



Data di invio 19 Settembre 2011

Cardiologia del Territorio

Bollettino Telematico dell'A.N.C.E.

| | |
|---|--------|
| Il messaggio del Presidente <i>Vincenzo Romano</i> | Pag.2 |
| L'Assemblea Generale è convocata | Pag.6 |
| Il rinnovamento nel segno della continuità <i>Vittorio Panno</i> | Pag.7 |
| Crescita e futuro nelle nostre mani <i>Riccardo Guglielmi</i> | Pag.8 |
| Una candidatura tutta rosa <i>Giovanna Pantaleo</i> | Pag.10 |
| Flash di terapia <i>Pasquale Vittorio Santoro</i> | Pag.11 |
| L'A.N.C.E. entra nella formazione a distanza "Trattamento dell'ipertensione arteriosa e delle sue complicanze" <i>Renato Nami</i> | Pag.12 |
| La Cardiologia Forense a Sorrento <i>Massimo Piccioni - Stefano Castaldo</i> | Pag.13 |
| Certezze e controversie nello scompenso cardiaco refrattario <i>Ottavio Di Cillo</i> | Pag.18 |
| A 24 ore dalla laurea <i>Mattia Nisi</i> | Pag.24 |
| Vita associativa - Dalle Sedi Regionali | Pag.25 |
| La vetrina delle idee | Pag.28 |
| I nostri appuntamenti culturali nazionali | Pag.29 |



Invio online 19 settembre 2011

Note di Segreteria

Il Bollettino Telematico è prodotto prevalentemente dai Soci dell'A.N.C.E. ed ha una diffusione interna tra gli iscritti.

Questo è l'attuale staff che provvederà alla organizzazione logistica ed alla realizzazione:



Direttore Testata Giornalistica
“Bollettino Ufficiale dell’A.N.C.E. Cardiologia del Territorio”
Prof. Pasquale Vittorio Santoro



Direttore Editoriale-Redattore Capo
Dott. Riccardo Guglielmi
dott.guglielmi@gmail.com



Garante per l’Etica
Prof. Enzo Romano



Capo Ufficio Segreteria
Dott.ssa Laura Vecchi
segreteria.direzione@ancecardio.it



LETTERA DEL PRESIDENTE AI SOCI ANCE

In Ottobre, durante il Congresso nazionale ANCE, saranno effettuate le elezioni di rinnovo delle Cariche Istituzionali nazionali e, dopo l'insediamento del Nuovo Consiglio Nazionale eletto, le elezioni di rinnovo delle Segreterie Regionali e Provinciali.

Il nostro Statuto e relativo Regolamento, sono esplicativi sia circa l'esercizio del diritto di voto, che per ogni eventuale candidatura.

Essendo al termine del mio mandato, sento il dovere di inviare un mio messaggio ai Soci ed ai Candidati alla guida della nostra Associazione, sia in ambito nazionale che locale.

La crisi che attraversa il nostro paese e le conseguenti restrizioni di mezzi hanno fatto sì che il processo di crescita della nostra Associazione fosse messo a dura prova.

Durante il mio mandato di Presidenza si è reso necessario, infatti, pianificare piattaforme di rilancio dell'Associazione, perseguendo, comunque, gli obiettivi culturali e scientifici che ANCE ha sempre garantito, e rinsaldando il rapporto fiduciario tra l'ANCE e le Aziende Sostenitrici.

Uno sforzo comune è stato fatto per il rinnovamento dell'ANCE, da Tutti auspicato; ci siamo impegnati Tutti nel produrre idee nuove, stabilire Linee Guida utili alla crescita della nostra Associazione, per ottenere un maggiore riconoscimento dell'ANCE da parte delle più importanti Società scientifiche.

Il mio mandato di Presidenza ha dato quindi, priorità assoluta alla pianificazione di una strategia di rilancio dell'ANCE.

E' stato definito un nuovo progetto culturale e scientifico, per dare una adeguata risposta ai mutamenti della Società cardiologica, coerente con le aspettative degli iscritti all'ANCE e sono state accolte le urgenze ed i suggerimenti per il rinnovo del nostro assetto societario, insieme al Consiglio nazionale si è ritenuto giusto, prendere in seria considerazione l'analisi delle istanze dei Soci ed insieme ai Quadri nazionali, è stato delineata una piattaforma di lavoro a lungo termine, con l'intento di rinsaldare e consolidare le basi della nostra Associazione, pronta a soddisfare le esigenze culturali degli iscritti.

Il progetto, condiviso da tutti, sarà trasferito ai futuri Quadri nazionali; abbiamo intrapreso la strada che porta al rinnovamento della Nostra Società, moderna, al passo con i tempi, in grado di rappresentarCi ed essere autorevole nel mondo cardiologico attuale.

Ho sostenuto e coinvolto i Quadri ANCE, nell'arduo lavoro di elaborazione di idee, progetti e strategie da trasferire sul Territorio.

Questo sforzo ha raccolto i suoi frutti durante la Conferenza Programmatica dell'ANCE, effettuata nel febbraio u.s., ed abbiamo concordato i punti programmatici per un'opera sempre più incisiva di rilancio dell'ANCE:

- Rafforzare il ruolo di referente culturale dell'ANCE, in relazione alle esigenze di aggiornamento, obbligatorio e doveroso per ogni professionista
- Migliorare i metodi di interazione tra i Componenti i Quadri ANCE
- Stimolare la partecipazione attiva degli iscritti alle strategie societarie, anche per quanto attiene il rapporto con altre Società scientifiche che operano in cardiologia e sul territorio
- Porre in primo piano i Giovani cardiologi ANCE, che costituiscono una reale opportunità di sopravvivenza della nostra Associazione per il futuro; restituire, quindi, valore allo spirito di appartenenza per una fidelizzazione che duri nel tempo, oltre i Presenti
- Rinnovare le proposte congressuali nazionali, adattando i Programmi alle esigenze culturali del territorio
- Stimolare nuovi progetti di indagini osservazionali, potenziando la partecipazione attiva delle Sezioni Regionali
- Intensificare la collaborazione tra Sezioni Regionali e Provinciali, tentando anche il rafforzamento dei rapporti tra ANCE e Assessorati Regionali, offrendo il nostro contributo alle Forze istituzionali locali per quanto concerne le principali problematiche della cardiologia del territorio
- Stabilire un rapporto con istituzioni e mass media, per divulgare le grandi tradizioni della Società
- Dare maggiore diffusione al Giornale italiano di Cardiologia Pratica e potenziare il nostro sito Web
- Discutere e analizzare tutte richieste federative che ci sono state sottoposte negli ultimi anni, garantendo efficaci forme di collaborazione con le altre Società
- Promuovere campagne di prevenzione e ricerche epidemiologiche
- Potenziare le attività didattiche del Centro Studi, con particolare attenzione.

Immediato riscontro vi è stato nella vita culturale e associativa nazionale e periferica, grazie al percorso fatto dal Consiglio Nazionale per giungere fin qui.

Molte le iniziative effettuate per addivenire a questa piattaforma, e molte energie sono state profuse per acquisire mezzi e fondi per la Loro realizzazione, rispettando le indicazioni statutarie.

I Quadri nazionali si sono riuniti ogni anno ogni anno:

14 marzo 2008 presso la Sede Nazionale

5 – 7 Marzo 2009 in Berlino

26 Novembre 2009 presso la Sede Nazionale

18 Marzo 2010 in Dresda

18 Giugno 2010 presso la Sede Nazionale

Un'opera concreta di proselitismo e rinnovamento ha visto, dal 2008 ad oggi, la realizzazione di Corsi di aggiornamento per i Giovani Iscritti, i quali hanno conseguentemente costituito un Gruppo di Studio.

Sono stati varati Studi Osservazionali, senza alcun supporto economico esterno, che i Soci hanno accolto con entusiasmo dando il loro serio contributo, il REOART, ed è in corso il RAI2. Questo ci ha permesso di presentare dati significativi nei maggiori Congressi cardiologici italiani. Carlo Fernandez, socio fondatore dell'ANCE, ha dato la Sua preziosa esperienza e collaborazione in qualità di Coordinatore ed al quale va tutta la mia stima e ringraziamento per il tempo e le energie che ha dedicato e dedica a questa importante attività.

Sono stati effettuati Simposi congiunti in occasione dei reciproci Congressi nazionali con le maggiori Società scientifiche .

E' stata re-introdotta la pubblicazione del Notiziario di Segreteria - Cardiologia del Territorio. Il prof. P.V. Santoro, Direttore, con la piena collaborazione del Tesoriere, Riccardo Guglielmi, al quale è stata affidata la guida della Redazione, ha potuto riprendere la pubblicazione, traducendo la Testata in uno strumento telematico che è inviato On Line a tutti i Soci e pubblicato sul nostro Sito. Anche a Loro va il mio riconoscimento per il qualificato lavoro effettuato.

Durante il XXI Congresso nazionale, a Sorrento, sarà presentata l'ultima importante iniziativa dell'ANCE, la Formazione a Distanza, Corsi di Formazione e Aggiornamento On Line, grazie alla qualificata collaborazione del prof. Renato Nami, che ringrazio, e che sta operando seriamente per dare un elevato spessore all'iniziativa. Questa attività di aggiornamento rappresenterà un ulteriore importante strumento di crescita professionale.

Ognuno dei punti sopra elencati ritengo che costituiscano un patrimonio per il nuovo Consiglio Nazionale e che gli obiettivi fin qui conseguiti non andranno dispersi.

Chi sarà chiamato alle responsabilità nazionali dedicherà sicuramente le proprie energie e molto del Suo tempo all'ANCE, seppure la dedizione che richiede il mandato impone rinunce, anche a parte della propria attività professionale; sono sicuro che quanto ci lega all'Associazione compenserà ogni sacrificio.

Dobbiamo Tutti essere grati al lavoro delle Segreterie Regionali che hanno operato capillarmente con le Segreterie Provinciali, sul Territorio; ai Componenti del Centro Studi che si sono adoperati a migliorare e potenziare la nostra proposta di Aggiornamento. Particolare merito va al Consiglio di Amministrazione Sicex che mi ha supportato affrontando tutti i problemi organizzativi di ogni iniziativa.

Ringrazio, infine, Tutti coloro che mi hanno supportato in questi anni: Il Direttivo ed il Consiglio nazionale, i quali mi hanno seguito ed hanno creduto nel rilancio dell'ANCE, un grazie particolare va al Direttore della nostra Rivista, Carlo Fernandez che ha fatto della nostra testata una delle perle dell' editoria cardiologica.

Agli Iscritti devo tutto, grazie al Loro entusiasmo e alla fiducia che è stato riposto nella mia persona, ho potuto trovare tutte le energie necessarie. A Tutti ho cercato di garantire spazio e possibilità di confronto scientifico e culturale.

Confermo la piena e incondizionata disponibilità a continuare a dare il mio contributo di esperienza e saggezza all'Associazione ed auguro ai Colleghi che comporranno l'assetto dei nuovi Quadri ANCE, di operare con continuità per una Associazione vivace e capace di confrontarsi con ogni realtà, anche nei momenti difficili, ma soprattutto che abbia la forza e la disponibilità di superare ogni avversità.

Cedo il testimone lasciando a chi mi succederà, l'importante compito di rafforzamento e consolidamento della nostra Associazione e auguro ai Soci di riscontrare sempre nell'ANCE la Loro identità professionale e umana, con l'orgoglio di appartenervi.

Arrivederci al nostro XXI Congresso Nazionale, a Sorrento, sarò lieto di condividere con Tutti Voi questo importante momento associativo

Vincenzo Romano



CONVOCAZIONE DELL'ASSEMBLEA PLENARIA DEI SOCI A.N.C.E. CARDIOLOGIA DEL TERRITORIO

L'Assemblea Plenaria dei Soci è indetta in Sorrento, Centro Congressi Hilton Sorrento Palace, in prima convocazione venerdì 21 ottobre 2011 alle ore 8:00, in seconda convocazione **venerdì 21 ottobre 2011 alle ore 17:45**, con il seguente ordine del giorno:

1. Relazione del Presidente
2. Relazione del Segretario Nazionale
3. Relazione del Presidente Collegio Revisori dei Conti
4. Relazione Finanziaria del Tesoriere
(Presentazione e approvazione consuntivo bilancio 2010)
5. Adempimenti dell'Assemblea per il rinnovo delle cariche istituzionali, secondo norme statutarie
6. Costituzione dei seggi elettorali per il rinnovo delle cariche statutarie nazionali
7. Varie ed eventuali



Rinnovamento nel segno della continuità Ottobre 2011 - Rinnovo delle cariche sociali

Vittorio Panno

Manca poco più di un mese al Congresso Nazionale di Sorrento. Quest'anno l'annuale incontro di aggiornamento culturale della nostra associazione coincide col rinnovo delle cariche sociali.

E' quindi tempo di bilanci e di progetti futuri. Penso che la nostra Associazione, pur in un momento di profonde trasformazioni socio-sanitarie e di grosse difficoltà economiche del comparto sanitario, abbia continuato, coerentemente, con la propria tradizione, a fornire aggiornamento culturale di alto livello a vecchie e nuove generazioni di cardiologi, professionalmente impegnati a svolgere con serietà e dedizione il proprio ruolo.

Certo oggi le possibilità di aggiornamento rispetto al 1978, anno della nascita dell'ANCE, sono molteplici e le nuove tecnologie informatiche acquistano un ruolo sempre più preponderante. L'ispirazione iniziale, che è stata alla base dei primi incontri di aggiornamento, mantiene inalterato il suo fascino e la sua validità. Il lavoro a piccoli gruppi di ventitré cardiologi, sperimentato all'inizio nel College di Firenze ed in seguito nella sede romana del nostro Centro Studi, mantiene ancora inalterato la propria validità. Il caso clinico, presentato il giorno prima, era il pretesto per evidenziare tutti gli aspetti di una determinata patologia. Il nuovo patrimonio culturale era trasmesso ed applicato, l'indomani, nella pratica clinica ed ambulatoriale quotidiana. Nuove conoscenze ed esperienze si fondevano con l'ampliamento dei rapporti umani che s'instauravano con colleghi di tutte le regioni d'Italia. Positive erano le ricadute per i rapporti personali ed associativi.

Ecco perché accanto alle nuove metodologie (FAD, corsi interattivi, slide-book, video conferenze) l'incontro con i colleghi cardiologi della propria provincia, l'incontro con i MMG del proprio distretto sanitario, il Congresso Regionale della nostra Associazione, conservano inalterati il loro valore ed il loro significato.

Da qui l'esigenza che la nostra Associazione sia sempre uniformemente distribuita e rafforzata sul territorio con segretari provinciali e regionali motivati a fare proselitismo ed a fornire, contemporaneamente, aggiornamento culturale ai nostri Soci ed ai colleghi medici tutti.

Questo concetto mi sento di sottolinearlo alla luce dell'esperienza accumulata in due mandati di Segreteria Nazionale, che hanno arricchito, grazie al contributo di tutti i soci ANCE incontrati e che intendo pubblicamente ringraziare, la mia formazione professionale, culturale ed umana.

Oggi l'ANCE vive a livello dirigenziale il primo vero cambio di generazione. Mi auguro che i nuovi eletti mantengano inalterati il senso di appartenenza, l'onestà umana e professionale, la dedizione all'Associazione, seguendo l'esempio delle precedenti dirigenze che lasciano in eredità un patrimonio culturale, umano e morale di cui andare fieri ed orgogliosi e che, sono sicuro, sarà sempre più rafforzato nel futuro.



Crescita e futuro nelle nostre mani

Riccardo Guglielmi

Il 26 giugno 2011 il primo numero del nostro Notiziario di Segreteria-Cardiologia del Territorio è stato inserito dal Segretario Nazionale, Vittorio Panno, nell'Home Page del sito ufficiale della Nostra Associazione. Pochi giorni dopo la dott.sa Vecchi, la nostra cara Laura, provvedeva ad inoltrare, via web, la nuova pubblicazione dell'ANCE, a tutti i soci provvisti di casella di posta elettronica. Questa è il **primo** aspetto, consentiteci rivoluzionario, che caratterizza la ripresa di una pubblicazione editoriale, magistralmente creata e diretta da Pasquale Santoro, che per anni ha dato lustro e visibilità all'Associazione. Il Bollettino Telematico non ha alcun costo di esercizio e grazie all'informatica nessuna spesa di spedizione. L'invito è quello di munirsi di "e mail" e comunicarla, per coloro che non l'hanno mai fatto, in Segreteria Nazionale o all'indirizzo di posta elettronica segnato in copertina.

Il **secondo** aspetto è che i contenuti, gli articoli, le foto, del Bollettino Telematico sono forniti prevalentemente da tutti Voi. Cultura, informazione, creatività, voglia di comunicare le proprie idee, esporre casi clinici particolari, scambiarsi esperienze professionali, esprimere critiche anche negative, fare proposte operative, mantenere un legame continuo tra periferia e centro saranno le forme di espressione che dovranno caratterizzare i contenuti della pubblicazione. Questo strumento di comunicazione sarà come "l'agorà", la piazza dove incontrarsi, conoscersi, creare rapporti associativi, confrontarsi, nell'interesse di una crescita personale ed associativa. A tutti, anche ai colleghi più giovani è data la possibilità, di essere redattori, salire sul podio, in cattedra, in tribuna e contribuire secondo le personali capacità. La vita associativa deve essere vissuta e condivisa non solo durante gli eventi locali, ma, in speciale modo, attivandosi personalmente, con congruo anticipo, per essere presenti agli eventi nazionali, congresso e seminario, e/o fornendo il proprio contributo per le ricerche osservative, ricordo il R.A.I. 2. Con l'occasione, esortiamo tutti ad un maggiore impegno, per contribuire alla buona riuscita del progetto. Anche nella ricerca scientifica la vera libertà è la partecipazione disinteressata e senza condizionamenti. Un grazie a Giuseppina De Benedittis, a Doriana Potente, a Luigi Greco, a Valter Armellani per il contributo offerto nel primo numero.

Questa forma di democrazia rappresenta il **terzo** aspetto di un progetto globale che, con vanto, possiamo affermare essere unico in una società scientifica italiana. E' un' **opportunità** offertaci dal nostro Direttivo e che invitiamo a non sottovalutare, anzi esortiamo a sfruttare. In cambio lo staff organizzativo richiede eleganza, rigore scientifico e rispetto dell'etica.



Luisa Iacobellis

Con piacere ringraziamo quanti di voi hanno esternato apprezzamento ed incoraggiamento, certo i Soci sono di parte, ma con molto orgoglio è doveroso menzionare e ringraziare, il prof. Paolo Rizzon, maestro di cardiologia per molti di noi, i colleghi Pasquale Cardarola e Francesco Bovenzi, rispettivamente Segretario Nazionale e Vice Presidente A.N.M.C.O. e la dott.sa Luisa Iacobellis, giornalista ANSA, il cui commento è riportato integralmente : *“Ho avuto modo di leggere ed apprezzare il vostro nuovo bollettino di segreteria. Complimenti! Si tratta di uno strumento di comunicazione duttile e semplice da consultare su di una struttura grafica veramente innovativa nella sua eleganza. I riferimenti e gli interventi sono tutti di ottimo livello garantendo così un sistema di informazione di altissima qualità all'interno della categoria dei medici cardiologi. Il vostro impegno si potrà' sempre più ampliare magari creando rubriche aperte al dialogo con i vostri lettori per dare suggerimenti diagnostici e opportunità di confronto professionale. Ancora complimenti! Luisa Iacobellis - giornalista ANSA – Bari”*

In questo secondo numero, oltre all'ampia documentazione relativa al nostro imminente Congresso Nazionale Nazionale ed all'Assemblea Plenaria dei Soci del 21 Ottobre 2011 presso il Centro Congressi Hilton Sorrento Palace di Sorrento, segnaliamo due nuove ed interessanti proposte operative, vere opportunità offerte ai Soci. La **prima** da parte del coordinatore del Gruppo di studio di Cardiologia Forense, Stefano Castaldo, che ha invitato i relatori del seminario del proprio gruppo di studio a scrivere gli abstract da pubblicare sul Bollettino Telematico. Iniziativa che considero ammirevole e che risulterà particolarmente gradita, visti gli argomenti trattati e che spero sia, nel futuro, adottata dagli altri gruppi di studio e dai nostri relatori. Nel nostro Notiziario di Segreteria potremmo inserire gli abstract delle relazioni congressuali, senza alcun aumento di spesa d'esercizio e favorire così sviluppo e cultura.

La **seconda**, interessante anche per la modernità, già in fase di realizzazione e presto operativa, è realizzata da Renato Nami, coordinatore del Gruppo di studio di ipertensione arteriosa. Trattasi di un progetto di un corso online di formazione a distanza (FAD) dal titolo *“Trattamento della ipertensione arteriosa e delle sue complicanze”* . Aggiornamento, condivisione, diffusione, interazione. Queste sono le opportunità che la Nostra Società Scientifica offre ai suoi iscritti.

Infine un caloroso saluto a tutti i partecipanti al XXI Congresso Nazionale, importante per i contenuti scientifici e per i concomitanti impegni assembleali ed elettorali.

La crescita ed il futuro dell'A.N.C.E. sono e saranno sempre nelle nostre mani.



Una candidatura tutta rosa

Giovanna Pantaleo

Iscritta da sempre all'ANCE, Cardiologo nelle Strutture Territoriali, Azienda ICP a Milano; appassionata del proprio lavoro ed orgogliosa di appartenere a questa Associazione Scientifico-Culturale che per prima ha riunito i Cardiologi Extraospedalieri e i "Cultori della Cardiologia sul territorio"; dedita negli ultimi 11 anni a ricoprire ruoli Istituzionali prima come Provinciale di Milano, poi per due mandati come Segretario della Lombardia dove, creando un corso continuo di aggiornamento (Convegni e Corsi mensili), è stato svolto un lavoro importante per la formazione della Cardiologia e in generale della Medicina Territoriale, in collaborazione con i migliori Centri ospedalieri e universitari della regione; dopo 3 anni di Vice Presidente in "incoming" sto per candidarmi alla Presidenza Nazionale dell'Associazione che tanto mi ha dato e a cui intendo dare il meglio delle mie capacità culturali e organizzative, facendo tesoro della "esperienza" maturata fino ad oggi e soprattutto della "conoscenza" di cosa, lavorando in ambulatorio, hanno bisogno i colleghi Cardiologi e tutti gli Specialisti del territorio, in merito ad aggiornamento e formazione, allo scopo di migliorare il loro lavoro quotidiano.

"Una donna" quindi alla guida dell'ANCE, prima volta in 33 anni di storia, cosa che sicuramente oltre ad essere una novità assoluta, provocherà, immagino, curiosità, attenzione, aspettative o quant'altro da parte del mondo Scientifico Cardiologico e da parte di tutti i colleghi. Questo è il momento, anche per la crisi economica generale, in cui tutti parlano di "Territorio". Anche le Politiche Sanitarie Nazionali e Regionali sottolineano l'importanza cruciale delle figure professionali sanitarie che operano fuori dall'ospedale, per meglio curare le patologie croniche ed impedirne le riospedalizzazioni (fonte principale di spesa) ma anche perché si occupino della "Prevenzione" e ancor prima della "Preservazione" dello stato di Buona Salute dei cittadini che così vedrebbero migliorare la loro qualità di vita. La Prevenzione delle malattie cardiovascolari e la Cura del Cardiovasculopatico cronico sono i due obiettivi principali a cui l'ANCE deve tendere attraverso la sua opera di ricerca e lo studio di strategie efficaci di diagnosi e cura, e quindi l'attività di Aggiornamento e Formazione dei propri associati. Per fare ciò è utile la collaborazione all'interno dell'Associazione, sia in senso "verticale" (Centro – periferia) che "Trasversale" tra tutti i componenti.

E' il momento che il Socio comprenda e venga responsabilizzato sul fatto che l'ANCE è "Lui stesso", partecipando attivamente a tutti gli eventi e facendosi parte propositiva di "progetti" che si cercherà di realizzare (compatibilmente con le risorse disponibili). E' il momento dell'apertura alle altre Discipline, sia "affini" alla cardiologia che "non affini", ma tutte impegnate sul fronte della Cardio-vasculo-metabolico-patia, per tornare ad un approccio "olistico" del paziente. Sarebbe auspicabile inoltre un maggior dialogo e condivisione di progetti, sia educazionali che di ricerca, con le altre Società Scientifiche Cardiologiche, per poter riunire la Cardiologia Italiana sotto una grande famiglia. Per realizzare questa unione sarebbe necessario (cosa assai difficile) che vengano abbattute le "barriere mentali e culturali" che dividono, vengano aboliti tutti i "pregiudizi" superando i "personalismi", lasciandosi solo guidare da una **IDEA** : migliorare il nostro lavoro tutti insieme per il bene del paziente.

In conclusione, nelle linee generali, il mio intendimento sarebbe quello di:

- a) consolidare quanto è stato fatto fin qui;
 - b) promuovere una crescita ulteriore all'insegna dell'innovazione e cambiamento, facendo entrare "linfa nuova" che si appassioni alla *Mission* dell'ANCE;
 - c) cercare di interagire maggiormente con gli Organi regolatori Istituzionali (Ministero della salute e Assessorati regionali) per condividere almeno in parte i piani sanitari e le programmazioni sul territorio.
- Termino questa lettera aperta augurando all'ANCE e a tutti quelli che la compongono: un **"Futuro tutto Rosa"**



FLASH DI TERAPIA

EVENTI C.V. AVVERSI DURANTE TRATTAMENTO CON DRONEDARONE

Pasquale Vittorio Santoro

Il **PALLAS Trial** ha studiato su alcune migliaia di pazienti l'effetto terapeutico del farmaco **Dronedarone**, autorizzato col nome di Multaq (Sanofi – Aventis) e le risposte avverse, in persone affette da Fibrillazione Atriale Persistente (FA), da Fibrillazione Atriale Parossistica e da Flutter atriale.

A metà luglio è stato comunicato che lo Studio era stato interrotto precocemente perché i Comitati di sorveglianza avevano notato un aumentato rischio di eventi cardiovascolari tra i pazienti in cura col Farmaco rispetto a quelli trattati con Placebo.

IL 21 luglio la Food And Drug Administration (**FDA**) e la Europea Medicine Agency (**EMA**) hanno congiuntamente affermato la pericolosità del trattamento con Dronedarone in pazienti affetti da FA permanente consigliando ai Medici di stare molto attenti nell'uso del farmaco e di procedere ad un accurato monitoraggio dei pazienti in modo da restare all'interno delle indicazioni autorizzate e comunque di non usarlo in pazienti con FA permanente.

La **FDA** ha evidenziato l'incremento degli eventi CV avversi in un numero doppio nei pazienti in terapia con Dronedarone rispetto a quelli trattati con Placebo con percentuali riportate, alla data del 30 giugno, nella tabella che segue

| Eventi avversi | Placebo n=1577 n.(%) | Dronedarone n=1572 n(%) | Hazard Ratio | p |
|--|----------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| Morti CV, IMA, Stroke, Embolia sistemica | 14 (0,9) | 32 (2) | 2.3 | 0.009 |
| Morti, ospedalizz. non pianificate | 81 (5.1) | 118 (7.5) | 1.5 | 0.006 |
| Morti | 7 (0.4) | 16 (1) | 2.3 | 0.065 |
| IMA | 3.0 (0.2) | 3 (0.2) | 1.0 | 1 |
| Stroke | 7 (0.4) | 17 (1.1) | 2,4 | 0.047 |
| Ospelazz. per Scompenso cardiaco | 15 (1) | 34 (2.2) | 2.3 | 0.008 |



L'A.N.C.E. entra nella formazione a distanza **Aggiornamento, condivisione, diffusione ed interazione per i nostri Soci**

Renato Nami

Professore Associato di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare - Università degli Studi di Siena
Direttore della U.O. di Diagnosi e Cura dell'Ipertensione

Cari Amici e Soci dell'ANCE,

le varie Società scientifiche, attualmente sono costrette a modificare dalle fondamenta i principi che hanno sinora ispirato la loro conduzione strategica nel corso della formazione educativa dei propri soci. Sono costrette in un certo senso a modificare o integrare gli antichi concetti della educazione, basati tradizionalmente su convegni, incontri, riviste ed aggiornamenti, con un sistema nuovo di risorse tecnologiche, più immediate ed assai meno costose, che consentano alle società scientifiche di svolgere la propria missione educativa con successo, senza dover affrontare, peraltro onerosi impegni finanziari. Una di queste nuove risorse è rappresentata dalla formazione a distanza (FAD).

Questa forma di comunicazione caratterizza il progetto proposto dalla nostra società scientifica ANCE-Cardiologia del territorio. Questo tipo di informazione prevede un'**interazione a distanza tra docente ed allievo** e sicuramente, i vantaggi offerti dalla FAD sono caratterizzati dalla possibilità di applicarsi allo studio, in ogni momento della giornata, in ogni luogo, in cui il Socio si trovi ed abbia il tempo, il desiderio o la necessità di approfondire un argomento di suo interesse. Per fare ciò, è sufficiente una semplice connessione tramite Internet al sitoweb della nostra società (www.ancecardio.it). Inoltre, l'ambiente in rete offre percorsi formativi in comune tra i vari soci che vivono le stesse realtà professionali pur in luoghi diversi. Inoltre, la **condivisione** delle esperienze e l'uso di queste tecnologie, tramite la FAD può arricchire notevolmente le possibilità ed i bagagli conoscitivi dei nostri soci dell' ANCE. Inoltre, la metodologia della FAD consente una **diffusione** capillare, sul territorio, delle conoscenze ed un **aggiornamento** continuo dei contenuti, permette l'arricchimento costante dei materiali didattici, costituiti sia da presentazioni audio video, sia da file allegati come testi e documenti. Inoltre, con la FAD, è possibile applicare software didattici che consentono una interazione tra docente e allievo, tramite richieste e quesiti specifici, ed utilizzare tanti altri strumenti, che consentono la verifica dell'apprendimento, tramite tests di autovalutazione.

Pertanto, sulla base dei presupposti che caratterizzano la FAD, è con vivo piacere che vi presento una prima nostra iniziativa in questo senso, che, quando, leggerete queste note, spero sia già in fase di realizzazione. Infatti, il presidente Prof Enzo Romano ed il direttivo dell'ANCE, che condividono con me e credono fortemente nel futuro ormai immediato della FAD, mi hanno incaricato di organizzare e coordinare un primo Corso FAD dell'ANCE, dal titolo "**Trattamento della ipertensione arteriosa e delle sue complicanze**". A questo progetto hanno partecipato alcuni nostri Soci dell'ANCE, noti esperti e cultori della materia, che ringrazio pubblicamente, per avere aderito con professionalità ed entusiasmo. In particolare, ai vari temi trattati, i Relatori, sulla base della loro notevole esperienza acquisita sul territorio, hanno dato alle loro presentazioni un taglio prevalentemente clinico-pratico, che sarà sicuramente utile e proficuo ai tutti i Soci dell'ANCE, che vorranno approfondire i vari temi trattati, aderendo a questa iniziativa.



Il Seminario di Cardiologia Forense del XXI Congresso Nazionale A.N.C.E.

Saluto e presentazione del Prof. Massimo Piccioni - Coordinatore Generale Nazionale Medico Legale I.N.P.S.

La Sessione di Cardiologia Forense inserita nel Congresso ANCE di Sorrento prevede tre relazioni che affrontano temi di indubbio interesse medico-legale.

Le prime due sono nel segno dell'ormai consolidata collaborazione tra i Medici dell'INPS Specialisti in Cardiologia e l'ANCE. Le problematiche che saranno affrontate sono di non trascurabile complessità e di particolare delicatezza; e l'esperienza dei Medici dell'Istituto, maturata in seno ad un'attività che guarda – sì – all'Uomo come realtà biologica ma pone massima attenzione anche all'Uomo titolare di diritti, può fornire contributi ed apporti notevolissimi per la stesura di linee-guida medico-legali che, partendo da consolidate premesse fisiopatologiche e cliniche, conducano a conclusioni diagnostiche e valutative che siano da tutti condivisibili a fronte degli imperativi categorici che oggi pone la cosiddetta *"Medicina Legale delle Evidenze"*. Né può sottacersi che la necessità, attuale e cogente, di omogeneizzare, anche in ambito di consulenze tecniche d'ufficio, i giudizi medico-legali, deve prima incominciare dalla corretta, ed omogenea, valutazione clinica di quella certa patologia presente in quel certo paziente che giunge all'osservazione del Cardiologo.

La terza relazione si occupa di accertamento della responsabilità professionale medica con riferimento al rischio anestesiológico. E qui si potrebbe aprire, e già in questa breve mia presentazione, un'ampia ed accesa discussione. Mi limiterò a dire che il problema del contenzioso medico-legale in ambito di presunta colpa medica ha ormai raggiunto livelli d'allarme tali da sollevare cori unanimi di proteste da parte di tutti i colleghi d'ogni branca specialistica, nonché dai vari Ordini Professionali Medici distribuiti sul territorio nazionale. È di stretta attualità la visione d'uno *spot* televisivo con il quale si incitano i cittadini ad *"alzare la voce"* per ottenere il risarcimento del danno da *Malpractice*; con ciò promuovendo ulteriormente le *"facili"* denunce contro i camici bianchi proprio nell'anno in cui la Legge prevede l'obbligo della *"Mediazione"* fra le parti in lite anche con riferimento al contenzioso per presunte colpe mediche. Ora, posto che pure gli Anestesisti-Rianimatori risultano tutt'altro che immuni da denunce, anche per la loro attività si impone un attento esame dei fattori di rischio-errore cui sono esposti nell'attività professionale. E – se mi è consentito – suggerirei agli autorevoli relatori di porre l'accento su due punti che ritengo *"nevralgici"* per il tema trattato: da un canto lo studio della corretta verifica del nesso causale fra la condotta dell'anestesista ed il danno obiettivamente esitato da questa, posto il differente apprezzamento di tale rapporto nessologico in ambito civilistico (in cui vige, per la verifica del nesso causale, la cosiddetta *"logica del più probabile che non"*, o del *"grado prevalente di probabilità logica"*) ed in ambito penalistico (in cui vige, invece, per la stessa verifica, il principio dell'*"alto grado di credibilità razionale"* o *"probabilità logica"*, *"al di là di ogni ragionevole dubbio"*); dall'altro, lo studio di quello che gli Anglosassoni definiscono come *"Risk Management"*, con l'intento di ridurre il più possibile i rischi connessi all'attività anestesiológica, in un tempo – il nostro – in cui, superato l'approccio punitivo dell'errore sanitario nei confronti del singolo operatore coinvolto, si guarda all'evento avverso in Sanità come al risultato dell'interazione di un coacervo di più fattori tecnici ed organizzativi e si mira alla rilevazione di tutti gli errori, anche di quelli che non hanno generato eventi avversi (e che, non avendoli cagionati, vengono quasi sempre sottaciuti da coloro che li hanno commessi), consentendone l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare comunque il danno quando questo si è ormai verificato. In conclusione nell'augurare un proficuo lavoro a tutti voi, auspico che la collaborazione tra i Medici Legali dell'INPS e l'ANCE possa continuare con i migliori risultati anche nei prossimi convegni. Così come, del resto, fino ad oggi è stato.

ASPETTI MEDICO LEGALI IN CARDIOLOGIA

A cura del Gruppo di Studio: *Cardiologia Forense*

Moderatori: M. Piccioni (Roma) – R. Guglielmi (Bari)



A cura di *Stefano Castaldo*

Abstract delle relazioni

• **Cardiopatia ischemica e stress lavoro correlato: problematiche medico – legali**

D. Cullia (Napoli)

Esiste una consolidata evidenza scientifica che lo stress lavoro-correlato può agire come fattore causale o concausale nella comparsa o nell'aggravamento della cardiopatia ischemica. Lo stress può intervenire come evento acuto ovvero, protraendosi nel tempo, come fattore cronico. Lo stress lavorativo può intervenire in maniera diretta attraverso l'attivazione del sistema nervoso-simpatico e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, ovvero in maniera indiretta attraverso l'induzione di incongrue abitudini di vita (fumo, dieta incongrua). L'importanza di questa correlazione è peraltro evidenziata anche dalla recente normativa sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, in cui si fa riferimento alla necessità di accertare anche lo stress lavorativo. Inoltre, il medico può essere chiamato, in sede di perizia o consulenza tecnica d'ufficio a stabilire se un determinato quadro clinico riconducibile ad una cardiopatia ischemica possa essere attribuito ad uno stress lavorativo acuto o cronico. Il problema è estremamente delicato, in quanto lo stress lavoro-correlato interviene come fattore prevalentemente concausale e deve essere distinto da fattori psico-sociali extralavorativi. Pertanto, dovranno essere soddisfatti, tra i criteri per il riconoscimento del rapporto di causalità, in particolare:

- a) il criterio cronologico (non oltre le 24 h per lo stress acuto, almeno 6 mesi per quello cronico);
- b) il criterio di efficienza qualitativa, quantitativa e modale (tipologia del lavoro, durata)
- c) criterio di esclusione di altre cause.

• **Ipertensione polmonare: problematiche valutative in ambito previdenziale ed assistenziale**

Ciro Molisso, Valentina Molisso, Massimo Piccioni

L'ipertensione polmonare è malattia caratterizzata da valori della pressione arteriosa polmonare media ≥ 25 mmHg a riposo. E' una patologia, ancora oggi, poco conosciuta non solo dai pazienti, ma molte volte anche dai medici, con conseguente frequente ritardo nella diagnosi e nella terapia, a cui si arriva, in genere, quando il quadro clinico è già avanzato e severo.

L'evoluzione di tutte le forme di IP, se non trattate e considerando anche la difficoltà della cura, è caratterizzata da progressione della malattia, dalla comparsa e dall'aggravamento dello scompenso cardiaco destro fino alla morte, per cui la prognosi, sia quoad functionem che quoad vitam, tranne che nelle fasi iniziali (I-II classe funzionale), deve essere considerata quasi sempre sfavorevole, anche se ultimamente risulta in miglioramento, grazie agli avanzamenti nella comprensione della fisiopatologia e, conseguentemente, nella terapia

Lo scopo del presente contributo è quello di fornire una chiave di lettura, nel limite del possibile di agevole utilizzo, che consenta, sulla base di ponderate indicazioni cliniche-prognostiche, un approccio medico-legale il più possibile orientato e motivato con particolare riguardo per la qualità della vita.

Gli Autori propongono dei criteri di valutazione medico-legale in ambito previdenziale ed assistenziale, fondati sull'analisi dei seguenti parametri: entità dell'ipertensione polmonare, classe OMS, sintomaticità, segni di scompenso cardiaco destro, prognosi, qualità di vita.



- **La consulenza cardiologica nel giudizio di operabilità in narcosi. Aspetti clinici, medico legali e psicologici**

Riccardo Guglielmi – Sirio Simplicio – Angela Guglielmi (Bari)

Nell'ambito delle attività ambulatoriali la consulenza cardiologica, finalizzata al giudizio di operabilità nel soggetto che si sottopone ad interventi di chirurgia non cardiaca, rappresenta un delicato ed importante momento per la gestione peri-operatoria del paziente con malattia cardiovascolare e per la prevenzione degli eventi coronarici e, più in generale, cardiocircolatori.

Rilevanti problematiche diagnostiche, terapeutiche e medicolegali, conflitti di competenze, sono di comune riscontro nella pratica clinica quotidiana e, nonostante i numerosi lavori scientifici e le linee-guida prodotte sul tema, i comportamenti rimangono, molto disomogenei e spesso non basati sull'evidenza. La paura di cadere nella trappola della "malpractice" e della colpa professionale impone, sempre più frequentemente a tutti gli operatori sanitari, ma prevalentemente ad anestesisti e cardiologi, comportamenti poco professionali e di esclusivo appannaggio della medicina difensiva. Il chirurgo al contrario, proprio perché è il primo medico a instaurare un rapporto privilegiato con il paziente che chiede l'aiuto per la risoluzione del problema, crea con questi un rapporto empatico diretto ed è portato psicologicamente ad assicurare, allo stesso paziente, l'indispensabilità e il buon esito finale della procedura chirurgica. Il paziente vede esclusivamente nel cardiologo chi garantisce, come in un contratto assicurativo, che l'atto chirurgico possa essere eseguito in estrema sicurezza, senza alcun tipo di complicanza. L'anestesista tende a coinvolgere il maggior numero di specialisti, a richiedere esami diagnostici di altrui competenza, nel tentativo di meglio calcolare il rischio, suddividere le responsabilità ed attribuire una paternità alle complicanze. Lo stesso cardiologo si avvale di ulteriori procedure diagnostiche, nella speranza di garantirsi una sorta d'immunità in caso di controversie medico legali. La richiesta di indagini diagnostiche non modifica la strategia terapeutica né migliora necessariamente l'outcome. Il risultato è allungamento dei tempi di degenza e delle liste di attesa per le indagini diagnostiche, aumento dei costi, ritardi nell'esecuzione delle procedure chirurgiche con ripercussioni sull'evoluzione delle patologie, disagio nell'utenza, aumento dei carichi di lavoro, riduzione dei ricavi aziendali, diminuzione della qualità percepita e, sempre più frequentemente, fuga dell'utente presso altre realtà sanitarie pubbliche o private accreditate.

➤ **Aspetti Clinici**

L'inquadramento preoperatorio sarà proteso alla valutazione degli indicatori o fattori clinici di rischio, alla valutazione della capacità funzionale del paziente ed alla valutazione del rischio specifico legato all'intervento chirurgico. I **fattori di rischio clinico** sono classificati in tre categorie: fattori maggiori, intermedi, minori o bassi.

Nella seconda fase della consulenza il cardiologo provvederà all'**inquadramento della capacità funzionale** del paziente. Tale valutazione è dimostrata molto attendibile con questionari o con una accurata anamnesi. Poche e semplici domande per inquadrare il paziente in una delle tre categorie identificate secondo i valori di MET, la misura dell'intensità dell'esercizio aerobico.

Nella terza fase della consulenza preoperatoria compito del cardiologo sarà la **valutazione del rischio specifico legato all'intervento**.

Per rischio specifico legato all'intervento chirurgico, si deve intendere la probabilità di un evento cardiovascolare maggiore, infarto, exitus, nei successivi trenta giorni dall'atto operatorio. Il rischio è calcolabile in alto (probabilità superiore al 5%), intermedio (1-5%), basso(<1%)

I fattori di rischio clinico dovranno essere indicati dal cardiologo consulente il quale provvederà ad una quantificazione ed evidenziazione, secondo quanto la letteratura e le linee guida propongono (Indice di Goldman Risk Index, Lee, Erasmus o Detsky)



➤ Aspetti medico legali

Sirio Semplicio

La consulenza rappresenta un momento importante dell'attività professionale del medico per il coinvolgimento in termini di responsabilità, condotta, atteggiamento dell'evento. La responsabilità del consulente è di tipo etico, deontologico, giuridico. La responsabilità giuridica è distinta in civile, penale, amministrativa e disciplinare. Nella totalità dei casi la responsabilità del consulente, nell'esercizio della sua attività professionale e nel determinismo di un evento avverso sarà solo a titolo di **colpa** sia essa **generica** per inosservanza di delle tre comuni regole di condotta, negligenza, imprudenza, imperizia o sia essa **specificata**, secondaria all'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, discipline, di provenienza sia dall'autorità pubblica o privata, sia di carattere generale, sia particolare. Quindi è importante fornire al consulente linee di condotta e protocolli uniformi, basati sull'evidenza, accettati e condivisi. Lo studio dei fattori di rischio clinico prevede che il cardiologo consulente si esprima sulla possibilità diagnostica della cardiopatia ischemica, spesso nota già dall'anamnesi, che per la maggior parte dei casi è silente o sottovalutata. Davanti alla presenza di fattori di rischio clinico maggiori, associati a bassa capacità funzionale ed a alto rischio specifico legato all'intervento, appare inequivocabile che il paziente sia studiato in maniera accurata sempre che l'esecuzione dell'intervento non risulti essere prioritaria su qualsiasi altra situazione e che non possa essere ulteriormente procrastinato, vedi urgenza. In questo caso è particolarmente fondamentale un consenso informato preciso, accurato ed esaustivo, che sappia ben prospettare i rischi ed i benefici. Sono tutte le situazioni a rischio intermedio, associate a fattori di rischio minori o intermedi, che espongono frequentemente il fianco del consulente a problematiche medicolegali.

Riccardo Guglielmi e Sirio Semplicio propongono un modello matematico indicativo in caso di presenza di plurimi fattori di rischio clinico, secondo il modello del cumulo e dell'ascrivibilità adottato dalla medicina legale per il criterio tabellare valutativo delle patologie della pensionistica di guerra e delle cause di servizio (DPR 23 dicembre 1978, n. 915 e DPR 461/01). Le categorie degli indicatori di rischio clinico, minori, intermedi, e maggiori, sono identificati da una sequenza lineare di numeri primi a partire dall'unità (1-3-5) e moltiplicati per un fattore comune (25). L'immagine visiva della rappresentazione grafica tabellare più facilmente indica le molteplici situazioni.

Tabella per cumulo ed ascrivibilità dei fattori di rischio clinico

| | Basso | BB | Intermedio |
|---|-------|----------|------------|
| B | B | I | I |
| I | I | Maggiore | M |

Riccardo Guglielmi- Sirio Semplicio 6/2/2011



➤ Aspetti Psicologici

Angela Guglielmi

Gli operatori che lavorano nelle professioni di aiuto, *helping profession*, affrontano ogni giorno dinamiche disfunzionali nelle diverse aziende sanitarie. L'ultimo decennio ha assistito ad un cambiamento epocale delle professioni di aiuto per la maggiore tecnicizzazione del lavoro con necessità continua di aggiornamento per gli operatori. L'utenza è diversa, non chiede aiuto ma pretende risultati nel concetto che il ripristino della salute è un atto dovuto ed infallibile. Il sistema è basato sull'economicità dell'organizzazione sanitaria che, pur riducendo i costi, pretende standard elevati dimenticando i passaggi intermedi, implementazione e formazione. L'esercizio di competenze in settori non affini ai propri interessi, per esempio emodinamisti che per esigenze di reparto o per inadeguata distribuzione di risorse, sono addetti ad attività ambulatoriali, può creare disagio, stress e di conseguenza improduttività e maggiore probabilità di errore per sottovalutazione e fretta. Secondo la logica dell'organizzazione del lavoro in modo efficiente ed efficace appare indispensabile tracciare un corretto profilo psicologico dell'operatore, del consulente cardiologo addetto alla valutazione preoperatoria per meglio razionalizzare le peculiari modalità di comportamento, inclusi pensieri ed emozioni, che caratterizzano l'adattamento dell'individuo alle situazioni della vita. Le variabili psicologiche da considerare riguardano il se stesso, l'approccio corretto con il paziente, la gestione delle dinamiche comunicative con gli stessi colleghi.



Con il paziente è richiesta capacità di comunicazione, empatia, correttezza, rigore e autenticità della diagnosi, capacità di non proiezione, tipo ansie, timori, paure. Importante è saper gestire le problematiche con colleghi della stessa e di altre specialità, derivanti da gerarchie, riconoscimento di ruoli o funzioni e scarso approccio alla condivisione. Infine al consulente deve essere richiesta esperienza clinica, consapevolezza del ruolo medico-legale, buona capacità di attenzione per non cadere nella trappola della medicina pseudo difensiva, che a torto crede che le denunce sono inversamente proporzionali al numero degli operatori coinvolti ed al numero delle indagini richieste ed effettuate.



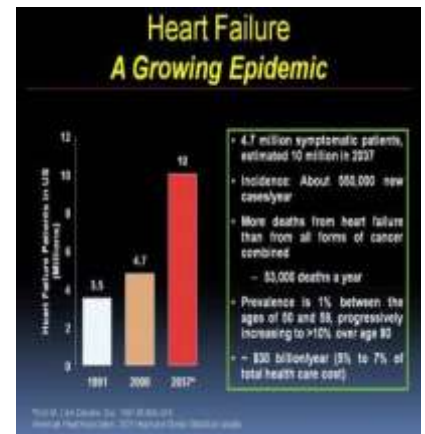
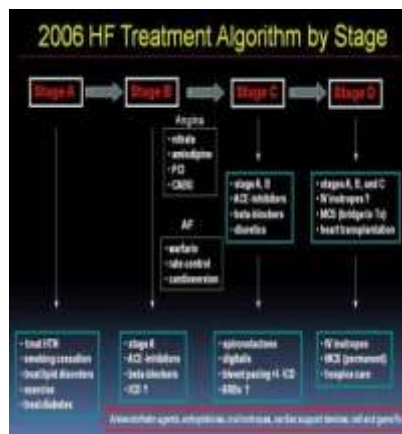
CERTEZZE E CONTROVERSIE NEL TRATTAMENTO DELLO SCOMPENSO CARDIACO REFRAATTARIO

Ottavio Di Cillo

U.O. Cardiologia d'Urgenza-Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Consorziale di Bari

Il trattamento farmacologico dello scompenso cardiaco (SC) cronico rappresenta uno degli argomenti più intensamente investigati nel corso degli ultimi 20 anni e innegabili appaiono i progressi compiuti in tale lasso di tempo, specie alla luce della stagnazione nei risultati che per i precedenti decenni aveva caratterizzato la ricerca in questo settore.

L'aumento dell'età media della popolazione e l'utilizzo su vasta scala delle terapie farmacologiche raccomandate ha determinato un aumento costante del numero di pazienti con insufficienza cardiaca avanzata. I pazienti con le caratteristiche dello scompenso avanzato hanno una qualità di vita resa inaccettabile dalla estrema labilità clinico-emodinamica che richiede frequentissime ospedalizzazioni per terapia endovenosa e cure intensive e talora rende estremamente difficile la dimissione dall'ospedale. I pazienti con **ACHF** (scompenso cardiaco avanzato) possono attraversare fasi cliniche di relativa stabilità, ma facilmente vanno incontro ad instabilizzazioni del compenso, fino a scivolare in quella che viene definita **insufficienza cardiaca refrattaria**, nella quale si hanno sintomi e segni di ipoperfusione periferica anche a riposo, frequentemente associati a segni biochimici di danno d'organo secondario (epatico o renale). In questa fase è necessario un supporto al circolo di tipo farmacologico (inotropi) e/o meccanico (contropulsazione aortica). La non responsività al trattamento medico intensivo configura il quadro di insufficienza cardiaca intrattabile. I grandi studi clinici randomizzati hanno ormai definito con forza l'importanza di terapie di antagonismo neuroormonale per migliorare sopravvivenza, qualità di vita e capacità funzionale dei pazienti con insufficienza cardiaca di qualunque eziologia e di tutte le classi funzionali.



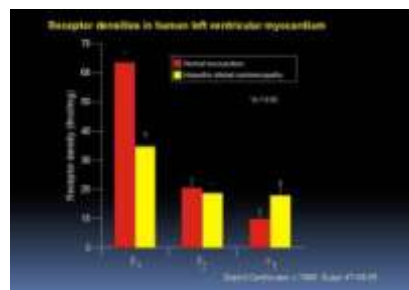
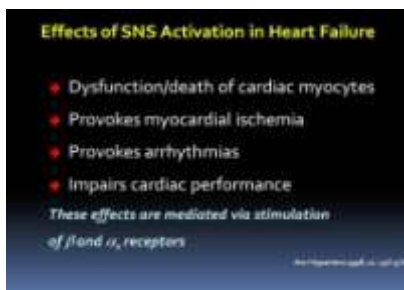
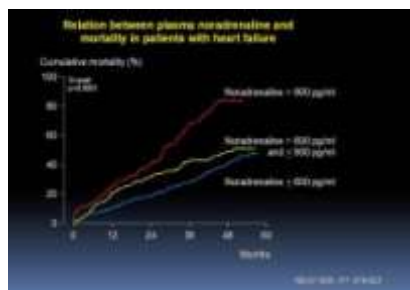
Gli studi **Val-HeFT** e **CHARM-Alternative** hanno confermato che, analogamente agli ACE-inibitori, gli antagonisti del recettore dell'angiotensina II aumentano la sopravvivenza e riducono le ospedalizzazioni nei pazienti con scompenso cardiaco cronico.

L'uso dei farmaci antialdosteronici rappresenta un'ulteriore modalità per inibire l'azione del l'aldosterone, responsabile della fibrosi vascolare e miocardica e dell'aritmogenesi. Recependo i risultati dello studio **RALES**, che utilizza spironolattone a basse dosi, le ultime linee guida europee raccomandano l'uso degli antialdosteronici nei pazienti con scompenso cardiaco cronico in classe funzionale avanzata (NYHA III-IV) e nei pazienti con infarto miocardico acuto e disfunzione ventricolare sinistra associata a scompenso cardiaco.

Nello scompenso cardiaco refrattario è possibile iniziare con una **terapia sintomatica**. Nonostante non sia mai stato chiaramente evidenziato un beneficio prognostico, continuano tuttavia ad essere raccomandati e ampiamente impiegati anche farmaci “storici” quali i diuretici e la digitale, i primi in virtù della loro unicità nel contrastare rapidamente ed efficacemente un meccanismo fisiopatologico chiave (ritenzione di acqua e sodio) per l’espressività clinica della sindrome (congestione polmonare e periferica), la seconda grazie alla sua capacità di migliorare significativamente la qualità di vita dei pazienti (riduzione dei sintomi e del rischio di ospedalizzazione).

Per tutti i pazienti sintomatici con FEVS <40-45% (SC sintomatico, classe NYHA II/aggravamento di SC, classe NYHA III-IV dell’ESC – stadio C, SC progressivo o attuale, dell’ACC/AHA), la terapia standard include, oltre all’ACE-I (o, in caso di intolleranza, l’ARB), al BB e al diuretico, un ARA (nei casi con SC lieve, classe NYHA II, postinfartuale e in quelli con SC moderatamente severo/severo, classe NYHA III-IV, ad eziologia ischemica e non), un ARB (come aggiunta nei casi persistentemente sintomatici, classe NYHA ≥ II, nonostante ottimizzazione della terapia con diuretico, ACE-I e BB) e la digitale (nei pazienti persistentemente sintomatici, classe NYHA ≥ II, nonostante ottimizzazione della terapia antineurormonale e indipendentemente dal tipo di ritmo cardiaco).

Infine, per i casi con SC avanzato (SC terminale, classe NYHA IV, dell’ESC, stadio D, SC **refrattario**, dell’ACC/AHA), la gestione della sindrome necessita di interventi specialistici e può prevedere, oltre all’impiego dei presidi farmacologici convenzionali precedentemente esposti, misure non convenzionali di tipo farmacologico e non, con finalità palliative o di ponte verso il trapianto.



È stato osservato che dosi via via più elevate di **diuretico** sono associate ad una maggiore mortalità. Tuttavia, la terapia diuretica migliora rapidamente i sintomi di scompenso cardiaco e riduce la limitazione funzionale; il prezzo di questi effetti è però un’ulteriore attivazione del sistema renina-angiotensina-aldosterone e del sistema nervoso simpatico, con la teorica possibilità di accelerare la progressione della malattia. Un’adeguata terapia di antagonismo neurormonale in associazione alla terapia diuretica può controbilanciare in parte tali effetti negativi. Alcuni studi hanno dimostrato che nel trattamento dell’ACHF, la **digossina** è utile per migliorare i sintomi e ridurre le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco acuto, anche se non ha alcun effetto favorevole su mortalità e numero di ospedalizzazioni totali. Per questi motivi, è pratica comune mantenere la terapia con digossina nei pazienti in classe NYHA III-IV, avendo cura di monitorarne i livelli ematici e di prevenire effetti indesiderati quali la tossicità da digitale e le bradiaritmie, in particolare nei pazienti che assumono anche amiodarone e/o betabloccanti.

Nell’insufficienza cardiaca terminale viceversa si può assistere il paziente con terapie palliative quali la dobutamina domiciliare o il levosimendan periodico.

L'infusione continua di **inotropi beta-adrenergici**, come dopamina o dobutamina, determina un sicuro vantaggio immediato in termini di sintomatologia ed emodinamica, aumentando la contrattilità cardiaca; tuttavia, sono noti gli effetti avversi a medio e lungo termine, poiché il trattamento inotropo prolungato influisce negativamente sulla sopravvivenza.

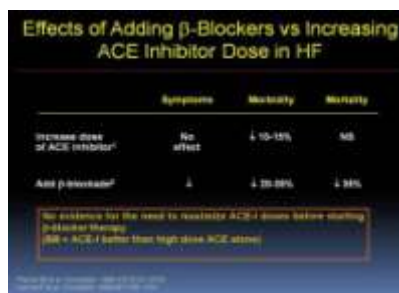
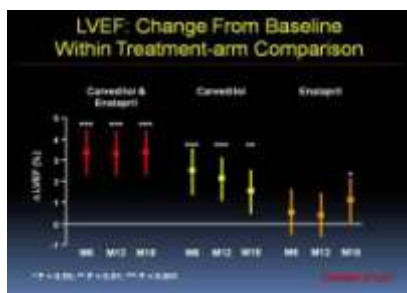
Il levosimendan aumenta la sensibilità al calcio da parte delle proteine contrattili, svolgendo così un effetto inotropo positivo, senza aumentare il consumo di ossigeno da parte dei miocardiociti né determinare un sovraccarico di calcio intracellulare dannoso per gli equilibri di membrana. Inoltre, favorendo l'apertura dei canali del potassio a livello della muscolatura liscia vascolare, esplica un favorevole effetto di vasodilatazione periferica.

Il levosimendan rispetto alla dobutamina non ha dimostrato vantaggi in termini di sopravvivenza nei pazienti con scompenso acuto.

Al di là delle diversificate responsabilità identificate per spiegare il fatto che i favorevoli dati di mortalità e morbilità evidenziati nei trial clinici non avessero trovato pieno riscontro nella pratica clinica, nel tempo è maturata la crescente percezione che l'impatto delle nuove terapie sia stato inferiore alle attese anche nell'ambito dei pazienti trattati in modo ottimale.

A cavallo tra gli anni '80 e '90 furono i risultati del **CONSENSUS** e, di seguito, quelli altrettanto favorevoli degli studi **SOLVD** ad accendere e alimentare grandi aspettative tra coloro i quali, occupandosi di SC e del suo trattamento, sino ad allora avevano dovuto confrontarsi con l'amara realtà di una sindrome gravata da una prognosi estremamente severa a breve termine (mortalità a 12 mesi > 15% in pazienti in classe NYHA II-III e > 50% in quelli in classe NYHA IV) avendo come uniche armi terapeutiche a disposizione la digitale e i diuretici.

Per una sorta di legge del contrappasso, sono stati proprio i dati a lungo termine di questi stessi studi a smorzare, circa un decennio dopo, gli entusiasmi iniziali. Nel follow-up a 10 anni del CONSENSUS, la mortalità dei pazienti randomizzati ad enalapril e di quelli a placebo era, rispettivamente, 96.1% e 100%, mentre la mortalità a 12 anni negli studi SOLVD risultava – nel Treatment Arm – del 79.8% con enalapril e dell'80.4% con placebo e – nel Prevention Arm – del 50.9% con enalapril e del 56.4% con placebo. Il beneficio legato all'impiego dell'ACE-I era evidente per i primi 3-4 anni di terapia per poi svanire gradualmente nel corso del successivo follow-up; in termini di beneficio netto, il trattamento attivo era associato ad un prolungamento della sopravvivenza di circa 9 mesi.



E' necessario riflettere su un approccio interpretativo che ha portato – in una sorta di rigida contrapposizione – ad etichettare alcuni sistemi come “deleterii” (SRAA, SSA, endoteline, vasopressina, vasopeptidasi, citochine) ed altri come “benefici” (ossido nitrico, peptici natriuretici, prostaglandine, chinine), senza tenere in debito conto il fatto che, in realtà, un “dualismo” si manifesta anche nell'ambito di ciascun sistema (ove spesso coesistono risposte biologiche favorevoli e sfavorevoli) e può ritrovarsi persino nella medesima risposta biologica (che, a seconda delle circostanze, può assumere valenze opposte). In realtà, l'efficacia clinica di qualsivoglia strategia farmacologica antineurormonale non può prescindere dalla sua praticabilità, vale a dire dalla sua tollerabilità e sicurezza d'impiego. A maggior ragione se si tratta della tripla/quadrupla terapia.

Tre considerazioni aggiuntive meritano di essere fatte a questo proposito. La prima è che, né nel **Val-HeFT** né tanto meno nel **CHARM-Added**, l'aggiunzione dell'**ARB** all'**ACE-I** ha comportato una riduzione significativa della mortalità totale (beneficio solo su ospedalizzazioni per SC nel primo caso, anche su mortalità cardiovascolare nel secondo), ad eccezione del sottogruppo del CHARM con FEVS \leq 40% in cui il candesartan era associato ad un effetto favorevole sulla mortalità da tutte le cause, indipendentemente dal fatto se la terapia includeva o meno anche ACE-I e/o **BB**. La seconda è che, nei medesimi studi, sono emersi tassi di sospensione della terapia con l'ARB a causa di ipotensione/insufficienza renale/iperpotassiemia significativamente superiori a quelli osservati con placebo. La terza, infine, è che in entrambi gli studi la quasi totalità dei pazienti arruolati aveva uno SC di grado lieve/moderato (classe NYHA II-III-IV: nel Val-HeFT 62, 36 e 2%, nel CHARM 35, 62 e 3%).

L'evidenza sull'efficacia e la sicurezza di impiego di **ACE-I**, **BB**, **ARA** e **ARB** in associazione è oggettivamente modestissima e sostanzialmente limitata ad un'analisi (dati statisticamente non significativi) condotta su un sottogruppo di 237 pazienti (dei 4576 totali) arruolati nel CHARM. Nonostante le molteplici possibilità di incrocio nell'impiego di ACE-I, BB, ARA e ARB – almeno quelle teoricamente contemplabili sulla base della tabella 22 di pagina 33 – le linee guida europee non fanno alcuna menzione alla quadrupla terapia per cui non vi sono elementi per stabilire se questo approccio terapeutico sia raccomandabile o meno e, in caso affermativo, in che specifici contesti clinici lo sia.

Le linee guida statunitensi sono invece esplicite nel non raccomandare l'impiego combinato di ACE-I, ARA e ARB, il che precluderebbe la via non solo alla quadrupla terapia, ma anche ad una terza versione, meno consueta, di tripla terapia (quella senza BB).

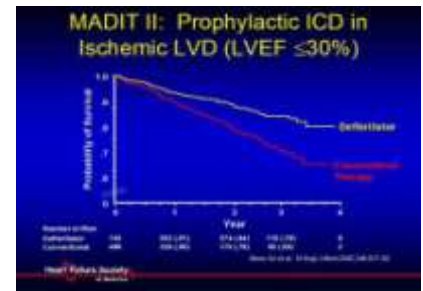
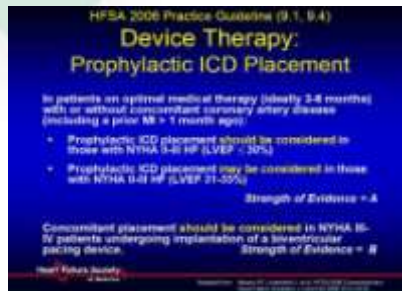
Tuttavia, se è vero che la disponibilità di un crescente numero di farmaci efficaci si associa alla possibilità di ottenere maggiori benefici clinici, è anche vero che tanto più le opzioni farmacologiche si fanno complesse tanto più esse appaiono destinate a generare controversie. Attualmente, l'argomento maggiormente dibattuto è quello riguardante i potenziali candidati alla tripla (ACE-I + BB + ARA o ARB) e alla quadrupla (ACE-I + BB + ARA + ARB) terapia. Le più recenti linee guida non forniscono indicazioni del tutto chiare su quale sia la versione della tripla terapia da preferire e se la quadrupla terapia possa o meno rivestire oggi un qualche ruolo nella gestione dello SC.

Comparsa nel panorama del trattamento dell'insufficienza cardiaca alla fine degli anni '90, la **terapia di resincronizzazione cardiaca** (CRT) è ormai entrata a far parte dei trattamenti raccomandati, sia nelle linee guida europee che in quelle americane. Altri dispositivi elettrici sono i defibrillatori impiantabili.

Gli studi clinici sulla CRT ne hanno valutato gli effetti nei pazienti in classe funzionale avanzata (NYHA III-IV), decretandone la superiorità rispetto alla sola terapia **medica** nel migliorare i sintomi e la frequenza delle ospedalizzazioni. Lo studio CARE-HF ha successivamente evidenziato che la CRT è in grado di migliorare anche la sopravvivenza dei pazienti trattati.

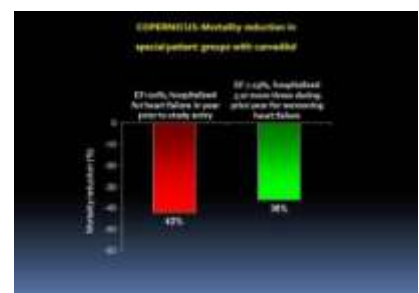
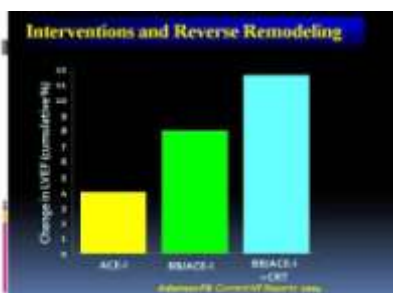
L'alto numero di pazienti "non responders", circa il 20-40% secondo le varie casistiche, deve porre questioni per discriminare i pazienti "responders" dai "non responders". La ricerca di criteri ecocardiografici di dissincronia inter- e intraventricolare, quali i parametri CARE-HF e l'esame Doppler tissutale, al momento non ha fornito evidenze positive in proposito, probabilmente in ragione dell'elevata variabilità intra- e interoperatore di queste misurazioni.

Circa la metà dei decessi nei pazienti con insufficienza cardiaca è dovuta alla morte cardiaca improvvisa. Gli studi MADIT e MADIT II hanno definito il ruolo del **defibrillatore impiantabile (ICD)** nel ridurre in modo significativo la mortalità per morte cardiaca improvvisa in pazienti con severa disfunzione ventricolare sinistra di qualunque origine.



Occorre comunque osservare che, se per i pazienti con insufficienza cardiaca lieve-moderata la morte cardiaca improvvisa è responsabile del 60-70% dei decessi, nei pazienti in classe NYHA IV la maggior causa di morte resta l'aggravamento dello scompenso cardiaco, riducendosi così il beneficio ottenibile dall'impianto di ICD. A questo proposito il registro ADHERE LM ha mostrato che la presenza di ICD non modifica in modo significativo la sopravvivenza dei pazienti in stadio D.

Nei casi in cui i pazienti non rispondono alla terapia medica, né tantomeno all'impianto dei devices e diventano pertanto **"non responders"**, essi vengono assistiti da tecniche terapeutiche chirurgiche non convenzionali quali il **trapianto cardiaco** e da sistemi di **assistenza meccanica al circolo**. L'impianto di sistemi di assistenza ventricolare rappresenta una valida opzione nei pazienti con insufficienza cardiaca refrattaria in attesa di trapianto cardiaco (ponte al trapianto) o non candidabili a trapianto per età o comorbidità ("**destination therapy**"). I risultati migliori e l'esperienza più vasta riguardano i sistemi di assistenza ventricolare sinistra (LVAD), anche se un numero non trascurabile di pazienti è stato trattato con assistenze ventricolari destre, biventricolari e sostituzione del cuore *in toto* con cuore artificiale. L'assistenza meccanica al circolo è stata ormai approvata dalle linee guida per il trattamento dell'ACHF, sia come ponte al trapianto cardiaco, sia come terapia definitiva per i pazienti non candidabili a trapianto (*destination therapy*), restando i risultati incoraggianti dello studio **REMATCH**.



Il trapianto cardiaco rimane a tutt'oggi l'unica terapia definitiva per i pazienti con insufficienza cardiaca intrattabile. La sopravvivenza attesa dei riceventi di trapianto cardiaco è di circa il 90% nella prima fase postoperatoria e tra il 60% e il 70% a 5 anni dal trapianto, a fronte di una mortalità annua in lista di attesa del 10-20%.

Purtroppo ancora oggi non vi è consenso unanime nel definire le strategie di cura per i pazienti con **scompenso cardiaco refrattario**, in particolare per coloro che, per età o comorbidità, non sono candidabili a trapianto cardiaco. L'approccio terapeutico a questo tipo di paziente risente tuttora della esperienza individuale acquisita da ogni singolo operatore, potendo essere più standardizzato nelle unità per lo scompenso.

BIBLIOGRAFIA

- The CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med* 1987; 316: 1429-35
- The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *N Engl J Med* 1991; 325: 293-302
- Cohn JN, Tognoni G, for the Valsartan Heart Failure Trial Investigators. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001; 345: 1667-75
- Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB, et al, for theCHARM Investigators and Committees. Effects of candesartan on mortality and morbidity in patients with chronic heart failure: the CHARM-Overall programme. *Lancet* 2003; 362: 759-66
- Packer M, Coats AJ, Fowler MB, et al, for the Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. *N Engl J Med* 2001; 344: 1651-8
- The Digitalis Investigation Group. The effect of digoxin on mortality and morbidity in patients with heart failure. *N Engl J Med* 1997; 336: 525-33
- Willenheimer R, Dahlof B, Gordon A. Clinical trials in cardiovascular medicine: are we looking for statistical significance or clinical relevance? *Heart* 2000; 84: 129-33
- Flather MD, Yusuf S, Kober L, et al. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. ACE-Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. *Lancet* 2000; 355: 1575-81
- Dulin BR, Haas SJ, Abraham WT, Krum H. Do elderly systolic heart failure patients benefit from beta blockers to the same extent as the non-elderly? Meta-analysis of >12 000 patients in large-scale clinical trials. *Am J Cardiol* 2005; 95: 896-8
- Swedberg K, Kjeksus J, Snapinn S. Long-term survival in severe heart failure in patients treated with enalapril. Ten year follow-up of CONSENSUS I. *Eur Heart J* 1999; 20: 136-9
- Mann DL, Bristow MR. Mechanisms and models in heart failure: the biomechanical model and beyond. *Circulation* 2005; 111: 2837-49
- Pitt B, Poole-Wilson PA, Segal R, et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomized trial - the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. *Lancet* 2000; 355: 1582-7
- Gaffney TE, Braunwald E. Importance of the adrenergic nervous system in the support of circulatory function in patients with congestive heart failure. *Am J Med* 1963; 34: 320-4
- McMurray JJ, Ostergren J, Swedberg K, et al, for the CHARM Investigators and Committees. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Added trial. *Lancet* 2003; 362: 767-71
- Young JB, Dunlap ME, Pfeffer MA, et al, for the Candesartan in Heart Failure Assessment of Reduction in Mortality and Morbidity (CHARM) Investigators and Committees. Mortality and morbidity reduction with candesartan in patients with chronic heart failure and left ventricular systolic dysfunction: results of the CHARM low-left ventricular ejection fraction trials. *Circulation* 2004; 110: 2618-26
- Van Veldhuisen DJ, Poole-Wilson PA. The underreporting of results and possible mechanisms of "negative" drug trials in patients with chronic heart failure. *Int J Cardiol* 2001; 80: 19-27
- EUROASPIRE I and II Groups. European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *Lancet* 2001; 357: 995-1001
- Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J, et al, for the Comparison of Medical Therapy, Pacing, and Defibrillation in Heart Failure (COMPANION) Investigators. Cardiac-resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. *N Engl J Med* 2004; 350: 2140-50
- Cleland JG, Daubert JC, Erdmann MD, et al, for the Cardiac Resynchronization-Heart Failure (CARE-HF) Study Investigators. The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. *N Engl J Med* 2005; 352: 1539-49
- Moss AJ, Hall WJ, Cannom DS, et al. Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary disease at high risk for ventricular arrhythmia. Multicenter Automatic Defibrillator Implantation Trial Investigators. *N Engl J Med* 1996; 335: 1933-40
- Taylor DO, Edwards LB, Boucek MM, et al. Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twenty-third official adult heart transplantation report - 2006. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25: 869-79
- Hunt SA. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 82
- Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ, et al, for the Randomized Evaluation of Mechanical Assistance for the Treatment of Congestive Heart Failure REMATCH) Study Group. Long-term mechanical left ventricular assistance for end-stage heart failure. *N Engl J Med* 2001; 345: 1435-43
- Costanzo MR, Mills RM, Wynne J. Characteristics of "stage D" heart failure: insights from the Acute Decompensated Heart Failure National Registry Longitudinal Module (ADHERE LM). *Am Heart J* 2008; 155: 339-47
- Taylor DO, Edwards LB, Boucek MM, et al. Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twenty-third official adult heart transplantation report - 2006. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25: 869-79



A 24 h dalla laurea... Impressioni di un giovane collega "innamorato" della Cardiologia

Mattia Nisi

"Con i poteri conferitimi dalla legge, vi dichiaro Dottori in Medicina e Chirurgia".

È con queste parole che inizia la mia vita da medico: i pochi secondi per pronunciarle disegnano in mente un solco che separa nettamente le notti di un passato recente trascorse sulle "sudate carte" ad immaginare il mio futuro ... dal futuro stesso che, improvvisamente, diventa presente. Da quel momento un vortice incessante, dal ritmo impossibile, di macchine fotografiche e videocamere affamate di immagini da ricordare. In realtà, però, è il mattino dopo a mettermi in testa la tanto bramata corona di alloro: mi sveglio improvvisamente all'alba senza che ce ne sia motivo e in quel momento, guardando la mia scrivania sgombra di libri, appunti, schemi e cartacce di ogni specie ... realizzo.

A chiunque potrà sembrare incomprensibile ma in quel momento mi rendo conto che non vedo l'ora di indossare il mio camice, di riprendere il fonendoscopio e di avvicinare il mio paziente per fargli l'anamnesi, visitarlo, rispondere alle sue domande. Insomma per fare ciò che ho sempre fatto nella mia lunga vita da studente interno, spesso senza darci troppo valore, a volte quasi annoiandomi. Ma adesso mi sembra quasi la cosa più importante del mondo. Più importante dei regali che ho scartato la sera prima, più importante del prefisso "Dott." che dovrò aggiungere al cartellino identificativo. Finalmente arriva il momento di varcare la soglia del "mio" ambulatorio, di reindossare il camice e di iniziare una giornata come tante altre. L'anamnesi, l'esame obiettivo, l'ECG. Tutto uguale a prima, tutto così diverso. Sulla scrivania, accanto al tracciato del paziente, c'è il mio nuovo manuale sull'elettrocardiografia: un regalo del mio mentore, un altro indizio del mio esser diventato "grande".

Da oggi passerò pressoché ogni giorno in clinica, avrò finalmente la possibilità di spendere tutti miei pomeriggi a "rubare" la cultura medica al mio "Maestro", che da ottimo cardiologo, mi prende ancora a cuore, oggi più di ieri. Potrò passare tutte le ore che vorrò su quelle decine di articoli scientifici che ho archiviato negli anni perché non avevo mai il tempo di leggerli. Potrò finalmente lavorare su quei tanti progetti di ricerca che finora ho lasciato chiusi nel cassetto perché, giustamente, c'erano altre priorità. Dovrò però fare i conti con lo spettro del concorso per l'ammissione alla Scuola di Specializzazione. Ma sarà davvero la mia ultima fatica? Inizio a capire che, quasi senza volerlo, sto già pensando da medico. Forse da medico "bamboccione" direbbe qualcuno.. ma forse è proprio quel "qualcuno" che mi ha lasciato questa eredità, tara dell'ingordigia di alcuni e della stolta miopia di altri.

La vera salita inizia adesso che dovrò imparare questo mestiere sul campo, armato solo di passione, curiosità e desiderio di imparare. Continuerà quando dovrò giocarmi il posto in Scuola lottando gomito a gomito, senza esclusione di colpi, contro colleghi affamati quanto o più di me. Ma anche quando dovessi essere dentro non sarà ancora finita: mi attende al varco quella giungla selvaggia e senza regole che mi raccontano si chiami "mondo del lavoro".

Per questo già so che, così come nelle notti insonni trascorse a studiare pensavo al mio futuro da medico, nelle notti insonni che trascorrerò da medico di guardia sognerò il mio futuro di marito e padre. In fondo non è difficile: ora, finalmente, potrò fare tutto ciò che fino a ieri ho potuto solamente desiderare. Ma, chissà perché, ieri sembrava tutto più semplice. È finita questa mia prima nuova, solita, giornata.

Sono stanco ma felice: vorrei fosse già domani per provare ad essere un medico migliore.

Mattia Nisi si è laureato in Medicina e Chirurgia il 30 Giugno 2011 discutendo una tesi sperimentale in Medicina dello Sport. A 24 ore dalla laurea ha scritto questo "pezzo". Cultura, preparazione, umanità, voglia di famiglia e sana ambizione emergono dal suo articolo. Mattia è innamorato della Cardiologia e spera che questo amore sia corrisposto. La Cardiologia è una bella donna e come tutte le belle donne sceglie il meglio e richiede attenzioni. Auguri di cuore dott. Nisi per la tua vita professionale e per tutto il tuo futuro. L'ANCE ti "prende a cuore", tu dovrai sempre "prendere a cuore" chi ti chiederà aiuto. – Riccardo Guglielmi

Vita associativa - Dalle Sedi Regionali

In questi mesi, anche per la pausa estiva, non sono giunti in redazione articoli su eventi diretti organizzati dalle sedi locali della nostra associazione. Con l'occasione invito tutti i Soci che organizzano o partecipano direttamente ai nostri eventi o a manifestazioni locali a fornire idonea segnalazione inviando tramite e mail un breve report, salvato in formato word, con eventuali foto o immagini delle relazioni, direttamente al mio indirizzo di posta elettronica dott.guglielmi@gmail.com

Ricordo che tutto lo staff organizzativo del Notiziario di Segreteria ha funzione di "assemblaggio" mentre i contenuti del Bollettino Telematico sono forniti prevalentemente dai nostri iscritti.

Segnalo per la Puglia due eventi particolarmente significati per gli aspetti scientifici culturali ed organizzativi, che hanno visto la presenza dell'ANCE degnamente rappresentata dai propri iscritti.

Da Foggia - Aldo d'Alessandro

Il 30 Aprile scorso i LIONS di Capitanata hanno organizzato una manifestazione, al Teatro "G. VERDI" di San Severo, dal titolo: *Un nuovo approccio alla sclerosi multipla: la proposta del prof. Paolo Zamboni.*

Sotto l'egida del Comune di San Severo e della Provincia di Foggia, la manifestazione ha visto relatore unico il Dott. Aldo d'Alessandro, segretario provinciale di Foggia, responsabile del Servizio di Angiologia dell'Ospedale di San Severo - Master di II livello in "Emodinamica e Chirurgia Venosa Avanzata". Tale Master è organizzato dal prof. Paolo Zamboni con l'obiettivo di creare dei super-specialisti in CCSVI, particolarmente esperti in Chirurgia del Sistema Venoso Cerebrospinale Extracranico.

La CCSVI (insufficienza venosa cronica cerebro-spinale) è attualmente l'ipotesi più dibattuta al mondo per la terapia, con PTA, dei molti sintomi presenti nella sclerosi multipla, che dopo tale trattamento risultano alleviati. Nella serata il Dott. d'Alessandro ha svolto una relazione sulla CCSVI con le ultimissime novità patogenetiche, diagnostiche e terapeutiche, mostrando la sua casistica personale e facendo intervenire anche alcuni pazienti che, con la loro esperienza personale, hanno, di fatto, emozionato il pubblico.

I benefici della terapia cosiddetta di "liberazione" che consiste nella PTA delle vene giugulari interne e della vena azygos, sono ormai evidenti nella maggior parte dei casi trattati.



Sono attualmente in atto molti studi scientifici nel mondo e ben 50 Università stanno studiando la CCSVI. A breve partirà anche in Italia, sotto il controllo dello stesso prof. Zamboni uno studio multicentrico che coinvolgerà 10 Centri italiani. La manifestazione che è durata circa 2 ore ha visto la partecipazione di oltre 150 persone con numerosi interventi sia di medici che di pazienti.

Vita Associativa

Da Bari - Riccardo Guglielmi



Complice la “magica atmosfera” dei trulli della cittadina pugliese di **Alberobello** si è svolto, dal 17 al 19 giugno 2011, il congresso SISMED, organizzato dai Dottori Gabriele Catena e Paolo Sciascia.



L'evento, patrocinato anche dall'ANCE, ha visto la partecipazione attiva, come moderatori e relatori di Enzo Romano, Gennaro Cice, Ottavio Di Cillo, Riccardo Guglielmi, Renato Nami. Cardiologia dello Sport, valutazione critica dei fattori di rischio cardiovascolare, prevenzione del rischio trombo-embolico e le problematiche dello scompenso cardiaco e dell'ipertensione arteriosa sono stati gli argomenti trattati dai competenti relatori invitati.



- Largo ai giovani. Gli specializzandi in Medicina Interna della Clinica Medica dell'università di Bari -

Lo spirito del Bollettino Telematico è valorizzare i colleghi più giovani ma in questo caso è doveroso segnalare, anche perché molto apprezzate dal pubblico, le relazioni di Anna Belfiore, Paolo Colonna e Matteo Anaclerio, sullo scompenso cardiaco, sulla fibrillazione atriale e sulla nuova molecola DABIGATRAN.

Numerosi i colleghi presenti, giunti anche da altre regioni, che hanno partecipato in maniera interattiva con i relatori, ponendo loro appropriate domande e fornendo spunti per successivi sviluppi circa gli argomenti trattati.



Regione Campania

Da Napoli Massimo Romano

CONGRESSO REGIONALE

Napoli, 7 Ottobre 2011

Aula Convegni Ospedale CTO

Presidente Vincenzo Romano - Presidente Nazionale ANCE

Responsabile Scientifico Massimo Romano

Comitato Organizzatore: Vincenzo Contiello, Massimo Romano

Programma:

ore 8.30 *Apertura Segreteria e Registrazione dei Partecipanti*

ore 9.00 Saluto del Segretario Regionale

ore 9.05 Saluto delle Autorità

ore 9.10 *ANCE, Passato, Presente e Futuro* - Vincenzo Romano

Moderatori: Pasquale Vittorio Santoro, Vincenzo Contiello, Raffaele Acunzo

ore 9.20 *Lettura Magistrale in Onore di Mario Condorelli*

"Il controllo riflesso del circolo", Bruno Trimarco, presenta Vincenzo Romano,

ore 9.50 *Ricordo di Luigi D'Andrea* -Introduce *Vincenzo Contiello*

Antonello D'Andrea, *"La Cardiologia dello Sport, passato e futuro"*,

ore 10.15 Anna Stanzola *"BPCO e Paziente Cardiopatico"*,

ore 11.30 *"Update Cardiopatia Ischemica"* Moderatori: Nello Sansone, Giovanni Canale, Mario Garofalo
Casi Clinici

Roberto Breglio *"Dolore toracico in paziente giovane senza fattori di rischio"*

Pietro Sotgiu *"Angor tipico: iter diagnostico e nuove acquisizioni terapeutiche"*,

Giovanni Pilato *"SCA, metodiche diagnostiche e procedure interventistiche: occhio all'ECG"*

Tavola Rotonda: Terapia della Cardiopatia Ischemica. Tra vecchi e nuovi farmaci e Terapia non-farmacologica.

Discussant: Pietro Martini, Emilio Brizio, Claudio Di Gioia.

Ore 14.30 *"Update Insufficienza Cardiaca Cronica"* Moderatori: Massimo Cafiero, Lina Cioppa, Anna Giunta
Casi Clinici:

Giuseppe Limongelli, *"Un caso anomalo di cardiomiopatia dilatativa"*,

Gemma Salerno *"Cardiomiopatia post radio- e chemioterapia"*,

Rita Gravino *"Un caso di scompenso in cardiomiopatia da accumulo"*.

Discussant: Franco Costantino, Filomeno Covelluzzi, Maurizio Contursi

Ore 16.30 Massimo Romano *"Nuove evidenze in terapia antiaggregante"* - *Commento di Lina Cioppa*

Ore 17.00 *"Update Ipertensione Arteriosa & Prevenzione Cardiovascolare"*

Moderatori: Michele Guglielmi, Antonio Cristiano, Roberto Ficuciello

Casi Clinici

Pasquale Predotti *"Persona ipercolesterolemica, asintomatica, a basso rischio"*

Antonio Casciello *"La terapia delle dislipidemia in paziente ad elevato RCV : l'importanza di un rapido raggiungimento del target LDL "*

Marilena De Martino *"Ipertensione arteriosa resistente in persona in trattamento emodialitico: limiti della terapia medica"*,

Discussant: Vincenzo Aulitto, Fabio Fedi, Raffaele Carotenuto

Ore 18.30 Compilazione dei Questionari ECM e Chiusura del Congresso

La vetrina delle idee

Spazio aperto libero

Inserisci in questa pagina le tue idee, le tue foto ed i tuoi commenti

Invia a dott.guglielmi@gmail.com



Foto R.G. "Ho scritto ANCE sulla sabbia"

Le Massime di Massimo

"La questione morale non è condannare o eliminare gli avversari politici.
L'Italia dovrebbe eliminare l'opportunismo, il cinismo amorale, il familismo criminale.
Parlo di un paese che non vedrò"

A cura di Massimo Romano

Su [facebook](#) è stato creato da Vittorio Panno il gruppo **ANCE**.
Iscriviti e condividi questa forma innovativa e moderna di comunicazione.
Almeno in questo siamo la prima società scientifica.



Arrivederci a Sorrento

**20-23 ottobre 2011 - Hotel Hilton
XXI Congresso Nazionale A.N.C.E.**



Programma in www.ancecardio.it