesse da ogni singolo professionista che segue le proprie stanze - perciò con maggior completezza e cognizione del proprio operato - e non di quello che si presume o sia stato riferito essere stato eseguito da altri colleghi, e quindi demandato a chi trasmette i fatti e i programmi al turno successivo. Da segnalare infine la componente di possibile apprezzamento anche da parte dei degenti: per loro stessi può risultare infatti di maggior soddisfazione avere un infermiere di riferimento

che li segue ed al quale principalmente rivolgersi per ogni bisogno assistenziale, così come si ha un medico di riferimento, sempre all'interno di un approccio in team e con meccanismi di comunicazione reciproca, allargata. Operativamente messi al corrente e proposto il modello agli infermieri della sezione degenza ed ascoltate, condivise e discusse modifiche e/o proposte, nel corso del primo mese è stato avviato un "rodaggio" cauto, annotando eventuali problematiche e criticità rilevate. Dal secondo mese in poi il modello finale condiviso e accettato è stato messo pienamente e quotidianamente in atto, programmando la scadenza del sesto

mese per una nuova riunione di discussione e analisi del gradimento e delle criticità riportate dagli operatori: il riscontro relativo al modello assistenziale è stato assolutamente positivo. L'assistenza - come ci ricorda la Nightingale - vista idealmente (ma la sfida è nella realtà quotidiana) è come «un'arte richiedente totale devozione e dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore, con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano, il tempio dello spirito di Dio. È una delle Belle Arti. Anzi, la più bella delle Arti Belle». ♥

#### Riferimenti normativi:

- DM 739/94 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere).
  - L. 42/99 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie).
  - L.251/00 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica).
- Riferimenti bibliografici e siti web consultati:
- Manuale Cardionursing. Uno strumento per l'assistenza infermieristica (a cura di Domenico Miceli, Quinto Tozzi, Paola Di Giulio, Lucia Sabbadin), Centro Scientifico Editore, Torino, 2005.
  - Manthey Marie, La pratica del Primary Nursing. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2009.
  - Gioia Antonella, L'infermiere e il

malato cardiaco, Masson S.p.A., Milano, 2002.

- Benci Luca, Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria, Mc-Graw-Hill, Milano, 2002, terza edizione.
- Fucci Sergio, La responsabilità nella professione infermieristica, Masson, Milano, 1998.
- "Infermiere specialista nell'Area cardiologica", articolo contenuto in "L'infermiere", numero 4/2007.
- "Progetto per la riorganizzazione dell'attività di assistenza infermieristica, ostetrica e di supporto nelle Unità Organizzative del policlinico S. Orsola - Malpighi" ([www.med.unibo.it](http://www.med.unibo.it))
- "Progetto assistenza personalizzata nei reparti di Cardiologia - UTIC del presidio ospedaliero di Rimini", reperibile all'indirizzo [www.forumpa.it](http://www.forumpa.it)
- Cantarelli Marisa, "Il cambiamento dell'assistenza infermieristica attraverso

l'organizzazione", reperibile all'indirizzo [www.formazione.eu.com](http://www.formazione.eu.com)

- "I cambiamenti nell'organizzazione dell'assistenza infermieristica: testimonianze di altre realtà assistenziali", a cura di Patrizia Bergese Bogliolo, Gabriella Bertoni, Patrizia Gazza, reperibile su [www.nursing.it](http://www.nursing.it)
- Mazzoli, Enrico, "L'infermiere e la tecnica. Riflessioni sui modelli assistenziali", da [www.ipasvife.it](http://www.ipasvife.it)
- Ferrara, Anna, "Modelli organizzativi assistenziali a confronto per un reale cambiamento nella pratica infermieristica. Progetto per l'implementazione del Primary Nursing nell'Unità Operativa di Ematologia dell'Azienda Ospedaliera "V. Cervello" di Palermo", tesi di diploma, 2004.
- [www.evidencebasednursing.it](http://www.evidencebasednursing.it)
- [www.infermierionline.net](http://www.infermierionline.net)



Approvato dalla FDA il primo pacemaker leadless

# La FDA ha approvato il primo leadless pacemaker: un notevole progresso nella stimolazione cardiaca

Sistemi senza fili: il futuro della elettrostimolazione cardiaca

Dal primo impianto di pacemaker epicardico, eseguito da Elmquist e Senning nel 1958, molti anni sono passati e l'industria ha messo a disposizione dei Cardiologi apparecchiature sempre più "fisiologiche". Ogni anno quasi un milione di pacemaker sono impiantati in tutto il mondo. Tuttavia, con la stimolazione convenzionale, persiste la possibilità di complicazioni anche importanti in circa il 10% dei pazienti legate all'elettrodo-catetere e alla tasca

della batteria (perforazione cardiaca, dislocazione, infezione, frattura dell'elettrodo stimolatore, pneumotorace, ematoma o infezione della tasca, insufficienza tricuspide).

## L'evoluzione della ricerca

L'impianto diretto di un pacemaker leadless nel ventricolo destro fu realizzato nel 2012 con il sistema NanoStim-St. Jude Medical (Figura 1), seguito l'anno successivo dal sistema Micra della Medtronic (Figura 2). Ambedue i sistemi sono

stati approvati in Europa. Oltre ai vantaggi "estetici", i sistemi di stimolazione leadless possono evitare alcune complicazioni dei pacemaker tradizionali. Il primo studio clinico, pubblicato sul NEJM nel settembre 2015 da Vivek Reddy e altri, ha valutato il dispositivo NanoStim della St. Jude Medical, il secondo di Reynolds e altri (fra cui la nostra Maria Grazia Bongiorno), pubblicato sulla stessa rivista nel febbraio 2016, ha valutato il dispositivo Micra della Medtronic. Entrambi

**La terapia con pacemaker convenzionale si associa a complicazioni relative al dispositivo sottocutaneo e agli elettrodi transvenosi. Recentemente sono stati realizzati due pacemaker leadless miniaturizzati (NanoStim e Micra) che possono essere impiantati all'interno del ventricolo destro per via transvenosa femorale.**

**Oltre ai vantaggi estetici possono evitare alcune delle frequenti complicazioni del pacemaker convenzionale. Il pacemaker Micra è stato il primo recentemente approvato dalla FDA. Tuttavia le complicazioni a lungo termine sono ancora da valutare più compiutamente.**

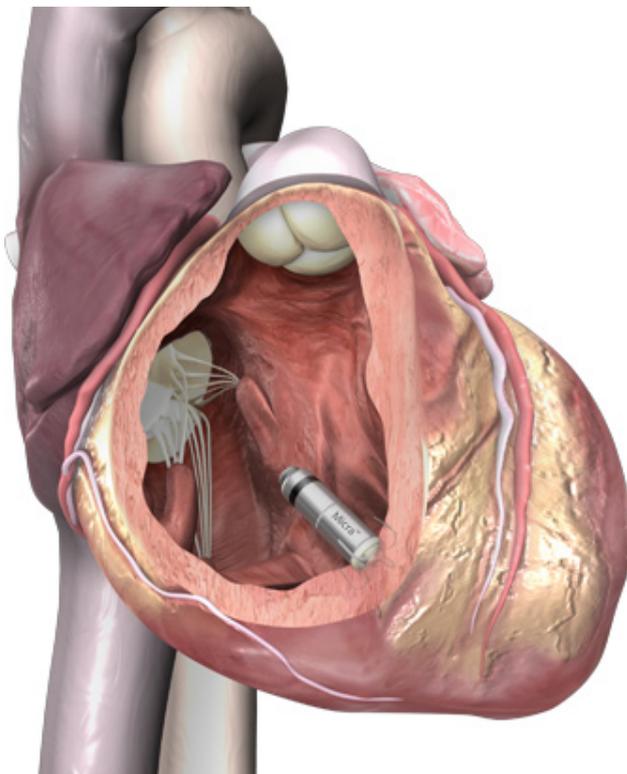
piccoli sistemi sono introdotti nel ventricolo destro attraverso la vena femorale e si fissano sulla parete ventricolare (idealmente vicino all'apice) o con un filo vite elicoidale avvitato nel miocardio (St. Jude Medical) o con una morsa a quattro denti, stimolando il cuore

con un elettrodo posto alla fine del dispositivo (Medtronic). I due studi non randomizzati hanno verificato l'efficacia e la sicurezza con un follow-up di 6 mesi, i risultati sono stati confrontati con quelli storici rilevati nei pazienti portatori di un pacemaker tradizionale. La soglia di

stimolazione è stata bassa e stabile per 6 mesi. Principali complicazioni sono state rilevate nel 6.5% dei pazienti NanoStim e nel 4% dei portatori del dispositivo Micra. (Tabella I)

**Tabella I - Principali complicazioni**

	NanoStim	Micra
Perforazione cardiaca o versamento pericardico:	1.5%	1.6%
Distacco o migrazione dispositivo:	1.1%	0%



DIA

**La miniaturizzazione dei pacemaker ha permesso lo sviluppo di pacemaker senza fili che si introducono all'interno del ventricolo destro per via transvenosa femorale con innegabili vantaggi per i pazienti**

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

**Attualmente i dispositivi leadless sono indicati solo per i pazienti che necessitano di singola stimolazione ventricolare, tuttavia con il proseguire della ricerca sarà possibile la comunicazione wireless tra diversi dispositivi ad esempio atriale e ventricolare o con un ICD sottocutaneo**

**La stimolazione leadless ha aperto nuove prospettive nella stimolazione elettrica del cuore, tuttavia ulteriori dati sono necessari in materia di sicurezza, di prestazioni a lungo termine e di estraibilità dei dispositivi**

Nonostante la breve durata del follow-up, è possibile ipotizzare che le infezioni saranno più basse con questi dispositivi (rispetto ai pacemaker tradizionali), mentre saranno da verificare l'efficacia e la durata nel tempo così come i tassi di dislocazione. Da ricordare infine che ambedue i dispositivi stimolano il ventricolo destro perciò non consentono la sincronia atrioventricolare. In conclusione la stimolazione leadless rappresenta un notevole progresso nella stimolazione cardiaca, tuttavia i problemi da risolvere sono ancora numerosi come ad esempio l'espianto dopo anni dal posizionamento del dispositivo. La Food and Drug Administration (sito web della FDA, 6 aprile 2016) ha approvato

il primo pacemaker transcateretere (Micra della Medtronic) che non richiede elettrodi per collegare la batteria al cuore. L'agenzia americana ha valutato i dati di 719 pazienti trattati con questo dispositivo dello Studio Trial Micra TPS Clinical Global nel quale il pacemaker si è dimostrato sicuro con complicazioni basse (<7%). Il 98% dei pazienti trattati ha avuto adeguate soglie di stimolazione e solo il 4% complicazioni maggiori. Nel gruppo di controllo storico dei pazienti con pacemaker tradizionali, la percentuale di complicazioni maggiori è stata del 7.4% (lo studio però non era randomizzato). Nel Trial TPS non sono stati rilevati casi di pneumotorace o dislocamenti del pacemaker. In ogni caso Micra

è controindicato per i pazienti con impiantati altri dispositivi che potrebbero interferire con le sue prestazioni e per quelli con anatomia venosa femorale incapace di accogliere l'introduttore 23 F. St. Jude Medical che ha sviluppato il NanoStim ha annunciato che continua a lavorare con la FDA per l'approvazione del suo dispositivo. Un Challenge del prossimo futuro, sarà l'associazione del sistema di Pacing leadless con il defibrillatore sottocutaneo, sempre nell'ottica di avere sistemi di pacing e di defibrillazione con assenza, di fatto, di cateteri transvenosi.

[www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/pressAnnouncements/ucm494417.htm](http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/pressAnnouncements/ucm494417.htm)  
(sito web della FDA, 6 aprile 2016) ♥



# Diritto alla salute, terapie migliorative della vita del paziente ed evidenze scientifiche

**N**elle nostre conversazioni abbiamo avuto modo di ricordare più volte come la Costituzione, all'art. 32, riconosca il diritto alla salute come diritto fondamentale. Si tratta di un'affermazione particolarmente significativa e che non ha uguali nel nostro ordinamento in forza della quale si attribuisce al diritto alla salute una valenza quanto mai ampia. Il diritto alla salute si atteggia infatti alla stregua di Giano bifronte: esso opera sia nei rapporti interprivati, sia in ambito pubblicistico. È di un peculiare aspetto connesso a tale ultimo ambito che ci occuperemo oggi: ossia del diritto alle cure, con specifico riferimento al diritto di potersi avvalere di terapie "alternative" per così dire rispetto a quelle accreditate ed erogate dal SSN. Si tratta di una questione particolarmente delicata che, come anche recenti casi di cronaca (spesso diventata giudiziaria) insegnano, impone soluzioni quanto mai caute in ragione della duplice necessità di garantire l'erogazione di cure e terapie adeguate per il singolo cittadino e di tutelare lo stesso da quelle che talvolta si rivelano essere vere e proprie truffe, tanto più deprecabili in quanto realizzate in danno di persone che per le loro condizioni di salute molto spesso vivono vere e proprie condizioni di angoscia e disperazione.

## Iniziamo!

**Dunque diritto alla salute significa anche diritto alla scelta terapeutica?**

Certo e comporta la garanzia in favore del cittadino di accedere a livelli essenziali di prestazioni sanitarie di prevenzione e cura, dirette al mantenimento o al recupero delle piene condizioni di benessere fisico e psichico.

**Qual è la fonte di tale diritto?**

Come si diceva inizialmente, è lo stesso art. 32, Cost. Bisogna però ricordare che soltanto con la legge istitutiva del SSN - la l. n. 833 del 1978 - si è riconosciuta la natura immediatamente precettiva e non soltanto programmatica di tale disposizione costituzionale e quindi la sua immediata efficacia. Un ulteriore riconoscimento si è poi avuto con il d.lgs. n. 502 del 1992 che ha rappresentato un organico intervento di riforma della materia sanitaria. Proprio tale ultima riforma ha in qualche modo consentito di "precisare" la portata di tale diritto, introducendo limiti e condizioni per così dire.

**Cosa afferma l'intervento legislativo del 1992?**

Ovviamente anche questa legge riconosce e garantisce il diritto alla salute nelle sue varie declinazioni e, quindi, anche nel senso del

diritto alle terapie. Tuttavia occorre tener in considerazione il contesto economico che accompagnò l'emanazione di tale riforma. La crisi degli anni '90 e le esigenze di contenimento della spesa pubblica hanno infatti determinato l'esigenza di ridurre gli oneri a carico del SSN e, di conseguenza, di rinvenire un criterio che consentisse per un verso di perseguire le suaccennate esigenze di contenimento della spesa pubblica con l'altra, inderogabile e costituzionalmente rilevante, di mantenimento dei livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni onde garantire in ogni caso effettività alla tutela della salute. Di tale nuova esigenza si fa portatore per l'appunto il d.lgs. 502 del 1992 ove i livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni assistenziali assicurate dallo Stato sono fissati non più solo in relazione ai bisogni di salute, ma anche "dell'economicità nell'impiego delle risorse" e contestualmente alla individuazione delle risorse assegnate al SSN nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel documento di programmazione economica e finanziaria. Pur in tale ottica viene ad essere riconosciuto il diritto di scelta. ♥



## Piccola Storia della Medicina Cardiovascolare

# Il Cuore nel primo Settecento

### Agli albori dell'illuminismo

**N**ell'articolo precedente abbiamo ricordato le figure di tre grandi italiani (Lancisi, Valsalva e Morgagni) che vissero tra il Seicento e il Settecento. Ora ci inoltreremo ancora di più nella medicina della prima parte del XVIII secolo, a ragione chiamato Secolo dei Lumi perché, insistendo su un approccio scientifico, illuminato dalla ragione, riuscì a spazzar via per sempre l'oscurità dei dogmi medioevali e le tenebre dell'ignoranza e della superstizione per indirizzare l'umanità verso il progresso e lo sviluppo. I nuovi orizzonti della rivoluzione scientifico-matematica, dischiusi nel Seicento da geni come Newton o Cartesio, fecero sentire i loro influssi anche in questo secolo, in cui il metodo sperimentale galileiano di indagine scientifica e razionale venne esteso a tutti gli ambiti dello scibile umano: il criterio di verifica di ogni fenomeno fu individuato nella ragione, mentre l'esperienza, supportata dal riscontro dei fatti, venne posta alla base della conoscenza. Fu compiuto il tentativo di sistematizzare e organizzare tutto il bagaglio acquisito attraverso le

scoperte del secolo precedente, tendendo all'osservazione della natura e alla formulazione di leggi generali, in particolare nelle scienze biologiche, tra cui la medicina, che iniziarono a strutturarsi fondandosi su una metodologia scientifica riconosciuta e condivisa. Sono anni di grandi scoperte scientifiche: nel 1714 Gabriel Fahrenheit costruisce il primo termometro a mercurio, che consentirà di quantificare la temperatura corporea, mentre nel 1750 si ha il primo esempio di studio clinico randomizzato, quando James Lind sceglie a caso due marinai affetti da scorbuto per somministrare loro due arance e un limone al giorno allo scopo di verificare le possibilità di guarire la malattia. Cresce anche il numero delle strutture sanitarie: alla morte del Re Sole si contano in Francia oltre 30 ospedali, tra cui il famoso Hotel Royal des Invalides, inaugurato nel 1675, in cui trovano ricovero i feriti e gli invalidi di guerra. Nel campo della ricerca farmacologica fu dato un forte impulso alle indagini volte alla conoscenza dei farmaci di origine vegetale e della loro azione. I

progressi furono lenti, poiché non si poteva ancora procedere ad analisi sperimentali e sistematiche delle sostanze impiegate, ma si cominciava a valutare l'efficacia pratica delle singole medicine. Infatti, nel Settecento era possibile acquistare speciali cassette contenenti una quantità di medicinali propri; nel frattempo, si diffondevano sempre più manuali divulgativi e libretti di istruzione che fornivano consigli sull'uso preventivo e curativo di tanti rimedi. Tuttavia la classe medica, nel suo conservatorismo (si vide un revival delle teorie iatrofisiche e iatromeccaniche) è riuscita raramente a tenere il passo con lo sviluppo della scienza contemporanea e a tradurre in un immediato uso pratico le nuove scoperte e le nuove idee, cosa che non permise grandi progressi nella professione medica, anzi contribuì al determinarsi di un periodo di stasi. Nonostante tutto, però, si andò diffondendo un ottimismo nelle possibilità che la medicina aveva di risolvere molti mali dell'uomo. Il Settecento si caratterizza anche per gli scambi culturali tra gli studiosi, per la diffusione di centri di studio

e per la nascita di pubblicazioni periodiche, che permisero di far circolare nozioni e scoperte. Gran parte del secolo fu impregnata dal pensiero di grandi filosofi, come Gottfried W. Leibnitz, la cui dottrina, basata sulla logica e sulle leggi naturali (lo sperimentalismo, in cui si fusero l'empirismo baconiano e il razionalismo cartesiano) si riflesse in vari modi su diversi sistemi medici rivolti a formulare teorie generali sul funzionamento del corpo umano, talvolta in contrasto tra loro, che andarono tanto di moda ma che ebbero, come detto sopra, un riflesso secondario sulla medicina pratica, come quelli di Stahl, Hoffmann, Boerhaave e Sydenham, di cui abbiamo parlato in precedenza. Un'altra teoria a carattere fortemente speculativo, quella vitalista, che divenne la dottrina medica della scuola di Montpellier, ebbe considerevole successo in Francia ad opera di **Teophile de Bordeu**. Questi, nato da una famiglia di dottori, lavorò alla Royale Infermerie di Versailles, dove condusse ricerche sul polso (sostenendo l'importanza del suo controllo), le ghiandole e le malattie croniche. Amico di Diderot, scrisse anche un articolo per l'*Encyclopédie*, che si proponeva di costituire un compendio universale dello scibile umano. Bordeau, adottando lo spirito vitale di Stahl, propose una propria versione del vitalismo secondo cui gli organi più importanti del corpo (cuore, cervello e...stomaco) producono una secrezione, la cui adeguata concentrazione nel sangue permette



Teophile de Bordeu (1722 - 76)

di mantenere la salute. Secondo Bordeau, che è quindi considerato un pioniere dell'endocrinologia, non tutto può essere spiegato, nelle funzioni vitali, dalle leggi della meccanica e della chimica, ma si doveva considerare una forza speciale che chiamò sensitività. Alla base della dottrina vitalista vi è la convinzione che anche la più piccola molecola, la più piccola fibra, e ogni organo del corpo umano sono dotati di vita propria, di una forza vitale, che è indipendente dall'anima: la vita del tutto è la somma delle piccole vite particolari. Il vitalismo contribuì quindi alla formazione del concetto di organismo, inteso come totalità di funzioni integrate.

### La prima misurazione della pressione arteriosa

L'inglese **Stephen Hales**, curato nel Middlesex, botanico, chimico e teologo, ebbe per primo l'idea

di osservare direttamente i movimenti del circolo sanguigno. Nei suoi *Statistical Essays: containing Haemastatisticks* descrisse un esperimento, contenuto anche nella relazione *On account of some hydraulik and hydrostatik experiments made in blood vessels of animals*. Hales aveva introdotto l'estremità di un tubicino di vetro nell'arteria femorale e nella carotide di una giumenta, osservando l'altezza alla quale il sangue saliva e i suoi movimenti in coincidenza delle pulsazioni cardiache: *Il sangue entrò nel manometro e raggiunse l'altezza di 9 piedi e 6 pollici, allontanando il tubo ho potuto misurare 60 pollici cubi di sangue. L'ho riaccostato per vedere di quanto il sangue ancora saliva nel tubo, e ho ripetuto più volte questa manovra sinché la giumenta non è spirata*. Questo esperimento fu



Stephen Hales (Bekesbourne, 17 settembre 1677 - Teddington, 4 gennaio 1761) studia la pressione arteriosa (*Haemastatisticks*, 3rd edition pg 1. 1738)



seguito nel corso degli anni da altri studi condotti, su specie differenti, dal poco pietoso reverendo, più amante della scienza che degli esseri viventi, che produssero dati comparativi sulla pressione arteriosa e i suoi determinanti, la gittata sistolica e le resistenze periferiche. Studiò, in modo approssimativo, la prima con calchi di cera della cavità ventricolare sinistra iniettati all'usuale pressione intraventricolare e le seconde misurando le variazioni del flusso ematico arterioso “...we see how greatly the velocity of the water is retarded in passing thro' the

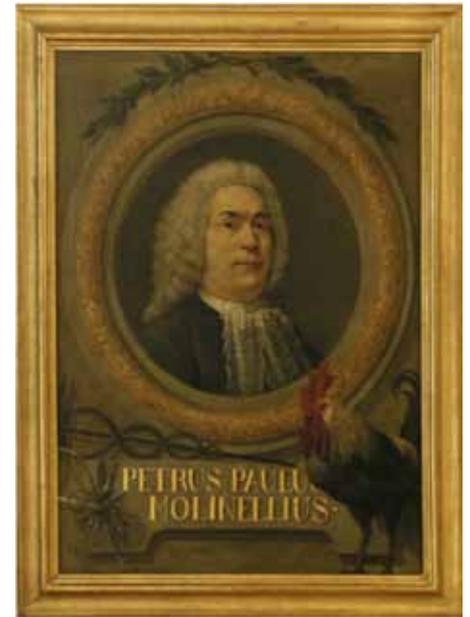
«We see how greatly the velocity of the water is retarded in passing thro' the several branchings of the arteries, notwithstanding the sum of the areas of their transverse section is considerably greater than that of the aorta»

several branchings of the arteries, notwithstanding the sum of the areas of their transverse section is considerably greater than that of the aorta”. Hales dimostrò la riduzione progressiva della velocità dal flusso con la riduzione del diametro arterioso e la proporzionalità della pressione arteriosa al peso dell'animale “As in bigger animals, the blood has a longer course to go, and must therefore meet with a greater resistance...so... that the force of it in the arteries is in the main greatest in the largest animals”. Hales fu anche il primo a dimostrare, pur non distinguendo nessun gas specifico, che l'aria aveva un ruolo determinante nei processi chimici.

### Il primo settecento in Italia

All'inizio del '700 il primato delle antiche scuole mediche dell'Italia settentrionale sulla medicina europea era solo un ricordo; molte nuove facoltà di medicina fondate a nord delle Alpi attiravano un numero sempre più grande di studenti, specie se grandi personaggi facevano parte del loro corpo didattico. Inoltre, la maggior parte dei chirurghi non conoscevano l'anatomia ed erano considerati persone di scarsa cultura. Una notevole eccezione fu il bolognese **Pier Paolo Molinelli**, in possesso di

una approfondita cultura scientifica e di una notevole esperienza. Ancora giovane, descrisse nelle **Observationes medicae** tres alcuni casi clinici osservati durante il servizio di tre anni come medico astante espletato, com'era in quell'epoca consuetudine a Bologna per gli studenti di medicina, presso l'ospedale di S. Maria della Vita o di S. Maria della Morte, ancora non unificati nell'ospedale Maggiore. Di ritorno dalla Francia, dove completò gli studi, fu lettore di *De chirurgicis operationibus* e in seguito di *ad practicam medicinam supraordinariam*. Tra le novità che introdusse ci fu l'insegnamento agli studenti delle tecniche chirurgiche



Pier Paolo Molinelli (1702 - 1764)

attraverso la dissezione dei cadaveri. Questa esperienza didattica fu da lui condensata in una relazione inoltrata al Senato bolognese, in cui proponeva di istituire una cattedra al fine di mantenere ai massimi livelli la qualità della scuola chirurgica bolognese ma soprattutto in considerazione dell'opportunità che il chirurgo, prima di ottenere l'abilitazione professionale, si dovesse esercitare adeguatamente sul cadavere per acquisire l'indispensabile movimento rapido e sicuro delle mani. L'invito fu raccolto dalle istituzioni e dallo stesso pontefice Benedetto XIV, che con motu proprio del 23 agosto 1742 istituì il primo "Corso di ostensioni delle operazioni chirurgiche nei cadaveri" attivato in Italia. Molinelli affrontò in varie dissertazioni problemi anatomo-chirurgici di grande attualità e studiò gli aneurismi secondari alle lesioni

delle arterie nei salassi, nonché il circolo collaterale che seguiva alla legatura dell'arteria stessa (*De brachii aneurysmate e laesa in mittendo sanguine arteria; De aneurysmate a laesa brachii in mittendo sanguine arteria*).

**Vincenzo Meneghini** (1705-1759) fu uno dei primi a condurre l'analisi del sangue, dando vita a numerose discussioni sostenute in Italia intorno a questo fluido vitale, al suo colore, alla sua composizione, al ferro in esso contenuto e agli scopi cui è destinato. Nei suoi *Commentarii*, Meneghini parlò delle particelle ferree trovate nel sangue di vari animali, nelle ossa e nelle carni, e dichiara che la vera sede di quel ferro sia nel grumo del sangue, oltre ad affermare che nell'uomo si trova in maggiore abbondanza rispetto agli altri animali. Aggiunse, inoltre, che il ferro circola nel sangue e forma parte essenziale della sua composizione, assicurando di aver ottenuto *uno scrupolo di ferro da due once di parte rossa del sangue residuo della evaporazione dell'acqua*. Dopo ulteriori studi, egli ipotizzò che il ferro arrivi nel sangue attraverso il chilo, per mezzo degli alimenti che lo contengono. Più orientate in senso clinico furono le ricerche sulle malattie cardiache del bolognese **Ippolito Francesco Albertini**, allievo di Malpighi e Giovanni Andrea Volpari e a sua volta insegnante di Morgagni. Compì pratica medica dal 1688, come assistente presso l'Ospedale di S. Maria della Morte e la fama delle sue capacità gli permise di sostituire presso la sua clientela



*Ippolito Francesco Albertini (Crevalcore 1662 - Bologna 1738)*

bolognese Malpighi, trasferitosi a Roma come archiatra pontificio. Ottenuta la lettura di Logica presso l'università di Bologna dal 1699 al 1701, e da quell'anno quella di Medicina Pratica, diffuse dalla cattedra l'interesse per gli studi più moderni, assumendo atteggiamenti particolarmente rigorosi contro la filosofia peripatetica e la medicina galenica tradizionale. Studioso di anatomia patologica, riprese le ricerche malpighiane sulla circolazione del sangue e per primo pose in luce l'origine meccanica dell'edema polmonare (idropisia polmonare acuta), additandolo come una delle principali cause della dispnea. Le sue numerose autopsie lo portarono a descrivere le calcificazioni (o, come allora erano chiamate, *ossificazioni*) delle valvole o delle pareti arteriose e l'idrope del pericardio e a classificare le alterazioni cardiache in due generi principali, quello aneurismatico o arterioso (dilatazione delle cavità di sinistra) e quello varicoso o

venoso (dilatazione delle cavità di destra), ognuno dei quali poteva essere accompagnato da polipi, che a loro volta potevano essere veri o falsi. Più che questa semplicistica classificazione anatomopatologica, conta il fatto che Albertini abbia cercato di stabilire i sintomi e i segni caratteristici di ognuna delle alterazioni anatomiche da lui identificate per metterle in relazione con la sintomatologia clinica e di diagnosticarle in vita. A questo scopo ricorse a tutti i mezzi d'indagine della semeiotica fisica del tempo, quali la palpazione precordiale, l'esame del polso radiale e carotideo, l'ispezione delle vene giugulari, l'esame della respirazione e della posizione assunta dall'ammalato durante il sonno. Il suo fine era quello di riuscire a *"riconoscere durante la vita dei malati ciò che aveva visto nei cadaveri molte volte, disponendo di segni diagnostici sicuri e conosciuti, mediante i quali poter discernere l'alterazione anatomica"* come scrisse nella *Animadversiones super quibusdam difficilis respirationis vitiis a laesa cordis, et praecordiorum structura pendentibus*, letta il 29 nov. 1726, durante una seduta dell'Accademia bolognese delle Scienze, ma pubblicata solo nel 1748. Si inizia quindi a considerare la lesione anatomica come fondamento del quadro clinico, soprattutto nel campo della patologia cardiaca, fino ad allora basata esclusivamente sui sintomi. ♥



Come sarebbe il mondo se i Pacemaker fossero poco diffusi perché scarsamente affidabili? Quali sarebbero state le conseguenze della mancata nascita dei defibrillatori impiantabili?

Pensate un attimo alle conseguenze negative sull'evoluzione di questo fondamentale campo della Cardiologia

# Wilson Greatbatch l'ingegnere che ha salvato molte vite umane con una pila

Questo articolo vuole essere un ammirato omaggio al grande inventore che ha reso possibile la rivoluzione dei Pacemaker. Come sarebbe il mondo se i Pacemaker (PM) fossero poco diffusi perché scarsamente affidabili? Pensate un attimo alle conseguenze negative della mancata evoluzione di questo fondamentale campo della Cardiologia. Certamente Wilson Greatbatch (W.G.) non è stato l'unico protagonista nel campo della elettrostimolazione cardiaca, né si vuole sminuire il ruolo degli altri grandi personaggi nel campo della terapia delle bradi e delle tachiaritmie, tuttavia il suo ruolo fu determinante.

## Il primo Pacemaker

Nelle fasi iniziali gli stimolatori cardiaci erano veramente poco affidabili ed offrivano soluzioni temporanee ad una ristretta cerchia di pazienti, i quali, in certi casi,

si offrivano volontariamente alla sperimentazione pur di tentare di sfuggire alla morte certa per blocco atrio-ventricolare totale! In occasione del primo impianto di Pacemaker nel 1958 a Stoccolma, un paziente, l'ingegnere Arne Larsson (!), giaceva in un letto del Karolinska Institutet a causa di frequenti crisi di Morgagni Adam Stokes. La coraggiosissima moglie Else Marie convinse Åke Senning ad impiantare, con un intervento di chirurgia toracica, uno stimolatore cardiaco sperimentale costruito da Rune Elmqvist. L'intervento eseguito il 6 ottobre di sera, per evitare pubblicità, riuscì anche se il PM si guastò dopo poche ore. Il secondo generatore d'impulsi durò solo due giorni ma altri ne seguirono e così il nostro ingegnere visse a lungo quanto i due Pionieri della Medicina.

## La tecnologia dei Pacemaker muove i primi passi

Negli anni Sessanta, oltre alle difficoltà relative a circuiti, involucro, cateteri primitivi, il problema principale nello sviluppo dei Pacemaker era la fonte di energia. Il vero "tallone d'Achille" dei PM infatti erano le batterie scarsamente affidabili. Senza una fonte energetica sicura non si sarebbe potuto investire nella ricerca per migliorare i vari componenti dei generatori d'impulsi. Sembrava che il destino dei Pacemaker fosse segnato, o meglio, che non si sarebbe andati oltre una diffusione limitata. Si tentarono strade diverse ma nessuna risolutiva: le batterie (Zinco-Mercurio) duravano poco (massimo tre anni) e soprattutto la loro durata era scarsamente prevedibile... Venne percorsa anche

**Wilson Greatbatch, a partire dagli anni '60 del secolo passato, ha avuto un ruolo fondamentale nel determinare l'affermazione dei Pacemaker, progettando e costruendo uno dei primi stimolatori cardiaci impiantabili e contribuendo in maniera determinante allo sviluppo dell'industria dei PM**

**Nel decennio successivo fu il principale responsabile dell'affermazione della pila al litio, grazie alla quale fu risolto il problema della durata dei Pacemaker**

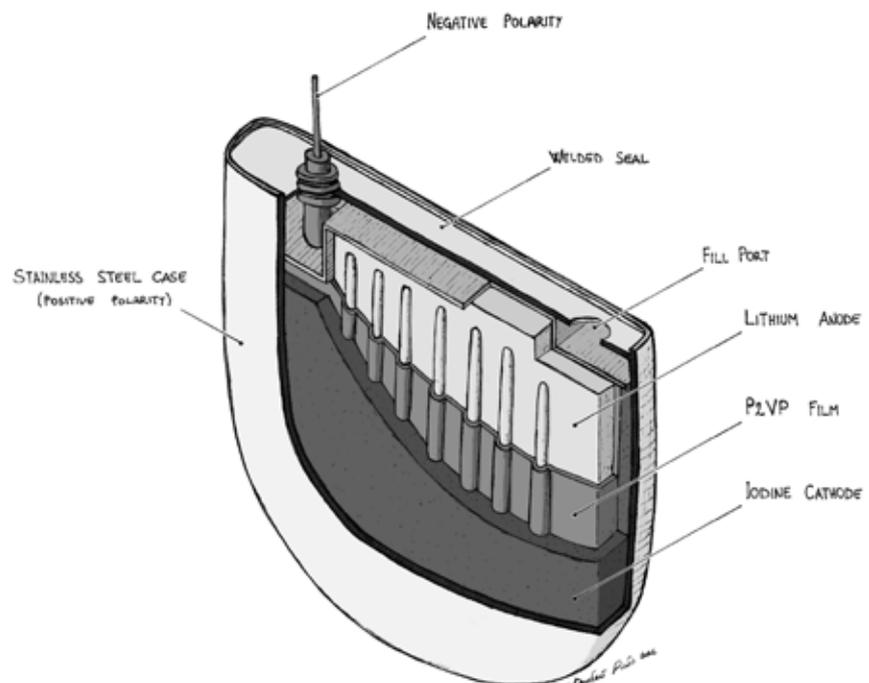
la strada delle pile al plutonio, come quella che fornisce energia al satellite artificiale Cassini, perché erano l'unica fonte affidabile di energia (effetto termoelettrico) nonostante i problemi legati alla necessità di schermare le radiazioni. In questo fosco scenario il nostro eroe intuì che una batteria brevettata da Schneider e Moser possedeva le caratteristiche fondamentali per poter arrivare alla realizzazione della batteria ideale per i PM: compatta, leggera, affidabile ed incorruttibile. Possiamo ben dire che W.G. è il Padre adottivo della batteria al litio-iodio.

### Quel fortunato errore

W.G. ideò anche il primo circuito stimolatore transistorizzato. In verità questo fu il suo primo passo nel mondo della Medicina. Nei primi anni '50 lavorava nella fattoria sperimentale della Cornell University, costruendo monitor cardiaci da applicare a pecore e capre. Fu allora che, durante i colloqui con i medici, venne a conoscenza della grave condizione, allora considerata incurabile, del blocco atrio ventricolare totale. Il Dott. Paul Zoll ed Earl Bakken avevano realizzato i loro stimolatori cardiaci esterni. Da bravo ingegnere

W.G. pensò che sarebbe stato molto meglio costruire un apparecchio totalmente impiantabile. I tempi non erano maturi: non erano ancora stati inventati i transistor. Qualche anno dopo, mentre costruiva uno di questi monitor, inserì per un "fortunato errore" un resistore di impedenza minore nel circuito: esso iniziò a produrre periodicamente un impulso elettrico! Il nostro

protagonista ebbe chiaro in mente che doveva costruire uno stimolatore cardiaco e così nel 1958 realizzò il suo primo Pacemaker. Di lì a poco si licenziò dalla Cornell, affidò alla Cara Moglie i risparmi e la sopravvivenza della Famiglia (avevano tre Figli!) e si dedicò, nel laboratorio casalingo, a costruire e costruire altri PM. Era la decisione di un pazzo?



*Pacemaker Battery Li - I*



## Wilson Greatbatch incontra William Chardack

In quel periodo solo alcuni Chirurghi impegnati nella nascente cardiocirurgia capirono l'importanza della nuova tecnologia. Il Dott. William Chardack ed il Dott. Andrew Gage realizzarono una proficua collaborazione con il nostro ingegnere. Nel 1958 fu realizzato il primo impianto sperimentale in un cane e nel 1960 Chardack impiantò

## Wilson Greatbatch ha avuto un'enorme e positiva influenza nella diffusione nel mondo dei pacemaker

per via toracotomica, in un uomo di 77 anni affetto da BAV totale, il Pacemaker costruito da Greatbatch.

## I limiti della batteria Zinco-Mercurio

Wilson Greatbatch collaborò per un decennio (fino al 1970) con una ditta costruttrice di Pacemaker, fino a quando, a seguito di un colloquio con il proprietario Earl Bakken (un altro protagonista della storia dei PM), fu chiaro che le loro strade si sarebbero separate a causa di opinioni divergenti in tema di... batterie. Nel 1970 le

batterie erano considerate dal nostro protagonista il principale problema dei Pacemaker. Le batterie ricaricabili al nichel cadmio erano del tutto inadeguate e la batteria Ruben-Mallory Zinco-Mercurio rendeva necessario che i primi PM fossero costruiti in resina epossidica. La batteria Zinco-Mercurio non può essere chiusa in un contenitore ermetico, come sarebbe ideale che per un PM, si utilizzava pertanto la resina epossidica che consente la diffusione dell'idrogeno sviluppato dalla batteria Zinco-Mercurio. Purtroppo anche il vapor acqueo è un gas: si dovettero realizzare componenti elettronici in grado di operare in acqua distillata! Wilson Greatbatch comprende che la pila al litio-iodio è la fonte di energia ideale per i Pacemaker.

W.G. affrontò il problema intuendo che la nuova batteria al litio-iodio sarebbe stata la soluzione: non sviluppava gas, poteva (e doveva) essere sigillata ermeticamente e durava molti anni. La pila Zinco-Mercurio, nata durante la II guerra mondiale per alimentare i walkie-talkie, alla temperatura del corpo umano si scaricava velocemente.

In una intervista del 2000 il nostro affermò che se la batteria al litio-iodio non avesse avuto successo, tutti i PM sarebbero stati equipaggiati con le super affidabili pile atomiche. Il grande merito di Greatbatch fu quello di addomesticare una batteria che era impiegata nelle spolette di prossimità delle bombe. Inizialmente la Catalyst Research

Corporation (C.R.C.), che produceva le pile al litio, impose a W.G. solo la fornitura dei "reagenti" da confezionare ermeticamente in una difficile fase successiva nella fabbrica delle pacifiche batterie per Pacemaker. Quando poi la fabbrica della C.R. C. saltò in aria a seguito di un' inondazione, Greatbatch si rimbocco le maniche e iniziò a costruire in proprio la batteria. La Wilson Greatbatch (fondata nel 1970) realizzò la prima batteria al litio-iodio in grado di ottenere un vero successo commerciale: il modello 702E Wilson Greatbatch, Ltd., Clarence NY, USA. L'industria fondata da W.G. fu in grado di mettere a disposizione un elevato numero di batterie per sopperire alle crescenti richieste delle ditte costruttrici di Pacemaker, nel 1978 il 95% dei PM erano equipaggiati con le sue batterie prodotte in modelli sempre più efficienti: una vera rivoluzione industriale ed uno dei più grandi successi della moderna Cardiologia. ♥

Senza la pila  
al litio-iodio l'unica  
possibilità di costruire  
Pacemaker di lunga  
durata sarebbe stata  
quella di utilizzare pile  
atomiche



*Super Hero*

Questo articolo è un ammirato omaggio al grande inventore che ha reso possibile la  
rivoluzione dei Pacemaker

Wilson Greatbatch ha compreso le potenzialità della pila al litio-iodio e attraverso  
modifiche e perfezionamenti ha realizzato la batteria ideale per i PM: compatta,  
leggera, affidabile ed incorruttibile



## La dieta di Porfirio

# Porfirio, il filosofo vegetariano e il progetto di Marsala

Nella Lilibeo del III secolo viene scritta l'opera *De abstinentia animalium*

*Il Professor Massimo Jevolella, giornalista e scrittore, è uno dei più attenti studiosi italiani di problematiche islamiche; già inviato culturale del "Giornale" di Indro Montanelli e direttore del mensile "Meridiani", ha collaborato con l'Istituto di Storia della Filosofia dell'Università Statale di Milano. Tra i suoi libri di narrativa e di saggistica ricordiamo "I sogni della storia" (1991), "Non nominare il nome di Allah invano" (2004), "Le radici islamiche dell'Europa" (2005), "Saladino, eroe dell'Islam" (2006), "Rawà, il racconto che disseta l'anima" (2008), "Ma liberaci dal mal di denti" (2010), "Il segreto della vera ricchezza. Dialogo tra un economista e un povero" (2014). (Presentazione a cura dell'Editor Maurizio G. Abrignani)*

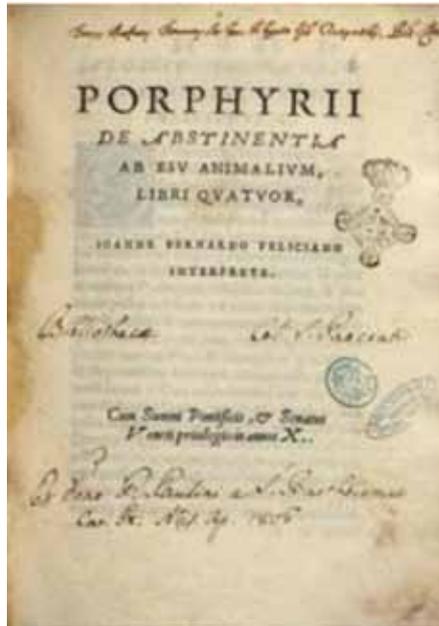


**L**ilibeo, anno 268 dopo Cristo. È il momento più buio della grave crisi politica e morale che da decenni sconvolge Roma e il suo immenso impero. E proprio in quell'anno, forse alla fine della primavera, ecco approdare nel porto siciliano una nave proveniente

dal Lazio. Ne scende un uomo di circa 35 anni, dai tratti somatici decisamente orientali. Si chiama Porfirio ed è un filosofo. Di stirpe fenicia, è nato a Tiro sulla costa siriana, ha studiato ad Atene, poi

si è trasferito a Roma per studiare alla scuola neoplatonica del grande Plotino di Licopoli. Presto è diventato l'allievo preferito del maestro, ma dopo qualche anno ha cominciato a perdere fiducia nel mondo e nella stessa filosofia: una grave depressione l'ha spinto fin sull'orlo del suicidio, ed è stato proprio Plotino a salvarlo, convincendolo che togliersi la vita è un errore, e consigliandogli di "cambiare aria", di fuggire dal clima perverso di Roma – dove regnano solo la corruzione e le congiure di palazzo, e dove gli imperatori vengono falcidiati uno dopo l'altro a colpi di pugnale o di coppe avvelenate – per andare a respirare l'aria più pura e rassereneante della Sicilia. E a Lilibeo Porfirio, ospite di un gran signore di nome Probo, rinasce, e ricomincia a studiare e a scrivere. Due anni dopo, nel 270, ascende al trono imperiale Aureliano. E con lui la grande crisi del terzo secolo si attenua, vengono tempi migliori. Il 270 è anche l'anno in cui Porfirio, ormai al culmine

della sua maturità intellettuale, scrive un trattato sull'etica e sulla dietetica vegetariana: il *De abstinentia animalium* (l'astinenza dagli animali). Questo libro resterà nei secoli, e fino a oggi, come la più importante pietra miliare nella storia del vegetarianismo. E resterà per sempre anche nella storia di Lilibeo, l'odierna Marsala, come un onore e una gloria letteraria e culturale: qui, sulla riva del Capo Boeo, fu concepito e redatto il testo che ancora oggi viene considerato come una sorta di vangelo dai vegetariani di tutto il mondo. Ma perché questo libro ha meritato una fama così grande? La risposta non può scaturire che da una attenta lettura di questo ricchissimo trattato. E per fortuna ne esiste un'ottima edizione integrale in lingua italiana, col testo greco a fronte, curata alcuni anni fa dallo storico della filosofia antica Giuseppe Girgenti, un palermitano che insegna all'Università Vita Salute San Raffaele di Milano, ed è certamente il massimo studioso di Porfirio a livello internazionale. In breve, si può dire che in sostanza tutte le argomentazioni addotte dai teorici vegetariani di oggi (come il filosofo australiano Peter Singer) siano già presenti, e già ben sviluppate, nel pensiero di Porfirio: da questo punto di vista, nulla di nuovo è stato detto sull'argomento rispetto alle parole scritte dal filosofo neoplatonico ben 17 secoli fa. E questo è già un dato che induce



alla riflessione, e spiega molte cose. Porfirio, erede di un'antichissima tradizione di pensiero che risale a Pitagora, fonda la sua convinzione vegetariana su ragioni eminentemente etiche. Anche le ragioni dietetiche contano per lui, ma solo in via subordinata, e come conseguenza e ulteriore conferma di quelle etiche. Per esempio, egli fa notare come non sia affatto vero che un uomo normale, o un atleta, abbia bisogno di nutrirsi di carni per diventare o per mantenersi vigoroso. E d'altra parte insiste sul fatto che l'alimentazione carnivora rende gli esseri umani più inclini alle passioni e ai vizi. Porfirio è convinto che nel felice stato di natura, l'umanità ancestrale si nutresse esclusivamente di frutti, radici e altri vegetali. E pensa, per esempio,

che la natura frugivora dell'uomo sia confermata dalla sua dentizione, che certamente è ben diversa da quella degli animali carnivori. Ma è appunto l'aspetto etico del discorso quello che interessa maggiormente a Porfirio. L'uccisione degli animali è per lui un crimine, per la semplice ragione che tutti gli animali (pesci compresi) si dicono tali proprio perché hanno un'anima. E questa anima, secondo il nostro filosofo "lilibetano" (sant'Agostino che lo ammirava tantissimo lo chiamerà *Porfirius siculus*, anche perché Porfirio visse a Lilibeo per più di trent'anni, ossia la maggior parte della sua vita) non è soltanto un'anima vegetativa e sensitiva – per usare la terminologia di Aristotele – ma è anche un'anima che alberga le luci dell'intelligenza, quasi della razionalità. Porfirio cita numerosi esempi per dimostrare l'intelligenza degli animali. E anche in questo si può dire che egli abbia precorso il comune sentimento dell'epoca attuale, oltre ai dati inconfutabili delle ricerche scientifiche in questo campo. Insomma, che altro aggiungere? Se è vero, come tutti i dati statistici confermano, che l'idea e la prassi vegetariana e vegana stanno compiendo enormi progressi nel mondo di oggi, con un trend di crescita impressionante anche in Italia (dove ormai si contano ufficialmente più di sette milioni di vegetariani), possiamo ben concludere che la prima forte




**LILIBEO ANTICA MADRE DELL'ETICA VEGETARIANA**

**Il bene e il vero, Porfirio a Lilibeo**  
**Incontro Aperto - Convento del Carmine, Marsala**  
**12 marzo 2016 ore 18:00**

**Alberto Di Girolamo:** Sindaco della Città di Marsala  
 Saluti e intervento sul tema della sana alimentazione

**Barbara Lottero:** Presidente dell'Associazione Culturale Otium  
 Ecologia delle relazioni

**Simona Pecorella:** Presidente dell'Associazione Culturale Eitologica  
 La tavola a impatto zero

**Intervengono:**

**Massimo Jevolella:** *storico e scrittore*  
 Porfirio un mistico a spasso sul decumano

**Roberta de Monticelli:** *Dottessa di Filosofia della persona all'Università San Raffaele di Milano*  
 Al di qua del bene e del male

**Michela Sacco Messineo:** *Dottessa di Letteratura Italiana all'Università di Palermo*  
 Porfirio e Plotino nel pensiero di Giacomo Leopardi

coordina il Prof. **Matteo Anastasi**




Tetradrammi punici, serie con cavallo e palma da datteri



scintilla di questa attualissima tendenza culturale sia scaturita proprio qui, sulla riva siciliana del Capo Boeo, e che dunque Marsala possa oggi meritare il titolo storico di "Antica Madre dell'etica vegetariana". Un titolo che potrà portarle molta fortuna, se la città sarà capace di utilizzarlo nel giusto modo per farsi centro e faro di questa tendenza così vicina alle preoccupazioni e agli ideali del pacifismo, della non violenza e

dell'ambientalismo. E il progetto c'è. Anticipato da un evento divulgativo tenutosi lo scorso mese di marzo, dovrebbe realizzarsi a partire dal 2017, promosso dalle associazioni culturali Otium e Eitologica, col patrocinio del Comune di Marsala (il cui Sindaco, il Cardiologo Alberto Di Girolamo, ha aderito con entusiasmo all'iniziativa), della Associazione Vegetariana Italiana, e, speriamo anche, dell'Assessorato al turismo della Regione siciliana.

Tre giorni di kermesse vegetariana da svolgersi alla fine di giugno, già in epoca di turismo estivo, con mercatini, conferenze, spettacoli, festa, e ovviamente molta offerta gastronomica. Marsala sarebbe così la terza città in Europa, dopo Gand e Barcellona, che già hanno fatto partire un progetto simile, a proporsi come capitale vegetariana. E lo spirito di Porfirio certamente la favorirà. ♥



**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](http://www.periltuocuore.it)



Con l'**ANMC**  
non mi stanco!

