

Cardiologia

negli Ospedali



GENNAIO / FEBBRAIO 2017 N° 215

Rivista dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri – ANMCO

«La dottoressa è bella, elegante,
alla sera si trasforma come la fata Melusina...
una fata lo è anche davanti al letto del malato,
sia un principe o un operaio...».

Grazia Deledda

48° Congresso Nazionale

Associazione Nazionale

Medici Cardiologi Ospedalieri

ANMCOra Noi, ANMCOra insieme!

Partecipa
al 48° Congresso Nazionale
ANMCO 2017

Iscriviti subito su www.anmco.it

- **Village multimediali**
2 sale multimediali attrezzate e insonorizzate con maxi ledwall all'esterno
- **Sala Plenaria**
con proiezione dinamica e olografica su un ampio schermo curvo
- **Area e-Poster**
per l'esposizione e presentazione dei poster di ricerca in formato elettronico e in modalità interattiva su singoli plasma "touch screen"
- **My Congress App**
per iPhone, iPad, smartphone e tablet Android

...e molto altro ancora!



R I M I N I

11-13 MAGGIO 2017

PALACONGRESSI

AL CUORE DEL CAMBIAMENTO, ATTRAVERSO NUOVI PERCORSI

I 25 anni del Centro Studi: intervista ad **Aldo Maggioni**



*Aldo Pietro Maggioni
Direttore Centro Studi ANMCO*

*Michele Massimo Gulizia
Past President ANMCO, Consigliere Delegato per la Ricerca,
Ideatore progetto Banca del Cuore*



In copertina: scala di collegamento tra i piani terra, secondo e terzo dell'emporio Armani a New York, Massimiliano e Doriana Fuksas, 2009

N. 215 gennaio/febbraio 2017
Rivista ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor

Guerrino Zuin

Co - Editor

Giovanna Geraci

Comitato di Redazione

Ada Cutolo

Stefania Angela Di Fusco

Calogero Geraci

Daniele Grosseto

Giulia Russo

Fortunato Scotto di Uccio

Consulente per l'attività editoriale

Chiara Dino

Redazione

Simonetta Ricci

Luana Di Fabrizio

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

Fiesole



EDITORIALE

Lettera dell'Editor

di Guerrino Zuin

p. 4

DAL PAST PRESIDENT

p. 8

**Struttura e organizzazione della
 Cardiologia italiana**

di Michele Massimo Gulizia



DALLA FIC

p. 15

**Lettera aperta del Presidente della
 Federazione Italiana di Cardiologia**

di Francesco Fedele

DAL PRESIDENTE

p. 6

Verso il Congresso Nazionale 2017

di Andrea Di Lenarda

DAL CENTRO STUDI

p. 17

**Intervista ad Aldo Maggioni,
 Direttore del Centro Studi ANMCO**

di Guerrino Zuin

IL PUNTO SUGLI STUDI

p. 21

CLINICI DEL CENTRO STUDI ANMCO



DALLE AREE

AREA ARITMIE p. 25

Telecardiologia fra ospedale e territorio
di Donato Melissano e Gabriele Zanotto a nome dell'Area Aritmie

AREA EMERGENZA - URGENZA p. 28

Le UTIC: nuovi scenari, nuove sfide
di Emilio Di Lorenzo, Roberta Rossini, Daniela Lina

AREA GIOVANI p. 30

Area Giovani: passaggio di consegne
di Emilia Biscottini, Gabriele Vianello, Fabiana Lucà, Giorgio Caretta, Vincenza Procaccini; Letizia Riva, Alberto Lavorgna, Luca Poggio, Fabio Vagnarelli, Renata De Maria, Marco Marini

AREA NURSING p. 31

Area Nursing: bilancio e prospettiva
di Donatella Radini, Mauro Mennuni, Sabrina Egman, Massimo Imazio

DALLE TASK FORCE

TASK FORCE CARDIOGERIATRIA p. 34

Fibrillazione Atriale e Anziano: non solo CHA2DS2-VASc e HAS BLED?
di Giovanni Pulignano, Donatella Del Sindaco, Maria Denitza Tinti, Massimo Uguccioni

TASK FORCE CARDIONCOLOGIA p. 37

La cardioncologia, una sfida che continua
di Iris Parrini

DALLE REGIONI

FRIULI VENEZIA GIULIA p. 43

<p>INNOVAZIONE TERAPEUTICA: APPROPRIATEZZA E RIDUZIONE DEL RISCHIO IN DIABETOLOGIA E CARDIOLOGIA. PEER TO PEER TRA SPECIALISTI</p>   <p>SABATO 05 NOVEMBRE 2016 HOTEL INTERNAZIONALE CERVIGNANO DEL FRIULI (UD)</p>	<p>IMAGING INTEGRATO NELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA: REALTÀ ATTUALE E PROSPETTIVE FUTURE</p>   <p>SABATO 14 GENNAIO 2017 Pordenone Fiere PORDENONE</p>
--	--

Notizie dal Friuli Venezia Giulia
di Matteo Cassin a nome del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia

PUGLIA p. 45

La rete degli ambulatori per lo scompenso
di Massimo Grimaldi, Massimo Iacoviello, Umberto Rizzo, Sergio Pede, Pasquale Caldarola

SICILIA p. 48

"Vicini al tuo cuore"
di Giovanna Geraci, Maurizio Giuseppe Abrignani, Giovanni De Luca, Michele Gabriele

FORUM p. 51

Dieta mediterranea, da sola non basta
di Francesco Paolo Calciano, Antonio Cardinale, Maria Rosaria Cardinale, Porzia Lacertosa



Ruolo del Team nella gestione dell'emergenza intraospedaliera p. 55
di Alessandro Capecechi

OSSERVATORIO DI DIRITTO SANITARIO p. 58

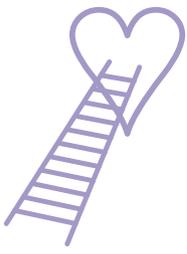
La responsabilità medica oltre i "confini" del vincolo contrattuale
di Mario Chiatto e Giovanna Murrone

STORIA E CURIOSITÀ DELLA CARDIOLOGIA p. 60

«Vedere i movimenti del sangue»
di Andrea Vesprini e Fabiola Zurlini

VIAGGIO INTORNO AL CUORE p. 63

Il cuore nella canzone napoletana: 'O core
di Raffaele Merenda e Fortunato Scotto di Uccio



Lettera dall'Editor

<<La dottoressa è bella, elegante, alla sera si trasforma come la fata Melusina, con i suoi vestiti e i suoi gioielli sfolgoranti e gli occhi e i denti più sfolgoranti ancora: una fata lo è anche davanti al letto del malato, sia un principe o un operaio, al quale oltre alla sua cura sapientissima, regala generosamente bottiglie di vino antico, polli e fiori. Il suo nome è Isotta>>.

Così Grazia Deledda celebra la prima donna medico condotto d'Italia. Isotta Gervasi, prima donna laureata in Medicina presso l'Università di Bologna nel 1917, viene ricordata come la "dottoressa dei poveri" e "l'angelo in bicicletta". Specializzatasi nel 1919 in Pediatria, come quasi tutte le donne Medico dalla fine dell'Ottocento, abbandonò presto questo indirizzo per accettare il primo incarico di medico condotto. Questo incarico fu rivoluzionario non solo di per sé ma soprattutto se contestualizzato nel periodo storico in corso, quello del ventennio fascista, dove la vita ed il ruolo di Isotta furono, di fatto, un atto di totale ribellione alla visione patriarcale e maschilista della società e al ruolo preconstituito e sacrificato della donna in essa. Isotta, con la caparbia e l'ostinazione di chi cambia il mondo non con le parole ma con l'impegno e con la determinazione, non cedette mai alla fatica ed alle difficoltà, e per anni raggiunse i suoi malati in bicicletta, in motocicletta ed infine con l'automobile. Negli anni



Un intenso ritratto di Isotta Gervasi, primo medico donna in Italia (Castiglione di Cervia, 21 novembre 1889 - Modena, 17 giugno 1967)

la sua figura divenne celebre tanto da ricevere numerosi premi locali e nazionali ma nonostante la fama non rinunciò mai a curare i poveri. Da Isotta ad oggi per le donne medico è stata fatta molta strada anche se molta ne rimane ancora da fare. In Italia nel 2016 il 40% degli iscritti agli Ordini dei Medici sono donne, con una netta prevalenza nella fascia under

50 dove raggiungono il 60% degli iscritti. Ma, ovviamente, non si tratta solo di cifre, quella che si sta verificando non è solo un'inversione numerica ma una profonda rivoluzione. In una professione che era tradizionalmente destinata agli uomini, in quell'immaginario collettivo che riconosceva come Medico un uomo, la comparsa prima e la difficile prevalenza poi delle donne, porta con sé la rivoluzione di un cambio di paradigma ed impostazione perché permea la professione di tutte quelle infinite differenze di genere tra uomo e donna che in Medicina si riassumono in un'unica parola. La cura. Uomini e donne praticano la medicina in modo diverso e ci sono prove che, se a curarvi è una donna, avrete più probabilità di guarire e di non avere ricadute. Lo dice autorevolmente un recentissimo studio condotto dai ricercatori della Harvard University e pubblicato su JAMA (Tsigawa Y. december 19, 2016) che ha dimostrato una riduzione del rischio relativo di mortalità e riammissione del 4 e 5% rispettivamente quando le cure sono fornite da dottoresse rispetto ai colleghi uomini. Nessuna magia: le donne medico ascoltano più attentamente i malati, si fanno raccontare i sintomi di ieri e di oggi avendo così più elementi per giungere ad una diagnosi corretta, tendono a fornire più dei colleghi uomini cure preventive e supporto



psicologico, si interessano della vita dei pazienti al di fuori dall'Ospedale comprendendo così meglio e più precocemente le eventuali necessità nel post dimissione e ottenendo nel contempo una migliore aderenza alle terapie ed ai percorsi di follow-up. Lo studio sembra così suggerirci che, al momento del ricovero, ci sia da sperare che il medico che accoglie il paziente sia una donna perché a parità di linee guida, protocolli, strumentazione e farmaci quello che può fare la differenza sembra proprio essere quella modalità empatica con cui viene dispensata la cura. Ascoltare, prendersi cura, avere cura: quel modo tutto femminile che hanno le donne di vivere ogni aspetto della loro vita, anche la professione. Ed è partendo da tale ispirazione che questo numero di "Cardiologia negli Ospedali", che esce in prossimità alla Festa della Donna, vuole essere un omaggio a tutte le donne ed a tutte le Colleghe che con il loro impegno non solo nobilitano ma rendono più efficace la cura. A loro è anche dedicata la copertina di questo numero che riporta l'immagine di un'opera architettonica moderna declinata nel tema della leggerezza, del candore, della purezza, della sinuosità, della eleganza, nel tema della donna. La scala di Fuksas sembra avere l'inconsistenza delle nuvole, sembra essere luogo ideale su cui collocare l'immagine di una fata, quella fata che ogni dottoressa diventa per i malati di cui si prende cura. Ed è una scala anche quella che poggiava sulle spalle di una anziana signora, l'archeologa tedesca Maria Reiche, che Bruce Catwin immortalò durante un suo viaggio in Sud America. L'archeologa studiava



L'archeologa tedesca Maria Reiche (Dresda, 15 maggio 1903 - Lima, 8 giugno 1998)

le linee di Nazca, linee disegnate a terra da un susseguirsi di pietre prive all'apparenza di significato ma che si palesavano in uccelli, fiori e alberi appena la Signora saliva la scala e guardava la prospettiva dall'alto. A dirci che talora la comprensione dei fenomeni passa attraverso il cambiamento del punto di osservazione e che cambiare il punto di osservazione può divenire la chiave di volta per risolvere quegli enigmi che sfuggono ad una visione standardizzata della realtà. Cambiare punto di vista è quello che fanno in modo tanto naturale quanto eccezionale le nostre donne medico capaci di risolvere grandi e piccoli problemi semplicemente elevandosi oltre le barriere costruite sul genere e

sul sentire comune, capaci di elevarsi e cambiare prospettiva per scorgere la bellezza in un mondo di sofferenza. Consapevoli di questi meriti ma anche di quanto ancora le donne patiscano in termini di progressione di carriera, di ruoli di responsabilità e nella possibilità di raggiungere eguali livelli economici dei Colleghi uomini dovremmo forse fare quello che ci suggeriva Eugenio Montale in una sua famosissima poesia e tendere infine le mani alle nostre Colleghe affinché la loro non sia più solo una carriera vissuta ai margini della scena sotto il peso schiacciante di una vita familiare che rimane a loro totale carico, né una ascesa difficile e solitaria, pagata al carissimo prezzo della rinuncia di una realizzazione privata, ma un percorso in cui trovano sostegno e riconoscenza.

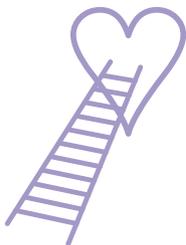
<<Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale

e ora che non ci sei è il vuoto ad ogni gradino.

Con te le ho scese perché sapevo che di noi due

le sole vere pupille, sebbene tanto offuscate, erano le tue>>.

Se la professione sarà sempre più donna e se il mondo accoglierà e sosterrà le donne in ogni professione e nella nostra, le cure saranno migliori e il nostro destino di assistiti sarà più fortunato. Le prospettive sono infine rosee. Dalla Redazione di "Cardiologia negli Ospedali" auguri a tutte le donne. ♥



Verso il Congresso Nazionale 2017

Campagna "per il Tuo Cuore", Banca del Cuore, gli Studi ANMCO

Stiamo componendo il programma del Congresso 2017 che ricordo si svolgerà a Rimini dall'11 al 13 maggio prossimi. Molti simposi, una vasta gamma di argomenti, casi clinici, simposi congiunti con l'American College of Cardiology e l'American Heart Association, un aggiornamento completo sulle ultime novità in ambito cardiovascolare. Vi aspettiamo numerosi. Abbiamo avuto tante proposte di simposi per il Congresso, la maggioranza di ottimo livello, che abbiamo dovuto inevitabilmente sintetizzare ed integrare per rispondere alle esigenze organizzative di spazi e tempi. Sta venendo fuori un congresso credo di alto livello, con la partecipazione attiva dei maggiori esperti della nostra associazione e nazionali, senza dimenticare alcuni esperti di valore assoluto

internazionale. Abbiamo ricevuto oltre 500 abstract, che certamente non è il numero degli ultimi anni, ma va considerato la difficoltà di una deadline ai primi giorni di gennaio, determinata obbligatoriamente dall'anticipo della data del congresso. Tenendo conto di questo fattore, il risultato è senz'altro molto buono e permetterà di comporre interessanti sessioni di comunicazioni. Sono stati formalizzati i nuovi Co - Chairperson e componenti dei Comitati di Coordinamento delle Aree e Task Force. Il dato interessante è la presenza nei Comitati di Coordinamento di diversi colleghi giovani o comunque di grande spessore, nel pieno delle energie e stimoli. Mi pare un segnale positivo per l'associazione ed in prospettiva per il grande lavoro da fare. Alcune novità tra le Task Force. Sono

state confermate le Task Force di CardioGeriatrics, Cardiologia dello Sport, Cardiologia Pediatrica e CardiOncologia. Di nuova istituzione quella sulla Rete Ospedale - Territorio, di grandissima attualità in un periodo di riforme sanitarie che puntano sull'integrazione ospedale - territorio, e sulla CardioNeurologia, tematica di grande e rinnovato interesse trasversale per le diverse branche cardiologiche. In questo numero trovate il prospetto dei nuovi Chairperson, Co - Chairperson e Referenti delle Task Force e dei componenti dei Comitati di Coordinamento. A tutti loro un grande augurio di buon lavoro per un biennio pieno di iniziative utili e interessanti per una ulteriore crescita della nostra comunità cardiologica. La Settimana della Fondazione per il Tuo cuore è da poco passata. Un

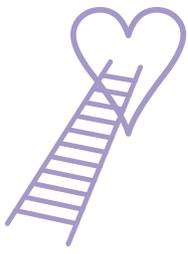


Centinaia di triestini alla Camminata "per il Tuo cuore" verso il Castello di Miramare del 18 febbraio 2017

fiorire di eventi dentro e fuori le Cardiologie che hanno aderito, dagli eventi teatrali “La Salute del Cuore”, per promuovere i principi cardine per una lunga vita in buona salute cardiovascolare, alle iniziative dentro e fuori gli ospedali, dalla Banca del Cuore, ai gazebo in piazza, alle camminate in riva al mare (come a Trieste), alle corse in città ed a tante altre iniziative che hanno coinvolto migliaia di persone e pazienti di tutto il nostro paese. Anche il Truck della Fondazione, attrezzato per lo screening cardiovascolare (classificazione del rischio cardiovascolare, esecuzione e stampa dell’ECG, screening metabolico con esecuzione e stampa di 8 parametri di laboratorio, consegna di 7 Opuscoli della Fondazione su come mantenersi sani il più a lungo possibile e come curarsi in caso di bisogno) e per

incontri formativi ed informativi, è partito da Sanremo l’8 febbraio, con un grande successo di pubblico ed apprezzamento anche da alcuni personaggi del Festival. Da aprile a novembre le piazze italiane verranno “occupate” da questa iniziativa, che certamente richiamerà l’attenzione dei media, delle istituzioni, dei pazienti e della popolazione delle città coinvolte dal “Truck Tour Banca del Cuore” sulla nostra Fondazione, sulla nostra Associazione, sulle nostre Cardiologie. In sei mesi verranno toccate tutte le principali piazze del nostro paese con un prevedibile ritorno in termini di visibilità e messaggi chiave per la promozione della salute cardiovascolare nel nostro paese. Infine stanno partendo due importanti studi ANMCO su due tematiche di grandissima attualità per le ricadute che si prospettano

in campo terapeutico per i nostri pazienti. Nei mesi prossimi inizia l’arruolamento per l’EYESHOT post MI e il BLITZ - HF. Entrambi fotograferanno la realtà italiana di due patologie che per epidemiologia, prognosi e consumo di risorse impattano moltissimo sui nostri pazienti, sui nostri ospedali e sulle nostre cardiologie. Ne deriveranno certamente risultati molto interessanti per il nostro agire quotidiano. Tante iniziative, una proposta molto articolata, tanto lavoro. Un grazie a Michele Gulizia, Domenico Gabrielli e tutto il Consiglio Direttivo e Nazionale, alla segreteria ANMCO e della Fondazione per lo sforzo che stanno facendo per il grande lavoro che si sta portando avanti.♥



Struttura e organizzazione della Cardiologia italiana

7° CENSIMENTO DELLE STRUTTURE CARDIOLOGICHE IN ITALIA

“Costruire teorie prima di aver raccolto i fatti è un errore madornale: conduce ad adattare i fatti alle teorie, invece che adattare le teorie ai fatti”
Arthur Conan Doyle

Era il 18 ottobre 2014 quando a Gubbio, agli Stati Generali ANMCO, tra gli altri progetti del cronoprogramma della presidenza ANMCO del mio biennio, presentavo l'idea del **7° Censimento ANMCO delle Strutture Cardiologiche italiane**. Erano quelli i tempi in cui l'accurato dibattito della Comunità cardiologica era focalizzato sul timore che il nuovo modello assistenziale – quello per intensità di cure – pervadesse tutte le realtà regionali italiane, distruggendo in pochi anni quanto da noi cardiologi conquistato sul campo, ovvero l'abbattimento della mortalità ospedaliera grazie all'avvento delle UTIC e al Dipartimento di Cardiologia. E, ricordo, ognuno che interveniva declinava appassionatamente il modello di intensità di cura a lui noto, per averlo inizialmente sperimentato o per averne sentito parlare dal collega che ne aveva fatto esperienza. Declinazioni spesso non correlanti tra loro e quindi apparentemente inesatte se non per una certezza emergente: il modello veniva declinato e adottato, dalle regioni che ne avevano sposato la filosofia, in modo differente tra le realtà nazionali



e, addirittura, in modo difforme tra strutture della stessa regione! Da qui l'idea di fare il punto *prima della catastrofe* rilevando, foss'anche per poterne parlare ai nostri pronipoti come *“dei tempi che furono”*, il numero delle Cardiologie ancora esistenti, i modelli organizzativi da esse adottate, la tipologia e la complessità, le dotazioni strumentali e organiche e, non per ultimo, se e quale modello di intensità di cura fosse stato adottato in quelle coinvolte. Quindi il percorso di un'opera che ha richiesto un impegno considerevole di uomini e donne di buona volontà, professionisti esperti che hanno speso pazienti giornate di telefonate per “cavare” informazioni dai Centri più resistenti e, soprattutto, di interminabili conversazioni con

funzionari amministrativi di alcuni ospedali italiani che erano spesso ignari del modello assistenziale adottato dalla propria azienda. Nell'ottica dell'impegno associativo trasversale che ho proposto e condiviso con il consiglio direttivo dell'epoca, tra ANMCO e tutte le altre società scientifiche, e che ha caratterizzato questo trascorso biennio, abbiamo deciso di condividere questo momento scientifico-organizzativo con la Società Italiana di Cardiologia che ci ha fornito i dati dei Centri cardiologici a direzione universitaria. Per questo impegno e dedizione sono particolarmente grato a Donata Lucci e a tutti i componenti del Centro Studi ANMCO che hanno pazientemente raccolto e allocato i numerosi pezzi di questo stupendo puzzle denominato “Censimento delle Strutture Cardiologiche 2015”, e particolarmente a Giovanni Gregorio che, nella sua qualità di Chairperson dell'Area Management & Qualità di ANMCO, ha sacrificato, anche lui appassionatamente, tante ore di tempo per la condivisione, discussione, stesura ed elaborazione dei dati per poter dare un corpo leggibile a questa straordinaria opera conoscitiva della realtà cardiologica nazionale. Il Censimento delle Strutture Cardiologiche rappresenta quindi una importantissima occasione per una puntuale messa a punto



sulla *Struttura e Organizzazione della Cardiologia italiana*; una fotografia che si ripete nelle ultime edizioni ogni cinque anni e che coinvolge attivamente tutte le cardiologie collocate all'interno di Enti di Ricovero e Cura sia pubblici che privati accreditati. Il primo Censimento risale al 1986 e fu quella la prima volta in cui l'ANMCO si cimentò in una rilevazione puntuale, attraverso la compilazione di una scheda di raccolta dati, dell'assetto della Cardiologia in Italia rivolgendosi, all'epoca, esclusivamente alla realtà Ospedaliera. A distanza di cinque anni dall'ultimo rilevamento FIC (Federazione Italiana di Cardiologia) del 2010 (rilevato, ma mai pubblicato), e quindi a dieci anni dall'ultima pubblicazione, ho ritenuto che fosse necessario, per tutte le motivazioni espresse in premessa, definire il quadro della struttura e organizzazione della cardiologia italiana, promuovendo un *Censimento delle strutture cardiologiche ospedaliere, universitarie e private accreditate* (per queste ultime limitatamente a quelle dotate di posti letto accreditati per la cardiologia con il Servizio Sanitario Nazionale), affidando la raccolta e l'elaborazione dei dati come di consueto alla consolidata expertise del Centro Studi dell'ANMCO.

Gli scopi di questo Censimento sono stati quelli di acquisire informazioni aggiornate su:

- il numero e la distribuzione delle strutture cardiologiche sul territorio nazionale
- il loro stato normativo e l'assetto organizzativo
- le risorse di personale impiegate
- la disponibilità di Centri specialistici, di attrezzature di tecnologie
- la valutazione dell'evoluzione e

dello sviluppo rispetto alle precedenti rilevazioni. I dati sulla consistenza e sull'articolazione dei presidi e delle attività cardiologiche sono stati raccolti con minuziosa accuratezza nell'anno 2015 e rappresentano con fedeltà le differenze interregionali dell'offerta cardiologica e il travaglio di una disciplina attraversata dai grandi cambiamenti in corso nel SSN. Dei 668 istituti di ricovero, 662 - pari al 99% - hanno risposto (562 su 565 pubblici - il 99% - e 100 su 103 privati accreditati - pari al 97%).

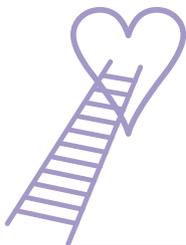
La pubblicazione si riferisce ai dati pervenuti e relativi a 802 Unità Cardiologiche (687 pubbliche e 115 private accreditate).

I risultati preliminari, ovvero il numero e le aree geografiche coinvolte, sono stati presentati in anteprima al Congresso Nazionale ANMCO 2016 di Rimini, suscitando grande interesse e approfondite riflessioni. Il quadro che viene fuori dalla ricerca è rappresentativo della realtà nazionale cardiologica, grazie alla elevata e completa partecipazione della Cardiologia Italiana.

È quindi una grande soddisfazione per me presentare questo numero del Giornale Italiano di Cardiologia che riporta i dati del **7° Censimento ANMCO-SIC delle Strutture Cardiologiche** riferito all'anno 2015.

Lo spirito alla base della ricerca è l'esplorazione della disponibilità di strutture cardiologiche (Reti assistenziali, Dipartimenti, Tipologia organizzativa per specificità o intensità di cura, Ospedali, Strutture di ricovero in emergenza, di ricovero ordinario, di ricovero diurno, Ambulatori, U.O. di Cardiologia, UTIC, Cardiologia Riabilitativa, Cardiologia Pediatrica, Cardiologia Interventistica, Aritmologia, Elettrostimolazione,

Diagnostica, dotazione strumentale e di personale), ponendo l'attenzione sulle reali attività svolte e cogliendo opportunamente, nella raccolta di numeri di prestazioni e di procedure, lo stato di salute della realtà attuale della Cardiologia italiana in rapporto alle modifiche del SSN. Lo scopo è quello di disegnare la mappa dell'esistente per porre le basi per una nuova e più appropriata riorganizzazione della Cardiologia italiana, fondata sulla implementazione delle UACC - *Unità Assistenziali Complesse Cardiovascolari* - in grado di dare risposte appropriate alla domanda di assistenza e di assicurare la continuità assistenziale in ottica di integrazione ospedale-territorio in una logica di medicina in rete. Volendo riassumere in alcuni brevi passaggi i punti chiave emersi, anche con l'ausilio di alcune tabelle riassuntive incluse in questo articolo - rinviando l'approfondimento alla lettura dell'intero documento - emergono alcune considerazioni sostanziali sul "*Censimento*" e sulla "*Struttura e Organizzazione della Cardiologia*". Sul "**Censimento**" appare come la disponibilità di Ospedali con *Cardiologia e/o con UTIC* è maggiore al Sud rispetto al Centro e al Nord. Per contro, gli Ospedali con *Cardiochirurgia, Chirurgia Vascolare, Emodinamica e Aritmologia Interventistica* sono presenti in misura maggiore al Nord rispetto al Centro e al Sud, ad eccezione della disponibilità dei Centri di Elettrostimolazione che sono presenti più al Sud e al Centro rispetto al Nord. La disponibilità di Ospedali con *Medicina Nucleare* è maggiore al Sud e al Centro rispetto al Nord, quella con *TAC Coronarica* è maggiore al Centro rispetto al Sud e al Nord, mentre quella con *RMN*



Complessità Ospedali con Cardiologia:
Ospedali con UTIC, Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare

Regione	H con Cardiologia		H con UTIC		H con CCH		H con Chirurgia Vascolare	
	N°	x milione Ab.	N°	x milione Ab.	N°	x milione Ab.	N°	x milione Ab.
Piemonte	43	9,76	29	6,58	9	2,04	16	3,63
Valle d'Aosta	2	15,71	1	7,85	0	0,00	1	7,85
Lombardia	106	10,59	63	6,29	20	2,00	54	5,40
P.A. Bolzano	4	7,68	2	3,84	0	0,00	3	5,76
P.A. Trento	7	13,01	2	3,72	1	1,86	2	3,72
Veneto	45	9,16	26	5,29	6	1,22	21	4,27
Friuli V.G.	16	13,10	5	4,09	2	1,64	4	3,28
Liguria	20	12,73	11	7,00	3	1,91	9	5,73
Emilia Romagna	42	9,44	27	6,07	5	1,12	15	3,37
Toscana	39	10,42	26	6,94	4	1,07	10	2,67
Umbria	10	11,22	6	6,73	2	2,24	3	3,37
Marche	15	9,72	14	9,07	1	0,65	5	3,24
Lazio	58	9,85	33	5,60	8	1,36	22	3,74
Abruzzo	21	15,83	10	7,54	2	1,51	6	4,52
Molise	6	19,23	3	9,61	0	0,00	2	6,41
Campania	65	11,11	42	7,18	8	1,37	22	3,76
Puglia	50	12,26	30	7,36	8	1,96	14	3,43
Basilicata	7	12,20	6	10,46	1	1,74	2	3,49
Calabria	23	11,67	14	7,10	2	1,01	7	3,55
Sicilia	69	13,60	39	7,69	7	1,38	22	4,34
Sardegna	20	12,06	10	6,03	2	1,21	5	3,02
Italia	668	11,01	399	6,58	91	1,50	245	4,04
Nord	285	10,27	166	5,98	46	1,66	125	4,50
Centro	143	10,68	89	6,64	17	1,27	46	3,43
Sud	240	12,30	144	7,38	28	1,43	74	3,79
Pubblico	565	9,31	368	6,07	67	1,10	198	3,26
Privato	103	1,70	31	0,51	24	0,40	47	0,77

Cardiaca è maggiore al Centro e al Nord rispetto al Sud. La disponibilità di Ospedali con Day Hospital di area cardiovascolare è maggiore al Sud e rispetto al Nord e al Centro, e comunque la disponibilità di posti letto di Day Hospital cardiologico è inferiore allo standard di legge. Di contro, la disponibilità di Ospedali con Ambulatori di area cardiovascolare è maggiore al Centro rispetto al Sud e al Nord. Per quanto attiene ai Centri di Aritmologia Interventistica ed

Elettrostimolazione, mentre l'attività di Elettrostimolazione è maggiormente presente al Sud e al Centro (rispetto al Nord), le attività di Aritmologia interventistica prevalgono al Nord rispetto al Centro e al Sud. Anche la disponibilità di Emodinamica, finalizzata all'Interventistica coronarica, vascolare, strutturale, valvolare, pediatrica e del congenito adulto, mostra un caratteristico gradiente geografico con maggiore presenza di Strutture al Nord rispetto

al Centro e al Sud. Scendendo nel dettaglio dei Centri Specialistici, delle Dotazioni Strumentali e delle Tecnologie, rileviamo che i Centri che effettuano ECG Dinamico, Monitoraggio ambulatoriale della P.A., Ergometria, Tilting Test, Ecografia Vascolare, Ecocardiografia Transtoracica - Transesofagea ed Ecostress - sono disponibili più al Sud e al Centro, rispetto al Nord. Inspiegabilmente, i Centri specialistici che eseguono un Test Cardiopolmonare sono maggiormente presenti al Sud e al Nord, rispetto al Centro. Per converso la disponibilità di Centri di Cardiologia Nucleare, di TAC Coronarica, di RMN Cardiaca, di IVUS, di OCT e per Biopsia endomiocardica sono più presenti al Nord e al Centro rispetto al Sud. Il nodo dolente del **Personale**, nella uniforme carenza generale, rappresenta un panorama di Medici presenti in misura maggiore al Sud rispetto al Centro e al Nord mentre, al contrario, gli Infermieri e i Tecnici di cardiologia sono presenti in misura maggiore al Nord e al Centro rispetto al Sud. Il Dipartimento Cardiologico puro è presente in misura maggiore al Nord rispetto al Sud e al Centro, invece il Dipartimento Cardiologico con altre specialità è maggiormente presente al Nord e al Centro rispetto al Sud. Dei 42 "Dipartimenti cardiologici puri", 26 (62%) gestiscono un proprio budget e 28 (67%) hanno attivo il Comitato di Dipartimento. Dei 55 "Dipartimenti cardiologici con altre specialità", 36 (65%) gestiscono il proprio budget e 43 (78%) hanno attivo il Comitato di Dipartimento. Il dato sulle Reti in Cardiologia fotografa una maggiore organizzazione a rete delle Cardiologie coinvolte al Nord, rispetto al resto d'Italia. Per quanto attiene all'atteso, quanto scongiurato, dato sull'Organizzazione



per *Intensità di Cura* e *Specificità di Cura*, il nostro Censimento rileva che la maggioranza degli Ospedali italiani sono organizzati per Specificità di Cura. L'Organizzazione per Intensità di Cura, che coinvolge una minoranza di cardiologie, è presente soprattutto al Centro-Nord rispetto al Sud (la specifica tabella - qui inserita e nella pubblicazione originale - definisce dettagliatamente questo e tutti gli altri aspetti descritti in questo articolo). Per quanto invece attiene alle considerazioni sulla **Struttura e Organizzazione della Cardiologia**, l'impressione consolidata dai dati rilevati e dai recenti accadimenti è che la Cardiologia è destinata a subire profonde trasformazioni nel suo assetto organizzativo. Il DM 70/2015 disegna un sistema ospedaliero nel quale l'offerta di presidi cardiologici appare desertificata. Un'assistenza cardiologica in grado di dare risposte appropriate, efficaci ed efficienti si deve basare su una rete di presidi di riferimento (DEA di I e II livello) e di competenze cardiologiche (presenti anche negli Ospedali di Pronto Soccorso) adeguate e strategicamente diffuse sul territorio. Va rovesciata l'antica logica di programmazione "verticale", basata su *contenitori di posti letto* diffusi a pioggia, per affermare invece una logica di programmazione "orizzontale", fondata su un momento di analisi dei bisogni di salute (ovvero su Analisi delle condizioni Geo-territoriali, Analisi dell'Assetto Demografico, Analisi delle Condizioni Epidemiologiche, Analisi dei Bisogni Sanitari) e su un momento di elaborazione e implementazione di un progetto di intervento (Individuazione delle Strutture Sanitarie, Definizione dell'Articolazione Assistenziale, Implementazione della Governance Sanitaria) per l'affermazione di un Modello Sanitario basato su Equità

dell'Accesso, Condivisione dei Percorsi e Continuità Assistenziale. Va affermato il ruolo centrale della *Unità Assistenziale Complessa di Cardiologia* (U.A.C.C.) - acronimo da me coniato nel 2014 agli Stati Generali ANMCO e piaciuto alla comunità cardiologica che lo ha fatto proprio - basata su specificità e gradualità di cura, caratterizzata dalla contemporanea presenza di Area Intensiva (ex UTIC), Area a Media Assistenza (ex Cardiologia) e Area Riabilitativa (Riabilitazione Cardiovascolare) a guida e gestione unitaria cardiologica. L'Unità Assistenziale Complessa di Cardiologia dovrà:

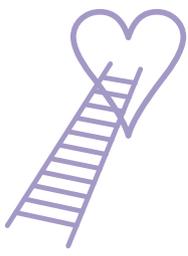
- essere in grado di erogare prestazioni ambulatoriali, di Day Hospital e Day Surgery, di ricovero ordinario e di urgenza, di ricovero riabilitativo;
- avere accesso in loco o in rete a Centri specialistici di cardiologia interventistica e aritmologica interventistica, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, etc.
- essere inserita in un contenitore organizzativo dipartimentale (Dipartimento Cardiovascolare) trans-ospedaliero, nel quale convivono strutture ospedaliere e strutture territoriali;
- essere inserita in un sistema a rete che consenta di dare risposta alla emergenza-urgenza cardiovascolare, alle Sindromi Coronariche Acute, allo Scompenso Cardiaco, alla Emergenza Aritmiche,

alla Riabilitazione cardiovascolare e alla nuova Cronicità Cardiovascolare;

- essere parte integrante di una offerta sanitaria fondata sull'alleanza tra professionisti e pazienti per l'affermazione di un Modello Sanitario basato su Equità dell'accesso, Condivisione dei percorsi e Continuità assistenziale. Questa, in sintesi,

Ospedali e Organizzazione per Intensità di Cura. Percentuale di Ospedali secondo la organizzazione per intensità o specificità di cura. Distribuzione per Macroarea e regione.

Regione	H. organizzati per intensità di cure	H. in cui sono in atto procedure per organizz. intensità di cure	% H. Specificità Cura
Piemonte	9.3%	27.9%	90,7%
Valle d'Aosta	0.0%	0.0%	100,0%
Lombardia	20.8%	11.3%	79,2%
P.A. Bolzano	0.0%	75.0%	100,0%
P.A. Trento	14.3%	14.3%	85,7%
Veneto	9.1%	20.5%	90,9%
Friuli V.G.	18.8%	43.8%	81,3%
Liguria	10.0%	25.0%	90,0%
Emilia Rom.	40.5%	31.0%	59,5%
Toscana	69.2%	10.3%	30,8%
Umbria	10.0%	10.0%	90,0%
Marche	13.3%	13.3%	86,7%
Lazio	7.0%	31.6%	93,0%
Abruzzo	0.0%	28.6%	100,0%
Molise	0.0%	16.7%	100,0%
Campania	4.6%	7.7%	95,4%
Puglia	4.1%	8.2%	95,9%
Basilicata	0.0%	42.9%	100,0%
Calabria	0.0%	17.4%	100,0%
Sicilia	16.4%	20.9%	83,6%
Sardegna	5.3%	21.1%	94,7%
Italia	15.7%	19.3%	84,3%
Nord	18.7%	21.8%	81,3%
Centro	23.9%	21.8%	76,1%
Sud	7.2%	14.8%	92,8%
Pubblico	16.7%	19.6%	83,3%
Privato	10.0%	18.0%	90,0%



Unità di degenza per tipologia. Distribuzione per macroarea e per Regione.

Regione	N° cardiologie con letti	N° Totale letti cardiologici	N° cardiologie con letti UTIC	N° Letti UTIC	N° cardiologie con letti degenza	N° Letti degenza	N° cardiologie con letti riabilitativi	N° Letti riabilitativi	N° cardiologie con letti pediatrici	N° Letti pediatrici
Piemonte	41	927	30	190	35	481	6	246	1	10
Valle d'Aosta	1	25	1	5	1	20	0	0	0	0
Lombardia	127	2.944	63	370	95	1.753	36	772	3	49
P.A. Bolzano	2	45	2	11	2	34	0	0	0	0
P.A. Trento	5	187	2	14	3	53	2	120	0	0
Veneto	40	943	26	194	35	603	8	146	0	0
Friuli V. Giulia	5	134	5	37	5	97	0	0	0	0
Liguria	17	354	11	80	14	159	5	107	1	8
Emilia Romagna	43	926	27	171	35	606	13	135	2	14
Toscana	42	670	28	171	39	425	5	51	1	23
Umbria	9	143	6	34	7	98	2	11	0	0
Marche	16	341	14	79	16	242	1	20	0	0
Lazio	58	1.189	34	212	48	732	8	206	3	39
Abruzzo	21	306	10	67	18	187	4	52	0	0
Molise	3	62	3	16	3	46	0	0	0	0
Campania	74	1.161	43	250	62	779	9	112	2	20
Puglia	49	935	31	212	45	569	12	144	1	10
Basilicata	9	129	6	36	7	90	1	3	0	0
Calabria	20	401	14	118	17	214	4	69	0	0
Sicilia	67	1.105	39	248	61	795	6	40	2	22
Sardegna	13	237	10	63	12	174	0	0	0	0
Italia	662	13.164	405	2.578	560	8.157	122	2.234	16	195
Nord	281	6.485	167	1.072	226	3.806	70	1.526	7	81
Centro	146	2.649	92	563	128	1.684	20	340	4	62
Sud	235	4.030	146	943	207	2.667	32	368	5	52

una breve anteprima dei contenuti di questo Documento Scientifico-Organizzativo, fiore all'occhiello della produzione scientifica ANMCO, come gli altri 25 documenti di consenso, molti dei quali intersocietari e multidisciplinari, recentemente pubblicati. Sono fermamente convinto che questo Censimento 2015 possa e debba rappresentare un valido strumento per la programmazione sanitaria e la base per la costruzione di un moderno Sistema di Cure Cardiologiche. Per questo motivo, per ultimo ma non da ultimo, desidero esprimere il mio più profondo e sentito ringraziamento a tutti coloro che hanno reso

possibile la realizzazione di questo documento, ovvero i Direttori di Struttura Complessa e Semplice delle Cardiologie Ospedaliere e Universitarie, i Responsabili delle Unità Cardiologiche Accreditate e i Cardiologi di tutti i livelli funzionali delle cardiologie italiane, il personale del Centro Studi e tutti coloro che hanno partecipato all'analisi e all'elaborazione dei dati. Senza il loro preziosissimo aiuto non saremmo riusciti a realizzare quest'opera straordinaria che rappresenterà un utile strumento anche per il Decisore pubblico che vorrà competentemente approfondire dati e modelli organizzativi che

finora si sono dimostrati vincenti, permettendo di abbattere considerevolmente la mortalità cardiovascolare e allungando, negli ultimi cinquant'anni, la vita media dei pazienti cardiopatici dieci volte di più di qualunque altra disciplina medica. Concludo con un mio pensiero che rappresenta la forte convinzione del mio essere socio ANMCO, ovvero che la migliore cura del paziente cardiopatico passa attraverso la difesa della specificità della nostra disciplina, unica nel suo genere, per la quale tutta la Comunità cardiologica italiana deve sentirsi profondamente orgogliosa. ♥



Andrea Di Lenarda

PRESIDENTE

ANDREA DI LENARDA

Direttore S.C. Centro Cardiovascolare
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata Trieste (ASUI)
Via Slataper, 9 - 34125 Trieste
Tel. 040/3992879-3992885 - Fax 040/3992935
andrea.dilenarda@asuits.sanita.fvg.it



Giuseppe Di Tano

VICE-PRESIDENTE
GIUSEPPE DI TANO

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia
Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST)
di Cremona - Ospedale di Cremona
Viale Concordia, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405111-405323
Fax 0372/433787
gigitano@tin.it



Stefano Urbinati

VICE-PRESIDENTE
STEFANO URBINATI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Bellaria
Via Altura, 3 - 40139 Bologna
Tel. 051/6225269-6225241
Fax 051/6225725
stefano.urbinati@ausl.bo.it



Michele Gulizia

PAST-PRESIDENT
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.gulizia60@gmail.com



Domenico Gabrielli

PRESIDENTE DESIGNATO
DOMENICO GABRIELLI

Direttore U.O. di Cardiologia
Ospedale Civile Augusto Murri
Via Augusto Murri, 9 - 63900 Fermo
Tel. 0734/625432-625436-625439
Fax 0734/6252388
domenico.gabrielli@sanita.marche.it



Adriano Murrone

SEGRETARIO GENERALE
ADRIANO MURRONE

Dirigente Medico Cardiologia e
Fisiopatologia Cardiovascolare
Azienda Ospedaliera di Perugia
Località S. Andrea delle Fratte
06156 Perugia
Tel. 075/5782394
Fax 075/5271244
adriano.murrone@gmail.com



Roberto Caporale

TESORIERE
ROBERTO CAPORALE

Dirigente Medico - U.O.C. di Cardiologia
Interventistica
Azienda Ospedaliera di Cosenza
Presidio Ospedaliero dell'Annunziata
Via F. Migliori, 1 - 87100 Cosenza
Tel. 0984/681371
Fax 0984/681374-681878
caporale.roberto@gmail.com



Antonio Amico

CONSIGLIERE

ANTONIO FRANCESCO AMICO

Direttore U.O. di Cardiologia-UTIC
Ospedale San Giuseppe da Copertino
Via Carmiano, 5 - 73043 Copertino (LE)
Tel. 0832/936259-936257
Fax 0832/930877
afamico@gmail.com



Giovanna Geraci

CONSIGLIERE

GIOVANNA GERACI

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia
Azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello
P. O. Cervello
Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo
Tel. 091/6802692-6802440
Fax 091/6802674
giovannageraci@hotmail.com



Nadia Aspromonte

CONSIGLIERE

NADIA ASPROMONTE

Dirigente Medico
U.O.C. di Cardiologia e UTIC
Ospedale San Filippo Neri
Via G. Martinotti, 20 - 00135 Roma
Tel. 06/33062429-33062294
Fax 06/33062489
nadia.aspromonte@gmail.com



Federico Nardi

CONSIGLIERE

FEDERICO NARDI

Dirigente Medico - S.O.C. di Cardiologia
Azienda Sanitaria VCO - Ospedale Castelli
Via Fiume, 18 - 28922 Verbania
Tel. 0323/541302-541367-541364
Fax 0323/541592
federico.nardil@gmail.com



Giancarlo Casolo

CONSIGLIERE

GIANCARLO CASOLO

Direttore S.C. di Cardiologia
Nuovo Ospedale Versilia
Via Aurelia, 335 - 55043
Lido di Camaione (LU)
Tel. 0584/6057119-6059722
Fax 0584/6059897
giancarlo.casolo@uslnordovest.toscana.it



Fortunato Scotto di Uccio

CONSIGLIERE

FORTUNATO SCOTTO DI UCCIO

Dirigente Medico
U.O. di Cardiologia con UTIC
Ospedale Loreto Mare
Via Amerigo Vespucci - 80124 Napoli
Tel. 081/2542793-2542792
Fax 081/2542791
scottof@libero.it



Stefano Domenicucci

CONSIGLIERE

STEFANO DOMENICUCCI

Direttore S.C. di Cardiologia-UTIC
Ospedale Padre Antero Micone
Largo Nevio Rosso, 2 - 16153
Genova - Sestri Ponente
Tel. 010/8498401-8498217-8498247
Fax 010/8498317
stefano.domenicucci@asl3.liguria.it



Guerrino Zuin

CONSIGLIERE

GUERRINO ZUIN

Dirigente Medico - U.O. di Cardiologia
Ospedale dell'Angelo - Via Paccagnella, 11
30174 Mestre (VE)
Tel. 041/9657213-9657201
Fax 041/9657235
guerrinozuin@alice.it



Lettera aperta del Presidente della FIC

Una Cardiologia italiana unita e coordinata che possa dialogare con solide basi con gli amministratori per continuare a garantire la qualità delle cure raggiunta

La nomina a Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia rappresenta per me un onore e al tempo stesso una grande responsabilità, alla luce anche dei successi ottenuti dalla Cardiologia italiana nella riduzione della mortalità e nell'allungamento della vita che devono essere mantenuti, possibilmente migliorati, a garanzia di una qualità delle cure coerente con i progressi conoscitivi e tecnologici. Mio impegno è dare continuità all'operato svolto dai miei predecessori per riaffermare l'importanza culturale della Cardiologia sia in Italia sia a livello internazionale e la visione unitaria della specialità.

La ricchezza della Cardiologia è la presenza di diverse sfaccettature, superspecialità e tecnologie, ma questa ricchezza deve essere governata e ordinata, deve essere promossa una sinergia culturale che abbia una ricaduta importante sul piano scientifico, sul piano assistenziale e sul piano formativo dei nostri giovani Cardiologi. Nell'ambito di una visione unitaria della Cardiologia, è nostro compito ribadire quello che in fondo hanno fatto 30 anni fa i nostri maestri,

creando la dottrina cardiologica con una sua specifica identità distinta dalla medicina interna. A noi spetta continuare questa missione e non permettere la frammentazione incontrollata del nostro bagaglio culturale, anche alla luce della sempre maggiore apertura ad altri operatori di prestazioni specialistiche e delicate quali quelle cardiologiche. È priorità della Federazione Italiana di Cardiologia cercare un maggior coordinamento, trovare i punti di contatto anche per l'interlocuzione con i politici, in un contesto in cui ad esempio i nuovi LEA prevedono che prestazioni specialistiche come l'ecocardiogramma possano essere svolte da altri specialisti come i radiologi e che prestazioni di pertinenza dello specialista in malattie dell'apparato cardiovascolare come la visita angiologica non possano essere svolte dal Cardiologo. Al tempo stesso, in quest'ottica, è necessario ribadire la competenza dei Cardiologi nel settore della risonanza magnetica cardiaca affinché quest'esame strumentale non solo possa essere più ampiamente disponibile ma anche per permettere una refertazione cardiologica dello stesso, così come avviene nella

maggioranza dei paesi europei. Ancora molto impegno dovrà essere profuso nella revisione del modello organizzativo per intensità di cure che in linea di principio può non essere completamente errato, purché non sia impostato sulla indiscriminazione che coinvolge orizzontalmente tutte le discipline, ma sia un modello di intensità di cure per specialità, per organo, come ad esempio per l'apparato cardiovascolare. In un momento storico in cui il contenzioso medico-legale e la medicina difensiva prendono sempre più piede, è fondamentale instaurare un rapporto proficuo con il legislatore e vigilare con attenzione su quanto sta avvenendo in Parlamento. Infatti, l'11 gennaio il Senato ha approvato il Ddl sulla responsabilità professionale del personale sanitario che esclude la punibilità per omicidio colposo nei casi in cui siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle Linee Guida, sempre che risultino adeguate alle specificità del caso concreto, ovvero, in mancanza di esse, alle buone pratiche clinico - assistenziali. Il testo approvato prevede che le Linee Guida debbano essere redatte da enti e istituzioni pubblici e privati, Società Scientifiche e associazioni



tecnico - scientifiche delle professioni sanitarie, iscritti in un apposito elenco, istituito e regolamentato dal Ministero della Salute e aggiornato con cadenza biennale. Le Linee Guida redatte dai soggetti abilitati e approvate saranno inserite nel Sistema Nazionale per le Linee Guida e pubblicate sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità. In un contesto in cui il rispetto delle indicazioni date dalle Linee Guida rappresenta fattore discriminante sulla buona condotta del medico, al tempo stesso, anche nella nostra disciplina, Linee Guida emanate da Società Scientifiche di settore, non coordinate, potrebbero dare indicazioni difformi l'una dall'altra e fuorvianti. Anche in questo caso è necessario il massimo coordinamento e la massima condivisione delle linee di condotta basate su forti basi culturali e non su spinte economico-tecnologiche. Sempre al fine di continuare a garantire la qualità delle cure raggiunta in un clima di prosecuzione, nonostante le dichiarazioni tranquillizzanti dei nostri interlocutori politici, di tagli orizzontali alla sanità, è auspicabile una politica che renda disponibili i dati aggregati di tutte le Cardiologie italiane, non solo in

termini di quantità delle prestazioni ma anche in termini di "outcome", ribadendo così, con dati solidi alla mano, che la Cardiologia continua ad essere la branca specialistica al primo posto nella riduzione della mortalità e nell'allungamento della quantità e qualità della vita. Questi concetti, corredati dall'ampia documentazione a nostra disposizione, vanno sempre più riaffermati non solo sul versante dei nostri amministratori politici ma anche dandone ampia diffusione e comunicazione alla popolazione in generale e, in particolare, alle associazioni dei pazienti cardiopatici. Quanto sopra sul versante nazionale, ma non va dimenticato l'altro impegno della Federazione che, come da statuto, prevede l'interlocuzione con le società cardiologiche internazionali. Tra queste, il rapporto senz'altro più forte è con la Società Europea di Cardiologia (ESC) che sicuramente ha portato a risultati eccellenti come il Congresso ESC tenutosi a Roma dal 27 al 31 agosto u.s. Numerosi sono i Cardiologi italiani impegnati nell'organigramma dell'ESC con margini di miglioramento per una più puntuale identificazione, su base istituzionale più che personalistica,

dei soggetti da coinvolgere nell'attività societaria. L'attività internazionale non deve limitarsi, a parer mio, ai rapporti con l'Europa, ma le nostre interrelazioni devono essere allargate anche ad altre società con cui da anni si sono allacciati rapporti di collaborazione culturale. Tra queste desidero ricordare l'American College of Cardiology (ACC) e l'istituzione dell'Italian Chapter dell'ACC, di cui sono stato governatore negli anni 2013 - 2016, carica attualmente ricoperta dal Past - President ANMCO Michele Massimo Gulizia. Anche sui rapporti internazionali, penso bisogna lavorare in maniera coordinata affinché le nostre eccellenze culturali possano apportare il massimo del loro contributo per il progresso scientifico della nostra specialità. Desidero concludere questa lettera aperta ai Cardiologi in occasione del mio inizio mandato ringraziando l'Editor per lo spazio dedicatomi, con l'augurio di un proficuo 2017 all'insegna di una sempre più fattiva collaborazione e sinergia di tutte le forze vitali della Cardiologia italiana. ♥



Intervista ad Aldo Maggioni, Direttore del Centro Studi ANMCO

3 Giugno 2016. Congresso Nazionale ANMCO Rimini. Una grande serata per festeggiare i primi 25 anni dalla nascita del Centro Studi avvenuta nel 1992. Nel 1998 ANMCO crea Heart Care Foundation (HCF) ONLUS che viene legalmente riconosciuta nel 2000 dal Ministero della Salute e registrata come ONLUS. Da allora HCF si occupa di ricerca ed educazione in ambito cardiovascolare accogliendo al suo interno il Centro Studi ANMCO e la sua attività.

Oggi il Centro Studi è una struttura complessa in cui lavorano a tempo pieno o come consulenti 19 persone e in cui dal 2002 si sono avvicendati oltre 50 monitor che hanno eseguito più di 4500 visite di monitoraggio distribuite sui trial promossi dalla HCF o da altre Istituzioni: GISSI - HF, AREA IN - CHF, GISSI - AF, CARDIO - SIS, SWEET - ACS, CYCLE, STEM - AMI, DYDA2, Beautiful, COMPASS, ISCHEMIA, REVEAL - HPS 3. Il Centro Studi ANMCO si occupa di:

- Epidemiologia clinica delle malattie cardiovascolari in Italia;
- Valutazione dell'uso di risorse e della loro appropriatezza;
- Acquisizione di informazioni sui percorsi diagnostici e terapeutici delle principali malattie cardiovascolari;
- Gestione di trial clinici e di studi di outcome;
- Censimento delle strutture

cardiologiche italiane;

- Formazione di personale addetto alla ricerca con un Master di II livello;
- Creazione di una rete di centri dotati di un supporto interno (Unità di Ricerca Clinica).

Il Centro Studi possiede la certificazione di qualità (UNI:EN:ISO 9001-2015) che ne fa una struttura di elevato livello qualitativo in grado di confrontarsi con le migliori istituzioni mondiali, le attività condotte rispettano quanto previsto e richiesto dalle Good Clinical Practice (GCP) e dalla normativa vigente in materia di sperimentazioni cliniche. Nel corso del tempo il Centro Studi ha ricevuto prestigiosi riconoscimenti tra cui quello di essere uno dei migliori centri di ricerca in ambito cardiologico, in particolare con gli studi GISSI considerati punto di riferimento metodologico, riconoscimenti che gli hanno consentito di collaborare con istituti indipendenti quali l'Istituto Mario Negri, il National Institute of Health, Il Ministero della Salute, la Società Europea di Cardiologia, la Oxford University, la New York University, il population Health Research Institute e il Montreal Heart Institute. Nel campo della ricerca innovativa con gli studi GISSI_Outliers, l'HCF e il Centro Studi si sono impegnati nello studio di quei malati che deviano dai

comportamenti attesi per scoprire le cause della loro diversità. Il Dott Aldo Maggioni guida il Centro Studi dall'ottobre del 1994.

Aldo, perché il Centro Studi è stato ed è importante per l'ANMCO e per tutta la cardiologia italiana? E chi, secondo te, ha capito cosa poteva essere il Centro Studi e come avrebbe potuto far diventare europea la cardiologia italiana?

La creazione di un Centro Studi consente ad una Associazione Scientifica di non avere finalità esclusivamente sindacali o al massimo educazionali che si risolvono nella stesura dei programmi dei congressi, ma di divenire una Società in grado di fare ricerca.

Il valore di una ricerca si esprime nella sua indipendenza e per raggiungere tale indipendenza non bastano le risorse economiche ma è necessario essere indipendenti nella gestione di uno studio dal suo inizio alla sua fine attraverso un Centro Studi che non sia solo una struttura di facciata, come succede in molte altre Associazioni, ma che sia una struttura in grado di gestire lo studio in modo completamente indipendente e con un alto livello di professionalità. Il Centro Studi diviene poi un punto di aggregazione in cui possono trovare spazio anche realtà cardiologiche che non sono conosciute dalla



Il Past President ANMCO, Dott. Michele Massimo Gulizia, mentre consegna la Targa d'Oro ad Aldo Pietro Maggioni, Direttore del Centro Studi ANMCO

politica associativa. Se noi guardiamo quali sono i migliori centri in Italia troviamo spesso centri che sono gestiti da persone che hanno nomi per lo più poco o affatto noti nella nostra politica di associazione, ma che sono invece aggregati e valorizzati tramite la ricerca e le attività del Centro Studi. La prima idea di Centro Studi fu quella di Fazzini che individuò in Donata Lucci la persona giusta da formare per poter poi avviare il neonato Centro Studi. Fu così che mandò Donata a Milano al Mario Negri, dove peraltro collaboravo anche io allora. L'idea iniziale era quella di usare il Centro Studi per fare fundamentalmente censimenti o qualche sotto studio di trial condotti da altri. Fu Tavazzi, Presidente ANMCO nel biennio 1994 - 1996, che ebbe l'idea di farne non solo un punto di riferimento per i censimenti ma un vero e proprio centro di

ricerca che nel tempo si è esteso acquisendo una dimensione non solo italiana ma internazionale, grazie alla collaborazione che è nata con gli studi che sono ora in corso.

Questa dimensione internazionale ha avuto il sostanziale avvio quando, con la Presidenza Santini (anni 1996 - 1998) che seguì quella di Tavazzi, è nata la proposta di collaborare con l'NIH. L'NIH ci fece allora una specie di audit che pur non certificandoci in modo ufficiale ci permise di essere considerati idonei a fare della ricerca per conto loro. Cominciammo così il PEACE, un trial che testava gli Ace inibitori nei pazienti con cardiopatia ischemica, a cui poi seguirono altri due trial: l'OAT e l'ISCHEMIA, condotti sempre con i finanziamenti del governo americano. Questa importante collaborazione ci ha dato una ulteriore visibilità internazionale. **Ci puoi ricordare come sei arrivato**

al Centro Studi, quale è stato il tuo primo incontro?

Più che il mio primo incontro con il Centro Studi, c'è stato il mio primo incontro con Fazzini che ha deciso di creare il Centro Studi e che ha mandato a Milano a formarsi la prima persona che è entrata nel Centro Studi, cioè Donata Lucci. L'incontro con l'ANMCO per me avviene prima come iscritto, già dalla seconda metà degli anni settanta, ed in seguito tramite la mia stretta collaborazione con gli Studi GISSI. In quel periodo io facevo parte della Segreteria Scientifica come componente del Mario Negri, ma da allora ho avuto una collaborazione con tutti i Presidenti ANMCO che si sono succeduti a partire dalla metà degli anni 80'.

Gli Studi GISSI e i Registri BLITZ sono stati dei momenti fondamentali per la ricerca e per il prestigio della



Cardiologia ospedaliera italiana a livello mondiale. Il Prof. Attilio Maseri, giunto a guidare HCF nel 2008, ha dato un impulso innovativo alla ricerca. Cosa ci puoi dire del progetto Outliers e del lavoro che svolgi fianco a fianco con il Prof. Maseri?

Questa è stata una idea complementare rispetto alle nostre attività abituali, nel senso che noi tradizionalmente abbiamo sempre condotto trial di grandi dimensioni e registri volti a studiare fondamentalmente l'epidemiologia clinica delle patologie cardiologiche più importanti. L'idea di Maseri di andare a dare un'occhiata agli estremi, cioè a quei pazienti che non rientrano facilmente nelle medie che emergono dai trial e dagli studi osservazionali, è un'idea molto originale anche se non facile da portare avanti, difficile anche da far capire, che però ha aperto la possibilità di individuare dei fattori di protezione e dei fattori di rischio che non sono quelli tradizionalmente noti. A Maseri va dato il grande merito di avere avuto questa idea. Un paio di progetti sono già in corso, tre pubblicazioni sono già uscite ma, a mio parere, questo è solo l'inizio e bisogna andare avanti perché questo è un progetto molto innovativo.

In questi anni cosa è stato Aldo Maggioni per il Centro Studi e cosa è stato il Centro Studi per Aldo Maggioni?

Per quanto riguarda il Centro Studi io sono stato il primo Direttore

e praticamente da subito, dalla sua fondazione, che comprese la creazione di una sezione di informatica, si iniziò a pensare che l'attività del Centro Studi non fosse solo quella di censimento della cardiologia ma fosse deputata alla ricerca in senso più esteso. Ho scelto con cura le persone che hanno iniziato a lavorare con noi e che all'epoca erano tutti neolaureati o segretarie ventenni allora molto giovani.

Hai fatto crescere il Centro Studi?

Ho fatto crescere il Centro studi da 3 a 15 persone e negli anni il Centro Studi è cresciuto positivamente sia dal punto di vista del bilancio scientifico che del bilancio economico.

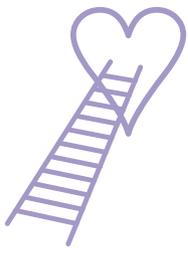
E il Centro Studi per te?

Il Centro Studi è di fatto la mia vita, o meglio la mia seconda vita. La mia prima vita è stata in ospedale, ho fatto 20 anni di unità coronarica, cominciando con la specializzazione all'università di Padova con il Prof. Dal Palù, poi tre anni al De Gasperis, dieci anni all'Ospedale di Magenta, che è un grande ospedale alle porte di Milano, e altri tre anni al Fatebenefratelli di Milano. Questa è la mia prima vita vera con venti anni di lavoro in Ospedale. Poi la scelta improvvisa di abbandonare la carriera ospedaliera, la decisione di dedicarmi solo alla ricerca che avviene nel '94 cui segue, nel giro di pochi mesi, la proposta di Tavazzi di diventare Direttore del Centro Studi. Questa è la mia seconda vita di fatto.

Ci sono stati momenti di crisi

culturale e finanziaria nel Centro Studi in questi 25 anni? Come sono stati superati?

Sono due cose diverse. Una vera crisi finanziaria, per fortuna, non l'abbiamo mai avuta anche se nel 2008, quando c'è stata la crisi finanziaria mondiale, ne abbiamo avuto dei sentori: mentre prima del 2008 avevamo un 80 - 90% di finanziamenti industriali e un 10 - 20% di finanziamenti pubblici, dal 2008 i finanziamenti industriali sono calati ma per fortuna, in parte perché nel tempo avevamo prodotto parecchi studi e perché avevamo raggiunto una buona collaborazione con i gruppi internazionali, abbiamo shiftato da un 80 - 90% di finanziamento privato ad un 80 - 90% di finanziamento pubblico (ad esempio l'Università di Oxford, il NIH). Nel 2015 sono ripartiti i finanziamenti industriali e ora siamo in una situazione di bilanciamento. Ed è bene ricordare che nel finanziamento da parte dei privati nessuno ha mai superato il 20% del totale dei finanziamenti, quindi possiamo davvero dire di essere stati indipendenti. Per la crisi culturale sono invece più critico nel senso che non si tratta di una crisi culturale ma si tratta secondo me, e qui qualcuno in ANMCO potrebbe risentirsi ma l'ho sempre detto pubblicamente e continuo a dirlo, della assenza di una linea strategica: facciamo delle cose anche belle e importanti, ma le facciamo sempre su delle opportunità del momento. Quello che ci manca è una visione



generale, un piano generale della ricerca, che sia pensato con molta più discussione all'interno delle istituzioni ANMCO, a partire dal Comitato Scientifico, dal Consiglio Direttivo, dal Consiglio Nazionale, in modo da inserire la ricerca che facciamo in un filone preordinato. Oggi facciamo tante cose di cui alcune bellissime ed alcune meno belle, però sono uno spot, fondamentalmente quello che ci capita in quel momento. Dal punto di vista culturale, secondo me, andrebbe fatto un investimento molto forte sui giovani, su quei pochi giovani, perché non sono molti quelli che sono interessati a fare della ricerca, che siano in grado di creare lo scheletro del progetto culturale dell'ANMCO.

Progetti per il futuro. Cosa bolle nella pentola della ricerca cardiologica in Italia. I big data possono essere la chiave di lettura della ricerca futura?

I big data sono una cosa interessante ma a doppio taglio, nel senso che potrebbero essere una grande opportunità, ma portano con sé il grande rischio di fare del data dredging, cioè, come si dice nel gergo, di dragare, di pescare dati che vengono un po' su a caso, senza controllo, e di correre infine dietro ai numeri e non di correre dietro ad un filone logico. Questo è il rischio. Per poter utilizzare in maniera appropriata questi big data, ci vorrebbe nel nostro Paese innanzi tutto una volontà forte da parte della amministrazione pubblica di far raccogliere sistematicamente questi dati in tutti gli Ospedali e poi

l'investimento di quelle risorse che sono necessarie affinché questi dati vengano interpretati scientificamente. E' esattamente quello che ha fatto Obama negli Stati Uniti (non so se questo progetto continuerà con Trump), che ha investito circa 40 miliardi di dollari per la raccolta dei dati negli Ospedali pubblici americani, i Veterans, Medicare, ecc., e 40 miliardi di dollari per l'NIH perché collabori nella valutazione di questi dati, cioè non solo fondi per la raccolta dati ma anche per la analisi accurata. Quelle sono le due chiavi di volta.

Quindi i dati dell'istituzione pubblica e il Centro Studi potrebbe diventare... il Centro Studi potrebbe collaborare, e poi non c'è solo la Cardiologia chiaramente...

Che cosa ci ha insegnato il Centro Studi in questi 25 anni, e qual è la lezione che dobbiamo continuare a portare avanti?

Ci ha insegnato, secondo me, come prima cosa a essere rigorosi e questa è una lezione che non è piaciuta a tutti, perché qualche volta si vuole fare in fretta e trovare delle scorciatoie, ma solo una ricerca rigorosa è quella che alla fine paga. Non siamo crollati nel momento in cui crollavano i finanziamenti proprio perché ci eravamo fatti rispettare in ambito internazionale per la rigidità di quello che dicevamo, e non è facile, quando le cose vengono dall'Italia, perché c'è sempre un retro pensiero di approssimazione e di poca rigidità, e io spero che anche

in futuro continui ad essere così e che il futuro non sia caratterizzato da nuovi studi in cui si consenta un abbassamento del livello di qualità della ricerca perché mantenere elevata la qualità della nostra ricerca è la cosa più importante per sopravvivere, quindi mantenere un elevato rigore sia dal punto di vista delle qualità del dato che dal punto di vista della gestione economica, affinché ad ogni livello la gestione sia oculata ed attenta.

Al Congresso ANMCO 2016 di Rimini il Presidente Dott. Gulizia ha voluto dedicare a te e al Centro Studi la Targa d'Oro dell'ANMCO e la festa celebrativa del 25° Anniversario di costituzione del Centro Studi. Un connubio forte il vostro, anche nel ruolo di Consigliere Delegato per la Ricerca che Michele Gulizia ricopre?

La Targa d'Oro credo che ce la siamo proprio meritata per il lavoro svolto in tutti questi anni. Il lavoro con Gulizia ha riportato al Centro Studi quel forte impulso che alcuni Presidenti di prima, sia per la situazione storica che economica del paese, sia per le capacità individuali, non erano riusciti a portare. Sono rientrati dei finanziamenti di tipo industriale e la collaborazione funziona molto bene ed, indipendentemente dalla consegna della Targa d'Oro, è un connubio che sta funzionando.

Grazie Aldo anche a nome di tutti i Soci per il lavoro che hai svolto e continui a svolgere per la ricerca cardiologica in Italia. ♥



AGGIORNAMENTO DATI:
24 gennaio 2017

Studi in corso

Nome dello Studio	N° centri attivati Italia	N° paz. previsti dal protocollo Italia (tutto il mondo)	N° pazienti arruolati Italia (tutto il mondo)	Durata prevista del follow-up	Stato arruolamento
STEM-AMI OUTCOME in collaborazione con Centro Cardiologico Monzino e ASST di Lecco	44	1.530	532	2 anni	chiuso Newsletter
GISSI Outliers VAR (osservazionale)	10	60	62	3 anni	chiuso Newsletter
GISSI Outliers CAPIRE (osservazionale)	11	800	544	5 anni	chiuso Newsletter
COMPASS in collaborazione con Population Health Research Institute, Hamilton	22 (608)	1.100 (27.400)	1.072 (27.402)	Event driven	chiuso
HPS3-REVEAL In collaborazione con Oxford University	26 (444)	1.820 (30.000)	1.660 (30.624)	Event driven	chiuso
ISCHEMIA In collaborazione con New York University	14 (369)	378 (8.000)	125 (3.747)	Event driven	in corso
TOSCA.IT In collaborazione con Società Italiana Diabetologi	61	3.371	3.036	Event driven	chiuso
DYDA 2 Trial In collaborazione con Associazione Medici Diabetologi	17	186	111	48 settimane	in corso
BLITZ-AF (osservazionale)	161	Pronto Soccorso 3.000 Cardiologia 2.000	Pronto Soccorso 6099 Cardiologia 4.094	1 anno	in corso
START (osservazionale)	195	4.500	4.495	1 anno	in corso
COLCOT In collaborazione con il Montreal Health Institute	17 (97)	750 (4.500)	199 (1.454)	Event driven	in corso
POSTER (osservazionale) In collaborazione con Fondazione SISA (Società Italiana per lo studio dell'Arteriosclerosi)	78	6.000	843	No follow-up	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



AGGIORNAMENTO DATI:
24 gennaio 2017

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
BLITZ-HF (osservazionale)	100	5.000	-	1 anno	-
EYESHOT POST-MI	200	2.000	-	No follow-up	-
In Progress (osservazionale)	40	300	-	6 mesi	-

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

FOCUS ON

Studio EYESHOT Post-MI

La malattia coronarica è una condizione cronica ed i pazienti con storia di infarto miocardico acuto (IMA) sono ad elevato rischio di eventi ischemici ricorrenti e mortalità. L'aderenza alle raccomandazioni delle attuali linee guida è in genere scarsa ed i nuovi eventi nei pazienti post-IMA sono frequenti soprattutto nei primi anni dall'evento indice. Lo studio EYESHOT Post-MI è uno studio osservazionale, trasversale, multicentrico, nazionale il cui obiettivo principale è quello di valutare l'epidemiologia e l'utilizzo a lungo termine di

strategie farmacologiche e non farmacologiche raccomandate dalle attuali linee guida internazionali in pazienti con pregresso IMA che accedono a reparti e/o ambulatori italiani di cardiologia. Lo studio verrà condotto in circa 200 strutture cardiologiche e si stima di arruolare 2000 pazienti. Verranno inclusi tutti i pazienti con storia di IMA (con soprasslivellamento del tratto ST, STEMI o senza soprasslivellamento del tratto ST, NSTEMI) tra 12 e 36 mesi dall'ultimo evento infartuale. I pazienti saranno arruolati in maniera consecutiva per un periodo di 3 mesi in ciascun centro. Dovranno essere

considerati sia i pazienti gestiti ambulatorialmente che quelli gestiti in regime di ricovero. Non potranno essere arruolati pazienti che hanno avuto un evento infartuale nell'ultimo anno o l'ultimo evento da più di 3 anni. Non è previsto un follow-up dei pazienti arruolati. La raccolta dati verrà effettuata su piattaforma web. Hanno aderito allo studio 231 centri e le pratiche regolatorie sono state avviate in tutti i centri a dicembre 2016. L'avvio della fase operativa dello studio è previsto a marzo 2017. Il 2 febbraio 2017 si è svolto a Catania un Investigator Meeting a cui sono stati invitati tutti i centri aderenti al progetto.





AREA ARITMIE

Chairperson

Achille Giardina (Cagliari)

Co - Chairperson

Massimo Zecchin (Trieste)



AREA CARDIOCHIRURGIA

Chairperson

Leonardo Patanè (Pedara - CT)

Co - Chairperson

Marco Di Eusanio (Ancona)

Comitato di Coordinamento

Raimondo Calvanese (Napoli)

Mauro Raimondo Serafino Pisano (Sassari)

Alessio Poggi (Teramo)

Pietro Rossi (Roma)

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

Comitato di Coordinamento

Antonio Miceli (Milano)

Andrea Montalto (Roma)

Antonino Salvatore Rubino (Pedara - CT)

Carlo Savini (Bologna)

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



AREA CARDIOIMAGING

Chairperson

Paolo Giuseppe Pino (Roma)

Co - Chairperson

Antonella Maurizia Moreo (Milano)



AREA EMERGENZA - URGENZA

Chairperson

Emilio Di Lorenzo (Avellino)

Co - Chairperson

Roberta Rossini (Bergamo)

Comitato di Coordinamento

Erika Bertella (Cremona)

Benedetta Carla De Chiara (Milano)

Nicola Gaibazzi (Parma)

Vincenzo Guido (Ostia Lido - RM)

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

Comitato di Coordinamento

Giorgio Caretta (La Spezia)

Chiara Fraccaro (Padova)

Claudio Larosa (Andria - BT)

Daniela Lina (Parma)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-emergenza-urgenza



Fabiana Lucà

AREA GIOVANI

Chairperson

Fabiana Lucà (Reggio Calabria)
Co - Chairperson
 Stefania Angela Di Fusco (Roma)

Comitato di Coordinamento

Manuela Benvenuto (Fermo)
 Fabrizio D'Ascenzo (Torino)
 Damiana Fiscella (Catania)
 Andrea Madeo (Roma)

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



Loris Roncon

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairperson

Loris Roncon (Rovigo)
Co - Chairperson
 Marco Vatrano (Catanzaro)

Comitato di Coordinamento

Sergio Caravita (Milano)
 Lucrezia De Michele (Bari)
 Claudio Picariello (Rovigo)
 Simone Vanni (Firenze)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-malattie-circolo-cardiopulmonare



Luciano Moretti

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairperson

Luciano Moretti (Ascoli Piceno)
Co - Chairperson
 Laura Lalla Piccioni (Teramo)

Comitato di Coordinamento

Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria)
 Stefano Aquilani (Roma)
 Emanuele Carbonieri (Bussolengo - VR)
 Francesco Vigorito (Salerno)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-management-qualita



Massimo Imazio

AREA NURSING

Chairperson Medico

Massimo Imazio (Torino)
Co - Chairperson Medico
 Giuseppina Maura Francese (Catania)

Chairperson Infermiera

Sabrina Egman (Roma)
Co - Chairperson Infermiera
 Rossella Gilardi (Milano)

Comitato di Coordinamento

Patrizia Ansaloni (Bologna)
 Benedetta Arena (Messina)
 Doriana Frongillo (Frascati - RM)
 Roberto Gortan (Palmanova - UD)

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



Maurizio Giuseppe Abrignani

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairperson

Maurizio Giuseppe Abrignani (Erice - TP)
Co - Chairperson
 Daniele Grosseto (Rimini)

Comitato di Coordinamento

Giovanni De Luca (Palermo)
 Marco Malvezzi Caracciolo D'Aquino (Napoli)
 Bruno Maria Passaretti (Bergamo)
 Carmelo Massimiliano Rao (Reggio Calabria)

www.anmco.it/pages/entra-in-anmco/aree-anmco/area-prevenzione-cardiovascolare



Andrea Mortara

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairperson

Andrea Mortara (Monza)
Co - Chairperson
 Massimo Iacoviello (Bari)

Comitato di Coordinamento

Attilio Iacovoni (Bergamo)
 Francesca Macera (Milano)
 Vittorio Palmieri (Avellino)
 Daniele Pasqualucci (Cagliari)

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



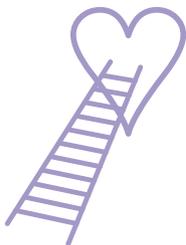
Una rivoluzione tecnologica dall'inaspettato risvolto umano

Telecardiologia fra Ospedale e Territorio

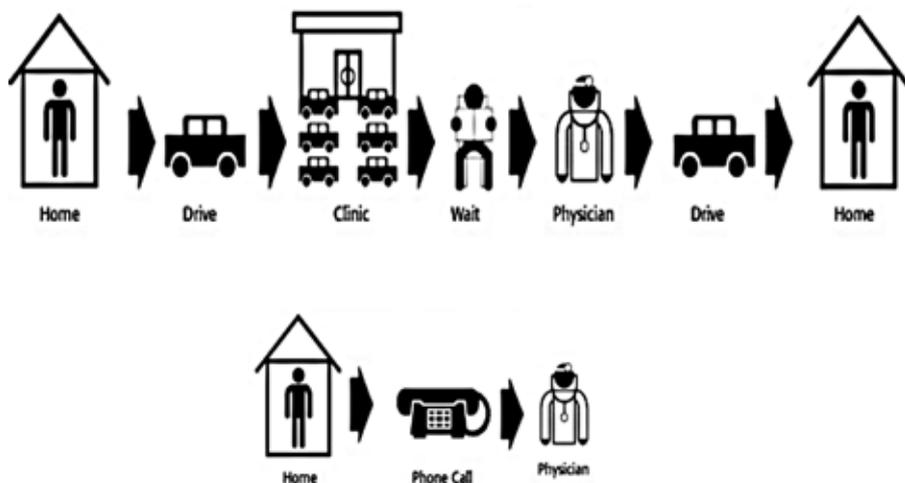
Da qualche anno si sta invertendo la storica visione del sistema di cure che vede l'Ospedale al centro (Medicina di Attesa - Ospedalocentrica), in favore dello sviluppo di un sistema integrato, caratterizzato dalla capillarizzazione degli accessi alle cure e dalla presa in carico dei bisogni della persona (Medicina d'Iniziativa). Pertanto è necessario ridefinire ed orientare il sistema verso i bisogni della persona. Il bisogno è un'entità complessa e multifattoriale e per la sua presa in carico è necessario costruire nuovi modelli integrati di servizi, il sistema è una struttura leggera che tesse la trama dei servizi. *La riorganizzazione delle cure primarie passa attraverso l'implementazione di nuovi modelli assistenziali in grado di spostare il "focus" dell'assistenza sanitaria*

dall'Ospedale al Territorio attraverso una forte integrazione Ospedale - Territorio. La Telecardiologia si pone come possibile strumento di questo percorso. La Telecardiologia rientra nel più ampio quadro della eHealth cioè tecnologie della salute che identificano lo scambio digitale di informazioni socio - sanitarie al fine di sostenere ed ottimizzare il processo assistenziale. Gli obiettivi realizzabili attraverso la Telecardiologia sono: la dimissione precoce del paziente, il monitoraggio e la prevenzione degli eventi acuti, il controllo degli accessi impropri in PS, la riduzione dei ricoveri impropri e la gestione degli eventi acuti. Ecco allora che si deve puntare ad uno stretto collegamento tra strutture territoriali ed ospedaliere, sviluppando percorsi di collaborazione tra Cardiologo e Medico di Medicina Generale (MMG), realizzando

una reale continuità assistenziale per il paziente, coinvolgendo figure specialistiche differenti (comorbidità), organizzando strutture ed attività ospedaliere dedicate (ambulatorio di DH) e ponendo in essere percorsi di assistenza domiciliare. Una collaborazione di questo tipo prevede percorsi di aggiornamento/informazione sulle caratteristiche del monitoraggio remoto e sulle sue potenzialità cliniche diretto a tutti i protagonisti esterni alla Cardiologia (MMG, Infermieri, Specialisti Territoriali): dopo un'iniziale formazione teorica, tali percorsi devono prevedere la "formazione sul campo" attraverso l'interazione tra gli operatori dell'ambulatorio dedicato alla Telecardiologia e gli operatori esterni. Due sono le patologie che



AREA - ARITMIE



Modello di Telecardiologia in office vs remote

più si possono avvantaggiare della Telecardiologia: la fibrillazione atriale e lo scompenso cardiaco. La fibrillazione atriale viene diagnosticata facilmente nei pazienti portatori di dispositivi impiantabili AICD, CRT - D e Loop - recorder. La diagnosi di fibrillazione atriale consente di attivare innanzitutto la profilassi cardioembolica con la terapia anticoagulante orale ed in seconda battuta di attuare le contromisure terapeutiche farmacologiche ed interventistiche. Anche nello scompenso cardiaco, rilevante problema sanitario, il telemonitoraggio (TLM) integrato con un intervento educativo sui pazienti, può consentire una gestione clinica ottimizzata ed in tempo reale che riduca i ricoveri e gli accessi in PS, volta a migliorare la prognosi e la qualità di vita dei pazienti. La Telecardiologia ha ricevuto un notevole impulso dal monitoraggio remoto degli AICD e dei CRTD per il notevole flusso di informazioni cliniche (andamento della frequenza cardiaca, della Heart Rate Variability,

episodi di fibrillazione atriale, burden extrasistolico e valutazione dell'impedenza intratoracica) che si sono aggiunte alle pure e semplici trasmissioni sulla carica della batteria e dei parametri dei cateteri. Il TLM dei pazienti portatori di device è sotto la responsabilità del centro di cardiostimolazione (chi impianta controlla!) anche se è reso sempre più difficile dalle crescenti complessità tecniche dei dispositivi e clinica dei pazienti. L'introduzione del Controllo/Monitoraggio Remoto (TLM) dei dispositivi e dei pazienti, nella pratica clinica, ha richiesto l'implementazione di nuovi modelli organizzativi, che coordinino le attività delle varie figure professionali coinvolte, quali elettrofisiologi, infermieri, tecnici, cardiologi clinici, specialisti dello scompenso. Tali modelli organizzativi garantiscono una precisa definizione dei ruoli (e responsabilità), la tracciabilità delle azioni, un contenuto consumo di risorse, il gradimento del paziente e l'integrazione con i tradizionali percorsi diagnostico - terapeutici.

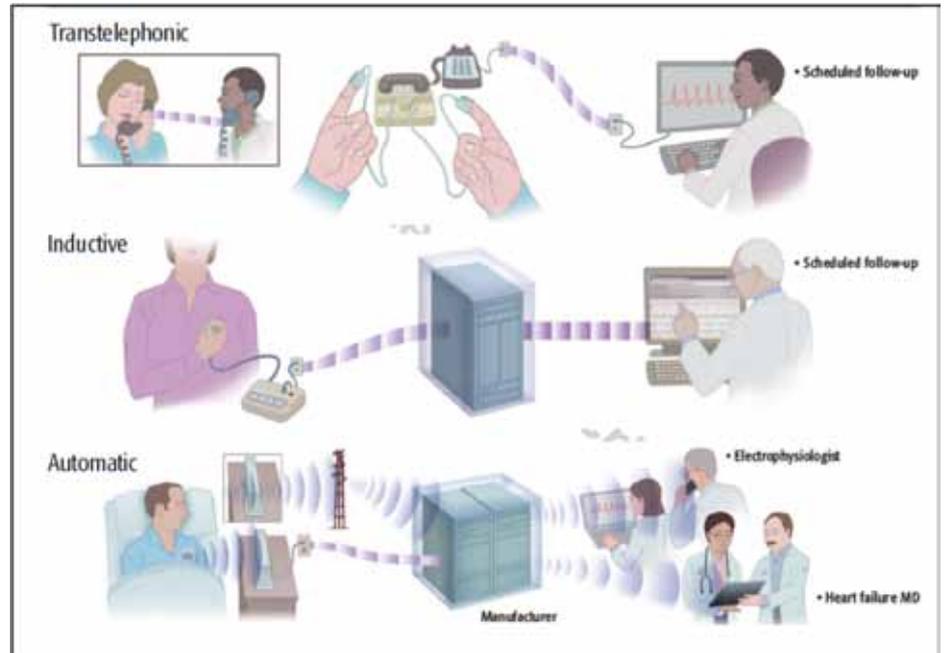
Come funziona la Telecardiologia

Tutte le aziende costruttrici hanno introdotto sistemi basati su una "unità paziente", capace di interrogare il dispositivo e scaricare i parametri e i dati diagnostici. L'informazione è poi trasmessa ad un database centralizzato dove i dati vengono decrittati ed inviati ad un portale web protetto a cui possono accedere i componenti dello staff clinico che ha in cura il paziente. Attualmente i sistemi disponibili sono quasi tutti basati su trasmissioni automatiche, completamente indipendenti dal medico e dal paziente. Dobbiamo però distinguere il Controllo Remoto, in cui l'interrogazione del dispositivo viene eseguita periodicamente al domicilio (manualmente dal paziente o automaticamente dal sistema di monitoraggio ad intervalli programmati) dal Monitoraggio Remoto vero e proprio in cui si ha appunto un monitoraggio continuo del dispositivo e la trasmissione automatica degli allarmi e del loro contenuto informativo. *Il modello è essenzialmente basato su uno stretto rapporto collaborativo tra l'infermiere "esperto", a cui ogni paziente è assegnato, ed il medico responsabile, con una lista condivisa di compiti e responsabilità.* Non si può prescindere da un protocollo operativo che preveda la definizione dei flussi di lavoro, la reazione agli eventi, la tracciabilità di tutti gli interventi come i consigli, i provvedimenti terapeutici e gli eventuali ricoveri. Fondamentale la cura dei rapporti umani con il paziente tramite contatto telefonico

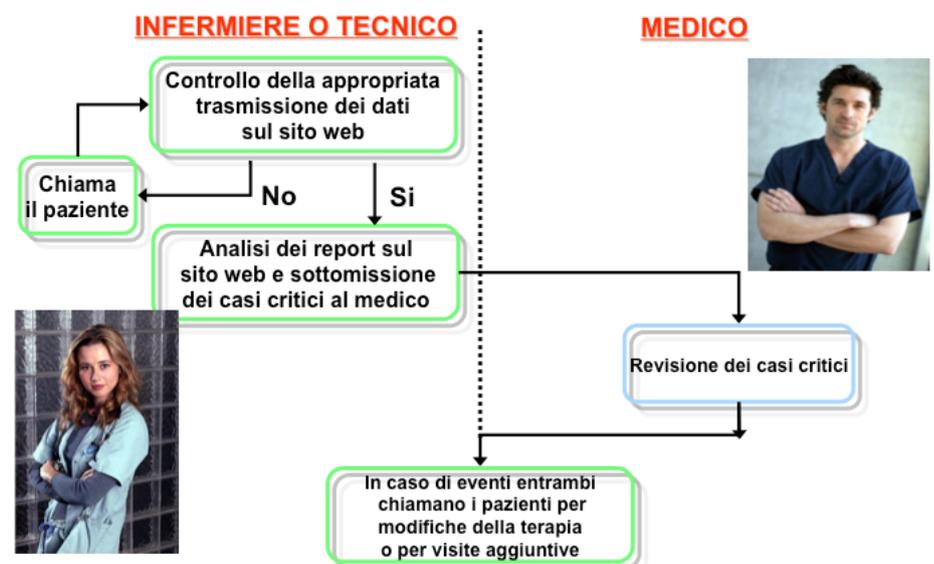


o diretto in caso di convocazione del paziente e dei “care - giver” in Ospedale. L’obiettivo è quello di modificare la strategia clinica, da una di tipo “reattivo”, in cui la terapia viene erogata al peggioramento dei sintomi, ad una di tipo “pro-attivo”, nella quale le modifiche terapeutiche vengono decise quando il paziente è ancora asintomatico. La Telecardiologia deve proporsi al SSN in modo innovativo anche rispetto alla rimborsabilità, al fine di consentire alle amministrazioni una più adeguata pianificazione ed allocazione delle risorse a fronte degli evidenti benefici apportati al sistema. In Italia circa l’80% dei centri di cardiostimolazione ha avviato una qualche forma di monitoraggio remoto ma, tranne che in alcune singole realtà, senza alcuna forma di tariffazione delle prestazioni. Questa carenza si è rivelata essere di grande ostacolo alla effettiva implementazione ed alla diffusione capillare su tutto il territorio nazionale. In sostanza, la vera sfida che accompagna lo sviluppo della e - health, è rappresentata dalla capacità di mantenere un equilibrio tra una prospettiva di tipo “high tech” e una di tipo “high touch”, basata cioè anche sull’attenzione agli aspetti di “contatto” umano, nel rispetto delle molteplici sensibilità che la diagnosi e la cura devono prendere in considerazione per poter essere coronate da successo.

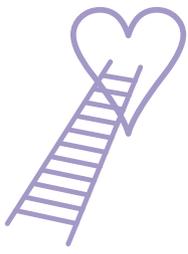
Dedicato a Renato Pietro Ricci ♥



La tecnologia in uso nella Telemedicina



Modello operativo di Telecardiologia



AREA - EMERGENZA - URGENZA

DI EMILIO DI LORENZO, ROBERTA ROSSINI,
DANIELA LINA



Area Emergenza - Urgenza biennio 2017/18

Le UTIC: nuovi scenari, nuove sfide

L'evoluzione continua delle Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) italiane, conseguente al cambiamento delle caratteristiche dei pazienti ed alla realizzazione delle reti per l'emergenza si pone come tema chiave in particolare perché rende necessario aggiornare e attualizzare le competenze dei Cardiologi. Il contesto nel quale sono inserite le UTIC è profondamente cambiato. Nacquero come luoghi di osservazione e monitoraggio, e sono diventate luoghi "attivi" ad alta intensità di cura. Basti pensare a come la fibrinolisi prima e in seguito l'angioplastica primaria, progressivamente estesa a tutto il territorio nazionale attraverso lo sviluppo delle reti per l'infarto miocardico, ha cambiato la storia naturale di questa patologia,

determinando una drastica riduzione delle sue complicanze, che oggi si verificano ormai raramente, e riducendo drasticamente sia la mortalità sia i tempi di degenza dei pazienti nelle nostre terapie intensive. Peraltro, allo stesso tempo è stata acquisita l'importanza di una mobilitazione precoce di questi pazienti e la necessità di inviarli ad un periodo di riabilitazione. La diffusione dei marcatori di miocardicitonecrosi per la diagnosi di sindrome coronarica acuta, ed in particolare delle troponine ad alta sensibilità, ha altresì contribuito al cambiamento. Infatti, la sensibilità di diagnosi d'infarto miocardico senza soprasslivellamento del tratto ST è drasticamente aumentata e in parallelo a questo il riscontro di infarto di tipo 2, vale a dire situazioni di necrosi miocardica in cui il danno è

conseguente ad un mismatch tra richiesta ed apporto di ossigeno principalmente riconducibile ad una causa extra coronarica, come ad esempio tachicardia, anemia, insufficienza respiratoria o sepsi, ed in cui un'eventuale malattia coronarica agisce solo come fattore precipitante. Questo elemento ha quindi favorito la presenza nelle nostre UTIC di pazienti con multiple comorbidità, acute e croniche, in cui la necrosi miocardica è solo uno dei problemi e spesso nemmeno quello più rilevante nella globalità del quadro clinico. Un ulteriore elemento di complessità clinica e di mutamento rispetto al passato, è stato l'incremento dei pazienti anziani e grandi anziani nelle nostre UTIC, fenomeno in linea con l'invecchiamento generale della popolazione e con l'incremento



dell'aspettativa di vita. Questo scenario implica per i Cardiologi la necessità di acquisire competenze specifiche per la gestione di questi pazienti complessi e spesso pluripatologici, che richiedono strategie di cura sostanzialmente diversi rispetto a quelli del paziente "cardiologico puro" come può essere per esempio un paziente giovane colpito da infarto miocardico ad ST sopraslivellato e sottoposto nelle prime ore ad angioplastica primaria con conseguente ottimo outcome clinico e recupero sostanzialmente completo in un breve arco di tempo. Va anche detto che, allo stesso tempo, coesiste il frequente ricovero di questi pazienti con infarto miocardico di tipo 2 nei reparti di Medicina d'Urgenza e nei reparti di Geriatria, dove è ottimale la gestione degli aspetti internistici, ma è verosimilmente meno "efficace" la gestione degli aspetti cardiologici; il che per esempio può portare a gestire in maniera conservativa alcune sindromi coronariche acute che invece in un'ottica di rischio - beneficio, meriterebbero una strategia invasiva una volta stabilizzato il quadro clinico o all'utilizzo di una terapia farmacologica subottimale rispetto al profilo di rischio del paziente. La conoscenza di questi elementi epidemiologici è di fondamentale

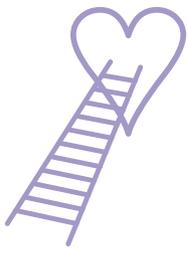
importanza per capire i fenomeni e di conseguenza avere anche dati a disposizione per impostare percorsi organizzativi e modelli gestionali adeguati ed efficaci ed

ad esempio il tema delle infezioni nelle UTIC o il rapporto tra broncopneumopatia e sindrome coronarica acuta. Ugualmente utili

L'elevata intensità di cura che hanno raggiunto le UTIC rende necessaria una conoscenza approfondita della tipologia di pazienti in esse ricoverate ed una conseguente formazione del Cardiologo

affinché la comunità cardiologica possa interagire con i decisori al fine di condividere scelte strategiche che siano in grado di ottimizzare l'outcome clinico dei pazienti. Crediamo che sarebbe utile che i nostri sforzi e le nostre risorse fossero impegnati nel promuovere iniziative di formazione specifiche per il trattamento delle complessità dei pazienti ricoverati in UTIC, oltre a sviluppare iniziative volte a focalizzare e ad aggiornare su temi clinici di grande impatto nella quotidianità, ma carenti di Linee Guida di riferimento, come

potrebbero essere delle iniziative di raccolta dati, nella forma di registri e survey, per facilitare appunto la comprensione di elementi epidemiologici sostanziali per la comunità cardiologica. L'impegno dell'Area Emergenza - Urgenza, in accordo con il Consiglio Direttivo, per il prossimo biennio sarà sostanzialmente diretto su queste linee con l'auspicio di riuscire a fornire risposte utili e di riuscire, con un atteggiamento inclusivo, a coinvolgere nelle nostre iniziative quanti più Soci possibili, in particolare i giovani Cardiologi. ♥



Area Giovani: passaggio di consegne

Grazie alla nostra Società Scientifica per questa grande opportunità

Sembra ieri quando ci siamo incontrati per la prima volta nella sede ANMCO di Firenze e abbiamo iniziato un percorso che era davvero una scommessa a tutti gli effetti: una nuova Area, un gruppo di giovani Cardiologi uniti dalla voglia di fare e di crescere e la nostra Società Scientifica che ci dava una grande opportunità. A distanza di circa 20 mesi, ci troviamo a fare il bilancio di un'esperienza che è stata prima di tutto umana. Mettere insieme menti giovani, con un background lavorativo e di studi variegato, provenienti da diverse realtà italiane, ha generato idee, progetti e proposte... Il nostro impegno è stato massimo e crediamo di aver raggiunto almeno in parte gli obiettivi prefissati. Dalla volontà di produrre lavori dal taglio pratico per approfondire argomenti controversi e trarne indicazioni utili nella nostra pratica clinica. Sono nati tre lavori su NIV e Shock cardiogeno, una Review dal titolo "Riparazione mitralica: come l'eccardiografia guida la scelta dell'intervento"; inoltre abbiamo portato a termine un progetto su pacemaker defibrillatore impiantabile e terapia

di resincronizzazione cardiaca per lo scompenso cardiaco, condotto in collaborazione con l'Area Aritmie. Come nel caso di questo progetto, il nostro gruppo ha potuto beneficiare del fondamentale confronto con i colleghi delle altre Aree, più maturi ed esperti, che ringraziamo per il loro prezioso contributo. In questi mesi ci siamo inoltre dedicati ad arricchire e rendere dinamico il Sito WEB ANMCO, proponendo una survey rivolta ai Colleghi Cardiologi under 40: abbiamo ritenuto infatti che un questionario rappresentasse una buona base di partenza per permettere alla nostra Società Scientifica di leggere al suo interno, identificando aree di forza ed eventuali bisogni insoddisfatti e malumori, con l'obiettivo di migliorare le proprie performance. Dalla survey è emerso che le iniziative promosse dalla Società volte ad ascoltare e sostenere i bisogni e i desideri dei giovani Cardiologi sono percepite positivamente e a tal proposito, come promesso tra i nostri progetti iniziali, siamo riusciti a far attivare presso l'Università degli Studi di Firenze, il Corso sulla Clinical Competence per lo Scompenso

Cardiaco Avanzato, cui il 98% dei partecipanti alla survey si definiva interessato. Un'altra novità è stata la rubrica "Insoliti sospetti in Cardiologia"; si tratta di casi clinici che partono da immagini diagnostiche inusuali proponendo poi diversi quesiti con diverse possibili risposte, allo scopo di accendere spunti di riflessione e di approfondimento. Ancora una volta abbiamo cercato di entrare in contatto con quei Colleghi che consideravano ANMCO una Associazione lontana dalle loro esigenze, invogliandoli a confrontarsi con noi e a mettersi in gioco e siamo convinti che qualcosa si stia muovendo in questa direzione e che il percorso che abbiamo intrapreso sia solo all'inizio. Siamo infatti arrivati al momento del passaggio di consegne che, siamo sicuri, sarà all'insegna della continuità. Inizia un nuovo biennio e nuove leve formeranno l'Area Giovani sotto la guida della neo Chairperson Fabiana Lucà: a lei e a tutto il gruppo va il nostro in bocca al lupo per questa nuova sfida! Buon lavoro ragazzi! ♥

«Ogni fine è un nuovo inizio»
M. Williammson

Area Nursing: bilancio e prospettiva

«Mettersi insieme è un inizio, restare insieme un progresso,
lavorare insieme un successo»
Henry Ford

Ci siamo appena lasciati alle spalle il biennio dell'Area Nursing 2015-2016, il cui obiettivo principale era quello di "crescere insieme" e di lavorare allo sviluppo del team assistenziale, utilizzando tutte le risorse disponibili, a livello periferico e a livello centrale. Due anni passati come un soffio di vento, con un gruppo di persone speciali sia da un punto di vista professionale che umano. L'entusiasmo e la partecipazione di tutti hanno reso possibile sia la realizzazione di molti dei progetti delineati nell'iniziale documento programmatico e la collaborazione anche in altre attività e progetti dell'Associazione, delle Aree e Task force. L'Area Nursing è un'Area trasversale, in quanto ha capacità ad ampio spettro, non specifiche di un solo ambito o ambiente organizzativo ma applicabili a compiti e a contesti diversi. Questa sua peculiarità ha permesso che fossimo presenti sia come autori sia come revisori di alcuni documenti di consenso ANMCO. Abbiamo, infatti, collaborato al Documento di consenso "La rete cardiologica per la cura del

malato con scompenso cardiaco: organizzazione dell'assistenza ambulatoriale" dell'Area Scompenso e per il "Documento di Consenso sugli snodi clinico - gestionali in ambito cardioncologico" della Task force di Cardioncologia. Insieme ad altri, siamo stati propositori, coordinatori, autori e revisori del Position Paper sulla "Gestione della dimissione ospedaliera". In questi giorni stiamo completando un Position Paper, proposto dall'Area Nursing e redatto da infermieri e cardiologi, sui bisogni assistenziali del paziente cardiopatico complesso, spesso anziano, con molteplici comorbidità e con multiple recidive di ricovero. Tale paziente necessita di una valutazione multidimensionale, con percorsi assistenziali - sia in terapia intensiva sia in degenza - in un'ottica multiprofessionale, integrando i bisogni socio-sanitari in continuità assistenziale, comunità e domiciliarità. L'Area ha inoltre rivolto lo sguardo verso il mondo infermieristico europeo, partecipando nel corso del 2016 ad alcune riunioni ed attività proposte dal Council for Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Abbiamo

svolto una relazione infermieristica al convegno dell'Heart Failure di Firenze del 21 e 24 maggio e abbiamo fornito un contributo organizzativo al Congresso dell'European Society of Cardiology tenutosi a Roma. Stiamo attivamente collaborando con CCNAP per l'organizzazione dell'Euro Heart Care - Team Work For Excellence In Cardiovascular Care, che si terrà in Svezia dal 18 al 20 maggio 2017. Nel biennio 2015 - 2016, si è verificata una trasformazione epocale: Cardionursing si è evoluto, generando da un lato il Corso di Clinical Competence Nursing e dall'altro integrando relatori e tematiche di pertinenza infermieristica nel Congresso nazionale ANMCO. L'obiettivo è stato quello di porre fine alla formazione in "silos" o segregata, in un'ottica multiprofessionale: il lavoro in team è quello vincente e l'aggiornarsi "insieme" è necessario. Così, nel 2015 a Milano si è tenuto l'ultimo Cardionursing e nel 2016 a Rimini si è svolto il primo Clinical Competence Nursing centrato sulla Gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco. Nel 2017, il Corso concentrerà l'attenzione





Il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing nel biennio 2015 - 2016

sulla gestione delle sindromi coronariche acute. Per quanto concerne la rete e i rapporti con i Referenti regionali, partivamo dalla convinzione che era necessaria una maggiore aggregazione e partecipazione quindi abbiamo cercato di comunicare maggiormente, soprattutto dando voce ai Referenti e ascoltando i loro naturali interessi e coinvolgendo la periferia attivamente nelle attività dell'Area; anche nel Corso di Clinical Competence 2017, la quasi totalità dei Referenti avranno uno spazio per riportare le esperienze regionali sulla gestione della cardiopatia ischemica. Nel 2016, abbiamo iniziato una collaborazione con la rete Slow Medicine, al fine di avviare dei tavoli di lavoro su

alcune tematiche finalizzate alla valutazione dell'appropriatezza in ambito assistenziale. Tra le altre attività svolte si inseriscono le richieste di parere per endorsement su documenti inerenti le attività infermieristiche e gli articoli preparati per Cardiologia negli Ospedali. Tali contributi hanno interessato più argomenti: l'aderenza terapeutica, tema centrale nella Sanità attuale, che richiede necessariamente un approccio multimodale e multiprofessionale; il viaggio intorno al cuore, analisi dell'immagine del cuore attraverso i secoli, dalla concezione magico-religiosa a quella empirico - razionale; "Cuor di leone", analisi del coraggio attraverso la visione

dello Yoga. Inoltre: Area Nursing: crescere insieme e Cardionursing 2015: Innovazione e Qualità nell'assistenza; Nursing nello scompenso cardiaco: la vita fino alla fine e Nursing nella medicina di genere: la salute delle donne. Il nostro mandato si è concluso. Con la collaborazione di tutti i membri del Coordinamento di Area, abbiamo realizzato buona parte dei progetti che ci eravamo prefissi all'inizio del nostro mandato e altri ne abbiamo aggiunti. E' stato un periodo ricco di stimoli, di conflitti e di soddisfazioni. Grazie a Fabiola, Maura, Sonia e Vjerica per aver condiviso questo percorso con noi. Grazie a Sabrina e Massimo che stanno per iniziare la loro avventura... Carissimi buon lavoro! ♥

«Da soli possiamo fare così poco,
insieme possiamo fare così tanto»
Helen Keller, scrittrice sordo - cieca



REFERENTI TASK FORCE

CARDIOGERIATRIA



GIOVANNI GREGORIO
Vallo della Lucania - Salerno

CARDIOLOGIA DELLO SPORT



PIETRO DELISE
Mestre - Venezia

CARDIOLOGIA PEDIATRICA



SILVIA FAVILLI
Firenze

CARDIONCOLOGIA



IRIS PARRINI
Torino

CARDIONEUROLOGIA

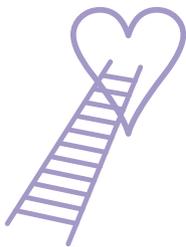


MONICA CARLETTI
Verona

RETE OSPEDALE - TERRITORIO



ALESSANDRO NAVAZIO
Guastalla - Reggio Emilia



Toolkit di Cardiogeriatría, parte IV

Fibrillazione Atriale e Anziano: non solo CHA2DS2-VASc e HAS BLED?

La Fibrillazione Atriale (FA) rappresenta uno tra i più importanti problemi di salute pubblica e una delle maggiori cause di spesa per i sistemi sanitari. Considerando l'incremento dell'aspettativa di vita e dell'età media della popolazione generale, la prevalenza della FA negli anziani è destinata ad aumentare nei prossimi decenni. La FA influenza qualità e durata di vita perché causa diretta o indiretta di importanti conseguenze quali scompenso cardiaco, ictus, disabilità, decadimento cognitivo, ricoveri ospedalieri e accessi in pronto soccorso, anche indipendentemente dalla coesistenza di cardiopatia. Pur essendo la FA una patologia tipica dell'età geriatrica, la maggior parte degli studi clinici sono stati effettuati su popolazioni di pazienti più giovani, lasciando molti interrogativi su quale sia la

strategia terapeutica migliore negli anziani. In assenza di studi mirati e di chiare evidenze, per molti anni il timore delle complicanze emorragiche correlate con la terapia anticoagulante ne ha determinato un frequente sottoutilizzo. Le ragioni sono molteplici: patologie concomitanti (ipertensione, insufficienza renale), politerapie associate, facilità alle cadute, queste ultime percepite come fattore di rischio incrementale per lo sviluppo di emorragia intracranica (Figura 1). Tuttavia, le analisi pre-specificate dei sottogruppi di età dei recenti quattro grandi trial con i nuovi anticoagulanti (NAO) hanno mostrato risultati simili, se non superiori, nei soggetti di età > 75 anni rispetto ai più giovani, sia in termini di efficacia che di sicurezza. Non vi sono quindi basi di evidenza tali da sconsigliare una terapia anticoagulante ben condotta

anche in soggetti molto anziani. Il problema aperto è come effettuare la valutazione iniziale del paziente e come monitorizzare il trattamento per garantire una corretta aderenza e scongiurare gli eventi avversi. **Complessità/eterogeneità dell'anziano con fibrillazione atriale**

L'anziano è un paziente tipicamente complesso. Da un punto di vista clinico la sua caratteristica peculiare è rappresentata da una elevata eterogeneità fenotipica dipendente in massima parte da tre differenti entità: la comorbosità, la fragilità e la disabilità. Le comorbosità che predispongono ai sanguinamenti, l'artrosi e l'insufficienza renale assumono un ruolo rilevante nel paziente anziano con FA e vanno accuratamente valutate. L'insufficienza renale è molto frequente negli anziani, aumenta il rischio di FA da due a tre volte

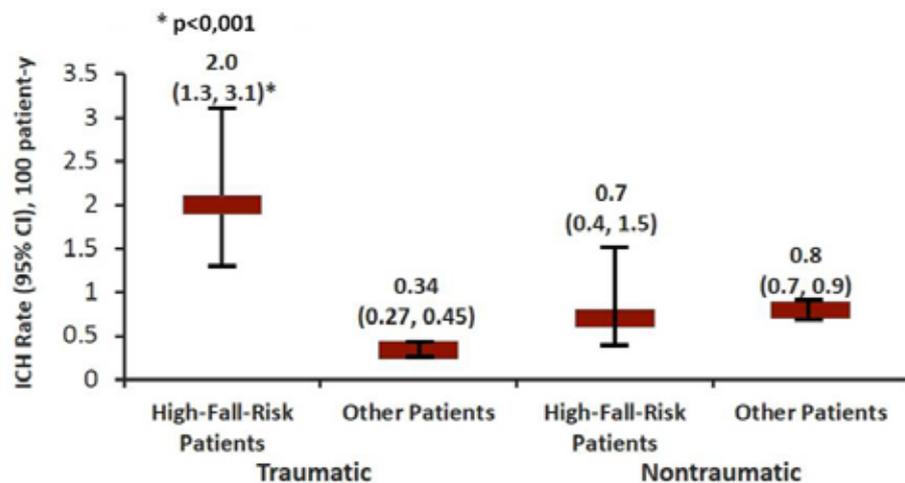


Figura 1 - Incidenza di emorragia intracranica in pazienti ad alto rischio di caduta

e il rischio di sanguinamento, e se severamente ridotta, rappresenta una controindicazione al trattamento con i NAO. Altra importante caratteristica fenotipica peculiare del cardiopatico anziano con FA è il decadimento cognitivo, termine che indica una disfunzione non sempre chiaramente manifesta nei domini intellettivi visuo-spaziali, della memoria, del linguaggio delle funzioni esecutive e del calcolo, interferendo con i comportamenti di auto-cura, quali l'aderenza terapeutica, l'adozione di corretti stili di vita, il pronto riconoscimento dei sintomi e la tempestiva richiesta di intervento medico. La relazione che lega la FA al decadimento cognitivo, indipendentemente dall'ictus, è piuttosto complessa e multifattoriale. Numerosi studi suggeriscono multipli meccanismi fisiopatologici, che comprendono uno stato di ipercoagulabilità e proinfiammatorio, eventi tromboembolici silenti e ictus criptogenici, una ipoperfusione cerebrale legata all'aumentata irregolarità del battito cardiaco e microemorragie cerebrali,

più frequenti nei trattati con anticoagulanti. Negli ultimi anni la fragilità è divenuta un tema emergente in Cardiologia. Il soggetto fragile è vulnerabile agli agenti stressogeni e ha quindi un più alto rischio di prognosi avversa e di sviluppo di disabilità. La difficoltà di definire la fragilità è stata a lungo discussa nella letteratura geriatrica. Attualmente si tende a definire la fragilità in base a diversi criteri, clinico e funzionale. È stata più volte dimostrata una associazione indipendente fra fragilità e FA, entrambe condividono meccanismi fisiopatologici comuni, come quello dell'infiammazione cronica, cui contribuiscono fattori quali l'obesità, l'insulino-resistenza, lo stress ossidativo, e marker sierici dell'infiammazione. In una nostra survey, condotta in anziani del mondo reale con Scempenso Cardiaco, la FA è risultata associata al decadimento cognitivo, alla fragilità, e alla disabilità, in particolare nell'uso dei trasporti e nell'assunzione di farmaci, che rappresentano due funzioni essenziali per la sicurezza

del trattamento anticoagulante. In questo stesso studio, il decadimento cognitivo, la ridotta scolarità e la classe NYHA avanzata erano associati a una minore prescrizione di anticoagulanti (Figura 2).

Oltre il CHA2DS2-VASc, cosa valutare?

Esistono numerosi strumenti per la valutazione della fragilità che fanno principalmente riferimento ai cinque domini che ne definiscono il fenotipo: lentezza, debolezza, ridotta attività fisica, senso di esaurimento, e deficit di forza muscolare. La lentezza è misurata con la velocità del cammino, la debolezza con la forza dell'handgrip (usando un dinamometro). Uno strumento potenzialmente utile nell'identificazione della fragilità nei soggetti con FA, basato su test di performance fisica, è la Short Physical Performance Battery (SPPB), nata per valutare la funzionalità degli arti inferiori, costituita da 3 sezioni: ridotta velocità di marcia, debolezza nell'alzarsi da una sedia e ridotto equilibrio, a ciascuno dei quali si assegna un punteggio da 0

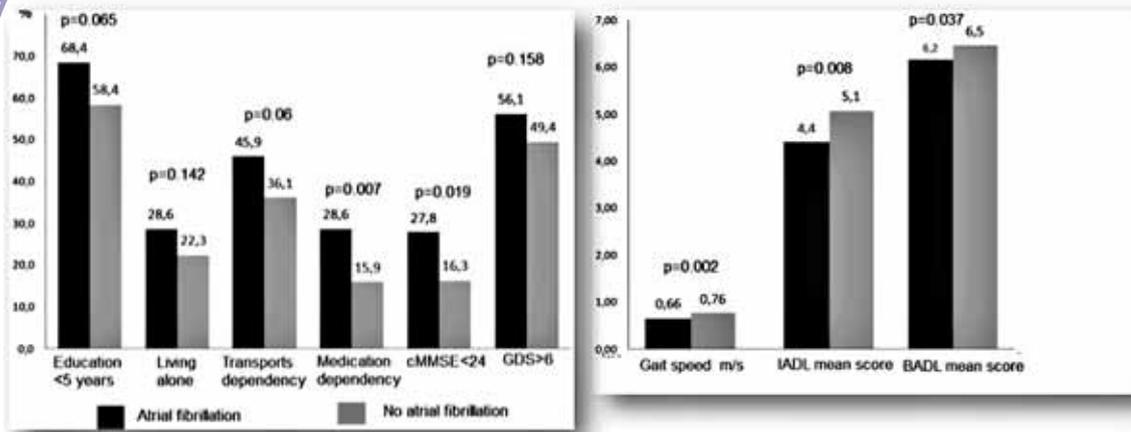


Figura 2 - Risultati della Survey condotta su anziani con scompenso cardiaco

a 4, laddove un punteggio totale > 5 su 12 indica la presenza di fragilità. Tralasciando valutazioni neurologiche ultraspecialistiche e al di fuori della pertinenza del Cardiologo, esistono test cognitivi di facile esecuzione e validati anche in campo cardiologico. Il decadimento cognitivo su base vascolare, come si osserva nella FA è associato prevalentemente a una riduzione delle performance esecutive e dell'attenzione, e pertanto più facilmente valutabile con il Montreal Cognitive Assessment (MoCA) rispetto al Mini Mental State Examination (MMSE). Se il tempo non permette l'applicazione di questi test nella pratica quotidiana, il MiniCOG, un semplicissimo test di screening basato sul richiamo di 3 parole e sul disegno di un orologio, consente uno screening affidabile e richiede solo 3 minuti di tempo. Nei pazienti anziani la politerapia rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per insorgenza di reazioni avverse da farmaci, e il rischio si correla al numero di prescrizioni. Per tale motivo è di fondamentale importanza effettuare

una revisione delle terapie in atto e conoscere le interazioni tra i vari farmaci e gli anticoagulanti orali, sapendo che un'eventuale aumento o riduzione della biodisponibilità può

Pur essendo la FA una patologia tipica dell'età geriatrica, la maggior parte degli studi clinici sono stati effettuati su popolazioni di pazienti più giovani, lasciando molti interrogativi su quale sia la strategia terapeutica migliore negli anziani

causare sanguinamenti o aumento del rischio cardioembolico. Rispetto agli AVK, i NAO presentano un profilo farmacodinamico più stabile e un minor numero di interazioni farmacologiche e alimentari, che li rendono più maneggevoli in un contesto di politerapia, sebbene

esistano alcune limitazioni, legate al sistema di trasporto della glicoproteina P e alle interazioni con i citocromi. Vi sono poi trattamenti in grado di aumentare il rischio emorragico come antiaggreganti o farmaci antinfiammatori non steroidei. In conclusione, nel paziente anziano fragile la terapia anticoagulante può essere efficacemente prescritta, tuttavia, è fondamentale effettuare una accurata valutazione multidimensionale alla visita di screening e inserire il paziente in un modello di assistenza specifico. Questo modello deve quindi spingersi oltre la semplice valutazione degli score classici e una sommaria valutazione della funzione renale, ma deve essere personalizzato nella tempistica in base alle caratteristiche del singolo paziente e finalizzato al monitoraggio dell'aderenza e sicurezza del trattamento, in particolare valutando le molteplici patologie cardiovascolari e non, e i relativi complessi trattamenti di cui questi pazienti sono portatori. ♥



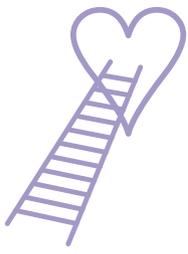
«Qualunque cosa si dica in giro, parole e idee possono cambiare il mondo»
Robin Williams - John Keating da “L’attimo fuggente”

La Cardioncologia, una sfida che continua

Si stima che in Italia nel 2020 i pazienti tumorali saranno 4 milioni e mezzo. Nel 2006 erano 2 milioni e 244 mila, nel 2016 oltre 3 milioni. Ogni giorno circa 1.000 persone ricevono la diagnosi di tumore. In questo contesto la chemioterapia, in particolare con antracicline, nuove “target therapy” con anticorpi monoclonali e “small molecules” rivestono un ruolo determinante per gli effetti cardiotossici indotti. Il malato oncologico condivide gli stessi fattori di rischio e comorbilità con il paziente cardiologico e nel 35% dei casi sviluppa problemi CV a causa dei trattamenti antitumorali, con un significativo impatto sulla mortalità e la qualità di vita. La Cardioncologia ha l’obiettivo di preservare il malato oncologico da complicanze cardiovascolari consentendogli di portare a termine una terapia salvavita. Una sfida di non poco conto, che richiede un approccio multidisciplinare coordinato e con le necessarie competenze, per assicurare ai

pazienti un adeguato trattamento dei problemi cardiologici e oncologici concomitanti. Tutto ciò, inserito in una struttura organizzativa che consenta la diffusione delle conoscenze tra specialisti ospedalieri e il territorio. Il paziente oncologico deve essere preso in cura considerando la patologia principale e tutte le connessioni che la malattia stessa porta con sé, specie in riferimento ai trattamenti a cui dovrà essere sottoposto. L’ANMCO, già dal 2015 ha dato vita ad una Task Force di Cardioncologia. Il gruppo di lavoro, coordinato dal Dottor Luigi Tarantini, ha avviato la diffusione delle esperienze attraverso convegni, pubblicazioni scientifiche, elaborazione di testi in cui vengono affrontate le principali tematiche correlate alla cardiotossicità. Questo insieme di conoscenze ha portato alla stesura di un Documento di Consenso intersocietario, fortemente sostenuto dall’ANMCO (attualmente in fase di stampa), che raccoglie delle raccomandazioni

sulla prevenzione, il monitoraggio e il follow up del malato oncologico sottoposto a chemioterapia. In particolare sono state sviluppate tematiche relative alla valutazione del rischio cardiovascolare prima del trattamento, al monitoraggio del paziente in trattamento chemioterapico, allo scompenso cardiaco, alla cardiopatia ischemica, alle aritmie, all’ipertensione arteriosa, alla tromboembolia, alla sorveglianza nel follow up. In aggiunta, sono stati approfonditi argomenti più specifici quali la valutazione del rischio preoperatorio, la gestione del paziente anziano “complesso”, l’organizzazione dell’ambulatorio ed il percorso di cura in cardioncologia. Il passo successivo, ulteriore balzo in avanti, sarà quello di organizzare una rete che in relazione alle dotazioni strumentali della struttura ed alle specifiche competenze del personale potrà creare un percorso diagnostico terapeutico con al centro il paziente in tutta la sua complessità. Gli obiettivi



dovranno essere condivisi ed integrati tra ospedale ed ospedale e tra ospedale e territorio. La continuità assistenziale costruita e garantita coinvolgendo il medico di famiglia che dovrà avere un compito di sorveglianza nell'ambito della prevenzione secondaria e di supporto psicologico. L'obiettivo sarà quello di ottimizzare la gestione del malato oncologico durante tutte le sue fasi. In Piemonte e

realtà, diffusione delle conoscenze mediante convegni e giornate dedicate sia ai cardiologi sul territorio che ai medici di base. Un primo bilancio dimostra che il confronto interdisciplinare è fattibile e proficuo. La diffusione del patrimonio di conoscenze acquisito richiede invece un grande sforzo di coordinamento e organizzazione. In questo senso una associazione ben strutturata e radicata come

punto della situazione, sia circa il livello di conoscenza e di sensibilità al tema, sia sul variegato panorama delle pratiche in uso. I dati che emergeranno ci forniranno le basi per definire le caratteristiche di ciascuna realtà, far nascere un dibattito ed una collaborazione con lo scopo d'implementare, consolidare e diffondere in modo più capillare possibile questa disciplina. Uno strumento che sarà ancora più efficace se potrà coinvolgere le altre Aree ANMCO, le Associazioni Scientifiche dell'area oncologica e tutti quei colleghi, specie i giovani, che si avvicinano a questa disciplina con forza ed entusiasmo. Ulteriori studi clinici e registri ci aiuteranno a confermare le esperienze e a trasformarle in pratiche cliniche. Come Referente della Task Force di CardiOncologia per il biennio 2017 - 2018 devo un sentito ringraziamento all'ANMCO, al Presidente, al Consiglio Direttivo e al Dottor Luigi Tarantini che mi ha preceduto, per la fiducia riposta conferendomi questa carica che è conseguente ad anni di lavoro instancabile, passione ed entusiasmo.

«Le idee racchiuse in sé stesse s'inaridiscono e si spengono. Solo se circolano e si mescolano, vivono, fanno vivere, si alimentano le une con le altre e contribuiscono alla vita comune, cioè alla cultura.»

Gustavo Zagrebelsky ♥

L' Ambulatorio di Cardio-oncologia

La chiave di volta è sempre la stretta collaborazione tra oncologo e cardiologo, che consente un percorso "mirato"

- stratificazione del rischio cardiovascolare
- tipo e stadio del tumore
- tipo di terapia (farmacologica e/o radiante)

Diagnosi precoce

trattamento "cardioprotettivo" precoce ed aggressivo
monitoraggio e follow up

L' Ambulatorio di Cardio-oncologia

Valle d'Aosta da alcuni anni è attivo un gruppo cardiovascolare che ha avviato, all'interno della Rete Oncologica (<http://www.reteoncologica.it>) un confronto con le diverse specialità. La collaborazione ha portato alla compilazione di raccomandazioni, formulazione di percorsi diagnostici - terapeutici per ogni singola

l'ANMCO può dare un importante contributo e sostegno per rafforzare il concetto di rete. Di fatto, se si guarda al quadro nazionale, appare ancora molto eterogeneo, dove coesistono realtà diverse e isolate, con un approccio indipendente e con parecchie "zone d'ombra". La conduzione di una survey è lo strumento che consentirà di fare il



Cosimo Napoletano

ABRUZZO

Presidente

Cosimo Napoletano (Teramo)
Consiglieri
 Alberto D'Alleva (Pescara)
 Alessandro D'aroma (L'Aquila)
 Daniele Forlani (Pescara)
 Alberto Lavorgna (Teramo)
 Francesco Santarelli (Teramo)
 Adolfo Sciartilli (Lanciano - CH)
 Gianluca Tomassoni (Teramo)
 Alfonso Valerio (Lanciano - CH)



Matteo Cassin

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente

Matteo Cassin (Pordenone)
Consiglieri
 Maria Grazia Baldin (Palmanova - UD)
 Silvana Brigido (Monfalcone - GO)
 Marzia De Biasio (Udine)
 Mauro Driussi (Udine)
 Elisa Leiballi (Pordenone)
 Carmine Mazzone (Trieste)
 Marco Milo (Trieste)
 Alberto Roman-Pognuz (Tolmezzo - UD)



Giacinto Calculli

BASILICATA

Presidente

Giacinto Calculli (Matera)
Consiglieri
 Maria Maddalena De Francesco (Matera)
 Giuseppe Del Prete (Potenza)
 Salvatore Gubelli (Melfi - PZ)
 Michele Sannazzaro (Potenza)



Cesare Greco

LAZIO

Presidente

Cesare Greco (Roma)
Consiglieri
 Gerardo Ansalone (Roma)
 Stefano Aquilani (Roma)
 Manuela Bocchino (Ostia - RM)
 Massimo Ciavolella (Frascati - RM)
 Andrea Ciolli (Roma)
 Giovanni Minardi (Roma)
 Pietro Rossi (Roma)
 Angela Beatrice Scardovi (Roma)



Roberto Ceravolo

CALABRIA

Presidente

Roberto Ceravolo (Catanzaro)
Consiglieri
 Sergio Arena (Crotona)
 Francesco Ciancia (Reggio Calabria)
 Francesco Fontana (Cosenza)
 Maria Levato (Lamezia Terme - CZ)
 Saverio Salituri (Rossano - CS)
 Giuseppe Valiante (Vibo Valentia)



Annamaria Municinò

LIGURIA

Presidente

Annamaria Municinò (Genova)
Consiglieri
 Daniele Bertoli (Sarzana - SP)
 Marco Botta (Savona)
 Giorgio Caretta (La Spezia)
 Martino Cheli (Genova)
 Piero Clavario (Arenzano - GE)
 Francesco Mainardi (Genova)
 Marco Piccininno (Genova)
 Federico Ariel Sanchez (Sanremo - IM)



Bernardino Tuccillo

CAMPANIA

Presidente

Bernardino Tuccillo (Napoli)
Consiglieri
 Cesare Baldi (Salerno)
 Dario Formigli (Benevento)
 Raffaele Merenda (Napoli)
 Antonio Palermo (Caserta)
 Vittorio Palmieri (Avellino)
 Fabio Pastore (Eboli - SA)
 Francesco Piemonte (Frattamaggiore - NA)
 Vincenzo Ruggiero (Nola - NA)



Fabrizio Oliva

LOMBARDIA

Presidente

Fabrizio Oliva (Milano)
Consiglieri
 Salvatore Ivan Caico (Gallarate - VA)
 Marco Ferlini (Pavia)
 Luca Angelo Ferri (Lecco)
 Luigi Moschini (Cremona)
 Daniele Nassiacos (Saronno - VA)
 Domenico Pecora (Brescia)
 Simona Pierini (Cinisello Balsamo - MI)
 Michele Romano (Mantova)



Filippo Ottani

EMILIA ROMAGNA

Presidente

Filippo Ottani (Forlì)
Consiglieri
 Samuela Carigi (Rimini)
 Maria Alberta Cattabiani (Parma)
 Stefano Ferraro (Piacenza)
 Marco Ferri (Reggio Emilia)
 Andrea Pozzati (Bazzano - BO)
 Biagio Sassone (Cento - FE)
 Stefano Tondi (Modena)
 Elisabetta Varani (Faenza - RA)



Stefano Moretti

MARCHE

Presidente

Stefano Moretti
 Ospedali Riuniti - Ancona
Consiglieri
 Luigi Aquilanti (Ancona)
 Umberto Berrettini (Ancona)
 Giovanni Bersigotti (Pesaro)
 Raffaele Di Pillo (Ascoli Piceno)
 Elena Falchetti (Senigallia - AN)
 Gianserafino Gregori (Ascoli Piceno)
 Christos Katsanos (Macerata)
 Giuseppe Rescigno (Ancona)



Angela Rita Colavita

MOLISE

Presidente

Angela Rita Colavita (Campobasso)

Consiglieri

Fiorella Caranci (Isernia)

Roberto Petescia (Isernia)

Antonio Trivisonno (Campobasso)

Marina Angela Viccione (Isernia)



Giacomo Chiarandà

SICILIA

Presidente

Giacomo Chiarandà (Caltagirone - CT)

Consiglieri

Andrea Colletti (Sciacca - AG)

Antonietta Ledda (Palermo)

Giuseppe Leonardi (Catania)

Gianfranco Muscio (Siracusa)

Giuseppe Paleologo (Messina)

Giovanni Maria Polizzi (Partinico - PA)



Marco Sicuro

PIEMONTE-VALLE D'AOSTA

Presidente

Marco Sicuro (Aosta)

Consiglieri

Carlo Budano (Torino)

Marialaura Buscemi (Alessandria)

Alessandra Chinaglia (Torino)

Paola Lusardi (Torino)

Barbara Maria Teresa Mabritto (Torino)

Andrea Rognoni (Novara)

Matteo Santagostino (Ponderano - BI)

Emanuele Tizzani (Torino)



Maria Grazia Bongiorno

TOSCANA

Presidente

Maria Grazia Bongiorno (Pisa)

Consiglieri

Toni Badia (Prato)

Francesco Bellini (Livorno)

Nazario Carrabba (Firenze)

Francesco De Sensi (Grosseto)

Gabriele Giuliani (Firenze)

Alessio Lilli (Lido di Camaiore - LU)

Silvia Maffei (Siena)

Luca Segreti (Pisa)



Massimo Grimaldi

PUGLIA

Presidente

Massimo Grimaldi (Acquaviva delle

Fonti - BA)

Consiglieri

Angelo Aloisio (Taranto)

Maria Cuonzo (Bari-Carbonara)

Valeria Galetta (Taranto)

Alessandro Maggi (San Severo - FG)

Francesco Magliari (Lecce)

Angelo Raffaele Mascolo (Barletta - BT)

Rossella Troccoli (Bari)

Eugenio Vilei (Scorrano - LE)



Alberto Menotti

TRENTINO ALTO ADIGE

Presidente

Alberto Menotti (Trento)

Consiglieri

Roberto Bonmassari (Trento)

Massimiliano Manfrin (Bolzano)

Simone Muraglia (Trento)

Patrick Teja Rudolf Paulisch

(Merano - BZ)

Werner Gunter Rauhe (Bolzano)

Prisca Zeni (Trento)



Gianluca Zingarini

UMBRIA

Presidente

Gianluca Zingarini (Perugia)

Consiglieri

Giuseppe Bagliani (Foligno - PG)

Daniella Bovelli (Terni)

Euro Antonio Capponi (Gubbio - PG)

Raffaele De Cristofaro (Orvieto - TR)

Giorgio Maragoni (Spoleto - PG)

Silvia Norgiolini (Città di Castello - PG)



Marco Corda

SARDEGNA

Presidente

Marco Corda (Cagliari)

Consiglieri

Antonio Caddeo (Oristano)

Laura Concas (Cagliari)

Stefania Corda (Cagliari)

Franca Farina (Alghero - SS)

Fabio Orrù (San Gavino Monreale - VS)

Nadia Sanna (Cagliari)

Isabella Simongini (Olbia - OT)

Francesco Uras (Sassari)



Maurizio Anselmi

VENETO

Presidente

Maurizio Anselmi (San Bonifacio - VR)

Consiglieri

Cristina Andriani (Montebelluna - TV)

Francesca De Cian (Feltre - BL)

Enrico Franceschini Grisolia (Belluno)

Gianfranco Frigo (Cittadella - PD)

Elisabetta Garelli (Pieve di Sacco - PD)

Nicola Gasparetto (Treviso)

Sakis Themistoclakis (Mestre - VE)

Roberto Valle (Chioggia - VE)



Notizie dal Friuli Venezia Giulia

Si è insediato e ha iniziato i lavori il nuovo Consiglio Direttivo Regionale del Friuli Venezia Giulia per il biennio 2016 - 2018. Si tratta di un gruppo in cui prevalgono le componenti giovanili, c'è una forte rappresentanza femminile ed una adeguata rappresentazione di tutto il territorio regionale. Il 29 giugno 2016 c'è stata la prima riunione del nuovo Consiglio Direttivo Regionale. Sono state elaborate le Linee Programmatiche per il biennio che in sintesi confermano

scientifico;

- all'interazione con la componente infermieristica;
- alla collaborazione con le altre Società Scientifiche regionali;
- al pieno coinvolgimento dei giovani cardiologi;
- alla collaborazione con l'Assessorato alla Salute regionale;
- sono stati creati Gruppi di Lavoro *ad hoc* su varie tematiche.

Prosegue, in particolare, la stretta interazione tra l'attività dei cardiologi con quella del gruppo infermieristico regionale,

Franovich (Trieste). Iniziativa l'attività scientifica e formativa. Il 5 novembre 2016 si è svolto a Cervignano del Friuli il primo evento formativo del nuovo Consiglio Direttivo in collaborazione con i Collegi Diabetologi (Associazione Medici Diabetologi - AMD) dal titolo "Innovazione terapeutica: appropriatezza e riduzione del rischio in Diabetologia e Cardiologia. *Peer to peer* tra specialisti". La pandemia di diabete è e sarà nel prossimo futuro seguita da una esplosione di complicanze cardiovascolari. Il diabete è una malattia cronica eterogenea che impone percorsi di cura articolati e differenziati nell'intensività, modifiche nello stile di vita e aderenza nel lungo periodo. Da una parte è di fondamentale importanza l'implementazione di strategie di intervento mirate alla prevenzione e alla cura del diabete; dall'altra vi è la necessità di svolgere una efficace prevenzione primaria e secondaria delle complicanze cardiovascolari nelle persone in cui il diabete è stato diagnosticato. Da qui l'incontro tra le nostre due Società Scientifiche per la condivisione delle nuove strategie terapeutiche, in rapida evoluzione, che si stanno dimostrando efficaci per la prevenzione primaria e secondaria degli eventi cardiovascolari nei pazienti diabetici. Si è parlato dei nuovi farmaci antidiabetici, delle interazioni farmacologiche, della gestione del rischio cardiovascolare,

INNOVAZIONE TERAPEUTICA: APPROPRIATEZZA E RIDUZIONE DEL RISCHIO IN DIABETOLOGIA E CARDIOLOGIA. PEER TO PEER TRA SPECIALISTI

SABATO 05 NOVEMBRE 2016

HOTEL INTERNAZIONALE CERVIGNANO DEL FRIULI (UD)

IMAGING INTEGRATO NELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA: REALTÀ ATTUALE E PROSPETTIVE FUTURE

SABATO 14 GENNAIO 2017

Pordenone Fiere PORDENONE

quelle del precedente biennio e sono improntate alla

- promozione dell'aggiornamento

coordinato in questo biennio da Eugenia Bruschetta (Pordenone) con la collaborazione di Antonella



Consiglio ANMCO Friuli Venezia Giulia con il Presidente Andrea Di Lenarda

dei percorsi diagnostico - terapeutici nell'acuto e nel cronico, del problema dell'aderenza alle terapie, degli aspetti educazionali, della gestione del paziente diabetico in UTIC. Ampia ed articolata la discussione che ha fornito spunti organizzativi e di ricerca futura. Il 14 gennaio 2017 c'è stato a Pordenone il secondo incontro scientifico organizzato dall'attuale Consiglio Direttivo regionale "Imaging integrato nella cardiopatia ischemica: realtà attuale e prospettive future". Lo scopo dell'evento era quello di definire i diversi percorsi diagnostico - terapeutici che, partendo dalla valutazione clinica del paziente giungano all'appropriata indicazione d'uso delle diverse metodiche, invasive e non invasive. Spesso di fronte ad una offerta molto diversificata e impegnativa in termini di consumo di risorse, il cardiologo clinico si trova in difficoltà nel seguire un percorso razionale, trovandosi di fronte a risultati non sempre chiari. Il nostro obiettivo era quindi quello di proporre una visione aggiornata per il corretto uso delle metodiche di imaging nel percorso diagnostico

e terapeutico della cardiopatia ischemica. Si è parlato di test da sforzo, di scintigrafia miocardica, di eco - stress, di TC multidetettore, di risonanza magnetica e delle metodiche invasive, IVUS, OCT ed FFR. Sono stati trattati anche temi infermieristici e la gestione della qualità delle immagini da parte dei tecnici di radiologia. E' intervenuto anche il cardiocirurgo sul tema della disfunzione ventricolare sinistra nel paziente con indicazione a rivascolarizzazione. Tra le prossime iniziative, il 29 aprile 2017 un convegno di "Cardio - oncologia 2017: linee guida e stato dell'arte", il 23 settembre 2017 l'incontro "Cuore - Rene - Cervello: i tre moschettieri". Infine il 18 novembre 2017 ci sarà "Cardionursing 2017" e "Controversie in terapia cardiovascolare". Il format di tutti gli eventi è caratterizzato dalla presentazione di Casi Clinici (fatta da medici specializzandi in malattie cardiovascolari), relazioni frontali, ampia discussione gestita da esperti, relazioni infermieristiche integrate a quelle mediche.

Altre iniziative

Il Centro Cardiovascolare di Trieste in collaborazione con l'Università

di Trieste sta sviluppando una ricerca che punta a migliorare la comprensione dei fattori di rischio di non aderenza ai programmi terapeutici nei pazienti con patologia cardiovascolare cronica per pianificare poi interventi medico infermieristici sempre più efficaci di prevenzione di questo fenomeno. È stato predisposto un questionario online, che rappresenta la prima indagine regionale su opinioni, comportamenti e atteggiamenti degli operatori sanitari in ambito di aderenza alle terapie prescritte e agli stili di vita. Il Consiglio Direttivo ANMCO del Friuli Venezia Giulia aveva in precedenza esaminato e approvato il progetto e la possibilità di inviarlo a tutti i Cardiologi della nostra regione e ha chiesto al Consiglio Direttivo Nazionale di poter procedere con questo progetto (approvato). Siamo predisponendo, inoltre, un registro regionale sulle dissezioni coronariche (referente Alberto Roman Pognuz). Vi informeremo delle ulteriori iniziative e di ciò che bolle in pentola nella nostra regione. ♥

Progetto "PONTE - HF" Puglia

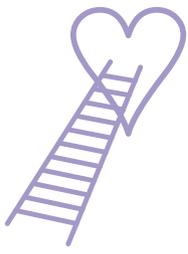


Figura 1 - La locandina della riunione scientifica di presentazione dei dati preliminari del progetto Ponte - HF

Il progetto PONTE - HF

Il progetto PONTE - HF rappresenta il raggiungimento di un'altra tappa importante nella implementazione di una rete regionale degli ambulatori cardiologici dedicati allo scompenso cardiaco. Il 13 dicembre 2016 sono stati presentati, in una riunione scientifica svoltasi a Bari, i risultati preliminari (Figura 1). Sin dalla istituzione del comitato regionale per la implementazione della Consensus Conference nel 2008, l'AMCO Puglia è stata particolarmente attenta alle problematiche legate ad una ottimizzazione della gestione dello scompenso cardiaco. In questi anni si sono moltiplicate le iniziative intraprese a tal fine e, tra queste, ne ricordiamo alcune di seguito.

- a) La elaborazione di proposte normative finalizzate alla istituzionalizzazione degli ambulatori scompenso. Il Dottor Sergio PeDE, ad esempio, si è attivato per formalizzare la istituzione di ambulatori dedicati allo scompenso nella ASL di Brindisi.
- b) La realizzazione di Day - Hospital e Day - Service dedicati. Tra questi il centro più attivo e più "antico" è quello del Policlinico di Bari diretto da Massimo Iacoviello.



c) La validazione di un percorso diagnostico - terapeutico, impostato da Massimo Iacoviello e Pasquale Caldarola, per il paziente recentemente ospedalizzato per scompenso cardiaco attraverso un progetto promosso da ARES Puglia e finanziato dal Ministero della Salute.

d) Il costante tentativo di realizzare modelli di gestione dello scompenso cardiaco che vedessero la stretta integrazione fra ospedale e territorio.

Il progetto PONTE - HF rappresenta proprio il coronamento di questa fervida progettualità e non poteva che nascere dalla collaborazione fra ANMCO ed ARCA Puglia. Il progetto ha fatto tesoro delle esperienze maturate nel precedente progetto promosso dall'ARES Puglia che si è svolto dal marzo 2012 al giugno 2014. Quest'ultimo aveva coinvolto quattro unità Ospedale - Territorio della Puglia e due extraregione. Si era ottenuta una significativa riduzione delle ospedalizzazioni grazie ad una ottimizzazione della terapia dello scompenso e ad un puntuale richiamo all'aderenza terapeutica ed al miglioramento degli stili di vita. Elemento chiave del progetto erano stati gli ambulatori ospedalieri dedicati

allo scompenso cardiaco, i corrispondenti referenti cardiologi territoriali ed un gruppo di infermieri professionali care manager capaci di coordinare la gestione dei pazienti e responsabili del follow-up telefonici degli stessi. Il progetto PONTE - HF ha avuto, dunque, come obiettivo quello di dare continuità alla sperimentazione, coinvolgendo però un maggior numero di ambulatori regionali dedicati allo scompenso cardiaco. La realizzazione di un software di gestione è stato uno snodo cruciale per la condivisione dei dati clinici e per l'elaborazione di un piano diagnostico terapeutico condiviso. La riservatezza dei dati sensibili è garantita da una base informativa crittografata con algoritmo a 128 bit e dall'utilizzo di password di accesso a livello di data base e di sistema gestionale.

Il software di gestione

Il software web based, prevede la compilazione di diversi moduli: dati anagrafici, anamnesi e fattori di rischio, comorbidità - eventi pregressi, visita cardiologica, esami di laboratorio, ECG, ecocardiogramma, prova da sforzo, terapia farmacologica pregressa e consigliata, eventi intercorrenti (Figura 2). Dopo aver compilato

i campi è possibile stampare una relazione clinica che viene automaticamente assemblata dal software. La relazione può essere inviata, con un semplice click, all'indirizzo di posta elettronica del medico di medicina generale, al momento stesso della consegna al paziente del cartaceo, per poter essere da questo visualizzata attraverso sistemi che consentono la riservatezza dei dati. Ognuno degli ambulatori aderenti al progetto è in grado di verificare la presenza nel sistema di un paziente già valutato in altra sede. Il progetto PONTE - HF ha previsto una prima riunione scientifica, tenutasi il 12 luglio 2016, in cui il progetto è stato presentato, il software è stato discusso e condiviso e sono stati definiti in linea di massima i piani diagnostico - terapeutici per il paziente recentemente ospedalizzato, per il paziente con nuova diagnosi e per il paziente stabile. La prima fase operativa di analisi del progetto si è svolta tra ottobre e novembre 2016. Lo scopo di questa prima breve fase è stato quello di testare la funzionalità del software e di analizzare le caratteristiche di un primo gruppo di pazienti arruolati. I centri scompenso partecipanti (UOC Cardiologia Ospedale San Paolo e la UO Cardiologia AOU

Altre Imaging	Test Cardiopolmonare	Terapia Farmacologica Progressiva	Terapia Farmacologica Consigliata	Eventi Intercorrenti	Relazione Clinica
Dati Anagrafici	Fattori di Rischio	Anamnesi - Comorbidità - Eventi Progressivi	Visita Cardiologica	Esami di Laboratorio	Eco Cardiogramma
Motivo Visita: <input type="text" value="Controllo Programmato"/>	Peso (Kg) <input type="text" value="83"/>	Altezza (cm) <input type="text" value=""/>	BMI <input type="text" value=""/>		
sPO2 <input type="text" value=""/>	PAS <input type="text" value="160"/>	PAD <input type="text" value="90"/>	FC <input type="text" value="60"/>		
III Tono <input type="text" value="No"/>	Edemi Declivi <input type="text" value="Assenti"/>	Turgore delle Giugulari <input type="text" value="Assente"/>	Epatomegalia <input type="text" value="Assente"/>		
Segni di Iperperfusion Periferica <input type="text" value="Assenti"/>	Segni di Disidratazione <input type="text" value="No"/>				
Dispnea <input type="text" value="Lievi Moderati"/>	NYHA <input type="text" value="2"/>	Dolore Toracico <input type="text" value="No"/>	Tipico <input type="checkbox"/>	Atipico <input type="checkbox"/>	Sincope <input type="text" value="No"/>
Cardiopalmo <input type="text" value="No"/>	Anamnesi patologia prossima Esame Obiettivo				
Il paziente riferisce lieve accentuazione della dispnea che avverte per sforzi lievi-moderati, nega angor, cardiopalmo, sincope. Buon controllo della PA. E.O.: Paziente asintomatico. P.A.: 160/90 mmHg.					
ECG	Ritmo Sinusale <input type="text" value=""/>	FA <input type="text" value=""/>			
	Ritmo Elettroindotto <input type="text" value="DDD"/>	FC <input type="text" value="60"/>			
	Blocco di Branca <input type="text" value=""/>	Ipertrofia Ventricolare Sinistra <input type="text" value=""/>			
Referto ECG <input type="text" value="Ritmo elettroindotto da PM funzionante in modalità DDD a 60 bpm."/>	Data Esame ECG <input type="text" value="11/10/2016"/>				

Figura 2 - Esempio di pagina del software dedicato del progetto PONTE - HF

Policlinico Consorziato di Bari con il Distretto Socio Sanitario 9 ASL BA, UOC Cardiologia Fondazione S. Maugeri Cassano delle Murge, UOC Cardiologia Ospedale Bisceglie, UOC Cardiologia Ospedale Altamura, UOC Cardiologia Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia, UOC Cardiologia Ospedale Perrino di Brindisi con il Distretto Socio Sanitario 1 ASL BR, UOC Cardiologia Copertino) hanno inserito in soli 2 mesi ben 154 pazienti (età media 65±14,77% di sesso maschile, 40% con cardiopatia ischemica, 63% ipertesi, 41% diabetici) con caratteristiche cliniche (classe NYHA 2.3±0.7, frazione d'eiezione 36±11, NT-proBNP 2453±3259 pg/ml) e terapia (ACE - inibitori/Sartani 81%, Valsartan/Sacubitril 5%, beta-bloccanti 87%, diuretici 100% con dose equivalente di furosemide 99±122 mg/die, antialdosteronici 67%, Ivabradina 16%, ICD 82%, CRT 19%) prevalentemente legate alla presenza di *funzione sistolica compromessa*. Un buon inizio, utile a validare il progetto, migliorare

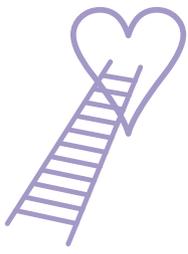
le prestazioni del software ed incominciare ad analizzare la popolazione di pazienti trattata negli ambulatori scempenso pugliesi. Il prossimo passo è quello di dare a questa rete il supporto istituzionale che ne garantisca l'implementazione su ampia scala. Nel prossimo biennio contiamo, infatti, di consolidare ancor

Il progetto PONTE - HF è stato realizzato con la collaborazione dei cardiologi territoriali dell'ARCA in un'ottica di stretta integrazione tra Ospedale e Territorio

di più l'esperienza maturata e confidiamo nella possibilità che le nostre iniziative abbiano il riconoscimento istituzionale che riteniamo indispensabile. Ci fa piacere, infine, sottolineare come la progettualità nel campo dello Scempenso Cardiaco in Puglia è sempre più in linea con quella

dell'ANMCO nazionale che, con il recente Documento di Consenso, ha delineato le caratteristiche di una rete cardiologica dedicata all'assistenza del paziente affetto da scempenso cardiaco. Una rete basata sulla interazione tra i vari ambulatori dedicati allo scempenso cardiaco ospedalieri e territoriali ed un modello gestionale particolarmente innovativo perché prevede una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure erogate nei diversi setting assistenziali (ospedaliero e territoriale). Si spera così di poter offrire al paziente una risposta adeguata nelle varie fasi della sua malattia. Una proposta concreta ed innovativa che offre una risposta alle indicazioni del recente Piano Sanitario Nazionale che individua nello scempenso cardiaco una patologia cardiovascolare meritevole di sforzi mirati all'ottimizzazione del trattamento.





Al via in Sicilia il progetto promosso dall'Assessorato della Salute

“Vicini al tuo cuore”

“Comunicazione e continuità assistenziale per il paziente cardiologico”

È noto che gli ottimi risultati ottenuti durante il ricovero del paziente cardiopatico (soprattutto nel caso delle sindromi coronariche acute e dello scompenso cardiaco) spesso vengono vanificati nella fase successiva, già a partire dai primi mesi dopo la dimissione, e questo soprattutto a causa della mancata aderenza dei pazienti alle prescrizioni terapeutiche. Uno dei motivi di tale mancata aderenza risiede in una comunicazione poco efficace al momento della dimissione. Se il paziente e i suoi familiari, infatti, non sono informati, e soprattutto non comprendono appieno l'importanza del trattamento farmacologico e del cambiamento dello stile di vita, nonché della necessità di sottoporsi ai percorsi clinico-strumentali programmati per il follow up, la probabilità che quanto di più efficace la cardiologia moderna mette loro a disposizione sia effettivamente applicato si ridurrà drammaticamente, con la conseguente maggior probabilità del verificarsi di gravi eventi cardiovascolari avversi. Purtroppo le dure necessità imposte da un turnover sempre più rapido dei pazienti ricoverati rendono necessario ottimizzare al massimo il processo della dimissione, che si fonda su due

REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE

AZIENDA OSPEDALIERA
CANTONI SANI DELLA SIPA - CANTONI
AZIENDA CAROTOLA

Vicini al tuo cuore

L'IMPEGNO DELLA CARDIOLOGIA SICILIANA
PER LA SALUTE DEL TUO CUORE

Asp Agrigento, Asp Caltanissetta, Asp Catania, Asp Enna, Asp Messina, Asp Palermo, Asp Ragusa,
Asp Siracusa, Asp Trapani, Arnas Garibaldi, A.O. Papardo, A.O. Cannizzaro,
A.O.U. Policlinico Vittorio Emanuele, Arnas Civico, A.O.U. Policlinico P. Giaccone,
A.O.U. Policlinico G. Martino, Ismett, Fondazione Istituto G. Giglio di Cefalù,
Buccheri-La Ferla, Irccs-Bonino Pulejo - Piemonte

CONSULTA REGIONALE DELLA SANITA'

[f](#) [t](#) | www.vicinialtuocuore.it

basi fondamentali: la lettera di dimissione, come strumento di continuità assistenziale per il personale sanitario che nel tempo avrà in cura il paziente, e la comunicazione ed il counseling rivolti a pazienti e caregivers. Allo scopo di fornire uno strumento di lavoro utile a uniformare la fase di dimissione ospedaliera e a facilitare la trasmissione di informazioni ai cardiologi e a tutti i sanitari interessati,

qualsiasi sia il loro ruolo, che avranno poi in carico la gestione del paziente dimesso, già tre anni fa l'Assessorato della Salute della Regione Sicilia aveva emanato il Decreto Assessoriale 11 agosto 2014, "Raccomandazioni regionali per la dimissione e la comunicazione col paziente dopo ricovero per un evento cardiologico" (pubblicato sulla G.U.R.S n. 36 del 29 agosto 2014, p.I, N. 26, S.O. 2). L'elaborato,



Gruppo di lavoro

Coordinamento dell'Assessorato della Sanità – DASOE (Dipartimento per le Attività sanitarie e osservatorio epidemiologico) – I. Tozzo, G. Murolo, G. De Luca

Comitato di coordinamento:

M.G. Abrignani, A. Drago, M. Gabriele, G. Geraci, G. Greco, S. Novo

Comitato scientifico:

G. Chiarandà, M. Di Franco, S. Gibiino, P.I. Marino, G. Miranda, L. Spicola, N. Tourkmani

Collaborazioni :

ANMCO, ANCE, ARCA, SIC, SICOA, FIMG, SNAMID, CITTADINANZATTIVA, CONSULTA REGIONALE DELLA SANITA'

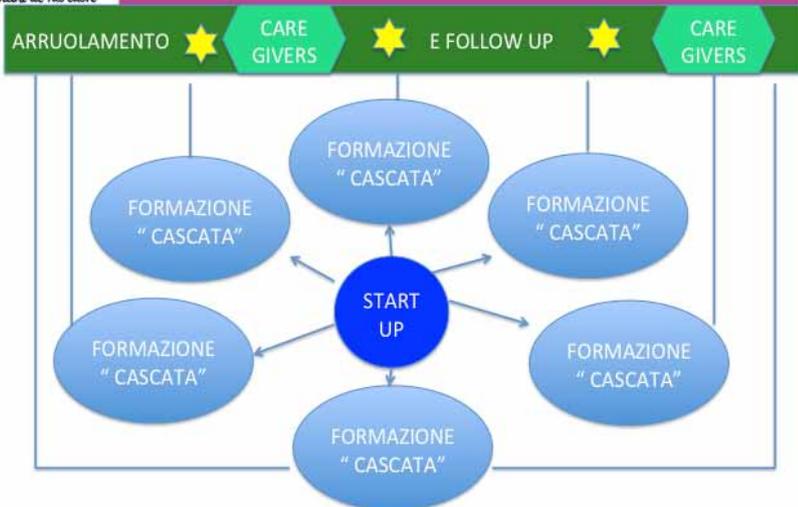


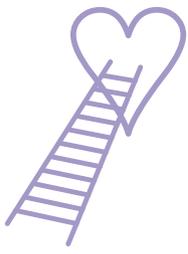
realizzato grazie al lavoro congiunto di molte Società Scientifiche cardiologiche e di medicina generale (ANMCO, ANCE, ARCA, SIC, SICOA, FIMG, SNAMID), sempre coinvolte in una fruttuosa collaborazione con le istituzioni regionali, e con il contributo anche di Cittadinanzattiva, ha messo in risalto l'importanza della lettera di dimissione proprio come strumento di continuità assistenziale, nonché della comunicazione verso il paziente. Il decreto ha anche fornito al mondo cardiologico diversi *tool* utili alla pratica clinica quotidiana: un modello strutturato di lettera di dimissione, un *kit* educativo di schede informative, redatte con linguaggio semplice e stile conciso, rivolte ai pazienti dimessi e ai loro familiari, e infine una check list, da inserire in cartella clinica, avente lo scopo di ricordare quali siano le attività informative indispensabili da porre in atto al momento della dimissione del paziente.

Sulla scorta del decreto del 2014 è stato più recentemente promosso dal Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE) dell'Assessorato regionale un Progetto Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale volto all'implementazione dello stesso. Il Progetto, dal titolo "Comunicazione e continuità assistenziale per il paziente cardiologico" è stato approvato dal Ministero della Salute ed affidato per la sua gestione, come azienda capofila, all'A.O.O. Riuniti Villa Sofia-Cervello (referente del progetto G. Geraci, dell'Unità Operativa Complessa di Cardiologia,



★ Incontri opzionali: percorsi anti-fumo/supporto alla dieta/supporto psicologico etc..





Direttore N. Sanfilippo).

La struttura del progetto e il suo percorso attuativo sono stati affidati a un ristretto Comitato di Coordinamento, che ha effettuato diverse riunioni periodiche di definizione del progetto e di valutazione dello stato di avanzamento delle sue fasi, con la condivisione di un più ampio Comitato Scientifico di cui ha fatto parte anche il presidente regionale ANMCO Sicilia Giacomo Chiarandà, mentre il DASOE ha prestato costante opera di supporto logistico-strategico.

A fianco del titolo istituzionale del progetto, al fine di renderlo di facile identificazione e più facilmente fruibile da parte degli utenti e del pubblico non addetto ai lavori, sono stati scelti il *namig* "Vicini al tuo cuore" e un logo che ne possa consentire una più immediata identificazione, che saranno dunque declinati in tutti i materiali relativi.

Il progetto si compone di tre fasi:

- Una Formativa, con eventi ECM a cascata, che coinvolgeranno medici e infermieri delle U.O. di Cardiologia di tutta la Sicilia, insieme a Cardiologi territoriali e Medici di Medicina Generale. Questo momento sarà occasione di confronto per creare sintonia e metodologie di follow up condivisi fra le varie figure che gestiscono il paziente in tutto il suo percorso di salute.

- Una Informativa: sono stati elaborati materiali educazionali sulle principali patologie cardiovascolari e sui principi essenziali della loro prevenzione. I materiali, in forma di brochure, cartoline, schede e di un video, saranno a disposizione di pazienti e loro fami-

liari, ma anche degli addetti ai lavori, anche grazie a pagine Facebook e Twitter e a un sito web dedicato, *www.vicinialtuo cuore.it*, dal quale saranno facilmente scaricabili.

- Una Sperimentale, che prevede l'arruolamento di un ristretto gruppo di pazienti dimessi per cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco da seguire con *follow-up* intensivo di un anno e con incontri di sensibilizzazione/informazione dedicati a loro e ai loro *caregivers*, volti a migliorare l'aderenza terapeutica e fornire gli strumenti perché essi stessi possano essere, in prima persona, partecipi della gestione della propria salute. L'apertura ufficiale del progetto si è svolta a Palermo il 14 dicembre 2016, in una giornata start-up molto partecipata: in un clima di proficuo scambio di idee i componenti del comitato di Coordinamento hanno esposto i contenuti del progetto condividendoli con i referenti (medici ed infermieri) identificati dalle unità operative di Cardiologia della regione; in particolare il past president ANMCO Michele Gulizia ha affrontato il tema della dimissione come processo che inizia già al momento dell'ingresso del paziente, illustrando il recentissimo Position Paper ANMCO sulla lettera di dimissione; una relazione ad hoc è stata inoltre dedicata al delicato tema delle tecniche di comunicazione con il paziente ed i suoi caregiver. La giornata è stata inoltre arricchita da una prestigiosa tavola rotonda condotta da Carmelo Nicolosi, autorevole firma del "Giornale di Sicilia", cui hanno preso parte molte delle autorità in campo sanitario regionale (come

l'Assessore B. Gucciardi, il Direttore del DASOE avv. I. Tozzo e i Direttori Generali dell'azienda capofila, Ing. G. Venuti, dell'ASP di Trapani, dott. F. De Nicola, dell'A.O.U. Policlinico di Palermo, dott. R. Li Donni e dell'A.O.U. Policlinico di Catania, dott. P. Cantaro) ed illustri esperti in tema di sanità come il Consigliere della Corte dei Conti L. Centro. Prezioso è stato anche il contributo di esponenti della cardiologia del territorio e della Medicina Generale, nonché del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Palermo, dott. S. Amato.

Siamo certi che il progetto sarà un'occasione preziosa per coordinare gli sforzi di tutti gli operatori coinvolti nella gestione del paziente cardiopatico e poter definire un percorso semplice e funzionale al mantenimento dei risultati ottenuti durante un ricovero anche dopo la dimissione dall'ospedale. Sarà inoltre un importante veicolo di trasmissione al paziente di assistenza educativa, informazioni e strumenti che gli siano utili a comprendere l'importanza di collaborare in prima persona alla gestione della sua patologia nella fase cronica.

Attraverso queste pagine vi terremo aggiornati sullo svolgimento e soprattutto sui risultati del progetto, la cui chiusura si prevede a metà del 2018.



DI FRANCESCO PAOLO CALCIANO, ANTONIO CARDINALE,
MARIA ROSARIA CARDINALE, PORZIA LACERTOSA

L'importanza della scelta degli alimenti

Dieta mediterranea, da sola non basta

Alimentazione, Stile di Vita, espressioni molto in auge. Trasmissioni quotidiane che parlano di cibi, di proposte alimentari. Tanti chef, tanti cuochi, tanti esperti. Poi i dati epidemiologici mostrano Paesi con cittadini in sovrappeso e obesi. Aumento di malattie cardiovascolari, oncologiche, dismetaboliche. Patologie che hanno anche una relazione con Stili di vita non del



Allevamento naturale

tutto salutari, dove l'alimentazione gioca un ruolo importante, insieme all'attività fisica. D'altro canto vi è la risposta delle diete, le più disparate, spesso non razionali, ma... tutto fa spettacolo. Anzi. Tutto ciò che è eccentrico, tutto ciò che è proposto come panacea trova una fetta di consenso. Si cerca il miracolo. Perdere 7 chili in 7 giorni e via scorrendo. La salute è un elemento che non ha bisogno di maghi o apprendisti stregoni. Spesso è richiesta razionalità, un pizzico di buona volontà nel seguire consigli semplici, anche banali ma corretti e salutari. La vita in molti segmenti dell'occidente benestante sembra scorrere sui canali della rappresentazione più che della realtà. Tutti su un palco a raccontare una storia non vera, possibilmente veritiera. I postulati del buon senso sono poco seguiti. Alimentazione e attività fisica: un binomio da sviluppare dalla gestazione. Importante nella gestante, utile per il feto, essenziale nel lattante prima, bambino, ragazzo e giovane poi. Bisogna educare a una corretta alimentazione, educare a una costante attività fisica e sportiva. Questo reclama tempo, il tempo che i genitori devono dare ai propri figli. Se non loro chi? Tra l'altro il tempo trascorso con i figli non è tempo

improduttivo. Compito del genitore è educare, favorire lo sviluppo cognitivo, l'autonomia, avviare a percorsi grazie ai quali possano poi realizzarsi sulla base di principi importanti. L'alimentazione è un processo dinamico che accompagna la nostra vita, dobbiamo scegliere cosa mangiare, abituare a un regime vario e salutare chi deve nascere e poi nel suo percorso. Le scelte sono semplici: un'alimentazione completa, equilibrata, personalizzata e rispettosa della specificità dell'essere umano. Essa deve essere adeguata alle esigenze nutrizionali dell'organismo, quindi è importante rispettare la qualità, la quantità, nonché una corretta associazione dei cibi tra loro. Già in passato, i grandi medici come Ippocrate e Galeno, avevano compreso l'importanza del cibo per mantenere l'organismo in equilibrio. La medicina moderna, soprattutto negli ultimi anni, pone molta attenzione sulla nutrizione. Infatti essa ha un ruolo centrale per il benessere dell'organismo e dei singoli organi. È importante non introdurre più calorie di quante se ne consumeranno, eliminare il "junk food", o cibo spazzatura, il quale apporta solo calorie vuote (alcolici, zuccheri e farine raffinate, pasticceria industriale) e tossine,

composti chimici dannosi e difficili da eliminare da parte del nostro organismo. Dobbiamo quindi tendere a un'alimentazione varia, comprensiva dei vari nutrienti, che si richiami a scelte che hanno trovato basi scientifiche importanti. La dieta mediterranea è salutare, ricordiamo che nel 2010 ha ricevuto il

ictus, a malattie tumorali. Il rischio di diabete, obesità, ipercolesterolemia, sindrome metabolica si ridurrà significativamente. Nelle famiglie che seguono questa proposta l'obesità infantile avrà un'incidenza minore. Considerazione importante: un bimbo obeso si porterà un

si assiste ad un accumulo delle stesse con conseguente iperazotemia, iperfosforemia, iperpotassemia. Come prima terapia bisogna far riferimento ad una dieta adeguata, oggi non è sufficiente adeguarsi e richiamare i principi della dieta mediterranea. Accanto al riferimento di questi postulati semplici (frutta e verdura in quantità, carboidrati e cibi integrali, legumi, pesce almeno tre volte la settimana preferendo il pesce azzurro, carne, insaccati e formaggi stagionati con moderazione, pochi zuccheri, poco sale, sostituirlo quando possibile con aromi; condimento principe, ma da utilizzare con moderazione l'olio d'oliva extravergine; prediligere la cottura al forno rispetto a quella fritta; stagionalità e origine) occorre considerare altri aspetti, quale la filiera degli alimenti, la provenienza, i processi dalla fase 0 alla commercializzazione, alla conservazione. La qualità dell'alimento è in stretta correlazione con la formazione dello stesso, con l'utilizzo di sostanze che poi si ritrovano all'interno dell'alimento e che ingerito le veicola nel corpo umano. Un allarme è stato lanciato in varie parti del mondo riguardo allo sviluppo di un super batterio resistente agli antibiotici, dato che i batteri diventano sempre più resistenti ai nostri antibiotici. Nel 2050, avverte un rapporto britannico, le infezioni per le quali non avremo farmaci a disposizione potrebbero arrivare a uccidere 10 milioni di persone: una ogni tre secondi. A lanciare l'allarme

Oggi non è sufficiente adeguarsi e richiamare i principi della dieta mediterranea

Accanto al riferimento di questi postulati semplici occorre considerare altri aspetti, quale la filiera degli alimenti, la provenienza, i processi dalla fase 0 alla commercializzazione, alla conservazione

riconoscimento dell'UNESCO come "patrimonio immateriale dell'umanità". Nel 2011 l'American College of Cardiology riconosce che "la dieta mediterranea si associa a un'espressiva diminuzione della mortalità da tutte le cause, con minor rischio di malattie cardiovascolari e cancro, ed ha un ruolo benefico su diabete tipo 2, obesità addominale, lipidi e livelli di pressione arteriosa". Non una moda quindi. Tanti studi hanno documentato un effetto protettivo a livello cardiovascolare, oncologico, dismetabolico. Coloro che si attengono a questa scelta svilupperanno meno malattie cardiovascolari, andranno incontro in percentuale minore allo sviluppo di cardiopatia ischemica (angina pectoris, infarto del miocardio) a

rischio maggiore di sviluppare malattie cardiovascolari rispetto al bambino normopeso. Non è corretto regalare a un bimbo un rischio futuro di sviluppare queste patologie. Sappiamo bene come le abitudini di vita, e non la genetica, sono gli indiziati principali nell'insorgenza di patologie cardiovascolari e oncologiche. Una corretta alimentazione ha l'obiettivo, oltre a prevenire l'insorgenza, di rallentare la progressione di malattie. È necessario, perciò, conoscere la composizione degli alimenti e gli effetti "critici" che possono avere alcuni nutrienti su un organismo già danneggiato. Ad esempio, nell'insufficienza renale cronica, il rene non riuscendo ad eliminare sufficientemente o completamente le sostanze di scarto

da Londra è il rapporto “Review on Antimicrobial Resistance”. L'autore della ricerca, l'economista Jom O'Neill ha sollecitato un urgente intervento per impedire il ritorno “al Medioevo” sostenendo “Deve essere una priorità per tutti i leader di governo”. Nel rapporto, si chiede un uso più consapevole degli antibiotici, evitando eccessi e abusi. Si raccomanda inoltre il lancio di una vasta campagna di sensibilizzazione del pubblico, in gran parte “ignorante” dei rischi; di creare un fondo di ricerca per 2 miliardi, di limitare l'uso degli antibiotici in zootecnia e promuovere i laboratori che creino nuovi antibiotici con un premio di un miliardo di dollari. “Dobbiamo smettere di prendere antibiotici come caramelle”. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha avvertito che il problema rappresenta “un grave pericolo”. Una delle cause della diffusione dell'antibiotico resistenza sono gli allevamenti intensivi. In Italia, il 71% degli antibiotici venduti è destinato agli animali. Siamo il terzo maggiore utilizzatore di antibiotici negli animali da allevamento in Europa, e il nostro uso è più alto di quello di altri paesi di simili dimensioni (il triplo della Francia, il quintuplo del Regno Unito). Accade negli ultimi decenni, a causa dell'intensificazione degli allevamenti, che gli antibiotici siano diventati uno strumento per mantenere in vita gli animali. Animali stipati in capannoni affollatissimi in condizioni critiche. Se uno di loro si ammala, è molto



Allevamenti naturali

difficile isolare l'animale, curarlo ed evitare che altri si ammalinno. Così, nei mangimi o nell'acqua, sono aggiunti gli antibiotici. Gli antibiotici negli allevamenti sono usati per: trattare un animale ammalato (utilizzo necessario), trattare un gruppo di animali che è stato a contatto con quello ammalato (metafilassi), trattare in modo preventivo gli animali, prima ancora che qualcuno si ammali (profilattico, ma salutare?). L'origine di molti problemi attuali risale agli anni '50, quando negli allevamenti intensivi venivano somministrati agli animali in modo sistematico piccole dosi di antibiotici nei mangimi come promotori della crescita. Questa pratica è stata vietata

in Europa solo nel 2006. In Italia il consumo veterinario di antibiotici è +136,8% rispetto alla media europea. Il problema ci riguarda molto da vicino. Secondo i dati ministeriali molti dei ceppi di batteri individuati sui campioni esaminati come ad esempio *Escherichia coli*, *Campylobacter spp.* e *Salmonella spp.*, responsabili di infezioni anche gravi, hanno sviluppato resistenza nei confronti degli antibiotici più comuni quali fluorochinoloni, cefalosporine, penicilline. Una problematica a cui va posta molta attenzione: oltre a prevedere un sistema di monitoraggio sull'uso degli antibiotici, andrebbe valutata la necessità di ridurre il ricorso alle metafilassi e rinunciare alla profilassi, ed evitare per quanto possibile il ricorso agli antibiotici più utilizzati per gli umani e in particolare fluorochinoloni, macrolidi e polimixine. Attenzione particolare va fatta anche agli agenti chimici utilizzati in agricoltura, quali pesticidi e additivi chimici, poiché è stata dimostrata una correlazione diretta tra essi e diverse malattie. Certamente laddove possibile scegliere alimenti che siano coltivati con metodi naturali. Dove possibile con metodi biologici certificati e garantiti. Un recente studio finanziato dalla Comunità Europea e pubblicato sulla rivista “New Scientist” ha dimostrato che i giardinieri amatoriali che fanno uso di pesticidi hanno maggiori probabilità (il 9% in più) di contrarre il Morbo di Parkinson, rispetto a coloro che non usano tali sostanze. È dimostrato anche come

molti pesticidi abbiano effetti “xenoestrogeni” (simulano cioè gli effetti degli ormoni femminili) e siano pertanto implicati in casi di ipofertilità, sterilità, carcinoma mammario, danni generali all’apparato riproduttivo, nonché in quello che genericamente viene indicato come “stress metabolico”, con influenza sulle difese immunitarie del nostro organismo. Molti dei pesticidi attualmente in uso sono risultati, da indagini condotte dallo IARC (International Agency for Research on Cancer), cancerogeni, teratogeni e mutageni. Bisognerebbe preferire il consumo di alimenti biologici, più ricchi di alcuni nutrienti quali: minerali, vitamine, zuccheri, polifenoli, aminoacidi essenziali che sono state definite “sostanze antiossidanti”. Se da un lato molti alimenti esercitano un’azione protettiva nei confronti dei radicali liberi, dall’altro abitudini alimentari scorrette possono aumentarne l’attività. Il problema riguarda tutti gli alimenti che raggiungono le nostre tavole. Importante sapere oggi dove è prodotto un alimento, quali sostanze sono utilizzate dalla semina al raccolto, i modi di trasformazione, dove avviene la trasformazione e con quali processi si arriva al prodotto finito. Problema complesso che implica il controllo delle associazioni dei consumatori, dei produttori, dell’industria che trasforma, i controlli delle autorità istituzionali per la tutela della salute del cittadino. Vi sono interessi notevoli e spesso antitetici, tra la tutela della salute e il profitto tout court.

Penalizzati spesso sono i produttori e il consumatore finale. Occorre una politica agricola, economica, finanziaria diversa che tuteli sia il produttore sia il consumatore. Problema complesso, che implica scelte di politiche nazionali, europee, mondiali. La discussione sui dazi doganali e sulla libera circolazione delle merci tra USA ed Europa evidenzia i tanti problemi che ci sono, dove ruolo marginale sembra avere il cittadino. Le discussioni sono aperte. Nel frattempo dove è possibile una soluzione temporanea potrebbe essere per la massaia, per la famiglia la filiera corta, dal produttore al consumatore, per evitare tutte quei passaggi intermedi che portano solo a un aumento indiscriminato dei prezzi a vantaggio di una piramide ristretta che regola il mercato con una maggiore garanzia dei prodotti che devono essere comunque certificati nei passaggi. Scegliere in modo razionale, prediligendo la qualità anche se vi è un costo maggiore. Se possibile scegliere direttamente in azienda o avere la certezza di un pollo allevato in aia e di una bistecca che viene da una mandria dedita alla transumanza e a brucare nei campi. Cereali che provengano da colture nazionali certificate, possibilmente biologiche. Frutta, verdure, ortaggi che provengano dall’orto del contadino o da aziende che certifichino i processi di produzione. Preferire i pesci piccoli (sardine, sgombri, acciughe) che sono ricchi di acidi grassi insaturi omega 3, evitare quelli di taglia grossa che potrebbero avere

elevati livelli di mercurio. Basare l’alimentazione sulla biodiversità alimentare, evitare zuccheri semplici. preferire la cucina tradizionale legata al territorio. Occorre una strategia comune condivisa tra il consumatore per la qualità degli alimenti, tutelare i processi che entrano nella coltivazione, nella trasformazione e nella conservazione degli stessi, le peculiarità d’origine. La qualità degli alimenti rappresenta oggi una scelta importante di prevenzione primaria. Anche diffondere e seguire consigli di buona pratica igienica è importante: lavarsi adeguatamente le mani prima di cucinare e dopo aver maneggiato il cibo, tenere pulite le superfici della cucina, lavare utensili utilizzati per preparare il cibo, utilizzare utensili diversi per cibi crudi e cotti, lavare accuratamente frutta e verdura, cucinare appena scongelati i surgelati, evitare il contatto tra cibi cotti e crudi, conservare gli alimenti in frigo avvolti in una pellicola trasparente o in contenitori con coperchio, verificata la data di scadenza, portare subito a casa gli alimenti da congelare. Una corretta dieta è alla base della salute di ognuno di noi. È opportuno operare attraverso una corretta divulgazione e informazione. ♥



Il Team nella gestione dell'emergenza intraospedaliera

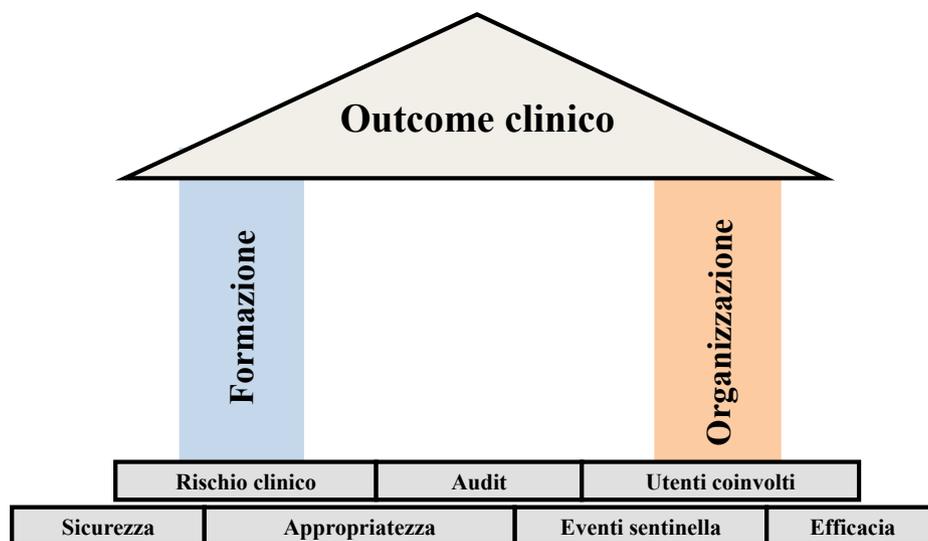


Figura 1 - Performance del personale sanitario

La gestione dell'emergenza intraospedaliera rappresenta da sempre una sfida complessa e articolata, assolutamente cruciale per l'efficacia ed efficienza del sistema sanitario stesso. Essa risulta strettamente legata all'organizzazione (attrezzature, procedure) e alla formazione del personale medico e infermieristico (Figura 1). La cura e la sicurezza dei pazienti, che rappresentano il fine ultimo, dipendono dalle conoscenze, dalle

capacità cognitive, dalle abilità tecniche e di giudizio degli operatori che sono chiamati a rispondere come una squadra costituita da diverse figure professionali (anestesisti, cardiologi, internisti, medici d'urgenza, chirurghi, infermieri e tecnici) e ad affrontare casi clinici sempre più complessi e con possibili e improvvise criticità. Vi sono ormai molte evidenze che le sole competenze teoriche e tecniche non sono sufficienti a permettere di svolgere al meglio

il nostro compito, soprattutto nel setting dell'emergenza. La capacità di lavorare in team, di comunicare efficacemente, di esercitare la leadership e followership, sono elementi in grado di influire sull'aderenza alle linee guida e di modificare l'outcome dei malati. Si può addestrare un operatore ad agire in sicurezza da solo, si può far provare una serie di scenari a piccoli gruppi di individui, che lavorano regolarmente insieme, per migliorare le prestazioni. Ma la vera

sfida, e quello che fa la differenza nel migliorare la performance di un team clinico e quindi l'outcome del paziente, è riuscire a lavorare in maniera efficace e sicura in una squadra, composta anche da professionisti di differenti discipline,

azioni. Incoraggia e motiva una collaborazione costruttiva. Prende decisioni sulla base del contributo critico degli altri membri del team, condivide le informazioni, comunica variazioni cliniche, la loro interpretazione, il piano di

e abilità combinate dei follower. L'errore di fissazione nell'ambito sanitario è insidioso e può essere pericoloso. In una situazione critica può essere comodo e rassicurante aderire ad un preconcetto circa la diagnosi. Non dover pensare ad

«Se vuoi costruire una barca, non radunare uomini per tagliare legna, dividere i compiti e impartire ordini, ma insegna loro la nostalgia per il mare vasto e infinito»

Antoine de Saint-Exupéry

durante un'improvvisa chiamata in caso di un'emergenza. Queste persone possono non essere abituate ad lavorare insieme, possono non conoscersi, non sapere i rispettivi ruoli, né le loro competenze, tant'è che ciascuno rischia di focalizzarsi sulla mera esecuzione di un compito anziché orientarsi al nobile raggiungimento del meglio per il paziente. Si possono trovare a gestire quadri clinici in circostanze insolite, in ambienti per loro non familiari, con criticità inaspettate per le quali non sono mai stati preparati e in momenti di emergenza-urgenza, con il conseguente forte carico emotivo. Ogni squadra efficiente necessita di un buon leader e di follower preparati a operare insieme, legati da rispetto reciproco ed efficace comunicazione. Il team leader ideale mantiene il gruppo concentrato sull'obiettivo condiviso, distribuendo i ruoli e compiti, pianificando e organizzando le

trattamento scelto e autorizza a esprimere opinioni. Chiede aiuto precocemente e attiva tutte le risorse che possono essere utili per la situazione del paziente. Verifica frequentemente e ripetutamente il lavoro svolto, anticipa le necessità dei componenti del team, incoraggia un clima di reciproco sostegno e risolve eventuali conflitti. Favorisce il dialogo attraverso la discussione con il gruppo riguardo la sua interpretazione clinica, i risultati e il trattamento intrapreso. Infatti, anche se tutto sembra procedere nei migliori dei modi, un regolare e ripetuto controllo incrociato permette una rivalutazione dell'orientamento diagnostico iniziale e della risposta desiderata alle azioni effettuate, riducendo il rischio di focalizzarsi su un'unica interpretazione che potrebbe non essere corretta (errore di fissazione) e vagliando invece altre possibili situazioni utilizzando le conoscenze

altre cause lascia la squadra con un problema in meno da affrontare, in una situazione che presenta già molteplici e concorrenti richieste e problematiche simultanee. I membri del gruppo diventano i sensori e gli effettori per il leader che è il regista centrale. Devono comprendere le rispettive funzioni, capire quali siano le loro attività e quelle degli altri, ciò che ognuno sta facendo e come ognuno può aiutare l'altro. Se un problema assegnato si dovesse rilevare di difficile compimento occorre informare il leader e proporre una soluzione alternativa. La leadership può essere dinamica poiché si può modificare mentre si compone la squadra o in base alle priorità nello sviluppo del caso clinico. Il leader dovrebbe essere la persona del team più qualificata a gestire la crisi a prescindere dalla gerarchia, status sociale o genere, ma è cruciale che sia chiaro ed evidente



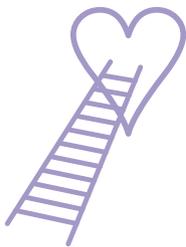
1. Conosci l'ambiente
2. Anticipa e pianifica
3. Chiama aiuto precocemente
4. Esercita la Leadership e la Followership
5. Distribuisci i compiti
6. Utilizza tutte le risorse disponibili
7. Comunica efficacemente
8. Utilizza tutte le informazioni disponibili
9. Previene e gestisci gli errori di fissazione
10. Esegui controlli incrociati
11. Usa tutti gli aiuti cognitivi
12. Rivaluta ripetutamente (10 sec. x 10 min.)
13. Usa un buon lavoro di squadra
14. Focalizza la tua attenzione saggiamente
15. Definisci le priorità dinamicamente

Figura 2 - Principi di Crisis Resource Management

a tutti i membri chi assume tale ruolo. Una buona comunicazione è una componente essenziale delle dinamiche del team e per la fusione dei componenti del gruppo. Influenza direttamente la qualità della leadership, del monitoraggio del contesto e del reciproco sostegno. Non è implicito che quanto pensato venga poi effettivamente eseguito (legge della caduta della comunicazione) e se inefficace è una delle principali cause di eventi avversi e di errori. Si calcola che circa il 20% delle informazioni passate ai professionisti durante situazioni di emergenza risultano inesatte o non accurate. Per questo deve essere a circuito chiuso ove ogni messaggio deve essere indirizzato a una specifica persona e seguito da un feedback di ricevimento e di esecuzione. Queste sono le caratteristiche che deve possedere la comunicazione per essere efficace, efficacia che

è possibile raggiungere solo se le metodologie vengono condivise con il team. Un feedback costante permette al leader di avere la visione generale, rimanendo in una posizione esterna privilegiata di osservazione, che sarebbe impossibile mantenere, se distratto dall'esecuzione di specifici compiti. Una volta ben comprese queste caratteristiche del team-work, il passo successivo e decisamente più complesso, è quello di cercare di formare e addestrare la squadra trasformandola in un gruppo funzionale in cui tutti i partecipanti possano contribuire con le proprie competenze specifiche. Un'organizzazione rapida di tale gruppo ad hoc, diventa una priorità critica in cui la sicurezza del paziente è in gioco. Il mezzo migliore per raggiungere tale obiettivo è la formazione mediante il coinvolgimento in simulazioni seguite da un debriefing strutturato.

In questo ambiente realistico e sicuro sia per il paziente che per il discente, si imparano ad applicare i principi fondamentali del lavoro di squadra, enunciati e riassunti nei criteri di Crisis Resource Management -CRM- (Figura 2), con un imprinting sufficiente che possa rimanere per un periodo prolungato di tempo. In considerazione dei dati sul numero di morti a causa di “errori” in medicina e delle sempre più forti raccomandazioni scientifiche dell'efficacia dell'educazione mediante la simulazione, la diffusione di questa cultura di training basata sui principi CRM deve diventare mandatoria e un impegno per le società scientifiche. I costi di tale formazione sono altamente giustificati se comparati al significativo costo in vite umane! ♥



La responsabilità medica oltre i “confini” del vincolo contrattuale

Il caso del danno alla sessualità

La lettura dei quotidiani a volte consente di interrogarci su casi singolari e proprio qualche giorno fa mi è capitato di leggere di una sentenza che ha condannato un medico al risarcimento dei danni in favore di una donna e del convivente more uxorio per le lesioni riportate dalla prima a carico dell'apparato riproduttivo in conseguenza di intervento chirurgico. Nel titolo dell'articolo si parlava di danno alla vita sessuale. Cosa si intende con questa espressione?

Il danno alla vita sessuale o anche alla libertà sessuale rappresenta una delle voci di danno risarcibili all'interno della più ampia categoria del danno patrimoniale. In quanto tale è una forma di risarcimento che serve per “compensare” il pregiudizio arrecato ad aspetti della persona che, pur non essendo produttivi di reddito, rappresentano aspetti fondamentali dello stesso “essere umano” per così dire. Questo tipo di danno più in

particolare indica la perdita o la compromissione, anche soltanto psichica, della sessualità e, come il caso concreto del quale parlava la rivista dimostra, può conseguire, ad un intervento chirurgico non eseguito correttamente o anche ad una errata diagnosi che renda non efficacemente esperibili le opportune terapie. La particolarità di questa voce di danno è rappresentata dal fatto che dello stesso potrà dolersi non solo il paziente al quale “fisicamente” il danno sia stato inferto, ma anche il coniuge o il convivente dello stesso. Anche tale soggetto infatti subisce in conseguenza dell'eventuale colposa condotta medica un danno, secondo quanto riconoscono i giudici, alla serena e ordinaria vita coniugale, precludendone un'importante forma di manifestazione.

Le curiosità paiono destinate ad aumentare: come è possibile che il medico sia tenuto a risarcire anche una persona diversa dal paziente? In

fin dei conti è solo con quest'ultimo che viene stipulato un contratto. È una curiosità più che legittima. In effetti – abbiamo avuto modo di evidenziarlo anche nelle nostre precedenti chiacchierate, in particolare quando abbiamo parlato dei risvolti civilistici della legge Balduzzi – in genere gli obblighi risarcitori derivano dalla violazione di obblighi assunti con la stipulazione del contratto: è un principio di carattere generalissimo che, ovviamente, trova applicazione anche nel settore della responsabilità sanitaria. Posto che il contratto è un vincolo tra soggetti determinati e “specifici” per utilizzare un termine non tecnico, tutte le conseguenze che ne derivano dovrebbero ricadere sui contraenti stessi. Il contratto è sostanzialmente indifferente nei confronti dei terzi: lo stesso codice civile lo descrive come un fenomeno che, assimilato alla legge quanto ai rapporti tra i contraenti, non ha



effetti “esterni”. Questa affermazione così tranchante deve però fare i conti con complesse elaborazioni dottrinali e affermazioni della giurisprudenza che, in modo tra l’altro non infondato, hanno via via individuato casi nei quali il contratto è in realtà idoneo a produrre effetti anche nei confronti di persone diverse dai contraenti.

Come è possibile?

La dottrina e poi la giurisprudenza hanno in qualche modo “arricchito” il novero degli effetti che discendono dal contratto: questo determina non soltanto

paziente/debitore, ma anche, ed questo il punto, di soggetti estranei al vincolo contrattuale e comunque coinvolti dallo stesso in ragione della vicinanza con il debitore. Al riguardo si parla spesso di contratti con effetti protettivi nei confronti dei terzi e l’ambito medico/sanitario ne è campo elettivo.

E veniamo ad altra domanda.

Questo rapporto di vicinanza è configurabile nel nostro particolare caso anche a fronte di una convivenza more uxorio?

Absolutamente sì e tanto in ragione della particolare natura del



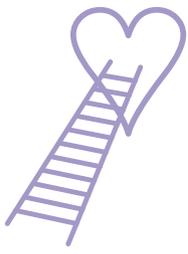
cd. obblighi di prestazione, ma anche obblighi di protezione. L’obbligo di prestazione, nel nostro caso, è rappresentato dalla corretta esecuzione dell’intervento chirurgico concordato; gli obblighi di protezione si risolvono invece in obblighi ulteriori, volti a tutelare la complessiva sfera non solo del

danno alla libertà sessuale e della sostanziale parificazione a quello coniugale del rapporto more uxorio. Anche nell’ambito di quest’ultimo il diritto alla vita sessuale assurge al rango di posizione giuridica costituzionalmente tutelata, in quanto esprimente indispensabile complemento e

piena manifestazione del legame affettivo che legittima, nel caso di pregiudizio alla propria libertà sessuale in conseguenza della impossibilità o difficoltà ad intrattenere rapporti sessuali con il partner, la proposizione di domanda risarcitoria anche da parte di colui che pure non abbia subito conseguenze alla propria integrità fisica idonee a riverberarsi sulla capacità sessuale.

Quindi si assiste ad un ampliamento dei soggetti risarcibili?

Ebbene sì. È quanto accade ad esempio anche nei casi di cd. nascita indesiderata che ricorrono ove venga lamentata la mancata formulazione di diagnosi di malformazioni prenatali del feto. Se tradizionalmente questa ipotesi vedeva la proposizione di domanda risarcitoria da parte della sola donna che lamentava di essere stata impossibilitata ad avvalersi dell’interruzione volontaria della gravidanza, oggi sempre più spesso si assiste alla proposizione di domande risarcitorie anche da parte del marito/compagno ed addirittura degli eventuali figli della coppia. Una cosa è comunque importante sottolineare: il riconoscimento della proponibilità di tali domande da parte di soggetti estranei al vincolo contrattuale non correttamente adempiuto non significa automatico riconoscimento della fondatezza nel merito delle stesse richieste. Sarà infatti necessario, come sempre, per chi agisca in giudizio dimostrare la sussistenza del danno, di una condotta colposa e negligente da parte del medico e soprattutto del nesso di causalità tra questi due poli. ♥



“Vedere i movimenti del sangue”

Se il Cinquecento è il secolo della rivoluzione anatomica vesaliana, il Seicento è quello dell'anatomo - fisiologia: dalla descrizione morfologica delle parti del corpo l'interesse si concentra sull'elaborazione di modelli in grado di spiegare il funzionamento del corpo umano ed animale. In questo contesto si colloca nel 1628 la scoperta della circolazione sanguigna da parte del medico inglese William Harvey, un evento che segna una pietra miliare nel cammino della medicina verso la modernità. Nel Seicento il corpo umano veniva comparato dalla iatromeccanica ad un assemblaggio di congegni funzionanti come macchine: si trattava di un modello razionale in grado di spiegare il movimento delle singole parti del corpo in una visione unitaria. Tuttavia la curiosità maggiore restava sempre quella di “vedere” ciò che sfuggiva all'occhio umano sia nell'infinitamente piccolo attraverso l'uso del microscopio, sia svelando le dinamiche fisiche all'interno del corpo umano. Il bisogno era



Ritratto di Stephen Hales (1677 - 1761), provenienza: archivio privato Studio Firmano

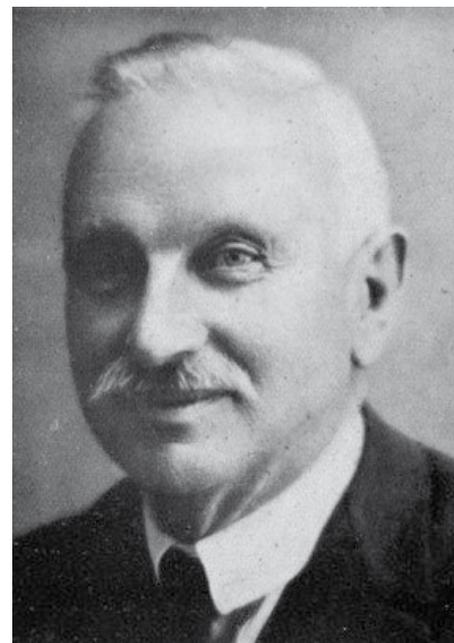
quello di rendere visibili, evidenti e comprensibili quei movimenti e funzionamenti interni del corpo umano che la vista e gli altri sensi non riuscivano a cogliere. “Vedere” i movimenti del polso, rilevarne la pressione è da sempre stata una curiosità degli uomini di scienza del

passato: basta pensare al pulsilogio del medico veneziano Santorio Santori basato sul sincronismo del pendolo per misurare ritmo e frequenza del polso - lo strumento era formato da un pendolo che si accorciava o si allungava fino ad essere in corrispondenza con le pulsazioni del polso e consentirne in questo modo la misurazione esatta. Giova ricordare che Santorio fu anche l'inventore del termometro usato per misurare con un valore matematico la temperatura corporea e non semplicemente le sue variazioni, come avveniva fino ad allora con i termoscopi. In questa necessità di vedere per disvelare all'occhio umano meccanismi che altrimenti sembrano restare oscuri ed incomprensibili, va letta anche l'esperienza di Stephen Hales (1677 - 1771): parroco inglese nella cittadina di Teddington, intraprese una lunga serie di esperimenti condotti sugli animali e descritti nell'opera “Statistical essays containing Haemastaticks” pubblicata a Londra nel 1733 tra cui la prima misurazione della



pressione arteriosa effettuata sui suoi cavalli. Celebre è l'esperimento della giumenta che Hales descrive nell'opera con le sue stesse parole: «A dicembre posi per terra un comune cancello di campo con sopra della paglia su cui fu fatta giacere sul lato destro una giumenta bianca e, in quella posizione, fu legata saldamente al cancello. Essa misurava quattordici palmi e tre pollici d'altezza, era magra, ma non troppo, e aveva dieci o dodici anni. Essa, come il cavallo e la giumenta menzionati in precedenza, era destinata a essere uccisa perché divenuta inadatta al lavoro. Quindi, aprendo la vena giugulare sinistra vi fissai, dalla parte che proviene dalla testa, un tubo di vetro della lunghezza di quattordici piedi e due pollici. Il sangue vi salì di circa un piede nell'arco di tempo di tre o quattro secondi e poi rimase stazionario per due o tre secondi; quindi, trascorsi tre o quattro secondi in più, esso salì a volte gradualmente e a volte con moto inegualmente accelerato in occasione di piccoli stiramenti della giumenta. Quindi, in seguito a stiramenti maggiori, salì di circa una iarda per poi decrescere di livello di cinque o sei pollici. Quindi, in seguito a uno stiramento più ampio o divincolamento della giumenta, il sangue salì così in alto da fluire un po' fuori dall'apice del tubo, tanto che se esso fosse stato pochi pollici più alto sarebbe probabilmente giunto a quell'altezza.» ("Statical essays, containing haemastatics", London, For W. Innys, 1731-1733, pp. 13 - 14). Hales svolse quindi una serie di esperimenti per determinare i

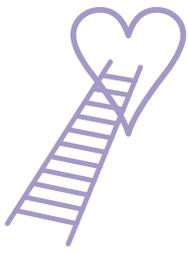
fattori che potevano influenzare la pressione sanguigna. Fece un calcolo approssimativo della gettata cardiaca, moltiplicando la quantità di sangue contenuta nel ventricolo sinistro del cuore per la frequenza del battito. Egli osservò inoltre che la pressione del sangue aumentava secondo la proporzione dell'animale così come la velocità del sangue diminuiva nelle arteriole e nei capillari a causa della resistenza del letto vasale. Testò anche l'azione vasodilatatrice di alcune sostanze come acqua, brandy e decotti di scorza peruviana sugli organi, deducendone importanti informazioni terapeutiche. Nell'Ottocento la medicina beneficia ampiamente delle scoperte della fisica e delle sue applicazioni, anche nell'ideazione di uno strumentario medico che consente alla diagnostica di compiere straordinari progressi: grazie ad esso, la semeiotica medica si perfeziona e la malattia diventa un'entità oggettivamente misurabile. In questo contesto, circa un secolo dopo gli esperimenti del reverendo Halles, esattamente nel 1896, Scipione Riva Rocci (1863 - 1937), medico clinico originario di Almese, cittadina in provincia di Torino, pubblica sulla Gazzetta Medica di Torino un breve articolo intitolato "Un nuovo sfigmomanometro" in cui illustra il concetto di pressione arteriosa, tracciando l'evoluzione dello sfigmomanometro fino a quello da lui ideato. Egli perfezionò



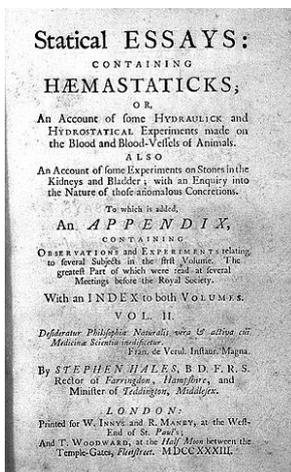
Ritratto di Scipione Riva Rocci (1863 - 1937), provenienza: archivio privato Studio Firmano



Lo Sfigmomanometro di Scipione Riva Rocci, provenienza: archivio privato Studio Firmano



gli sfigmomanometri precedenti, come quello che nel 1857 Jules Etienne Marey aveva messo a punto per la registrazione grafica del polso, con trasduzione meccanica a leva o pneumatica e quello ideato nel 1892 da Angelo Mosso che, utilizzando quattro dita del paziente inserite in tubetti metallici con all'interno dita di guanto in gomma, permetteva, tramite un sistema idraulico, di registrare le variazioni



S. Hales, *Statistical essays containing Haemastatics, London, 1733, front., provenienza: archivio privato Studio Firmano*

della pressione. Riva Rocci aveva migliorato i modelli precedenti ideando un apparecchio semplice da usare quanto scientificamente preciso nelle sue rilevazioni: ad un manometro di mercurio egli aveva avuto l'intuizione di collegare un manicotto pneumatico di circa 5 cm che, distribuendo la compressione

in maniera uniforme sul braccio a livello dell'arteria omerale, consentiva una lettura precisa e facile della pressione sistolica. Lo strumento ideato da Riva Rocci rendeva possibile effettuare la misurazione della pressione arteriosa in maniera facile ed immediata ovunque, anche al letto del paziente, aspetto che sembrava impensabile fino ad allora, tenuto conto delle dimensioni e della complessità di analoghi congegni medici in uso in quel momento. La sua semplicità era sorprendentemente geniale come intuì il celebre Harvey Cushing che si recò a Pavia nel 1901 proprio per apprendere l'uso della sfigmomanometria: egli ne diffuse l'uso negli Stati Uniti, abbassando significativamente la mortalità da anestesia operatoria. Scipione Riva Rocci rifiutò di trarre qualsiasi introito commerciale dalla sua invenzione e non volle mai brevettarla: nella sua geniale semplicità - la stessa che impresso alla sua invenzione - di certo non immaginava che lo sfigmomanometro da lui ideato, di lì a poco sarebbe stato usato in tutto il mondo, accompagnando quotidianamente il medico ovunque - al letto del paziente, negli ambulatori, nelle sale ospedaliere - fino a diventarne insieme allo stetoscopio simbolo distintivo della professione. ♥

Bibliografia

- A. Gedeon, *Science and Technology in medicine an illustrated account based on ninety-nine landmark publications from five centuries*, Springer science, 2006, p. 351
- S. Hales, *Statistical essays: containing vegetable statics; or, an account of some statical experiments on the sap in vegetables...* London, For W. Innys, etc., 1731-1733.
- J.O. Leibowitz, *The history of coronary heart disease*, London, Wellcome Institute of the History of Medicine, 1970.
- N.H. Naqvi - M.D. Blaufox *Blood pressure measurement: an illustrated history*. N.H. Naqvi, M.D. Blaufox; with an illustrated appendix by M.D. Blaufox New York; London, Parthenon, [1998]
- Christiane Nockels Fabbri, *From Anesthesia to X-Rays: Innovations That Changed Medicine Forever*, Santa Barbara, California, ABC-CLIO, 2016, pp. 88-91.
- Storia della medicina, prolusioni di Giuseppe Armocida, Elisabeth Bicheno, Brian Fox; dizionario di Sergio Musitelli, pp. 46-47.



Il cuore nella canzone napoletana: 'O core

I toni del cuore indicano il ritmo e suonano la musica dell'anima

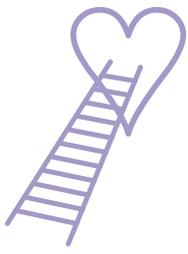


Totò, Peppino e la... Malafemmina

Se qualcuno mi chiedesse qual è la canzone napoletana che in assoluto preferisco, in prima battuta mi terrei sul vago: gli risponderi che è impossibile sceglierne una tra le tante perché sono una più bella dell'altra. Se però quel qualcuno insistesse, allora comincerei a dire qualche titolo: "I te voglio bene assaje", "I te vurria vasà", "Era de Maggio", "Marechiarè", " 'O sole mio". Alla fine però direi la verità e

risponderei: "Core 'ngrato": cuore ingrato, di Enrico Caruso. La canzone narra dell'amore di un uomo che d'improvviso non viene più corrisposto dalla donna che ama. Il racconto è incentrato attorno alla cruda dichiarazione di lei, Catari (Caterina). Una dichiarazione che prelude l'imminente separazione della coppia. Incredulo e deluso il poeta si chiede allora il perché di quelle parole così amare. "Core, core 'ngrato T'aie pigliato 'a vita

mia..." e poi continua "Nun te scurdà ca t'aggio date 'o core, Nun te scurdà": non dimenticare che ti ho dato tutto il mio cuore, non dimenticare... Potrei sembrare eccessivo per quello che sto per dire, ma quando ascolto "Core 'ngrato" mi vengono i brividi, al pari di quando ascolto opere come "Ridi Pagliaccio" di Ruggero Leoncavallo o "Nessun Dorma" di Giacomo Puccini. Nella cultura napoletana quando si vuole esprimere il tradimento di un amore, la persona viene appunto definita core 'ngrato! Nella poesia-canzone napoletana una delle prime apparizioni del cuore come origine di ogni cosa risale al XVI secolo quando una Villanella recita: "li figliole ca 'n hanno ammore song nave senza la vela so lantern senza cannela song cuorpe senza lu core": le ragazze che non conoscono l'amore sono navi senza vel, sono lanterne senza luci, sono corpi senza cuore. È del Cinquecento "Fenesta Vascia" che descrive le pene dell'amore come un cuore che brucia. Verso la fine del Settecento il Barone Michele



Zeza che si è innamorato di una sua domestica, che risponde al nome di Gelsomina, le scrive: “Ah Giesummina mia chesti belle trezzella a stu core cresciuto hanno e pene”: cara Gelsomina mi sono innamorato dei tuoi bei capelli e sono aumentate le sofferenze del mio cuore. Nel possesso emotivo e sentimentale mirabile è Pasquale Cinquegrana che a metà Ottocento scrive: “Napule è comma a femmena, te fa venì o vulio apprimm core mio e dopp frusta a lla”: la bellezza di Napoli è come quella di una donna prima ti ammalia (ti fa venir voglia di aprire il cuore agli altri, al mondo) e poi ti allontana. I fratelli De Curtis in “Torna a Surriento” rimano: “Guarda gua chistu ciardino sient sie sti ciure arance nu profume accussi fino dint o core se ne và”: guarda questo giardino e senti come il profumo di questi fiori di aranci arriva fin dentro al cuore, e se poi il visitatore di questi splendidi posti che riempiono il cuore di gioia si allontana inopinatamente

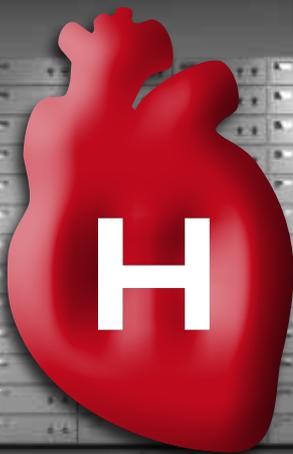
continuano e scrivono “E tu dici io parto addio t’alluntane da stu core”: e se dici che mi allontanano da questi posti incantevoli, mi allontanano dal cuore. E se non ha intenzione di tornare concludono con “tien o core e nun turna?": hai il coraggio di non tornare? Giuseppe Capaldo ai primi del Novecento anticipando l'elettrofisiologia scrive “sti core nuost pareno doie lampadine elettriche”: due cuori innamorati si emozionano come due lampade ad incandescenza. Giuseppe Califano per rappresentare la malinconia per un amore lontano scrive “stai luntana da stu core e a te volo cu o pensiero”: stai lontana da questo cuore ma da te volo con il pensiero, ma siccome l'amata gli appartiene continua con “oi core e chistu core si stata o primm ammore e o primm e l'ultimo sarrai pe me”: cuore che appartieni al mio cuore sei stato il primo amore e sarai anche l'ultimo. Sono esempi mirabili di come il cuore entri a pieno titolo nelle canzoni classiche napoletane ma superlativo è Vincenzo Russo

ammalato di tubercolosi che da dietro i vetri della finestra di casa vede la sua amata che sposa un altro e scrive “io te vurria vasà ma o core nun mo dice e te vasà”: ti vorrei baciare ma il cuore cosciente della situazione me lo impedisce. Poetica è, in “ ‘o ssaje comme fa ‘o core...quanne s’è annamurate”: lo sai come fa il cuore... quando si è innamorato, di Pino Daniele e Massimo Troisi, la reazione del cuore al “colpo di fulmine”, già s’ere fatt ‘annanz ‘o core: già si era fatto avanti il cuore, ovvero come vengono descritte le palpitazioni, la tachicardia, quando si incontra la donna amata. Concludo facendo notare che Malafemmena del Principe De Curtis in arte Totò nonostante sia un inno all'amore tradito non nomina mai il cuore, perché il dolore, la disperazione, la sofferenza sono talmente profonde che hanno distrutto la sede dei sentimenti, al punto che non esiste più... Senza cuore non c'è vita ♥

Massimo Troisi e Pino Daniele



METTI IL CUORE IN CASSAFORTE!



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

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

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

Quest'anno, inoltre, la **Prevenzione Cardiovascolare** arriva direttamente da te! La **BANCA DEL CUORE** sarà infatti in tour per l'Italia: sempre su www.bancadelcuore.it puoi scoprire quando e in quale piazza si fermerà il truck, dove potrai effettuare un check cardiovascolare gratuito.

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



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

PIN N. 1234567890

CODICE FISCALE

PASSWORD

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

BANCA DEL CUORE



