

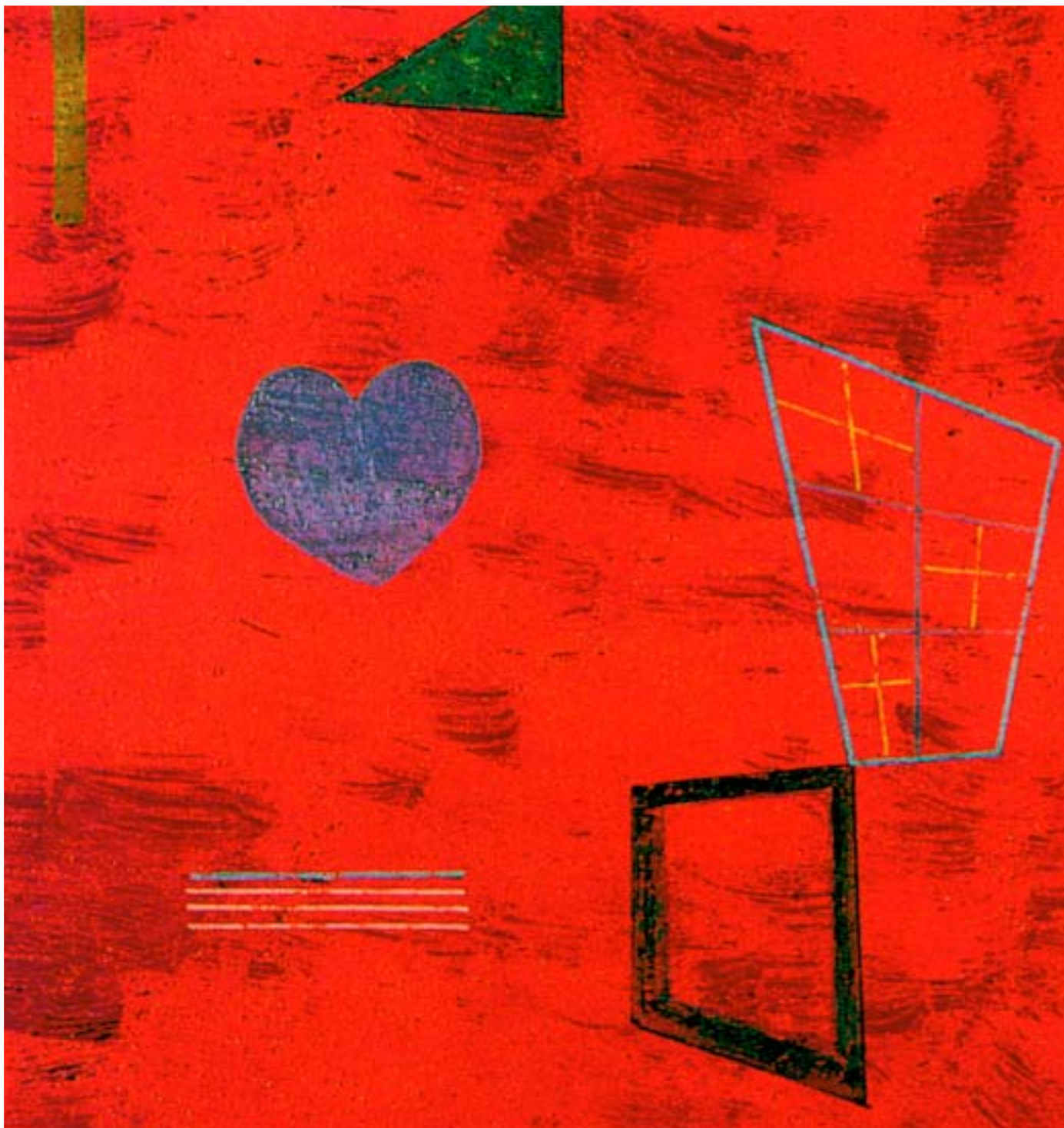


NOVEMBRE - DICEMBRE N. 136



# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



**A**MICI DELL'ANMCO

AstraZeneca • Aventis • Boehringer Ingelheim • Merck Sharp & Dohme • Pfizer Italiana  
Roche • Sanofi-Synthelabo • Schering-Plough SpA • Servier Italia • Sigma-Tau



Heart Care Foundation  
n. 1.1.0.1

XXXV  
Congresso  
Nazionale  
di Cardiologia

PRIMO  
ANNUNCIO  
E  
CALL FOR  
ABSTRACT

# ANMCO 2004

22-26 MAGGIO - FIRENZE, Fortezza da Basso

Convention delle UTIC: Sindromi Coronariche Acute Fibrillazione Atriale  
Scorpeno Cardiaco Avanzato Reti Integrate in Cardiologia  
Update in Cardiochirurgia Studi Clinici dell'ANMCO

Heart Care Foundation  
n. 1.1.0.1

PRIMO  
ANNUNCIO  
E  
CALL FOR  
ABSTRACT

XXXV  
Congresso  
Nazionale  
di Cardiologia

# CARDIOPULSING ANMCO 2004

23-25 MAGGIO - FIRENZE, Fortezza da Basso

Sessioni Plenarie - Seminari - MiniMaster - Comunicazioni Orali - Poster

## IN QUESTO NUMERO:

- 2 DAL PRESIDENTE
- 4 DALLA FIC
- 5 DAL CENTRO FORMAZIONE
- 7 DALLA HEART CARE FOUNDATION
- 11 DAL CONGRESSO ESC 2003
- 27 DALLE AREE  
Informatica  
Malattie del Circolo Polmonare  
Nursing
- 36 DALLE REGIONI  
Marche
- 39 FORUM
- 43 CUORI ALLO SPECCHIO
- 45 VIAGGIO INTORNO  
AL CUORE
- 47 FIGURARE LA PAROLA

In copertina particolare dell'opera:  
*Kühle Entfernung*,  
Wassily Kandinsky, 1932



## INDICE:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <p>AUGURI DI BUON NATALE DAL PRESIDENTE<br/><i>di Alessandro Boccanelli</i></p> <p>2</p>  | <p>STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA: UN OBIETTIVO RAGGIUNTO DALLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA<br/><i>di Gian Luigi Nicolosi e Angelo Branzi</i></p> <p>4</p> | <p>IL PROGETTO PROFILI DI ASSISTENZA DELLA REGIONE MARCHE<br/><i>di Alberto Deales e Nino Ciampani</i></p> <p>36</p> |
| <p>COME POTREBBE CAMBIARE L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA<br/><i>di Evasio Pasini e Marino Scherillo</i></p> <p>5</p>   | <p>NOVITÀ DA HEART CARE FOUNDATION<br/><i>di Franco Valagussa</i></p> <p>7</p>  | <p>OLTRE IL RAGIONEVOLE DUBBIO<br/><i>dell'Avv. Ornella Mafri</i></p> <p>39</p>                                      |
| <p>LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI NELLA PRATICA CLINICA. PRESENTATE AL CONGRESSO ESC DI VIENNA LE NUOVE LINEE GUIDA<br/><i>di Sergio Pede e Massimo Ugucioni</i></p> <p>11</p> | <p>ESC CONGRESS 2003<br/><i>di Antonello Talarico e Paola Mancuso</i></p> <p>15</p>   | <p>SCOMPENSO CARDIACO NEGLI ANZIANI<br/><i>di Giovanni Pulignano</i></p> <p>40</p>                                   |
| <p>È INAUGURATO IL TRASFERIMENTO SU INTERNET DEI SISTEMI DI ARCHIVIO GESTIONALE DELL'ANMCO<br/><i>a cura del Comitato di Coordinamento dell'Area Informatica</i></p> <p>28</p>                | <p>LE ATTIVITÀ DELL'AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE: COSA BOLLE IN PENTOLA<br/><i>a cura del Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare</i></p> <p>30</p>       | <p>RICEVIAMO E VOLENTIERI PUBBLICHIAMO UN'IMPORTANTE LETTERA<br/><i>di Gianfranco Mazzotta</i></p> <p>42</p>         |
| <p>IL MANUALE CARDIONURSING, LA RICERCA, LA FORMAZIONE<br/><i>di Claudio Coletta</i></p> <p>33</p>  | <p>FIGURARE LA PAROLA<br/><i>di Francesco Bovenzi</i></p> <p>47</p>   | <p>CLAUDIO CAVALLINI INTERVISTA VINCENZO CUZZATO<br/><i>di Claudio Cavallini</i></p> <p>43</p>                       |
| <p>IL CARDIOLOGO DI "CAMPAGNA" E QUELLO DI "CITTÀ"<br/><i>di Francesco Bovenzi</i></p> <p>45</p>  | <p>RICORDO DEL PROFESSOR BELLI<br/><i>di Salvatore Corallo</i></p> <p>48</p>  | <p>LA CARDIOLOGIA ITALIANA COMPIE 60 ANNI<br/><i>di Corrado Fuà</i></p> <p>46</p>                                    |
| <p>RICORDO DEL DOTTOR UGLIENGO per il Direttivo Piemonte e Valle d'Aosta<br/><i>di Giuliano Brocchi</i></p> <p>48</p>   |   |  |



## AUGURI DI BUON NATALE DAL PRESIDENTE



Cari Amici,

quest'anno sotto l'albero di Natale di ANMCO c'è più di un regalo che, a mio parere, viene ad arricchire le dotazioni di famiglia.

È stato risolto l'annoso problema dell'affidamento del progetto G8 Cardio ANMCO ad una azienda che offre molte garanzie di qualità. Grazie al lavoro dell'Area Informatica si sta creando finalmente una positiva saldatura tra quel progetto e quello dei Registri dell'ANMCO. Questi ultimi costituiscono la formalizzazione operativa di ciò che noi virtualmente siamo, ovvero una grande rete capace di fornire dati che si traducano in verifica costante della qualità dell'assistenza. I Registri dell'ANMCO si fondano sul concetto di minimal data set, ovvero di quel numero contenuto di variabili descrittive di processi di diagnosi e cura e di esiti delle cure.

Sono pronti i minimal data set relativi alle Sindromi Coronariche Acute ed alla Prevenzione Cardiovascolare. Di questo dobbiamo ringraziare l'Area Emergenza-Urgenza e l'Area Prevenzione Cardiovascolare che hanno attivamente collaborato con l'Area Informatica e con il Centro Studi ANMCO.

Molti di voi avranno ricevuto negli ultimi giorni l'invito a partecipare ad un altro importante Registro che è quello dello Scompeso Cardiaco Acuto. La tecnologia web che abbiamo sperimentato con lo Studio Blitz 2 per la raccolta dei dati sarà il metodo che ci consentirà di portare al prossimo Congresso ANMCO i risultati raccolti in questo Registro.

Il Registro tradizionale dei pazienti con Scompeso Cardiaco Cronico (IN-CHF) non perde battute grazie al lavoro quotidiano di molti di voi che ci ha permesso di qualificarci in ambito scientifico internazionale come rete di eccellenza in questo contesto.

Il Registro delle Sindromi Coronariche Acute costituisce lo strumento grazie al quale, unica Società Cardiologica, abbiamo avuto il riconoscimento Ministeriale insieme con l'Istituto Superiore di Sanità con l'inerente finanziamento per realizzare l'Osservatorio delle Sindromi Coronariche Acute, al quale molti di voi riceveranno l'invito a partecipare.

La nostra ECO S.r.l. si sta rivelando un contenitore troppo stretto per la mole di servizi che vengono richiesti ad ANMCO, soprattutto in ambito di formazione. Il Consiglio Direttivo pertanto ha deciso di trasformare questa struttura in Centro Servizi a conduzione manageriale per dare una risposta di maggiore efficienza ai nostri committenti. Saremo così in grado di trovare per ANMCO entrate alternative e aggiuntive a quelle provenienti dal Congresso e dalle quote associative, da poter riversare a favore di una migliore qualità della Formazione e su progetti di ricerca non finanziati.

Il documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" è passato attraverso il vaglio degli Associati, delle Aree, delle Presidenze Regionali e delle Società Cardiologiche di settore ed è finalmente in corso di stampa e potrà essere utilizzato da tutti voi come strumento di contrattazione basato su so-



**N. 136 - novembre/dicembre 2003**

**Bollettino ufficiale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri**

Editor:

**Francesco Boncompagni**

Co-Editor:

**Francesco Bovenzi**

Comitato di Redazione:

**Antonio Mafri, Giuseppe Vergara**

Segreteria di Redazione:

**Simonetta Ricci**

Segreteria Nazionale:

**ANMCO**

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

E-mail: [cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:

**Pier Filippo Fazzini**

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74

E.C.O. srl Edizioni

Cardiologiche Ospedaliere

Stampa: Tipografia Kleine Schnel

Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze



404 008  
LOW EMISSIONS DURING  
PRODUCTION

lidi evidenze scientifiche. Farà seguito a questa operazione un progetto già avviato di ritariffazione dei DRG.

L'immagine dell'ANMCO, grazie al buon lavoro svolto soprattutto in periferia e a quello dell'Ufficio Stampa, sta crescendo in modo considerevole, rendendo il nostro marchio molto noto e richiesto come garanzia di qualità. Sono testimonianze di questo le richieste che ci vengono fatte di consulenza da parte di istituzioni pubbliche come Assessorati e Commissione Ministeriale per la Formazione.

Con una attività così complessa si sente l'esigenza di mettere ordine, di inventariare e catalogare per poter garantire uno sviluppo armonico di tutti i settori. A questo scopo il Consiglio Direttivo ANMCO ha deliberato di procedere alla certificazione di qualità dell'Associazione che presto sarà pre-requisito per essere provider in ambito di formazione.

La Heart Care Foundation - ONLUS ha formulato un programma eccellente di lavoro che si fonda molto sulla partecipazione di tutti gli Associati ANMCO, che verranno presto chiamati per la realizzazione di ambiziosi progetti di educazione sanitaria e prevenzione.

I rapporti con le altre Società Cardiologiche sono stati improntati alla massima collaborazione per perseguire il fine dell'unità della Cardiologia.

Queste sono le principali novità che troverete sotto il nostro albero di Natale. Come tutti i giocattoli sarà importante farli funzionare e mantenerli a lungo efficienti, ma su questo so che posso contare su di voi.

Tanti auguri di Buon Natale a Voi e alle Vostre famiglie.



## STRUTTURA E ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE DELLA CARDIOLOGIA: UN OBIETTIVO RAGGIUNTO DALLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA

**I**l Documento della Federazione Italiana di Cardiologia su “Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia” è stato definitivamente approvato!

Lo sforzo delle Società Federate (ANMCO-SIC) ha consentito di giungere a una versione definitiva del testo, dopo un’ampia condivisione con gli organi istituzionali delle due Associazioni e tenendo conto dei numerosi contributi provenienti dai Soci e dalle diverse Società e Gruppi di Studio coinvolti nella problematica a diverso titolo.

La partecipazione è stata corale, costruttiva e collaborativa da parte di tutti, superando le difficoltà derivanti da incomprendimenti o dismetrie procedurali verificatesi lungo il percorso, sicuramente non volute e superate con entusiasmo e spirito di servizio.

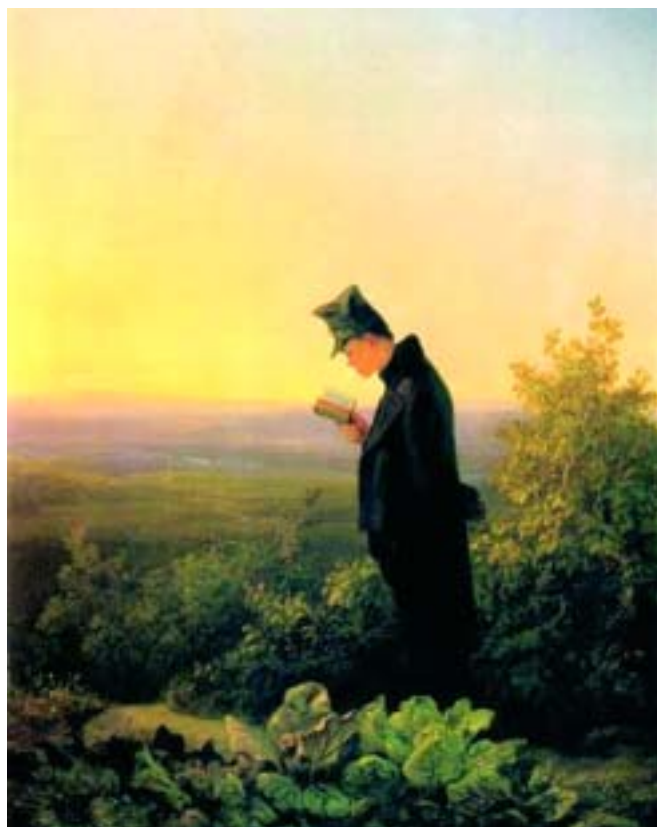
Tutti hanno compreso la grande opportunità rappresentata da una azione così corale da parte della Cardiologia Italiana, nei riguardi del decisore pubblico e del programmatore politico.

Il Documento, che vedrà la luce ufficialmente nel Supplemento di novembre dell’Italian Heart Journal, include la parte generale strategica di “Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia” e quattro appendici: A) Dati epidemiologici di riferimento; B) Organizzazione, personale, indicatori; C) Percorsi; D) Gestione delle liste di attesa.

La proposta innovativa della Cardiologia Italiana è quella di commisurare il servizio ai bisogni attraverso la organizzazione di reti integrate di servizi che tengano conto delle risorse già esistenti sul campo in una determinata area geografica di riferimento, da identificare opportunamente sul campo delle diverse realtà locali.

La compartecipazione e la corresponsabilità nella identificazione e gestione dei percorsi, attraverso l’istituzione di un Comitato Cardiologico di Coordinamento delle attività della rete locale, è l’altro elemento collante dell’organizzazione, che tende ad identificare un ruolo preciso e riconosciuto per ogni componente della rete, con razionalità partecipata e condivisa.

Il documento “Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia” si presenta quindi come uno strumento di grande rilevanza a disposizione di tutti i Cardiologi e dei decisori pubblici, al fine di una programmazione e di una organizzazione che riscopra nel concreto la centralità del paziente e dei suoi percorsi sanitari in continuità assistenziale.



Carl Spitzberg, *La lettura del breviario*, 1845



Sandro Botticelli, *La nascita di Venere*, 1484-1486



## COME POTREBBE CAMBIARE L'EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

**L**a prima fase dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) sta terminando. La prima fase del programma ECM aveva specifici obiettivi, in parte ottenuti, legati alla introduzione di una nuova modalità di far formazione professionale. Una delle critiche ricorrenti mosse nei confronti della prima fase dell'ECM è che l'ECM era considerata dai professionisti **come una semplice raccolta "punti" (o meglio crediti formativi) spesso sganciata dalla realtà nella quale gli stessi professionisti operano. In aggiunta non erano disponibili riscontri oggettivi sulla congruità tra progetto formativo accreditato e la sua effettiva attuazione così come non erano disponibili riscontri sulla qualità degli interventi formativi in quanto non sono state ancora attivate verifiche dei momenti formativi stessi.**

Di fatto, sta iniziando la seconda fase. La seconda fase è finalizzata a concretizzare e rendere più operativo il processo ECM, prevede una serie di punti qualificanti:

- identificare i Provider che erogheranno i momenti formativi;
- implementare l'educazione aziendale che si esplica nella struttura/azienda dove il personale opera;
- definire i compiti ed organizzare la *regionalizzazione* dell'ECM;
- definire le regole dell'e-learning (formazione a distanza: per esempio via Internet) che è considerata il futuro dell'ECM;
- valutare la qualità dei momenti formativi.

Da quanto detto si deduce che l'implementazione della seconda fase richiede un importante salto di qualità. Di recente tale aspetto è stato ampiamente presentato in un nostro articolo sul Sole 24 Ore Sanità del 25 agosto 2003 firma del Consiglio Direttivo della Federazione delle Società Medico-Scientifiche. Riteniamo che tale salto sia

**“identificare l'ECM come momento formativo legato al miglioramento della qualità del servizio offerto in base ai criteri espressi dalle normative che regolano l'accREDITAMENTO istituzionale”.**

A tal proposito è di fondamentale importanza ricordare **che la FORMAZIONE è un pilastro sul quale si basano i criteri per ottenere l'accREDITAMENTO istituzionale nelle strutture sanitarie in base all'articolo 4, punto del DPR 14 gennaio 1997 “Gestione delle risorse umane”.**

Se ne deduce che la formazione/aggiornamento deve essere



Rembrandt, *Lezione di anatomia (partic.)*, 1632



**Rembrandt, Il discepolo, 1630**

finalizzata a specifici obiettivi identificati, nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale e/o Regionale, dalla Direzione della Azienda/Struttura Sanitaria e/o Unità Operative. In base a tali obiettivi ogni singolo professionista potrà pianificare il proprio iter formativo e/o di aggiornamento. Dove la formazione è considerata l'acquisizione di specifiche competenze professionali (*clinical competence*) e potrà essere erogata nella forma di corsi teorici pratici con mezzi formativi integrati virtuali/residenziali. Mentre l'aggiornamento è una sorta di revisione critica delle nuove proposte diagnostiche/terapeutiche e potrà essere erogato sia nella forma residenziale che nella forma virtuale a distanza mediante e-learning identificando forme di verifica finale dell'apprendimento.

In conclusione, considerato che sta terminando la prima fase dell'ECM, che possiamo definire *sperimentale*, nella quale sono stati accreditati i singoli eventi e dove il programma formativo è stato quasi sempre identificato dal singolo professionista, pensiamo che la seconda fase che sta per essere attuata debba integrare i momenti formativi dei singoli professionisti in specifici progetti di formazione/aggiornamento identificati dalle Alte Direzioni delle Aziende/Strutture e condivisi con i singoli professionisti stessi. **Tali progetti formativi/educativi dovrebbero essere identificati in base agli obiettivi, risorse e necessità/bisogni formativi del personale che opera nelle strutture e nel territorio con lo scopo ultimo del miglioramento continuo del servizio sanitario offerto che ha nella cura della persona il suo obiettivo principe.**

L'ANMCO (come del resto ha sempre fatto!!!) dovrà essere pronta a proporre eventi formativi specifici e di qualità per questo scenario in rapida evoluzione acquisendo sempre di più il ruolo di Provider di riferimento sia per le Istituzioni sia per il personale sanitario.





## NOVITÀ DA HEART CARE FOUNDATION

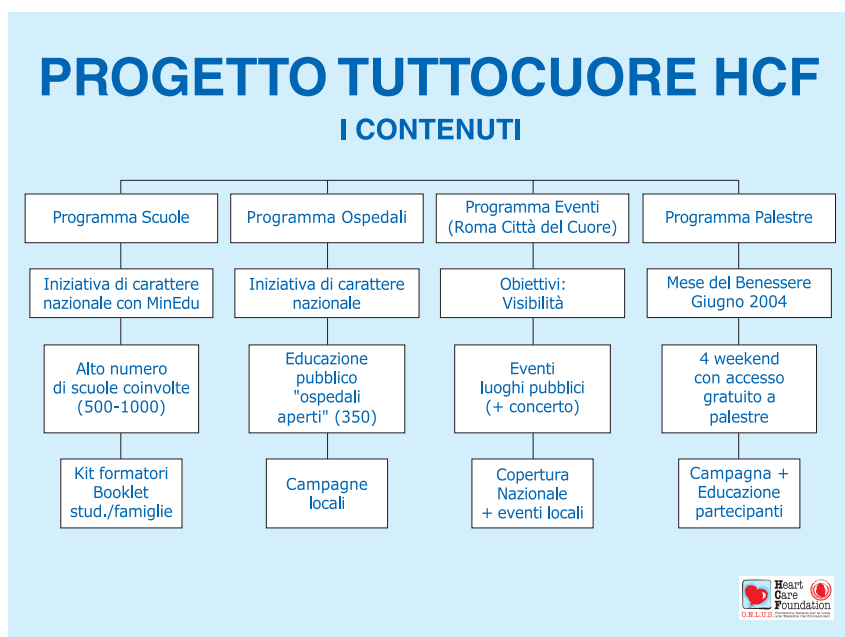


Fig. 1

### NASCE IL PROGETTO TUTTOCUORE

Accogliendo la proposta di Saatchi & Saatchi il Consiglio di Amministrazione di Heart Care Foundation (HCF) ha deciso che tutte le iniziative per i cittadini saranno da ora sotto il brand "ombrello" del Progetto Tutto cuore, nel quale confluiranno il Programma Eventi, il Programma Scuola e i Programmi Ospedali e Palestre (ancora da avviare).

Il Progetto dovrà connotarsi per continuità e contiguità per un arco temporale di 2-3 anni a partire dal 2004. Sarà inoltre sostenuto da una comunicazione diffusa, attraverso campagne PR e pubblicitarie, nonché il sito [tuttocuore.it](http://tuttocuore.it) (Fig. 1).



Fig. 2

### ATTIVITÀ SVOLTE E IN CORSO DI SVOLGIMENTO

- HCF e Brianza per il Cuore Onlus hanno dato vita insieme al Corso di Aggiornamento per Insegnanti e Operatori Sanitari [www.muoviamocidipiù](http://www.muoviamocidipiù), dedicato all'attività fisica come fattore di protezione del cuore e alla sedentarietà come fattore di rischio. Il 5 settembre scorso, con oltre 500 presenze, si è svolta la giornata iniziale seguita da "i quattro lunedì di ottobre" per l'approfondimento. È stato edito un quaderno con le presentazioni ed alcuni percorsi didattici (Fig. 2).
- È prevista la **seconda edizione della campagna "Ascolta il tuo Cuore"**, che vedrà l'avvio nel 2004 sempre in congiunzione con la Fondazione AVENTIS. Il tema sarà ancora relativo alla sensibilizzazione dei cittadini sul rischio cardiovascolare globale. L'azione si ripeterà presso i grandi Centri Commerciali (ne sono previsti 15) e si svolgerà anche negli Aeroporti più importanti. Dovrà essere rilevante il coinvolgimento dei referenti regionali HCF per la promozione di una reale partecipazione locale.
- È in fase di studio tramite una collaborazione HCF/ANMCO, ISTISAN, Dipartimento di Comunicazione del Ministero della Salute l'iniziativa "**attacco cardiaco e riduzione del ritardo decisionale**". È stata individuata per ora dal CdA una task force (composta da E. Geraci, F. Valagussa, L. Bolognesi, L. Vinci, C.A. Bosio) che deve elaborare una prima proposta di percorso e aggregare altre competenze.
- Il Presidente Schweiger ha proposto uno studio HCF/ANMCO di **valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle strutture cardiolo-**



Fig. 3

**giche** italiane di ricovero e ambulatoriali, accolto molto positivamente dal CdA. Si è deciso di creare una task force di riferimento. Per ora sono assicurate le collaborazioni di L. Vinci, di S&S e di C.A. Bosio, professore di psicologia e vicepresidente Eurisko.

- Relativamente all'**attività di promozione alla salute con la scuola** sono in atto:

1. il rinnovo del materiale didattico del programma "Io, il mio cuore e ..." entro marzo 2004 risorse permettendo, a cura di Marzia Campioni e di Marinella Gattone;
2. la edizione del materiale del programma "Apprendere a portare soccorso al cuore" sul tema della confidenza con l'emergenza e dell'attivazione dell'1.1.8., distinto per un ciclo 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> elementare e 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> media, prevista entro maggio 2004, a cura di Gabriella Rota, Laura Valagussa e Stefano Urbinati;
3. la progettazione di nuovo materiale didattico per scuole elementari e medie inferiori sul tema dello stile di vita salvacuore.

L'attività del Progetto "Ama il tuo Cuore" con la Regione Piemonte ha subito un rallentamento per motivi tecnici della Regione stessa.

Il 14 ottobre si è svolta la prima riunione del Gruppo di Lavoro Nazionale MIUR/HCF previsto dal Protocollo di Intesa con il MIUR.

### SITO **tuttocuore.it**

Innanzitutto alcuni dati dalle statistiche webtrends:

- dal 30 maggio al 10 settembre il sito ha avuto 8.815 visite, 6.547 delle quali come visita unica;
- le infopagine (schede informative) hanno avuto 4.582 accessi.

Ancora limitata è la rinnovabilità delle news sulla home page.

Delle schede "a proposito di cuore" 15 sono attive e 5 in preparazione.

Per l'inizio dell'anno 2004 sarà attivata la rubrica "L'Esperto risponde" con risposta ai quesiti entro 72 ore. I Referenti HCF saranno arruolati per questo servizio nonché per contribuire alle news insieme con i Referenti di Area.

### GIORNATA MONDIALE DEL CUORE (28 settembre 2003)

Ha visto attivi diversi Centri Cardiologici e diverse Associazioni di Volontariato in collaborazione. Stiamo raccogliendo dati anche tramite i Referenti Regionali HCF. Chi è interessato ad inviare notizie può farlo tramite loro o tramite la Segreteria HCF (Fig. 3).

### ROMA CITTÀ DEL CUORE

Sta prendendo forma il programma relativo a questo evento che si svolgerà nell'aprile 2004, in contemporanea alla III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica. L'evento costituirà il vero lancio del brand Progetto Tutto cuore a livello mediatico. Sarà dedicato ampio spazio nel prossimo numero del giornale.





# Tuttoc cuore



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI  
CARDIOLOGICI OSPEDALIERI

## A TUTTI I CARDIOLOGI ANMCO ED IN PARTICOLARE A QUELLI DELLA REGIONE LAZIO

Carissimi Amici,

come voi forse ricordate, essere soci dell'ANMCO significa anche far parte di Heart Care Foundation. Poter contare sulla collaborazione di 5000 cardiologi distribuiti in tutti gli ospedali del territorio nazionale è la forza di HCF, che la distingue da tutte le altre Fondazioni.

Questa consapevolezza va tuttavia rinforzata con atti concreti, che abbiano il fine di sottolineare il nostro impegno nei campi della prevenzione e della educazione sanitaria.

Avrete assistito in questi giorni alla grande campagna che l'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro è riuscita a fare sui mezzi di comunicazione raccogliendo grandi somme per la ricerca.

Quella Associazione è ormai fortemente radicata nella mente degli italiani, attraverso il lavoro di molti anni. **Noi abbiamo bisogno di rinforzare l'immagine di Heart Care Foundation** attraverso iniziative di grande rilievo, seguite da altre di "manutenzione" dell'immagine della Fondazione. A questo proposito, il Consiglio d'Amministrazione di Heart Care Foundation coadiuvato dall'Agenzia Saatchi & Saatchi, ha formulato il progetto "Tuttoc cuore", che si svilupperà con varie iniziative nell'arco di un biennio (campagna per la riduzione del ritardo decisionale, ricerca nazionale sulla qualità percepita dagli utenti delle strutture cardiologiche, campagne nazionali e locali di sensibilizzazione agli stili di vita salvacuore, interventi nelle scuole di ogni ordine e grado e, se possibile, una partita di calcio tra nazionale cantanti e nazionale cardiologi).

**Il primo evento** del progetto è "**Roma Città del Cuore**" che si svolgerà nei giorni dal 16 al 19 Aprile 2004. Alla base dell'idea di Roma Città del Cuore deve essere **un concetto nuovo** che tende a integrare il messaggio sul Rischio Cardiovascolare Globale in una serie di eventi a forte impatto emotivo e mediatico. Il motivo fondante dell'iniziativa è quello dei cardiologi che vanno porta a porta a verificare se la gente fa quelle poche cose necessarie per conservare la salute, anche con una sfumatura di aggressività. Per questo **avremmo previsto due iniziative che vedrebbero coinvolti soprattutto i cardiologi romani, ma anche coloro che intendano fare una gita a Roma domenica 18 Aprile.**

La prima iniziativa è quella dell'**ospedale aperto** in cui i cardiologi romani facciano **counseling personale** a chiunque lo richieda. Successivamente è prevista una settimana (in epoca da concordare) in cui tutte le strutture cardiologiche in tutti gli ospedali d'Italia, simultaneamente, si aprano ai cittadini. La seconda è quella dei **cardiologi per le strade dei quartieri**. L'idea, da riprendere televisivamente, è quella che un gran numero di cardiologi concentrati a Piazza Venezia, magari in bicicletta, riconoscibili dall'abbigliamento, su invito di un testimonial molto noto, parlano tutti insieme per i quartieri di Roma intervistando le persone una ad una. Il progetto è di ottenere dal **Comune di Roma una domenica ecologica dedicata a noi**, che faciliterebbe molto i contatti nel centro storico.

L'iniziativa, ovviamente, non può permettersi di fallire, per cui bisogna che rispondiate al questionario sotto riportato. **Contiamo molto sul Vostro spirito associativo.**

Cari saluti.



**Carlo Schweiger**  
Presidente Nazionale  
Heart Care Foundation

**Alessandro Boccanelli**  
Presidente Nazionale  
ANMCO

**Fabrizio Ammirati**  
Presidente Regionale  
Heart Care Foundation

**Massimo Santini**  
Presidente Regionale  
ANMCO

# Tuttoc cuore



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI  
CARDIOLOGICI OSPEDALIERI

## Roma Città del Cuore

### DATI PERSONALI

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

SEI CAPACE DI ANDARE IN  ?

SÌ       NO

NE POSSIEDI UNA CHE MAGARI VORRESTI RISPOLVERARE?

SÌ       NO

SEI DISPOSTO A COLLABORARE ALL'INIZIATIVA "ROMA CITTÀ DEL CUORE" IL 18 APRILE 2004?

SÌ       NO

Poiché l'iniziativa richiede un grande lavoro di programmazione, ti preghiamo di rispondere in ogni caso ed inviare il questionario via fax: **055582756**.





## LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI NELLA PRATICA CLINICA. PRESENTATE AL CONGRESSO ESC DI VIENNA LE NUOVE LINEE GUIDA

*Le novità e le differenze rispetto alle precedenti edizioni*

**SCORE: un nuovo sistema per la valutazione del grado di Rischio Globale**

**D**opo le edizioni del 1994 e del 1998, il 31 agosto 2003, a Vienna, è stato presentato l'Executive Summary delle nuove **European Guidelines on CVD Prevention**, prodotto da una specifica Task Force, costituita da rappresentanti della ESC e di altre sette Società Scientifiche.

Oltre ad una serie di conferme, quali le basi per il *Razionale* della Prevenzione Cardiovascolare, il concetto di *Rischio Globale* e la priorità degli interventi sui soggetti asintomatici ad *alto rischio*, la Third Joint European Societies' Task Force ha introdotto alcune importanti novità, che differenziano in maniera sostanziale il documento attuale rispetto ai due precedenti.

### **1 - Dalla prevenzione della Cardiopatia Coronarica alla prevenzione delle Malattie Cardiovascolari**

Questo aspetto innovativo si basa su due acquisizioni recentemente consolidate:

- (a) l'etiopatogenesi dell'infarto miocardico, dell'ictus ischemico e dell'arteriopatia periferica è comune;
- (b) una serie di recenti trial clinici di intervento ha dimostrato che numerose forme di trattamento risultano efficaci nel prevenire non solo gli eventi coronarici e le procedure di rivascolarizzazione, ma anche l'ictus ischemico e le manifestazioni di vasculopatia arteriosa periferica.

A queste evidenze conseguono due importanti indicazioni:

- la decisione di avviare specifici programmi di interventi di prevenzione può basarsi sulla stima del rischio di sviluppare un qualsiasi evento cardiovascolare e non solo un evento coronarico;
- è possibile attendersi che gli interventi di prevenzione riducano non solo il rischio di sviluppare manifestazioni di cardiopatia ischemica, ma anche quello di ictus e di arteriopatia periferica.

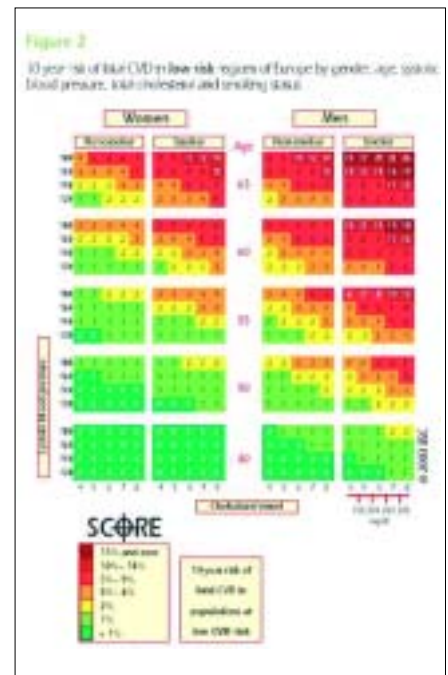
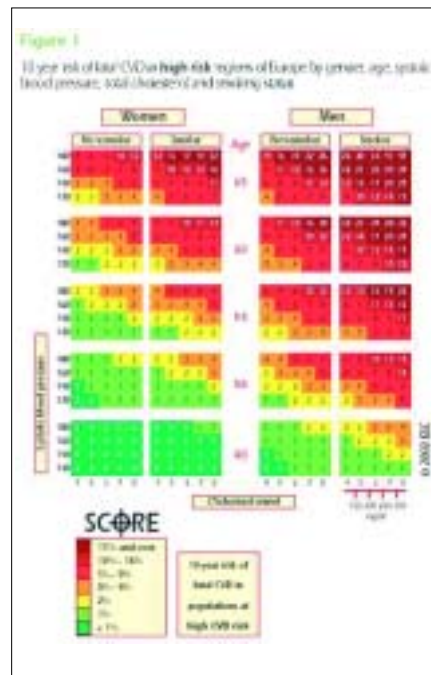
### **2 - Un nuovo sistema per la valutazione del Rischio Globale**

La Task Force che ha prodotto le Linee Guida raccomanda un nuovo modello di valutazione del Rischio basato sui dati del **progetto SCORE** (*Systematic COronary Risk Evaluation*).

Il progetto SCORE è l'insieme di diversi studi longitudinali condotti in Europa (per l'Italia il Progetto RIFLE), il cui ampio database consiste in oltre 200.000 persone seguite per diversi anni, che hanno prodotto più di 3 milioni di anni-persona di osservazione con 7.000 eventi cardiovascolari fatali (ictus, infarto del miocardio, arteriopatia periferica).

I fattori di rischio utilizzati per l'analisi sono stati il sesso, l'età, l'abitudine al fumo, la pressione arteriosa sistolica e la colesterolemia totale o rapporto colesterolo/HDL.

Il diabete, in quanto informazione non disponibile in modo uniforme nei vari studi, è stato escluso.



Sono state prodotte quattro funzioni, due per i Paesi ad elevata mortalità (mortalità CHD e mortalità cardiovascolare non CHD), a cui hanno contribuito le coorti di Danimarca, Finlandia e Norvegia, e due per i Paesi a bassa mortalità (mortalità CHD e mortalità cardiovascolare non CHD) a cui hanno contribuito le coorti del Belgio, Italia e Spagna. La funzione ed i coefficienti dei Paesi a bassa mortalità sono stati riapplicati a Francia e Germania.

Il rischio di mortalità cardiovascolare deriva dalla somma dei rischi di mortalità per CHD e di mortalità cardiovascolare non CHD.

La funzione SCORE predice, per uomini e donne, esenti da malattia cardiovascolare, di età compresa fra 35 e 69 anni, il **Rischio Globale per eventi fatali di Malattie Cardiovascolari ad etiologia aterosclerotica** nei dieci anni successivi alla valutazione; il rischio nelle persone con il diabete di tipo 2 viene stimato rad-

doppiando il valore ottenuto per gli uomini e quadruplicando il valore ottenuto nelle donne senza diabete.

Dunque viene stimato rischio per eventi cardiovascolari e non solo coronarici, ma solo per quelli fatali; viceversa con la funzione adottata dalle precedenti Linee Guida veniva stimato il rischio di eventi solo coronarici, ma sia di quelli fatali sia di quelli non fatali.

In conseguenza di questa sostanziale differenza è cambiato il *valore soglia* che definisce come soggetti ad *“alto rischio”* quelli con una probabilità di eventi a 10 anni *uguale o superiore al 5%*, contro il 20% delle precedenti Linee Guida.

Sul modello SCORE sono state costruite le nuove **Carte del Rischio** che non sono uguali per tutti i Paesi Europei ma si differenziano in due tipi:

- **Carte del Rischio per le popolazioni ad alto rischio** (Fig.1)
- **Carte del Rischio per le popolazioni a basso rischio**: da usare in Belgio, Francia, Grecia, Italia, Lussemburgo, Spagna, Svizzera e Portogallo (Fig. 2).

Per ognuno di questi due tipi di Carta è prevista la possibilità di eseguire il calcolo del rischio con il valore della colesterolemia totale o, in alternativa, con il valore del rapporto colesterolemia totale/HDL.

È stato prodotto anche l'equivalente elettronico delle Carte del Rischio: è la SCORECARD, un programma interattivo disponibile sul sito [www.escardio.org/prevention](http://www.escardio.org/prevention).

**Maggiori dettagli nella definizione delle priorità per gli interventi di prevenzione**



## Rischio Cardiovascolare: continuum valutativo o categorizzazione?

Nel complesso le Carte del Rischio basate sul sistema SCORE presentano alcuni vantaggi:

- sono costruite su dati derivati da popolazioni dell'Europa e questo tende ad eliminare l'inconveniente della sovrastima del rischio posseduto dalle Carte adottate in precedenza, derivate dalla funzione di rischio di Framingham;
- lo SCORE è un sistema flessibile ed è integrabile con altre variabili oltre quelle previste di base;

- la stima del rischio può essere adattata al singolo Paese attraverso l'utilizzo dei dati ufficiali di mortalità.

Tuttavia esistono dei limiti:

- è ridotto il range di età per il quale è stimabile il rischio: dai 30-79 delle precedenti carte ai 35-69 delle attuali;
- viene valutato il rischio globale per tutte le malattie cardiovascolari ad eziopatogenesi aterosclerotica, ma limitatamente agli eventi fatali.

È soprattutto questo il limite che sottolinea la necessità di lavorare su una maggiore completezza dei sistemi di valutazione del rischio e rafforza l'indicazione, contenuta nelle stesse ultime Linee Guida, a incoraggiare lo sviluppo di Carte del Rischio "nazionali" salvaguardandone 2 inderogabili connotazioni:

- stimare il Rischio Cardiovascolare Globale in linea con le evidenze e gli orientamenti più attuali;
- prevedere sia gli eventi fatali sia quelli non-fatali in linea con la necessità di rendere disponibile uno strumento utile a prevenire non solo la morte ma anche le prevalenti manifestazioni cliniche non fatali della Malattia Aterosclerotica.

In questo contesto concettuale e operativo potrebbe collocarsi il progetto dell'Istituto Superiore di Sanità attualmente in corso, finalizzato ad integrare con la stima del rischio di eventi cerebrovascolari e di arteriopatie periferiche la Carta del Rischio per Infarto Miocardico, derivata dalle coorti di popolazione esclusivamente italiane e già disponibile sul sito [www.cuore.iss.it](http://www.cuore.iss.it).

### 3 - Maggiori dettagli nella definizione delle priorità per gli interventi di prevenzione

La Third Joint European Societies' Task Force conferma tre concetti:

- gli interventi di prevenzione sono tanto più efficaci quanto a più alto rischio sono gli individui cui sono rivolti;
- a più alto rischio sono sia la categoria dei pazienti con manifestazioni cliniche di cardiopatia coronarica, di arteriopatia periferica e di malattia aterosclerotica cerebrale che la categoria dei soggetti asintomatici ad alto profilo di rischio;
- la gestione di queste due categorie è sostanzialmente identica e prevede la stessa tipologia di interventi e il raggiungimento degli stessi obiettivi.

Viene anche confermata la "scala di priorità" delle precedenti Linee Guida.

La novità consiste nella definizione circostanziata dei soggetti della seconda categoria, nella quale rientrano i soggetti asintomatici ma ad alto rischio perché presentano:

- a più fattori di rischio con un grado di rischio globale al momento della valutazione (o proiettato a 60 anni) uguale o superiore al 5%;
- b livelli marcatamente elevati di un singolo fattore di rischio:
  - colesterolemia totale uguale o superiore a 8 mmol/l (320 mg/dl)
  - colesterolemia LDL uguale o superiore a 6 mmol/l (240 mg/dl)
  - pressione arteriosa uguale o superiore a 180/110 mmHg;
- c diabete mellito di tipo 2 e diabete mellito di tipo 1 con microalbuminuria.



Altra novità è rappresentata dalla possibilità di considerare ad alto rischio, o comunque a rischio superiore rispetto a quello derivato dalle Carte, le categorie di soggetti che:

- sono prossimi alla successiva fascia di età;
- sono asintomatici e *presentano manifestazioni precliniche di malattia aterosclerotica*;
- hanno una forte familiarità per manifestazioni precoci di malattie cardiovascolari;
- si presentano con bassi livelli di colesterolemia HDL, con elevati livelli di trigliceridemia, con intolleranza glucidica, e con elevati livelli di proteina C reattiva, fibrinogeno, omocisteina, apolipoproteina B o Lp(a);
- sono obesi e sedentari.

Di particolare importanza risulta il riferimento alle manifestazioni pre-cliniche di malattia aterosclerotica tanto che le Linee Guida prevedono ed auspicano la possibilità di inserire in più sofisticati modelli di calcolo del rischio i dati ottenuti con l'impiego delle metodiche di imaging volte a quantificare il calcio coronarico, lo spessore mio-intimale carotideo e l'ipertrofia ventricolare sinistra.

È chiaro che questa indicazione tende a spostare le strategie di prevenzione dalla *valutazione continuativa* del rischio, così come si realizza con l'impiego delle Carte, alla *categorizzazione* del rischio, con evidente diversità di ricadute pratiche sulla gestione dei pazienti e sull'impiego delle risorse disponibili per il Servizio Sanitario Nazionale.

E questo è un decisivo argomento su cui la Cardiologia Italiana deve confrontarsi utilizzando al meglio le evidenze scientifiche e l'esperienza clinica.



## ESC CONGRESS 2003



Quest'anno l'ESC si è svolto nella splendida cornice viennese dal 30 agosto al 3 settembre.

Come sappiamo la missione dell'ESC è mirata alla formazione continua dei cardiologi europei unitamente alla stesura di linee guida che, alla luce delle più recenti evidenze, annualmente vengono redatte, contribuendo a rendere sempre più interessante, anno per anno, il Congresso Europeo. Infatti per 20.000 partecipanti al Congresso è stato, sicuramente, un momento di riflessione ed approfondimento dei temi caldi della Cardiologia attuale, ma anche l'occasione per intravedere ciò che il futuro della ricerca ci riserverà.

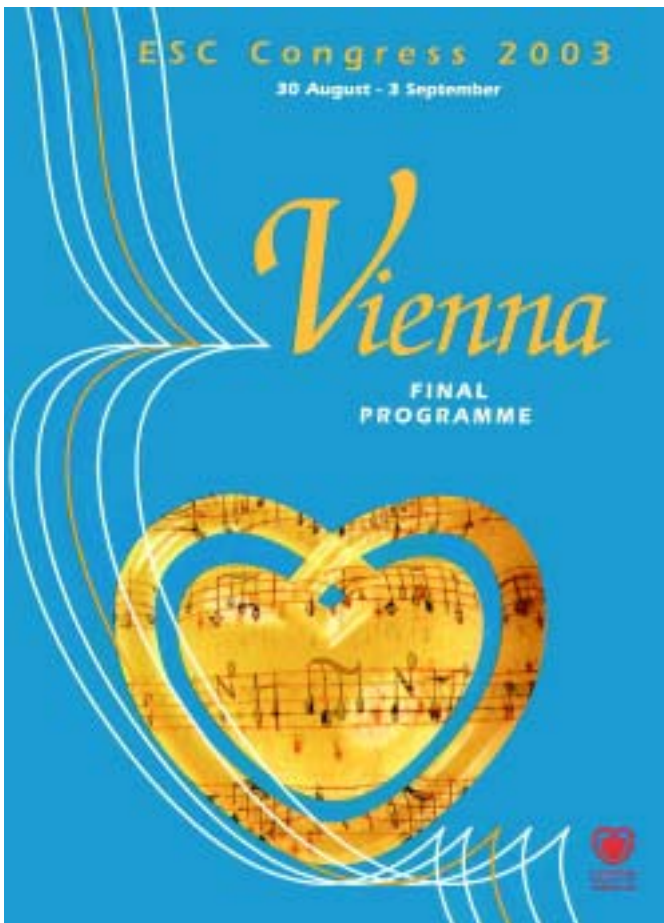
Il programma scientifico, preparato, nella sua imponenza, dall'ESC Working Group e dal Science Council, non ha deluso le aspettative rispettando i filoni applicativi della Cardiologia moderna: ricerca scientifica di base, fattori di rischio ed ipertensione, Imaging, aritmie, sindromi coronariche acute, cardiologia interventistica, valvulopatie, cardiomiopatie e scompenso cardiaco.

Attraverso le varie sessioni, quindi, con un programma di tali proporzioni, sono stati affrontati tutti i temi della Cardiologia. Naturalmente lo stesso programma finale del Congresso composto da ben 460 pagine è stato testimone di tutto ciò. Dopo, quindi, una iniziale ed apparente fase di "disorientamento" ci si è potuti efficacemente orientare e seguire le sessioni di proprio interesse.

Tutto il programma è stato suddiviso in vari momenti: **"Focus Sessions"** cioè sessioni interattive con l'uditorio, basate sulla messa a punto del decision making su tematiche specifiche (la fibrillazione atriale, le valvulopatie, la gestione del dolore toracico ecc.) in cui era presente un sistema di voto elettronico che ha determinato un elevatissimo livello di partecipazione attenta del pubblico presente in sala. Una focus session particolarmente efficace ci è sembrata quella sulla fibrillazione atriale. In questa sede sono stati affrontati i temi cruciali dell'aritmia con particolare riferimento alle indicazioni della ablazione transcatteterica procedura, questa, che ha acquisito negli ultimi anni sempre maggiore considerazione anche dai cardiologi clinici oltre che dagli aritmologi interventisti.

La chiave di lettura è da ricercare nei dati presentati relativamente alla efficacia in acuto, alla safety, e nei dati di follow-up sulla efficacia nel mantenimento del ritmo sinusale che sono prossimi al 70%.

Sempre in tema di fibrillazione atriale altro tema cruciale, tra l'altro oggetto di studio dell'AFFIRM, è rappresentato





Gustav Klimt, *Il bacio*, 1907

dall'interrogativo: controllo del ritmo o della frequenza cardiaca? La risposta ci viene fornita dai dati dell'AFFIRM in cui i dati di sopravvivenza, ospedalizzazioni sono sovrapponibili alle due strategie terapeutiche, con un trend di maggiori ospedalizzazioni nel braccio controllo del ritmo anche se i dati si riferiscono ad una popolazione selezionata di pazienti ultrasessantacinquenni.

Le **"Hot line Sessions"** e le **"Clinical trial update Sessions"** sono state le Sessioni dedicate alla presentazione di studi clinici, che per i loro contenuti, oltre ad essere di grande impatto sulla "practice" quotidiana generalmente caratterizzano eventi della portata dell'ESC Congress e che magari spiccano, per l'interesse suscitato, rispetto agli altri argomenti trattati.

Le sessioni sono state tutte precedute da autorevoli note introduttive da parte dei Discussant. Estremamente interessanti, quindi, le Sessioni dedicate alla presentazione dello studio "CHARM" e dello studio "EUROPA" ed inoltre l'ESTEEM trial.

Il CHARM è uno studio randomizzato avviato con lo scopo di valutare il ruolo del candesartan in pazienti con scompenso cardiaco congestizio, intolleranti alla terapia con ACEI. Lo studio ha previsto tre bracci in relazione alla funzione sistolica ed alla tollerabilità degli ACEI.

- Pazienti che non hanno tollerato terapia con ACEI e funzione ventricolare sinistra depressa  $\leq 40\%$  erano 1.700;
- Pazienti in trattamento con ACEI e con funzione ventricolare sinistra depressa  $\leq 40\%$  erano 2.300;
- Pazienti con funzione ventricolare sinistra preservata con o senza trattamento con ACEI erano 2.500.

Lo studio, con questo disegno, è stato in grado di rispondere ai quesiti circa il ruolo degli inibitori dell'angiotensina II in pazienti intolleranti all'ACEI, quale è l'effetto aggiuntivo degli inibitori dell'angiotensina II in pazienti già in terapia con ACEI ed infine stabilire il beneficio degli inibitori dell'angiotensina II in pazienti con funzione sistolica conservata.

Più in particolare nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra che non avevano tollerato gli ACEI il candesartan ha dimostrato una riduzione del rischio di morte e di eventi cardiaci del 23% rispetto al gruppo controllo. In questo gruppo, inoltre, il candesartan è stato ben tollerato.

Nei pazienti già in trattamento con ACEI l'aggiunta di candesartan ha dimostrato una riduzione del rischio relativo di morte cardiaca del 15% ed una riduzione del 27% delle riospedalizzazioni per scompenso acuto. Tutto ciò a prescindere se i pazienti fossero in trattamento con betabloccante o con dosi massimizzate di ACEI.

Infine, nei pazienti con funzione ventricolare sinistra conservata non sono state significative le differenze tra i due trattamenti (placebo vs



candesartan) anche se va segnalato un trend, statisticamente non significativo, di maggiori ospedalizzazioni per scompenso nel gruppo candesartan. Pertanto al momento appare chiaro il ruolo del candesartan in pazienti intolleranti agli ACEI e nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra anche in associazione a terapia con ACEI.

Il commento di Salim Yusuf che ha presentato lo studio è stato il seguente: “Nonostante che nel gruppo di pazienti con funzione conservata non si siano dimostrati benefici non deve essere escluso che ulteriori studi su larga scala possano dimostrare dei benefici”.

Tali risultati sono stati anche puntualizzati dal discussant cioè da P.A. Poole Wilson il quale ha aggiunto: “il candesartan ha un ruolo determinante nella prognosi dei pazienti con diagnosi di scompenso sia che tollerino o meno gli ACEI”.

Il co-chair Karl Swedberg, ricorrendo all'analisi statistica, nel commentare i dati di risultato, sottolineava quindi che per prevenire una morte cardiovascolare o una riospedalizzazione devono essere trattati 23 pazienti con candesartan per tre anni.



Altro studio a cui accennavamo che avrà risvolti importanti nella pratica clinica è l'EUROPA trial (the European trial on the Reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease). Lo studio condotto su 13.665 pazienti con CAD in fase di stabilità e normale funzione ventricolare sinistra è il primo ad aver dimostrato effetti positivi del perindopril sulla prognosi ed inoltre lo studio di più ampie proporzioni condotto in prevenzione secondaria in pazienti con cardiopatia ischemica stabile.

L'EUROPA trial ha dimostrato che il rischio relativo di morte, arresto cardiaco è ridotto del 20% nel gruppo perindopril rispetto al gruppo placebo.



Tale beneficio è stato osservato in tutti i sottogruppi di pazienti: diabetici, ipertesi, pazienti con pregresso infarto del miocardio ed a prescindere dall'età e dal sesso. Il Prof. Fox, chairperson dell'executive committee dello studio, commentando i dati in chiave statistica, ha aggiunto che è necessario trattare circa 50

pazienti con perindopril per un periodo di 4 anni per evitare un evento cardiovascolare maggiore. Inoltre, dato estremamente interessante, l'EUROPA trial ha dimostrato che nonostante al momento dell'arruolamento non vi fossero pazienti con scompenso cardiaco nei risultati c'è stata una riduzione del 39% delle ospedalizzazioni per scompenso di nuova insorgenza nei 4 anni di trattamento con perindopril rispetto al placebo.

Dalla letteratura, d'altra parte, sono numerosi i dati che attribuiscono agli ACEI la capacità di ridurre mortalità e riospedalizzazione soprattutto in pazienti a rischio. Infatti lo stesso studio HOPE, presentato all'ESC di Barcellona nel 1999 condotto, appunto, su pazienti ad alto rischio di età superiore a 55 anni e con alta prevalenza di pazienti affetti da ipertensione, diabete, arteriopatie periferiche e molti di essi, al momento dell'arruolamento,

non ricevevano un trattamento ottimizzato, ha dimostrato che gli ACEI hanno sostanziali benefici in questi pazienti. Invece l'EUROPA è stato condotto su pazienti a basso rischio con CAD stabile e con trattamento ottimizzato per le patologie concomitanti. Nonostante tutto lo studio condotto su più di 13.000 pazienti, reclutati in 424 centri europei, che hanno ricevuto 8 mg/die di perindopril per un periodo di 4 anni ha dimostrato offrire ulteriori benefici a questi pazienti. Il Prof. Fox aggiunge che l'EUROPA trial colma un vuoto in letteratura fornendo dati importanti relativamente agli effetti prognostici del perindopril nei pazienti con CAD in fase di stabilità. Concludendo la Sessione di presentazione dell'EUROPA trial il discussant Dott. Sidney Smith del centro di scienze cardiovascolari dell'Università della Nord Carolina nel congratularsi con il panel di coloro che hanno condotto lo studio ha aggiunto che rimane solo un interrogativo a cui rispondere e cioè se i risultati dell'EUROPA sono da attribuire ad un effetto di classe degli ACEI o sono da considerare dipendenti dalla molecola perindopril.

In questa sede merita di essere ricordato, come si diceva, lo studio ESTEEM (Efficacy and Safety of the oral Thrombin inhibitor ximelatragan in combination with aspirin, in patiEnts with rEcent Myocardial damage). I risultati dello studio sono stati presentati nella Hot Lin Session ad esso dedicata. Lo studio condotto in doppio cieco randomizzato, placebo-controllato ha avuto lo scopo di confrontare ximelatragan, anticoagulante inibitore diretto della trombina, con l'aspirina in 1.883 pazienti reduci da infarto del miocardio sia con ST sopraslivellato che con ST sottoslivellato. I pazienti sono stati confrontati con placebo e con dosi differenti di ximelatragan (24 mg, 36 mg, 48 mg o 60 mg) in associazione ad aspirina 160 mg/die o con aspirina da sola. I risultati hanno evidenziato una riduzione del rischio di recidiva di infarto e di ischemia ricorrente del 24%. La riduzione del rischio è risultata essere sovrapponibile nei diversi gruppi di pazienti che ricevevano dosi diverse di ximelatragan. Mentre gli ef-



**Gustav Klimt, l'interno del vecchio Burgtheater, 1888**



fetti collaterali cioè sanguinamenti ed elevazione degli enzimi epatici sono stati correlati ai dosaggi crescenti. La dose più bassa valutata di 24 mg bi/die produce un transitorio incremento degli enzimi epatici nel 6,5% dei pazienti trattati contro il 13% che ricevevano 60 mg. Il discussant della sessione il Prof. Freek Verheugt commentava i risultati dicendo che sarebbe auspicabile, visti i risultati dello studio, che si disegni uno studio che preveda un confronto diretto tra ximelatragan e clopidogrel testati in pazienti con sindrome coronarica acuta da sottoporre a PCI.

Analogamente le altre Clinical trial update Sessions sono state dedicate alla puntualizzazione di aspetti cruciali di studi clinici recentemente pubblicati. È stato così per esempio ciò che si è detto a proposito dello studio COMPANION relativamente ai dati di riduzione di mortalità e riospedalizzazione in pazienti sottoposti a CRT con back up di defibrillazione in cui è stata comparata la terapia farmacologica dello scompenso ottimizzata in pazienti in III e IV classe NYHA con la CRT da sola e con la CRT in associazione a back up di defibrillazione. Il Braccio CRT e defibrillazione si è dimostrato, nella popolazione studiata, nettamente avvantaggiata essendo stata osservata una riduzione del rischio di mortalità del 39% ed una riduzione del rischio combinato di mortalità e riospedalizzazioni per scompenso del 19%.

Ma ritornando al Congresso sicuramente le sessioni in cui c'è stata la maggiore partecipazione dell'uditorio sia in senso numerico che come livello di partecipazione sono state le **“Main Session”**. In buona sostanza sono state delle vere e proprie reviews sulle problematiche di interesse eminentemente clinico. Alcune delle quali incentrate sulla messa a punto di linee guida, altre ancora come quelle relative alle sindromi coronariche acute con ST sottoslivellato e con ST soprasslivellato di lunedì 1° settembre in cui è emerso che accanto alle certezze, ovviamente in linea con i relativi studi, sull'approccio interventistico delle sindromi corona-







riche acute supportato dai farmaci antitrombotici esistenti nell'armamentario a nostra disposizione, il tutto, però, non può prescindere dalla realtà di ogni singolo centro.

Che dire, inoltre, delle **“Basic Science Sessions”** sessioni, cioè, dedicate alla esposizione di ciò che c'è di nuovo sulla ricerca di base applicata alla biologia molecolare cardiovascolare. A tal proposito particolarmente avvincenti ci sono sembrati i temi trattati a proposito delle futuribili possibilità che l'ingegneria genetica potrebbe offrire con i cosiddetti Bio Pacemakers. Non a caso il titolo della prima relazione è stato **“Can we make a new sinus node?”** La risposta, ovviamente, è da intravedere nelle maglie più o meno strette del futuro.

Senza però tralasciare il grande tema candidato ad essere protagonista di un molto probabile prossimo futuro cioè la terapia con cellule staminali con il grande interrogativo che è stato posto non a caso dal Basic Science track committee dell'ESC: **“Stem cells: can the scientific excitement be translated into new treatments?”** Con questo interrogativo che tutti noi interpretiamo come auspicio, si potrebbe sintetizzare ciò che il futuro ci riserverà. Ma nelle parole del brasiliano Hans Fernando Rocha Dohman dell'ospedale di Rio de Janeiro il futuro sembra essere già presente. In effetti i dati riportati relativi a cinque pazienti in lista d'attesa per trapianto cardiaco sono stati sottoposti ad impianto transcateretere, presso il suo centro di Rio, di cellule staminali prelevate dal midollo osseo degli stessi pazienti, nell'area acinetica necrotica. Ebbene nelle fasi successive all'impianto si è osservata una riduzione dell'area necrotica del 70% con un recupero del 40% della funzione cardiaca globale. Egli ha concluso la presentazione dei suoi dati dicendo che si tratta ovviamente di dati preliminari e che altre esperienze simili saranno necessarie e solo quando un numero consistente di pazienti avrà dimostrato di rispondere positivamente alla terapia, l'iniezione delle cellule staminali potrà diventare routine. Il Presidente della ESC J.P. Bassand Chairman della **“Highlight Session”** di chiusura del Congresso, dove sono stati riassunti in modo mirabile i filoni trattati in tutto il Congresso, ha augurato un arrivederci a tutti i partecipanti alla prossima edizione dell'ESC che si terrà a Monaco (Germania) dal 28 agosto al 1° settembre 2004.

In occasione del Congresso europeo tenutosi a Vienna, abbiamo accolto con piacere, seppur con un certo imbarazzo iniziale, per aver vestito i panni di **“giornalisti”**, non certo usuali per due cardiologi ospedalieri, l'invito e quindi l'incarico, da parte di Cardiologia negli Ospedali, di condurre tra i partecipanti all'evento, noti e meno noti, un'indagine conoscitiva su temi attuali.

Premesso che la Cardiologia che quotidianamente tutti noi Cardiologi viviamo ha origini relativamente vicine nel senso che non sono passati molti decenni da quando l'Area Cardiologia era di pertinenza del reparto di Medicina. Ebbene da allora ne sono cambiate di cose: c'è stata una vera e propria esplosione, supportata dall'entusiasmo degli operatori, sia scientifico-culturale che operativa nelle varie branche della moderna Cardiologia.

Tutto questo ha fatto correre il rischio, però, di **“facili entusiasmi”** e di protagonismi di questa o di quell'altra metodica. Perciò è vivo l'interesse in tal sen-



**La classica Wien-schnitzel**





so, in chi ha il compito-dovere di coordinare o dare delle direttive in senso organizzativo-culturale, ci riferiamo ovviamente alle Società Scientifiche. Ecco quindi la necessità consequenziale di costituirle come è successo per esempio, a suo tempo per l'ANMCO, ma non c'è motivo, forse, di disperdere forze in diverse entità associative. Fatta questa premessa, ed essendo vivo l'interesse per questo tema, abbiamo svolto un'indagine conoscitiva proprio su questi e su di un tema di estrema attualità quale è quello della genetica clinica.

I temi proposti sotto forma di domande poste agli intervistati sono stati i seguenti:

- 1) *Come vedi l'unità culturale della Cardiologia del futuro (frammentarietà in gruppi in aree specialistiche)?*
- 2) *Come una Società Scientifica deve porsi con i vari gruppi?*
- 3) *Reale impatto della genetica sulla clinica. A quando l'incontro tra la clinica e la genetica?*

Come dicevamo queste domande sono state formulate e poste a centinaia di Colleghi noti e meno noti italiani e stranieri.

Dall'analisi delle risposte, pur in presenza di qualche difformità di vedute, è emerso una sostanziale omogeneità di risposte circa i primi due punti.

La sintesi delle risposte avute si può avere dalle parole che ci sono state dette dal Prof. Padeletti il quale vede la inarrestabile espansione della Cardiologia nata come figlia della Medicina Interna, in aree subspecialistiche: *"bene e male, bene se si riesce a coagulare le varie esperienze, male se l'autonomia diventa sia culturale che operativa"*.

Per quanto riguarda il terzo e forse non meno interessante punto, abbiamo fatto di tutto per sapere il parere della Prof.ssa Priori la quale con molta schiettezza, pur nell'ottimismo, non vede proprio alle porte una terapia genica ma ha colto l'occasione per esprimere un suo desiderio-auspicio che una Società come l'ANMCO debba farsi da garante identificando centri di riferimento per lo studio della genetica applicata alla medicina cardiovascolare per fare in modo che ciò che attualmente viene fatto per fini meramente di ricerca di base possa veramente avere una ricaduta nella pratica clinica.



## SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

### Sei già Socio ANMCO?

Puoi pagare la quota associativa con la tua **Carta di Credito**; basta compilare il coupon allegato ed inviarlo via fax alla Segreteria ANMCO, che provvederà al prelevamento.

### Vuoi diventare Socio ANMCO?

Compila il modello pubblicato nella pagina a fianco ed invialo al Presidente Regionale ANMCO della tua Regione per il preliminare visto di approvazione.

Se la richiesta sarà definitivamente accolta dal Consiglio Direttivo, potrai regolarizzare l'iscrizione utilizzando anche la tua **Carta di Credito**.

L'iscrizione prevede il pagamento di € 10,33 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 51,65 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 41,32 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 30,99 per i Soci Aggregati

La quota sociale è comprensiva dell'abbonamento alla rivista "Italian Heart Journal".

Per ulteriori informazioni o chiarimenti la Segreteria rimane a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00 (tel. 055-571798 - fax 055-579334).

Io sottoscritto:

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

Autorizzo a prelevare € \_\_\_\_\_

per la quota associativa dell'anno \_\_\_\_\_

#### Socio Ordinario

- € 51,65 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 41,32 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 10,33 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

#### Socio Aggregato

- € 30,99

a mezzo carta credito:

Carta Si  Carta Visa  Eurocard  Master Card

numero carta:

\_\_\_\_\_

data di scadenza:

\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma: \_\_\_\_\_

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334)

## PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2002 - 2004

### ABRUZZO

Dott. ANGELO VACRI - Ospedale Civile San Massimo - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE) - tel. 085/82761 - e-mail: [angelougo.vacri@tin.it](mailto:angelougo.vacri@tin.it)

### BASILICATA

Dott.ssa LUCIA PALUMBO - Ospedale Regionale S. Carlo - Contrada Macchia Romana - 85100 POTENZA - tel. 0971/612357

### CALABRIA

Dott. GIUSEPPE ZAMPAGLIONE - Ospedale Civile San Giovanni di Dio - Via XXV Aprile - 88900 Crotona (KR) - tel. 0962/924111 - e-mail: [zampg@libero.it](mailto:zampg@libero.it)

### CAMPANIA

Dott. CARMELO CHIEFFO - Ospedale Civile - Via Tescione - 81100 CASERTA - tel. 0823/232395 - e-mail: [riabce@tin.it](mailto:riabce@tin.it)

### EMILIA ROMAGNA

Dott. UMBERTO GUIDUCCI - Arcispedale Santa Maria Nuova - Viale Risorgimento, 80 - 42100 Reggio Emilia - tel. 0522/296111 - e-mail: [guiducci.umberto@asmn.re.it](mailto:guiducci.umberto@asmn.re.it)

### FRIULI VENEZIA GIULIA

Dott. GIANFRANCO SINAGRA - Ospedale Maggiore - Piazza Ospedale - 34100 Trieste - tel. 040/399111 - e-mail: [gianfranco.sinagra@uots.sanita.fvg.it](mailto:gianfranco.sinagra@uots.sanita.fvg.it)

### LAZIO

Prof. MASSIMO SANTINI - Ospedale S. Filippo Neri - Via G. Martinotti, 20 - 00135 ROMA - tel. 06/33062294 - e-mail: [m.santini@rmnet.it](mailto:m.santini@rmnet.it)

### LIGURIA

Dott. ROBERTO MUREDDU - Ospedale Civile - Via S. Agata, 57 - 18100 Imperia - tel. 0183/794352 - e-mail: [im.cardiologia@asl1.liguria.it](mailto:im.cardiologia@asl1.liguria.it)

### LOMBARDIA

Dott. ANTONIO VINCENTI - Ospedale San Gerardo - Via Donzetti, 106 - 20052 MONZA - tel. 039/2333032 - e-mail: [monzarit@tin.it](mailto:monzarit@tin.it)

### MARCHE

Dott. NINO CIAMPANI - Ospedale Civile - Via Cellini, 1 - 60019 Senigallia (AN) - tel. 071/79091 - e-mail: [nino.ciampani@tin.it](mailto:nino.ciampani@tin.it)

### MOLISE

Dott.ssa VANDA MAZZA - Ospedale F. Veneziale - Via S. Ippolito - 86170 ISERNIA - tel. 0865/442285 - e-mail: [vandam@supereva.it](mailto:vandam@supereva.it)

### PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Dott. GIULIANO BROCCHI - Ospedale Martini - Via Tofane, 71 - 10142 Torino - tel. 011/70951 - e-mail: [gbrocchi@libero.it](mailto:gbrocchi@libero.it)

### P.A. BOLZANO

Dott. WALTER PITSCHIEDER - Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 BOLZANO - tel. 0471/909950 - e-mail: [walter.pitschieder@asbz.it](mailto:walter.pitschieder@asbz.it)

### P.A. TRENTO

Dott. ROBERTO BETTINI - Presidio Ospedaliero San Giovanni - Via Alpini, 11 - 38017 Mezzolombardo (TN) - tel. 0461/611111 - e-mail: [bettini@tn.apss.tn.it](mailto:bettini@tn.apss.tn.it)

### PUGLIA

Dott. GIANFRANCO IGNONE - Ospedale Perrino - SS Brindisi - Mesagne - 72100 Brindisi - tel. 0831/537466 - e-mail: [ignonegf@libero.it](mailto:ignonegf@libero.it)

### SARDEGNA

Dott. PAOLO BONOMO - Ospedale SS. Trinità - Via Is. Mirrionis, 92 - 09100 CAGLIARI - tel. 070/6091 - e-mail: [paobonomo@interfree.it](mailto:paobonomo@interfree.it)

### SICILIA

Dott. MICHELE GULIZIA - Ospedale S. Luigi - S. Currò - Viale Fleming, 24 - 95125 Catania - tel. 095/7591111 - e-mail: [michele.gulizia@tin.it](mailto:michele.gulizia@tin.it)

### TOSCANA

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI - Azienda Ospedaliera Careggi - V.le Morgagni, 85 - 50139 FIRENZE - tel. 055/4277285 - e-mail: [frmazzuo@tin.it](mailto:frmazzuo@tin.it)

### UMBRIA

Dott. GIORGIO MARAGONI - Ospedale S. Matteo degli Infermi - Via Loreto, 3 - 06049 SPOLETO - tel. 0743/210513 - e-mail: [g.maragoni@asl3.umbria.it](mailto:g.maragoni@asl3.umbria.it)

### VENETO

Dott. LOREDANO MILANI - Ospedale Civile - Via N. Sauro, 25 - 30027 San Donà di Piave (VE) - tel. 0421/227111 - e-mail: [cardiosd@dacos.it](mailto:cardiosd@dacos.it)



**Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)**

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36  
Tel. 055 571798 - Fax 055 579334 - e-mail: soci@anmco.it



**Non compilare**

Codice Unico \_\_\_\_\_

**DOMANDA  
DI ISCRIZIONE**

**Non compilare**

Codice ANMCO \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Abitazione: INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

Anno di laurea \_\_\_\_\_ Specializzato in Cardiologia  SI  NO Anno di specializzazione \_\_\_\_\_

Altre specializzazioni \_\_\_\_\_

**COLLOCAZIONE PROFESSIONALE**

**Ruolo:**  Cardiologo  Cardiocirurgo  Medico

**Struttura:**  Ospedaliera  Universitaria  Distretto Sanitario  Privata  
 Altro \_\_\_\_\_

**Tipologia:**

- Divisione di Cardiologia \*  Divisione di Cardiocirurgia \*  
 Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto \*  Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto \*  
 Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto \*  Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto \*  
 Divisione Medicina \*  Altro \* \_\_\_\_\_  
\* Accreditamento (da compilare **se struttura privata**):  SI  NO

Nome del Primario o facente funzione \_\_\_\_\_

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) \_\_\_\_\_

**Presidio:**

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL REPARTO: \_\_\_\_\_

**Qualifica:**

- Dirigente II livello  Dirigente I livello  Prof. Ordinario  Prof. Associato  
 Ricercatore - Borsista - Medico in formazione  Medico di base  Altro \_\_\_\_\_

**In quiescenza:**

**Non di ruolo:**

**Non compilare**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334)



## CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

### Generale (non più di due):

- Cardiologia clinica - CCL
- Cardiologia pediatrica - CPD
- Cardiologia preventiva e sociale - CPR
- Cardiologia dello sport e/o del lavoro - CSP
- Riabilitazione cardiologica - RBL
- Terapia intensiva cardiologica - TI
- Epidemiologia clinica - EPC
- Cardiologia sperimentale - CS
- Iperensione - IPR
- Cardiocirurgia - CCH

### Specifico (non più di due):

- Elettrocardiografia - ECG
- Ecocardiografia - ECO
- Emodinamica - EMO
- Ergometria e valutazione funzionale - ERG
- Informatica - INF
- Risonanza Magnetica Nucleare - RMN
- Elettrofisiologia ed Aritmologia - EFS
- Elettrostimolazione - EST
- Ecografia vascolare - ECV
- Cardiologia nucleare - CNC
- Aterosclerosi, emostasi trombotici - AET

- Angiologia - ANG
- Biologia cellulare del cuore - BCC
- Cardiopatie valvolari - CAV
- Circ. Polmonare e funz. ventr. Destra - CPF
- Farmacologia in cardiologia - FCA
- Insufficienza cardiaca - INC
- Malattie miocardio e pericardio - MMP

### Altro (non più di due):

- Attività sindacale - ATS
- Pianif. ed organizz. Strutture sanit. - OSS
- Organizz. Manifestaz. Culturali - OMC

### Sono interessato alla seguente Area:

- Area Aritmie - AR
- Area Chirurgica - ACH
- Area Emergenza/Urgenza - AEU
- Area Informatica - AIN
- Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP
- Area Management & Qualità - AMQ
- Area Nursing - ANS
- Area Prevenzione - AP
- Area Scopenso - AS

- Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Heart Care Foundation - ONLUS

### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 675/1996 (Cosiddetta legge sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono le Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, c/o Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Policlinico S.Matteo - P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia.

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della L. n. 675/1996, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO, ECO s.r.l., Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS);  
- Pavia, P.le Golgi, 2, tel. 0382/525838 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Dipartimento di Cardiologia - IRCCS Policlinico S.Matteo).

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il Presidente Regionale ANMCO \_\_\_\_\_ della Regione

\_\_\_\_\_ dichiara che il suddetto collega, in base allo Statuto ed ai Regolamenti dell'Associazione, può essere iscritto nell'Albo dei Soci dell'ANMCO con la qualifica di:

- Socio Ordinario
- Socio Aggregato

Data \_\_\_\_\_

Il Delegato \_\_\_\_\_

La presente domanda d'iscrizione è stata accolta dal Consiglio Direttivo ANMCO in data \_\_\_\_\_

Il Segretario \_\_\_\_\_



# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI



Edizioni Cardiologiche Ospedaliere S.r.l.  
50121 Firenze - Via La Marmorata, 36  
Tel. 055/588784 - Fax 055/579334  
<http://www.anmco.it>  
e-mail: [cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

**Se desiderate segnalare un cambio di indirizzo presso cui ricevere  
il Notiziario "Cardiologia negli Ospedali"  
si prega di compilare e spedire il coupon sottostante o scrivete a:  
[cardiologiaospedali@anmco.it](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Vi invitiamo a segnalare eventuali modifiche del vostro profilo  
già comunicato in precedenza compilando il seguente form**

DENOMINAZIONE OSPEDALE \_\_\_\_\_  
DENOMINAZIONE STRUTTURA \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL REPARTO \_\_\_\_\_  
Nome del Primario \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 675/1996 (Cosiddetta legge sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmorata n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico e ECO s.r.l. è la società di servizi che edita Cardiologia negli Ospedali. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono le Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmorata n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, c/o Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Policlinico S. Matteo - P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia.

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione o al ricevimento della rivista.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO e ECO assicurano l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della L. n. 675/1996, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmorata 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO ed ECO s.r.l.);

- Pavia, P.le Golgi, 2, tel. 0382/525838 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Dipartimento di Cardiologia - IRCCS Policlinico S. Matteo).

**INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI**

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

**INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI**

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055 579334)



## Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055/588784 - Fax 055/579334  
e-mail: aree@anmco.it

### Are ANMCO chi è interessato?

Utilizza il presente modulo anche se non hai ancora dato il consenso per il trattamento dei dati personali

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

- Socio ANMCO     Non Socio     Dirigente di struttura complessa     Dirigente con altri incarichi dirigenziali  
 Infermiere     Altro

#### Indirizzo abitazione:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

#### Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE \_\_\_\_\_

DENOMINAZIONE STRUTTURA \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL REPARTO \_\_\_\_\_

Nome del Primario \_\_\_\_\_

#### Sono interessato alla seguente Area:

- Area Aritmie - AR     Area Chirurgica - ACH     Area Emergenza/Urgenza - AEU  
 Area Informatica - AIN     Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP     Area Management & Qualità - AMQ  
 Area Nursing - ANS     Area Prevenzione Cardiovascolare - AP     Area Scompensazione Cardiaca - AS

#### INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 675/1996 (Cosiddetta legge sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 675/1996. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono le Edizioni Cardiologiche Ospedaliere s.r.l., con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, c/o Dipartimento di Cardiologia, IRCCS Policlinico S.Matteo - P.le Golgi, 2 - 27100 Pavia.

Per motivi inerenti allo svolgimento dell'attività istituzionale, i dati raccolti possono essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti.

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 675/1996, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti di cui all'art. 13 della L. n. 675/1996, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO ed ECO s.r.l.);

- Pavia, P.le Golgi, 2, tel. 0382/525838 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Dipartimento di Cardiologia - IRCCS Policlinico S.Matteo).

- INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI**     DO IL CONSENSO     NEGO IL CONSENSO  
**INFORMATO DI QUANTO SOPRA ESPOSTO,  
CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI**     DO IL CONSENSO     NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## COMITATI DI COORDINAMENTO AREE ANMCO 2003-2004

### AREA ARITMIE

*Chairman:* Pietro Delise (Conegliano Veneto - TV)  
*Co-Chairman:* Maurizio Lunati (Milano)  
*Comitato di Coordinamento:* Fabrizio Ammirati (Roma),  
 Domenico Catanzariti (Rovereto - TN),  
 Michele Gulizia (Catania), Marco Scaglione (Asti)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/aritmie](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/aritmie)

### AREA CHIRURGICA

*Chairman:* Ettore Vitali (Milano)  
*Co-Chairman:* Claudio Zussa (Venezia - Mestre)  
*Comitato di Coordinamento:* Claudio Grossi (Cuneo),  
 Alessandro Mazzola (Teramo),  
 Lorenzo Menicanti (S. Donato Milanese - MI),  
 Alessandro Pardini (Terni)  
*Consulente Editoriale:* Felice Achilli (Merate - LC)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/chirurgica](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/chirurgica)

### AREA EMERGENZA-URGENZA

*Chairman:* Leonardo Bolognese (Arezzo)  
*Co-Chairman:* Cesare Greco (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:* Gianni Casella (Bologna),  
 Claudio Cuccia (Brescia), Claudio Fresco (Udine),  
 Filippo Ottani (Vicenza)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Cesare Baldi (Salerno),  
 Irene Bossi (Milano), Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV),  
 Stefano De Servi (Legnano - MI), Francesco Liistro (Arezzo),  
 Patrizia Maras (Trieste)  
*Referenti per le problematiche relative alle reti di  
 emergenza - urgenza:*  
 Alessandro Capucci (Piacenza), Maurizio Marzegalli (Milano)  
*Consulente Scientifico:* Stefano Savonitto (Milano)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza)

### AREA INFORMATICA

*Chairman:* Gianfranco Mazzotta (Genova)  
*Co-Chairman:* Antonio Di Chiara (Udine)  
*Comitato di Coordinamento:* Fabio Fonda (Trieste),  
 Walter Pitscheider (Bolzano), Christian Pristipino (Roma),  
 Augusto Ruggeri (Bologna)

### Comitato G8 - Cardio ANMCO

*Coordinatori:* Gianfranco Mazzotta (Genova),  
 Antonio Di Chiara (Udine), Giancarlo Carini (Bologna)  
*Per l'ecocardiografia:* Luigi Badano (Udine)  
*Per l'ergometria:* Stefano Urbinati (Bologna)  
*Per l'emodinamica:* Leonardo Paloscia (Pescara)  
*Per l'aritmologia:* Massimo Zoni Berisso (Genova)  
*Per la prevenzione:* Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)  
*Per la cardiologia nucleare:* Claudio Marcassa (Veruno - NO)  
*Per le SCA:* Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV), per il  
 Gruppo di Lavoro apposito

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica)

### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

*Chairman:* Pietro Zonzin (Rovigo)  
*Co-Chairman:* Giuseppe Favretto (Treviso)  
*Comitato di Coordinamento:* Franco Casazza (Milano),  
 Stefano Ghio (Pavia), Francesco Greco (Cosenza),  
 Andrea Perkan (Trieste)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo)

### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

*Chairman:* Pier Antonio Ravazzi (Alessandria)  
*Co-Chairman:* Vincenzo Cirrincione (Palermo)  
*Comitato di Coordinamento:*  
 Giovanni D'Angelo (Oliveto Citra - SA),  
 Francesco De Vito (Veruno - NO),  
 Roberto Lorenzoni (Lucca), Giuseppe Tricoli (Palermo)  
*Consulenti:* Stefano Domenicucci (Genova - Sestri Ponente),  
 Franco Ingrassia (Palermo), Francesco Mazzuoli (Firenze)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/management](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/management)

### AREA NURSING

*Chairman:* Domenico Miceli (Napoli)  
*Co-Chairman:* Quinto Tozzi (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:*  
 Giulietta Ferranti (Bentivoglio - BO),  
 Rossella Gilardi (Milano), Paolo Bonomo (Cagliari),  
 Lucia Sabbadin (Trento)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Claudio Coletta (Roma),  
 Tiziana Maietta (Roma), Angelo Palatella (Benevento)  
*Consulenti:* Paola Di Giulio (Torino)  
*Referente Area Chirurgica:* Antonio Vicentini (Milano)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing)

### AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

*Chairman:* Massimo Uguccioni (Roma)  
*Co-Chairman:* Carmine Riccio (Caserta)  
*Comitato di Coordinamento:* Maurizio Abrignani (Trapani),  
 Cristina M. Castello (Verona), Furio Colivicchi (Roma),  
 Maria Grazia Sclavo (Aosta)  
*Consulente Editoriale:* Pompilio Faggiano (Brescia)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione)

### AREA SCOMPENSO CARDIACO

*Chairman:* Giuseppe Cacciatore (Roma)  
*Co-Chairman:* Andrea Di Lenarda (Trieste)  
*Comitato di Coordinamento:* Gerardo Ansalone (Roma),  
 Gianfranco Misuraca (Cosenza), Fabrizio Oliva (Milano),  
 Gianfranco Alunni (Perugia)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Giovanni Pulignano (Roma),  
 Luigi Tarantini (Belluno), Guido Gigli (Rapallo - GE)  
*Medical Writer:* Renata De Maria (Milano)

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/scompenso](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/scompenso)

## È INAUGURATO IL TRASFERIMENTO SU INTERNET DEI SISTEMI DI ARCHIVIO GESTIONALE DELL'ANMCO

Il Consiglio Direttivo ANMCO ha deciso di affidare a "Med Archiver" ([www.medarchiver.com](http://www.medarchiver.com)) l'incarico di portare a compimento il progetto "G8-Cardio ANMCO".

Crediamo che i Soci abbiano percepito la difficoltà che l'ANMCO ha incontrato nello scegliere il partner per questa avventura: si tratta di un progetto molto ambizioso (per i dettagli del quale rimandiamo all'articolo comparso sul N. 133 di "Cardiologia negli Ospedali" stampato in occasione del Congresso) e di conseguenza anche oneroso sul piano economico, quindi si è a lungo ricercato il miglior rapporto tra qualità e prezzo, confrontando le

5 offerte pervenute. Sarà quindi eseguito il trasferimento sul WEB della precedente versione Client Server, con i necessari aggiornamenti tecnologici.

Ricordiamo che il contenuto, cioè le variabili scelte, è il frutto di anni di lavoro e di condivisione con le altre associazioni medico scientifiche, e non è ancora necessario operare modifiche, mentre esiste l'esigenza del recupero dei dati storici.

L'obiettivo è di mettere a disposizione delle Cardiologie italiane un sistema operativo che da un lato permetta di svolgere l'attività clinica quotidiana, refertando tutte le prestazioni specialistiche in rete, e dall'altro consenta una raccolta di dati di qualità eccellente ed uniforme.

Per raggiungere un obiettivo così elevato la parte dei contenuti specialistici cardiologici e la parte tecnologica devono integrarsi perfettamente. Il lavoro attento che l'ANMCO sta eseguendo (ed è in fase avanzata) è la definizione dei **"minimal data set"**

per tutte le procedure cardiologiche che l'ANMCO stessa vorrà standardizzare nei contenuti e monitorare: la definizione di un quantitativo minimo ineludibile, selezionato all'interno delle variabili già contenute nel G8-Cardio ANMCO. Per questo sin dal febbraio scorso sono all'opera i responsabili dei singoli "verticali" (eco, aritmologia, emodinamica, ecc.), con la responsabilità di condividere tra le diverse associazioni di settore i contenuti minimi indispensabili.

È ovvio che, quando saremo riusciti ad uniformare gli standard minimi di contenuto in merito a tutte le prestazioni cardiologiche, potremo trasformare questa operazione culturale nella creazione di un database nazionale che costituirà un tesoro di informazioni con un valore inestimabile.

Le strutture cardiologiche attualmente non informatizzate potranno utilizzare per la loro attività di routine il sistema G8-Cardio ANMCO, che sarà disponibile sul WEB; l'unico hardware necessario per questi centri sarà la disponibilità di PC collegati ad Internet (possibilmente connessioni veloci ADSL) in ogni sede in cui si voglia registrare o consultare informazioni cliniche. Il sistema genererà referti che saranno stampabili per far parte della cartella clinica cartacea locale.

Le strutture cardiologiche che invece già ora utilizzano un loro sistema informatico per l'attività clinica di routine verranno integrate nel sistema nazionale, ovviamente a patto che il loro database locale rispetti le caratteristiche di contenuto del minimal data set ANMCO per le singole procedure, ed ancora a patto che le stesse strutture accettino di mettere a disposizione i loro dati, che saranno garantiti in termini di riservatezza.

Sarà così automaticamente possibile esegui-

### Comitato di Coordinamento Area Informatica 2003/2004

Chairman:

Gianfranco Mazzotta

Co-Chairman:

Antonio Di Chiara

Comitato di Coordinamento:

Fabio Fonda

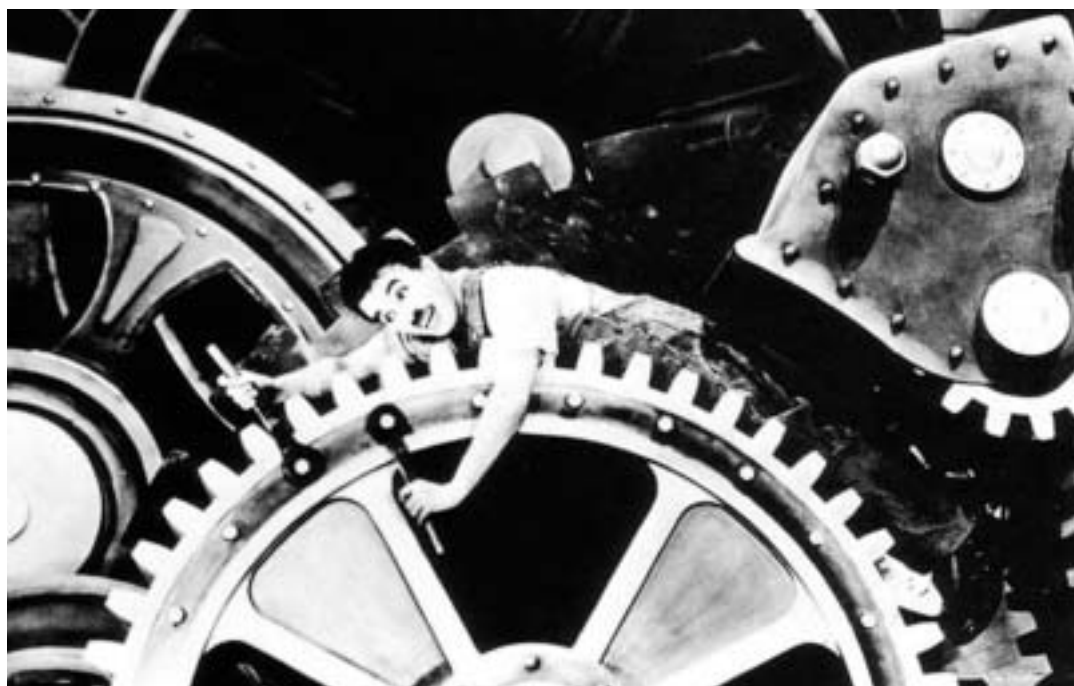
Walter Pitscheider

Christian Pristipino

Augusto Ruggeri

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica)



Charlie Chaplin in "Tempi Moderni"

re rapidamente studi epidemiologici, studi superspecialistici di settore e raccogliere dati affidabili sulla attività cardiologica nazionale. La identificazione univoca dei singoli pazienti permetterà inoltre di seguire lo stesso paziente nel percorso sanitario anche in strutture differenti.

Ci si attende che gli archivi presenti all'interno degli strumenti elettromedicali vengano adeguati, in un lasso di tempo contenuto, e contengano anch'essi le variabili indicate nei minimal data set (le industrie sin da ora contattate mostrano ampissima disponibilità a farlo, anche per il timore di vedersi penalizzate in caso contrario).

"Med Archiver" ([www.medarchiver.com](http://www.medarchiver.com)) è una Società di bioingegneri ed informatici che vanta una fortissima esperienza nella costruzione di sistemi informatici per ospedali "paperless" e che ha messo a punto sistemi dedicati alla Cardiologia; alcuni di questi sono già pienamente operativi in alcune realtà ospedaliere.

Nella versione su WEB, alle condizioni attuali di velocità di trasmissione della rete, il

sistema ci consentirà di costruire un database integrato con tutte le informazioni che il minimal data set ANMCO vorrà identificare (i minimal data set saranno espressi in termini di variabili ineludibili, all'interno dell'archivio).

Riteniamo di essere in grado di lavorare in rete tra 6 mesi circa.

#### Comitato G8 - Cardio ANMCO

*Coordinatori:*

Gianfranco Mazzotta,  
Antonio Di Chiara,  
Giancarlo Carini

*Per l'ecocardiografia:* Luigi Badano

*Per l'ergometria:* Stefano Urbinati

*Per l'emodinamica:* Leonardo Paloscia

*Per l'aritmologia:* Massimo Zoni Berisso

*Per la prevenzione:* Sergio Pedè

*Per la cardiologia nucleare:* Claudio Marcassa

*Per le SCA:* Francesco Chiarella



## LE ATTIVITÀ DELL'AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE: COSA BOLLE IN PENTOLA

**Comitato  
di Coordinamento  
Area Malattie del  
Circolo Polmonare  
2003/2004**

*Chairman:*  
Pietro Zonzin

*Co-Chairman:*  
Giuseppe Favretto

*Comitato di Coordinamento:*  
Franco Casazza,  
Stefano Ghio,  
Francesco Greco,  
Andrea Perkan

*Al Congresso Nazionale, i simposi e i seminari relativi all'Embolia Polmonare e all'Ipertensione Polmonare hanno dimostrato come vi sia un diffuso e crescente interesse per tali argomenti*

**A**lla fine di settembre, la periodica riunione del Comitato di Coordinamento dell'Area ha fornito l'occasione per un bilancio delle attività svolte e per il lavoro (tanto) che resta da fare.

Prima di tutto, uno sguardo al **Congresso Nazionale 2003**. Gli argomenti cari all'Area ed ai suoi sostenitori hanno trovato senz'altro uno spazio adeguato nell'ambito della riunione annuale dei Soci ANMCO.

I simposi e i seminari relativi all'Embolia Polmonare e all'Ipertensione Polmonare, grazie alla capacità dei relatori ed ai temi trattati, hanno dimostrato come vi sia un diffuso e crescente interesse per tali argomenti.

Per quanto riguarda l'Embolia Polmonare è stata sottolineata la necessità d'implementazione degli algoritmi diagnostici proposti dalle Linee Guida nazionali e di un follow up

a medio-lungo termine. Inoltre sono stati trattati alcuni dei problemi ancora aperti per quanto riguarda la terapia della fase acuta. In particolare, lo studio TIPES ci permetterà di valutare il ruolo del tenecteplase nel trattamento dei pazienti critici con disfunzione ventricolare de-

stra ma senza ipotensione arteriosa, mentre le più recenti esperienze sulla trombectomia meccanica consentono di allargare tale trattamento ad un maggior numero di pazienti con Embolia Polmonare massiva, coniugando questa ad altre procedure, come l'angioplastica polmonare.

Nell'Ipertensione Polmonare è stata sottolineata la necessità di un adeguato percorso diagnostico e terapeutico, per giungere più precocemente alla diagnosi e permettere quindi una corretta stratificazione prognostica in questi pazienti. Va menzionato un par-

ticolare riferimento alle forme post-tromboemboliche, nelle quali un trattamento chirurgico rappresenta oggi una realistica opzione terapeutica in casi correttamente selezionati. Per quanto riguarda il trattamento farmacologico è stato sottolineato il crescente ruolo del Bosentan per i pazienti in avanzata classe funzionale. Le ricerche tuttora in corso potranno rispondere alle problematiche tuttora non risolte, quali ad esempio l'estensione di questi nuovi trattamenti ad alcuni sottogruppi di pazienti (altre forme secondarie, quali ad esempio HIV ed Eisenmenger, pazienti in classe funzionale non avanzata, ecc.).

Quali sono invece le novità per il futuro prossimo?

Innanzitutto uno dei compiti principali del Comitato di Coordinamento è la creazione di una Rete scientifica sull'Embolia Polmonare. Per tale scopo, ha preso il via una serie di iniziative per una più stretta collaborazione con i **Referenti Regionali**, che verranno direttamente coinvolti in una riunione che si terrà a Firenze verosimilmente all'inizio del 2004. Per quell'occasione verrà preparato un "pacchetto formativo" su CD contenente materiale didattico e una bibliografia essenziale sulle patologie del circolo polmonare. I temi trattati saranno quelli dell'epidemiologia e degli algoritmi diagnostici nell'Embolia Polmonare, il ruolo dell'ecocardiografia, della TC spirale e della RM nella diagnosi, la terapia e profilassi (farmacologica e non) della malattia tromboembolica e il follow up clinico-strumentale di tali pazienti. Per quanto riguarda l'Ipertensione Polmonare saranno illustrati i percorsi diagnostici e le problematiche di diagnosi differenziale.

Inoltre, al fine di coinvolgere il maggior numero possibile di Colleghi interessati, il Co-

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo)

*Lo studio osservazionale (BLITZ-EP) su scala nazionale potrà fornire una fotografia fedele sull'iter diagnostico del paziente ricoverato per sospetta Embolia Polmonare*

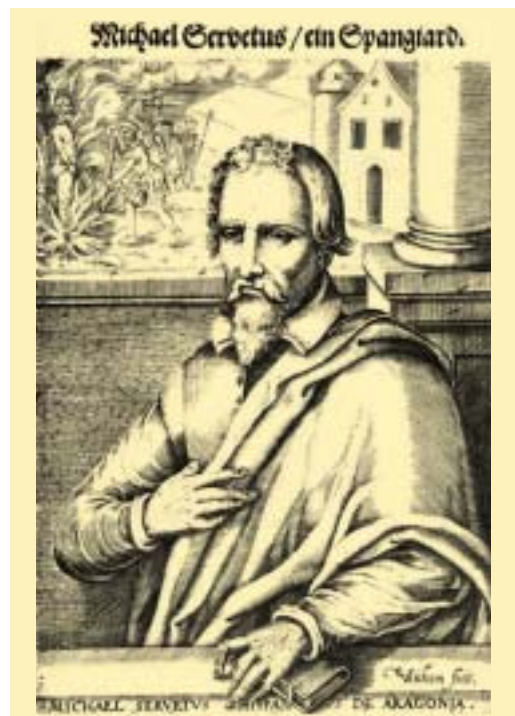
*La sessione congiunta AIPO-ANMCO nel corso del Congresso Nazionale AIPO di Napoli (16-19 ottobre 2003) ha annoverato interventi sul cuore polmonare, sul polmone cardiaco e sugli effetti cardiopolmonari delle droghe*

mitato di Coordinamento ha programmato lo svolgimento di interessanti **corsi murali ed extramurali per l'anno 2004**. In considerazione delle attività svolte negli ultimi anni, relative alle problematiche dell'Embolia Polmonare, è stata data la preferenza ai temi sull'Ipertensione Polmonare. A tal fine, le numerose proposte si sono concretizzate nell'organizzazione di un corso murario sull'Ipertensione Polmonare di varia eziologia (coordinatore Dott. Ghio) ed un corso extramurario sull'Ipertensione polmonare post-tromboembolica (coordinatore Dott. Greco) da tenersi a Cosenza. Attualmente sono già iniziate le procedure organizzative, con la revisione delle bozze di programma presentate dai singoli coordinatori, tuttora in corso di approvazione da parte del Consiglio Direttivo.

Per quanto riguarda le attività di ricerca, va ricordato come uno dei progetti più ambiziosi dell'Area sia quello di promuovere uno **studio osservazionale (BLITZ-EP)** su scala nazionale che fotografi nel modo più fedele l'iter diagnostico del paziente ricoverato per sospetta Embolia Polmonare. A tale scopo, lo studio dovrebbe prevedere la compilazione di una semplice modulistica per la raccolta dei dati essenziali, relativi ai pazienti ricoverati in ospedale con diagnosi di Embolia Polmonare durante un periodo limitato di tempo (ad esempio 3 mesi). Le ricadute in termini di conoscenza del fenomeno e di epidemiologia dell'Embolia Polmonare (dati tuttora carenti nel nostro Paese) saranno certamente innumerevoli. Considerata la multidisciplinarietà della

patologia, appare fondamentale la collaborazione con figure professionali diverse dal Cardiologo, quali Internisti, Pneumologi, Medici delle Aree di Emergenza, ecc. che in diversa misura contribuiscono alla gestione di questi pazienti.

Sempre in tema di progetti di ricerca, è in corso la progettazione di un database per la raccolta di dati clinici e strumentali seriati relativi a pazienti con embolia polmonare seguiti nel tempo. Esso costituirà un utile strumento di conoscenza della storia naturale a medio e lungo termine della malattia. Per quanto riguarda gli appuntamenti importanti del periodo autunnale 2003, viene ribadita la stretta e proficua collaborazione con Associazione Italiana dei Pneumologi Ospedalieri nella **sessione con-**



*Lo spirito vitale ha origine nel cuore, ma è aiutato dai polmoni... dal ventricolo destro il sangue passa attraverso l'arteria polmonare ai polmoni per mescolarsi al "pneuma" e ritornare mediante le vene polmonari al cuore.*

Michele Serveto, *Christianismi restituito*, 1553

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo)

**giunta AIPO-ANMCO** nel corso del Congresso Nazionale AIPO di Napoli (16-19 ottobre 2003), il cui programma ha sviluppato temi inerenti il cuore polmonare, il polmone cardiaco e gli effetti cardiopolmonari delle droghe. In breve, la speranza del Comitato di Coor-

dinamento dell'Area è quello di dare a tutti un'occasione in più per approfondire le conoscenze sulle patologie del circolo polmonare e di coinvolgere un numero crescente di colleghi con numerose attività che ci vedranno impegnati nei prossimi mesi. Buon lavoro a tutti!

<b>REFERENTI REGIONALI</b>
<b>ABRUZZO</b>
Dott.ssa Laura Piccioni - Ospedale Civile G. Mazzini - Circonvallazione Ragusa - Teramo
<b>BASILICATA</b>
Dott. Giuseppe Del Prete - Ospedale S. Carlo - Cardiologia Emodinamica - Potenza
<b>CALABRIA</b>
Dott. Alfredo De Nardo - Ospedale Jazzolino - Vibo Valentia
<b>CAMPANIA</b>
Dott. Antonio Palermo - A.O. Caserta - Caserta
<b>EMILIA ROMAGNA</b>
Dott. Giovanni Tortorella - Arcisped. S. Maria Nuova - A.O. di Reggio Emilia - Reggio Emilia
<b>FRIULI VENEZIA GIULIA</b>
Dott.ssa Rita Piazza - Az. Osp. S. Maria degli Angeli - Div. di Cardiologia - Pordenone
<b>LAZIO</b>
Dott.ssa Carmela Bisconti - C.T.O. - Roma
<b>LIGURIA</b>
Dott. Marco Piana - U.O. di Cardiologia e UTIC - Imperia Dott.ssa Giovanna Modaffari - UTIC Ospedale Sestri Ponente - Genova
<b>LOMBARDIA</b>
Dott. Fabrizio Centonze - Ospedale di Treviglio - Bergamo Dott. Amedeo Bongarzone - Ospedale San Carlo - Milano
<b>MARCHE</b>
Dott. Nino Ciampani - Osp. Civile - Div. di Cardiologia - Senigallia - Ancona
<b>MOLISE</b>
Dott. Roberto Petescia - U.O.C. Ospedale F. Veneziale - Isernia
<b>PIEMONTE E VALLE D'AOSTA</b>
Dott. Ermanno Eleuteri - Fondazione Salvatore Maugeri - Veruno - Novara
<b>P.A. TRENTO</b>
Dott. Ferdinando Imperadore - Ospedale Civile - Rovereto - Trento
<b>PUGLIA</b>
Dott. Carlo D'Agostino - Ospedale "Di Venere" - Divisione di Cardiologia - Bari Carbonara
<b>SARDEGNA</b>
Dott.ssa Giovanna Mureddu - Ospedale San Francesco - Nuoro
<b>SICILIA</b>
Dott. Giacomo Chiarandà - Osp. E. Muscatello - Contrada Granatello - Augusta - Siracusa
<b>TOSCANA</b>
Dott.ssa Chiara Arcangeli - Azienda Ospedaliera di Careggi - Cardiologia 2 San Luca - Firenze
<b>UMBRIA</b>
Dott. Maurizio Del Pinto - O.C. Silvestrini - Divisione di Cardiologia - Perugia
<b>VENETO</b>
Dott. Mauro Guarnerio - Ospedale Santa Maria del Prato - Feltre - Belluno





## IL MANUALE CARDIONURSING, LA RICERCA, LA FORMAZIONE

**C**ari amici, l'Area Nursing è attualmente in piena attività per la preparazione del "Manuale Cardionursing".

Si tratta di un'opera ambiziosa, che prevede la collaborazione di numerosi Infermieri e Cardiologi operanti nelle varie realtà del territorio italiano, tutti coinvolti nell'ambito delle loro specificità professionali più avanzate. Sarà fondamentale il coordinamento di un ristretto numero di esperti, uno per ciascun capitolo del manuale che avranno il compito di rendere omogeneo lo stile, efficace il metodo e ben distribuiti gli argomenti affrontati dai singoli autori e collaboratori.

Nella tabella 1 è presentato il piano preliminare dei capitoli previsti dal manuale, ma modifiche e aggiustamenti di tiro in corso d'opera sono previsti, trattandosi di una iniziativa "work in progress".

Saranno infatti ben accolte tutte le proposte e i suggerimenti di coloro che sono interessati all'iniziativa, essendo il trattato un patrimonio condiviso da tutta la comunità cardiologica ospedaliera italiana, intesa sia nell'ambito della professionalità infermieristica che medica.

La chiusura dei capitoli in prima stesura è prevista per la fine del 2003, mentre il trattato nella sua versione definitiva dovrebbe vedere la luce entro il 2004, auspicabilmente per il nostro prossimo Congresso Nazionale di Firenze, ma sarà impresa non facile, viste le dimensioni dell'opera.

Restiamo dunque in attesa di questa iniziativa editoriale, il cui scopo fondamentale sarà quello di fornire agli infermieri operanti nelle realtà cardiologiche nazionali le informazioni di base utili per comprendere e intervenire da protagonisti in tutti gli atti dia-

gnostici e clinico-terapeutici ai quali sono chiamati a collaborare.

### PIANO PROVVISORIO DEI CAPITOLI

#### I Parte

Introduzione Generale  
Sintomi e Segni in Cardiologia  
La Diagnostica Strumentale  
Elementi di Farmacologia

#### II Parte

Cardiopatia Ischemica  
Lo Scompenso Cardiaco  
Le Valvulopatie  
Ipertensione Arteriosa  
Le Aritmie  
Cardiologia Pediatrica e CC

#### III Parte

Epidemiologia e Prevenzione  
Riabilitazione Cardiologica  
Il Cardiopatico anziano  
Il Cardiopatico "terminale"

Tab. 1

### Il Congresso Nazionale 2004: alcuni consigli sugli Abstracts

Si avvicina la scadenza per la presentazione degli abstracts al prossimo Congresso Nazionale di Firenze 2004, tradizionale appuntamento della Cardiologia Ospedaliera Italiana.

Il nostro Congresso vede, di anno in anno, gli Infermieri di Cardiologia divenire sempre più protagonisti non solo come auditori e relatori invitati, ma anche come attori della ricerca clinica, come dimostrato dal cre-

scente numero di comunicazioni inviate e dalla alta qualità delle stesse.

Spesso le comunicazioni del Nursing descrivono esperienze cliniche di reparto, risultati di nuove modalità organizzative, efficacia di



Rembrandt, *Ritratto della madre (particolare)*, 1630

procedure infermieristiche e gestionali. Tale peculiarità della ricerca in ambito infermieristico porta frequentemente con sé una maggiore difficoltà nel dimostrare in modo scientificamente corretto la validità dei risultati ottenuti (molto più complicato, ad esempio, che dimostrare l'efficacia di un farmaco rispetto al placebo o l'impatto prognostico di una

procedura interventistica, tematiche caratteristiche della ricerca in ambito medico).

Un altro problema che il ricercatore può incontrare è il dover descrivere in poche righe una metodologia clinica spesso complessa e multiforme.

Ecco allora pochi, semplici consigli per impostare correttamente una comunicazione riguardante un'esperienza clinico-organizzativa:

- Descrivere bene i *presupposti* e *gli scopi* dello studio, così da poter verificare immediatamente il valore dei risultati ottenuti, al di là dei semplici numeri prodotti;
- Essere estremamente puntuali nel paragrafo *materiale e metodi*, a costo di essere noiosi: specificare il numero di pazienti arruolati, le caratteristiche della popolazione, i criteri di esclusione/inclusione, i pazienti persi durante lo studio, tutti i parametri considerati in dettaglio;
- Presentare i *risultati* nel modo più semplice e acritico possibile, possibilmente con soli numeri e proporzioni a confronto, senza alcun commento o giustificazione: in

un abstract non è previsto discutere, ma solo descrivere i risultati ottenuti;

- Chiudere con il paragrafo delle *conclusioni*, dove saranno riportati in estrema sintesi i risultati fondamentali dello studio (limitarsi a 1-2 dati fondamentali) e, ma solo in caso di spazio ancora disponibile, sarà consentito un breve commento finale al risultato ottenuto. Comunque dovrà essere evitato qualsiasi tono trionfalistico che avrebbe la sola funzione negativa di irritare il revisore dell'abstract.

### **Il Nuovo Ruolo dell'Infermiere di Cardiologia nei Laboratori di Diagnostica Strumentale**

L'evoluzione tecnologica tumultuosa degli ultimi anni, particolarmente evidente nel settore della diagnostica strumentale cardiologica, ha comportato quasi "spontaneamente" una presa in carico, da parte degli infermieri operanti presso i laboratori dei nostri ospedali, di competenze tecniche spesso di fondamentale importanza nella gestione clinica quotidiana dei pazienti. L'automatizzazione avanzata delle procedure in ergometria, in elettrocardiografia dinamica, in ambito di controllo dei PMK, nel monitoraggio ambulatoriale della PA, solo per citare alcuni esempi, ha comportato l'affidamento di una significativa porzione del lavoro agli infermieri di laboratorio, che hanno acquisito sul campo esperienza, capacità, autonomia gestionale.

Questa realtà non poteva essere trascurata, e infatti numerosi sono stati i Corsi di Formazione ANMCO rivolti nel 2003 agli infermieri e finalizzati al loro addestramento specifico in diagnostica strumentale. Anche in ambito di diagnostica con ultrasuoni sono stati programmati corsi rivolti agli infermieri e finalizzati alla formazione di tecnici di ecocardiografia con caratteristiche simili a

CONSULTA ANCHE:

[www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing)

quelle dei paesi anglosassoni (Sonographer). La SIEC in particolare (Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare) ha organizzato corsi teorico-pratici con tale finalità, ottenendo un buon successo di partecipanti.

**CORSI PER TECNICO SANITARIO  
PREVISTI DALLA LEGGE 05/06/2001**

Tecnico Audiometrista  
Tecnico Audioprotesista  
Tecnico Laboratorio Biomedico  
Tecnico Radiologia  
Tecnico Neurofisiopatologia  
Tecnico Ortopedia  
Tecnico Igienista Dentale  
Tecnico Dietista  
Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria

**Tab. 2**

Esperienze simili sono state tentate con successo anche in altre realtà cardiologiche, come il corso di formazione annuale organizzato presso l'Ospedale S. Spirito di Roma. Tale movimento di competenze e professionalità si scontra, purtroppo, con una realtà formativa universitaria abbastanza "ingessata", che al di là dei corsi universitari di laurea breve infermieristica e di specializzazione, prevede allo stato attuale solo un numero limitato di corsi accademici di formazione per tecnici di area sanitaria (vedi Tabella 2). Tali corsi sono stati varati dal governo nel Supplemento alla G.U. del 05 giugno 2001, ma appaiono prevalentemente dedicati a figure di "nicchia".

In particolare, i posti previsti per Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionista Cardiovascolare, finalizzati alla formazione di tecnici per sala operatoria di cardiocirurgia, sono pochissimi e limitati a poche Università (Roma, Università Cattolica, Verona, Milano). Riteniamo che a tale problematica debba essere dedicata maggiore attenzione da parte del legislatore, e in questo senso l'ANMCO potrebbe in futuro svolgere un ruolo di spinta, come già avvenuto in altre situazioni e problematiche gestionali emerse spontaneamente dalla realtà quotidiana.



**Vincent van Gogh, Autoritratto dedicato a Gauguin, 1888**



**Vincent van Gogh, Ritratto dell'infermiere Trabuc, 1889**

*Van Gogh che gradiva la compagnia di Trabuc detto "il maggiore", così scriveva a Theo:*

*"Ieri ho iniziato il ritratto del caposala, forse farò anche sua moglie, visto che è sposato e vive in una casetta a pochi passi dall'Ospedale.*

*Un volto assai interessante, è stato all'Ospedale di Marsiglia durante due epidemie di colera, nel complesso è un uomo che ha visto molte sofferenze e morti, e c'è una specie di calma contemplativa che emana dal suo volto.*

*Fa un contrasto piuttosto curioso con il ritratto che ho fatto di me stesso, nel quale il mio sguardo è vago e velato, mentre lui ha qualcosa di militare nei suoi piccoli, vivaci occhi neri... Sua moglie è una donna avvizzita, una creatura infelice, rassegnata e di poco conto, così insignificante che ho piuttosto un gran desiderio di dipingere quel filo d'erba polveroso.*

*Ho parlato con lei qualche volta quando dipingevo alberi di ulivo dietro la loro casetta e mi ha detto che non credeva che io fossi malato, e veramente, diresti la stessa cosa anche tu, ora, se tu potessi vedermi lavorare, la mia mente così libera e la mia mano così sicura che ho dipinto la 'Pietà' di Delacroix senza prendere una sola misura".*



**Vincent van Gogh, Ritratto di Madame Trabuc, 1889**



## IL PROGETTO PROFILI DI ASSISTENZA DELLA REGIONE MARCHE

di Alberto Deales\* e Nino Ciampani

Il precedente Piano Sanitario Regionale delle Marche (1998-2000) individuò nell'integrazione delle funzioni il terreno fondamentale per perseguire l'obiettivo di produrre interventi e prestazioni con ottimale rapporto costo/efficacia e per innescare processi capaci di incidere sui comportamenti (operativi, organizzativi e culturali) degli operatori sanitari. Gli strumenti per l'integrazione delle funzioni furono individuati:

- nei **dipartimenti**, per l'integrazione organizzativa;
- nei **profili di assistenza**, per le integrazioni operative e il governo tecnico-professionale.

Lo sviluppo dei profili di assistenza aveva come obiettivi quelli di facilitare:

- la razionalizzazione dei percorsi assistenziali e delle procedure cliniche, fondate sulla logica dell'Evidence-Based Medicine (EBM);
- l'integrazione tra gli operatori di una stessa area;
- l'incremento di efficienza, razionalizzando e semplificando i percorsi operativi (es.: esami ripetuti, uso incongruo di alcuni regimi assistenziali, ecc.).

Lo sviluppo delle azioni previste dal PSR 1998-2000 ha portato ad attivare nelle Aziende Sanitarie della Regione gruppi di professionisti impegnati a progettare ed applicare profili assistenziali per 88 condizioni morbose principalmente intraospedaliere. In diversi casi la progettazione ed applicazione dei profili di assistenza ha portato a documentati miglioramenti nelle performances cliniche ed organizzative delle Unità operative interessate.

Sulla base dei risultati ottenuti la Regione Marche ha inserito tra le azioni previste all'interno del Piano Sanitario regionale 2003-2006 il consolidamento di questa esperienza attraverso l'estensione dello strumento dei profili ad alcune patologie rilevanti sia nel livello di assistenza ospedaliero sia in quello territoriale (1). Entro il 2004 verranno pertanto messi a regime su tutto il territorio regionale i profili assistenziali per 6 patologie tra cui l'Infarto Miocardico Acuto.

### Articolazione del Progetto

Per ciascuna di queste patologie/condizioni il progetto regionale prevede le seguenti fasi:

#### **1) Costituzione dei gruppi regionali di esperti ed elaborazione di raccomandazioni, indicatori e standard regionali e ridefinizione della rete clinica cardiologica marchigiana**

I gruppi regionali di esperti composti da operatori in rappresentanza delle figure professionali e delle discipline coinvolte in tutte le fasi del processo assistenziale: prevenzione, evento acuto, riabilitazione e prevenzione secondaria hanno il mandato di analizzare le evidenze scientifiche relative alla patologia in oggetto allo scopo di selezionare e condividere una serie di raccomandazioni valide per tutta la Regione Marche, individuando gli indicatori idonei a misurarne l'effettiva realizzazione e i relativi standard per la Regione Marche.

Le raccomandazioni, gli indicatori e gli standard regionali per la qualità dell'assistenza ai pazienti dovranno trovare contestualizzazione e applicazione in tutte le realtà aziendali regionali mediante l'elaborazione di profili di assistenza che

\* Area Governo Clinico - Agenzia Regionale Sanitaria Regione Marche

coprano tutto lo sviluppo del processo assistenziale.

Inoltre il gruppo di esperti regionali ha predisposto un documento tecnico di riprogettazione della rete cardiologica marchigiana sia dal punto di vista strutturale che organizzativo secondo un modello “hub and spoke” che fosse coerente anche con gli standard regionali di assistenza al paziente con Infarto Miocardico Acuto.

## **2) Elaborazione dei profili di assistenza**

Al termine di questa fase viene avviata la costruzione dei profili assistenziali in tutte le aziende della Regione. A tale scopo vengono costituiti workteam aziendali



**Vincent van Gogh, Corsia dell'Ospedale di Arles, 1891**

multidisciplinari e multiprofessionali con gli operatori coinvolti nel processo assistenziale. I profili di assistenza aziendali dovranno essere costruiti in modo da garantire in tutte le strutture il rispetto delle raccomandazioni elaborate dal gruppo regionale di esperti.

## **3) Avvio del monitoraggio dei profili di assistenza**

Terminata la fase di costruzione dei profili di assistenza verrà effettuato il monitoraggio permanente dell'applicazione degli stessi in tutte le aziende regionali così da avere la misurazione della performance del Servizio Sanitario Regionale delle Marche relativamente

agli standard di qualità dell'assistenza fissati dalle raccomandazioni regionali.

L'inserimento dei dati avverrà esclusivamente in maniera informatizzata prima della dimissione del paziente (non è prevista nessuna scheda di rilevazione cartacea) mediante collegamento on-line ad un server centrale collocato presso la Regione Marche.

Terminata una prima fase di sperimentazione (durata prevista 6-12 mesi) il set di variabili ormai consolidato andrà a costituire il “core” della cartella clinica regionale informatizzata per problema di salute.

## **4) Diffusione dei risultati**

I risultati del monitoraggio verranno trimestralmente discussi in Audit con il gruppo regionale di esperti e con i workteam aziendali allo scopo di instaurare un ciclo di miglioramento continuo della qualità. Gli audit avranno come oggetto sia i risultati clinico-epidemiologici che i risultati in termini di adesione agli standard regionali.

## **5) Valutazione della qualità percepita**

In parallelo al monitoraggio dell'applicazione dei profili di assistenza verrà condotta sulle stesse patologie una rilevazione su tutto il territorio regionale della qualità percepita dai cittadini al fine di monitorare anche questa dimensione della qualità. A tale scopo è stato predisposto un questionario secondo la metodologia del Picker Institute Europe. Anche i risultati di questa rilevazione saranno discussi in Audit all'interno del gruppo regionale di esperti e dei workteam aziendali.

## **Stato di realizzazione del progetto**

Nel mese di marzo 2003 il progetto è stato avviato costituendo un Gruppo Regionale di esperti così composto:

Gruppo Regionale IMA (40 componenti)

- tutti i Direttori delle UTIC, delle Cardiologie, dei laboratori di Emodinamica, del-

le Cardiocirurgie della Regione

- tutti i responsabili dei 118 della Regione
- rappresentanti dell'ANMCO Regionale
- medici di pronto soccorso e cardiologi della Regione particolarmente esperti nell'argomento
- componenti dell'Agenzia Sanitaria delle Marche esperti in EBM, technology assessment, profili di assistenza, economia sanitaria.

Il Gruppo Regionale si è riunito con cadenza settimanale per l'analisi della letteratura e la selezione delle raccomandazioni, indicatori e standard regionali. Questa fase del progetto si è conclusa per l'IMA nel mese di giugno 2003 ed in settembre è stata avviata la costruzione dei profili di assistenza da parte di workteam aziendali multiprofessionali e multidisciplinari che coinvolgono complessivamente circa 180 operatori e che dovrà concludersi entro dicembre 2003.

Il lavoro dei workteam aziendali viene costantemente monitorato dal gruppo di progetto dell'ARS Marche che garantisce anche il supporto metodologico per la costruzione del profilo. Contemporaneamente all'avvio dei workteam aziendali si è proceduto alla progettazione del sistema di monitoraggio regionale il cui avvio è previsto per gennaio 2004.

### **Conclusioni**

I profili di assistenza si sono dimostrati in grado di portare ad un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata da una organizzazione (2, 3). La Regione Marche ha scelto strategicamente di utilizzare questo strumento con l'obiettivo di ottenere un miglioramento dell'intero sistema sanitario regionale relativamente ad alcuni processi assistenziali selezionati come prioritari inserendoli nel Piano Sanitario Regionale 2003-2006.

Nella definizione operativa del **Progetto Regionale Profili di Assistenza** ci si è posti prioritariamente il problema del coinvolgimento del maggior numero possibile di professionisti fin dalla fase di definizione e di condivisione delle raccomandazioni, indicatori e standard regionali.

La scelta di costituire gruppi di esperti regionali numericamente consistenti come riportato sopra ha comportato un cospicuo impegno di supporto da parte del gruppo di progetto dell'Agenzia Regionale Sanitaria ma ha trovato gradimento nei professionisti, gradimento che si è tradotto in un notevole impegno nel lavoro all'interno del gruppo. Questo ha permesso, nonostante la complessità del progetto, un rispetto dei tempi previsti e sta rendendo molto più agevole il lavoro dei workteam aziendali incaricati di elaborare il profilo di assistenza nelle singole aziende.

Inoltre l'alto grado di motivazione riscontrato rappresenta un importante fattore per il funzionamento del sistema di monitoraggio regionale punto critico per la reale possibilità della misurazione della qualità dell'assistenza e dell'avvio del miglioramento continuo attraverso l'attività di auditing all'interno dello stesso gruppo regionale.

### **Bibliografia**

- 1) Un'alleanza per la salute: Un welfare marchigiano universale, equo, solidale e di qualità. Piano Sanitario Regionale 2003-2006 della Regione Marche
- 2) M. Panella, N. Moran, F. Di Stanislao: Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. - QA vol. 6, numero 1, Marzo 1997:1-16
- 3) M. Panella, S. Marchisio, D. Kozel, M. Ongari, C. Bazzoni, G. Fasolini, C. Sguazzini, M. Minola, A. Gardini, F. Di Stanislao: la costruzione, la sperimentazione e l'implementazione dei profili di assistenza: istruzioni per l'uso - QA vol. 11, numero 4, Dicembre 2000:251-62



## OLTRE IL RAGIONEVOLE DUBBIO

L'accertamento della sussistenza o meno del nesso causale tra la morte del paziente e la condotta omissiva del sanitario deve essere preceduta **dall'accertamento della causa della morte**: tanto è quanto stabilito di recente dalla Corte di Cassazione (Sez. IV penale) con sentenza n. 1354. La Corte d'Appello, in precedenza, aveva proceduto con esito positivo all'accertamento del nesso causale tra l'omissione del medico e l'evento lesivo, nonostante la causa della morte fosse stata individuata con un giudizio di mera probabilità.

La sopra citata sentenza della Suprema Corte, che ha avuto eco sulla stampa specialistica (ma di cui non siamo ancora in possesso del testo integrale, per poterle leggere le motivazioni e comprenderne meglio i meccanismi e tutte le possibili ricadute) sembra una ulteriore conferma della necessità, nei casi in cui si ipotizza una condotta omissiva, di indagare il nesso causale sulla base di elementi che possano condurre ad un giudizio di **certezza** e non di mera probabilità. La colpa medica, infatti, è una colpa cosiddetta "speciale", essendo l'attività medico-chirurgica un'attività di per sé **rischiosa**: la rischiosità dell'attività diagnostica e terapeutica deve fare i conti con la rischiosità propria della malattia, con la soggettivizzazione del quadro morboso e con la diversità delle prestazioni, spesso dovuta a diversità di strutture e di attrezzature.

Dal momento che in Italia manca una legislazione ad hoc sulla responsabilità professionale, non può ritenersi legittimo l'atteggiamento di certa giurisprudenza che, per anni, ha assunto decisioni condannatorie sulla base di emergenze processuali **espresse in termini di probabilità** e non di certezza, con il rischio di dare sempre maggiore spazio alla medicina difensivista e tradendo, perciò, gli stessi principi ispiratori del diritto vigente (principio di innocenza, diritto di uguaglianza dei cittadini davanti alla legge).

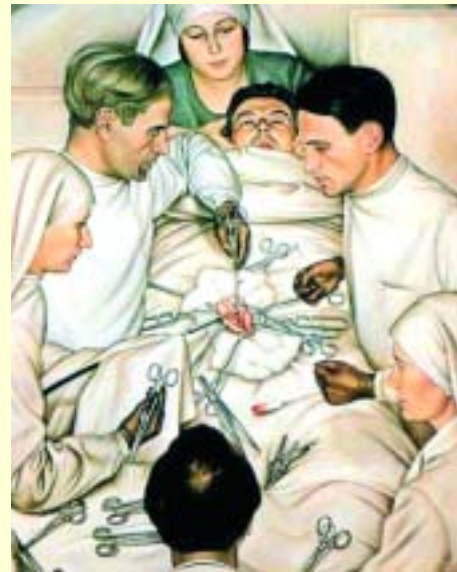
Nella Relazione del Guardasigilli al Codice del 1942 si legge che la particolare disciplina in tema di responsabilità penale medica (desumibile dagli articoli 589, 42 e 43 codice penale e 2236 codice civile), è "il riflesso di una normativa dettata per fare fronte a due opposte esigenze: quella di non mortificare l'iniziativa del professionista col timore di ingiuste rappresaglie del cliente in casi di insuccessi e quella inversa di non indulgere verso non ponderate decisioni o riprovevoli mezzi del professionista stesso".

Già le Sezioni Unite della Corte di Cassazione, con la ormai nota sentenza n. 30328/2002, mettendo fine ad un ventennale contrasto giurisprudenziale, ha sancito che la sussistenza del nesso causale tra la condotta omissiva e l'evento (morte del paziente) non può essere affermata sulla base di coefficienti di probabilità statistica ma sulla base di un giudizio di "alta probabilità logica".

Il nesso di causalità, cioè, è configurabile solo se ipotizzando (giudizio cosiddetto controfattuale) come avvenuta la condotta omessa (ed esclusa l'interferenza di fattori causali alternativi) l'evento non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato in epoca posteriore o con minore intensità lesiva.

In tale ottica, il mancato accertamento della causa della morte che può, ad esempio, derivare da un difetto di tenuta della cartella clinica o dalla mancanza di riscontri diagnostici o autoptici, impedisce l'indagine sul nesso causale. Il concreto accertamento della causa della morte consente di escludere, fra l'altro, la presenza di cause e/o di concause, anche sopravvenute, che siano state da sole sufficienti a determinare l'evento, con conseguente esclusione di responsabilità per l'autore della condotta omessa. Dal che ne deriva che l'idoneità della condotta a provocare la morte del paziente, espressa in termini di probabilità statistica, non è sufficiente, come nel recente passato, a provare la sussistenza del nesso causale, e, quindi, a giudicare colpevole il medico, ove non sia accertata la causa della morte.

Solo in presenza di tale dato inconfutabile sarà legittimo procedere all'accertamento del nesso causale per pervenire, con ragionamento necessariamente induttivo e con l'ausilio del criterio di alta probabilità logica, ad una valutazione che vada oltre il "ragionevole dubbio" e che conduca ad un giudizio espresso in termini di "certezza processuale" anche nel campo della responsabilità medica. I principi dettati dalla Corte di Cassazione con le citate sentenze costituiscono certamente un ulteriore passo in avanti per una corretta valutazione della responsabilità professionale; tuttavia, perché trovino concreta attuazione dovranno essere recepiti, oltre che dalla magistratura di merito, dai consulenti medico-legali, cui compete il delicatissimo compito di esprimere non solo un parere tecnico ma anche una valutazione sulla condotta del medico.



Christian Schad, *Operazione*, 1929

Avvocato Ornella Mafri

## SCOMPENSO CARDIACO NEGLI ANZIANI

### Strategie specifiche per una malattia fondamentalmente diversa

Lo scompenso cardiaco dell'anziano, definito recentemente da Michael Rich la "sindrome cardiogeriatrica" del 21° Secolo, è un problema di sanità pubblica la cui importanza è destinata ad aumentare nei prossimi decenni a causa del processo di invecchiamento che interessa l'intero pianeta, con crescita esponenziale degli ultraottantenni. Anche l'incidenza dei ricoveri per scompenso degli anziani è in parallelo aumento, fino a superare il 70% dei ricoveri totali per tale patologia.

Se si considera che l'Italia è attualmente il paese **più longevo** del mondo, si può comprendere come sia in atto una vera e propria "epidemia" a cui sarà tassativo rispondere con misure adeguate sia sul piano terapeutico che organizzativo.

#### La caratteristica peculiare dello scompensato anziano è rappresentata dalla notevole eterogeneità del quadro clinico

La caratteristica peculiare dello scompensato anziano è rappresentata dalla notevole **eterogeneità** del quadro clinico, in cui convergono gli effetti del processo di invecchiamento cardiovascolare "fisiologico", delle cardiopatie, delle comorbidità e, non ultimo, dello stile di vita.

Il **Registro IN-CHF** ha dimostrato come, al crescere dell'età, aumenti la percentuale di pazienti di sesso femminile, in classe NYHA avanzata, con fibrillazione atriale, tachicardia ventricolare e disfunzione renale. Negli anziani prevalgono l'eziologia ischemica e ipertensiva e l'eziologia multipla. Una funzione sistolica ventricolare sinistra conservata è presente nel

32% dei casi. Tali differenze età-correlate diventano ancor più rilevanti se si analizzano studi di popolazione e si focalizza l'attenzione sulle fasce di età più avanzata. Negli ottuagenari la percentuale di donne sale fino al 70%, l'eziologia ipertensiva diventa la più frequente, il 50% di soggetti ha funzione sistolica conservata, il 47% fibrillazione atriale e si associano **comorbidità multiple** (diabete, BPCO, malattia vascolare periferica, disfunzione renale e anemia) e problemi tipici dell'età avanzata (cadute, incontinenza, demenza). Il quadro clinico tende a differenziarsi anche in base al setting clinico. Gli anziani ricoverati presso strutture cardiologiche tendono ad essere più gravemente scompensati, più frequentemente ricoverati in UTIC e condizioni di urgenza

ma meno compromessi da un punto di vista generale rispetto ai pazienti ricoverati in medicina o geriatria.

#### Gli anziani ricoverati presso strutture cardiologiche tendono ad essere più gravemente scompensati, più frequentemente ricoverati in UTIC e condizioni di urgenza ma meno compromessi da un punto di vista generale rispetto ai pazienti ricoverati in medicina o geriatria

La prognosi degli anziani con scompenso è peggiore di quella dei pazienti di mezza età, con una più elevata mortalità ospedaliera e a distanza. Le riospedalizzazioni sono frequenti e causate in metà dei casi da fattori modificabili. Ne derivano qualità e aspettativa di vita scadenti, con aumento del grado di disabilità. In questi pazienti sono necessari progressi per migliorare la valutazione funzionale, la gestione a lungo termine e la trasposizione delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica, nonché la modifica di alcuni atteggiamenti culturali.

L'anziano è un'entità biologica diversa dal giovane e dall'adulto; il suo stato di salute dipende, in eguale misura, da problemi di ordine fisico, psicologico, socio-economico ed ambientale e necessita, quindi, di un intervento preventivo, curativo e riabilitativo specifico. Chi si occupa di assistenza ad una persona di età avanzata dovrebbe conoscerne le peculiarità biologiche e utilizzare la metodologia specifica della geriatria che si chiama **valutazione multidimensionale** (comprehensive geriatric assessment). Tale approccio è costituito da

una valutazione globale, finalizzata all'attuazione di un piano personalizzato di cura a lungo termine. In letteratura sono numerosi gli studi che suggeriscono che questi fattori possano concorrere a influenzare l'aderenza e la risposta alle terapie e determinare il decorso e la prognosi.

Per esplorare questi aspetti è stata proposta l'adozione di un minimum data set (Scheda di Valutazione dell'Anziano con Scompenso, VAS) di scale di valutazione multidimensionale che indagano: situazione socio-ambientale, grado di autonomia funzionale (IADL e BADL), stato cognitivo, comorbidità e qualità della vita. La scheda VAS è stata validata in uno studio pilota di fattibilità

---

**In questi pazienti sono necessari progressi per migliorare la valutazione funzionale, la gestione a lungo termine e la trasposizione delle conoscenze scientifiche nella pratica clinica, nonché la modifica di alcuni atteggiamenti culturali**

---

mentali e i trattamenti interventistici a più elevato contenuto tecnologico sono generalmente meno utilizzati e la scelta terapeutica sembra essere guidata più dalla facilità di accesso che da evidenze, linee guida e protocolli di trattamento. Un esempio di efficace risposta a questi problemi è stato fornito dagli studi BRING-UP, che hanno favorito l'implementazione della terapia betabloccante nei soggetti di età più avanzata. Non sappiamo, tuttavia, quanto il messaggio di questi studi sia stato recepito nell'ambito di specialità diverse dalla Cardiologia. Per favorire l'implementazione di terapie efficaci, quindi, i Cardiologi dovrebbero lavorare a più stretto contatto con Internisti, Geriatri, Medici di Medicina Generale e Infermieri che si occupano di scompenso cardiaco ma, anche, mutare atteggiamento nei riguardi dell'anziano, arricchendo il bagaglio professionale e culturale con conoscenze specifiche. Le società cardiologiche dovrebbero mettere a punto linee guida specifiche e programmare una rete assistenziale efficace, basata su **modelli di gestione multidisciplinare** in grado di "prendere in carico" i pazienti, e sul coinvolgimento sia dell'Ospedale che del Territorio.

Infine, una efficace strategia finalizzata ad arginare l'aumento del numero di soggetti di età avanzata con scompenso non potrà prescindere da strategie di prevenzione, come ha sottolineato di recente la nuova classificazione AHA/ACC.

Non è un caso che (e proprio dalle pagine di Cardiologia negli Ospedali) sia stata recentemente sollevata la discussione sulla

---

**Sul piano terapeutico, negli anziani si riscontra un evidente gap tra conoscenze disponibili e implementazione delle stesse nella pratica clinica**

---

necessità di stimolare l'interesse delle Associazioni Cardiologiche nei riguardi delle problematiche dell'età avanzata, fino alla proposta di creare Gruppi di Studio o Aree dedicati. A tal riguardo, l'Area Scompenso e il Centro Studi ANMCO hanno già messo in pratica questo interesse con l'avvio di ampi studi, mentre il Centro di Formazione ha organizzato Corsi specifici per Medici e Infermieri Professionali.

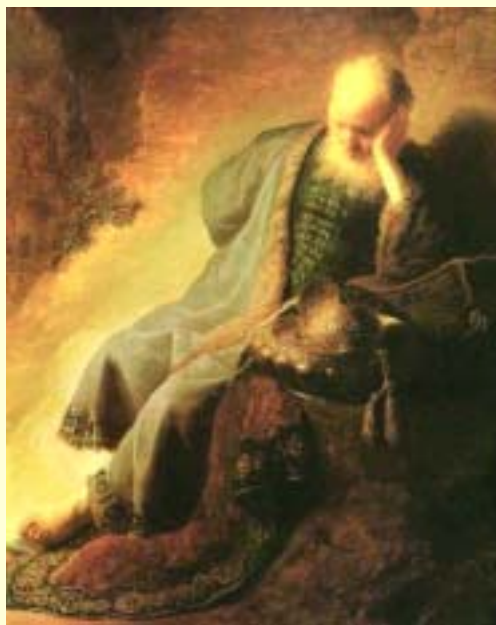
Da un punto di vista culturale, al fine di stimolare l'interesse per questo argomento e l'avvio di un dibattito costruttivo, il Direttivo uscente e quello in carica dell'Area Scompenso dell'ANMCO hanno proposto la stesura di una rassegna che sarà pubblicata sull'*Italian Heart Journal Supplement*. Il fine di tale rassegna, affidata a esperti della materia, sarà quello di sintetizzare le attuali conoscenze su epidemiologia, fisiopatologia, caratteristiche cliniche e terapeutiche, oltre a considerazioni sulla qualità delle cure, comorbidità e gestione della fase terminale della vita, nello scompenso in età avanzata.

Speriamo che questo lavoro rappresenti un riferimento e una fonte di discussione per tutti gli operatori sanitari che partecipano alla cura delle persone anziane con scompenso cardiaco.

(INCHF-VAS) condotto in collaborazione con il Centro Studi e alcuni centri della rete IN-CHF. I risultati iniziali sono stati incoraggianti e sulla base degli stessi, lo Steering Committee dello studio BRING-UP2 ne ha deciso l'impiego negli ultrasettantenni arruolati nello studio stesso.

Sul piano terapeutico, negli anziani si riscontra un evidente gap tra conoscenze disponibili e implementazione delle stesse nella pratica clinica. Il sottoutilizzo di farmaci efficaci, rilevato in numerosi studi (tra i quali SEOSI, IN-CHF, EARISA, OSCUR e TEMI-STOCLE) sembra dipendere, oltre che dalla maggiore fragilità e complessità dell'anziano, anche dalla ridotta disponibilità di studi specifici, causato dalla frequente esclusione dei vecchi dai trial clinici.

Per questi, e per motivi di carattere organizzativo, le terapie evidence-based, gli esami stru-



**Rembrandt, Vecchio in poltrona, 1630**

Giovanni Pulignano



## Riceviamo e volentieri pubblichiamo un'importante lettera del Collega Gianfranco Mazzotta

Al Presidente dell'ANMCO - Dott. Alessandro Boccanelli  
 Al Vice Presidente per le Attività Gestionali e Organizzative - Dott. Antonio Mafrici  
 Ai Membri del Consiglio Direttivo  
 A Cardiologia negli Ospedali

Genova, 16 ottobre 2003

Cari Amici,

premettendo che (come è a tutti noto):

- l'età media dei dirigenti di I livello aumenta, senza incentivi reali di carriera od economici per la massima parte dei cardiologi italiani ospedalieri; i ricambi giovani non arrivano in percentuale significativa;
- la nuova legge aumenterà di molto l'età in cui i dipendenti pubblici potranno accedere al pensionamento;

desidero riproporre all'attenzione del CD una "battaglia" che, a parere unanime di quanti fra i cardiologi della SC in cui lavoro ho intervistato negli ultimi 2 gg, dovrebbe essere fatta dall'ANMCO ora, nel mentre che le condizioni contrattuali pensionistiche stanno per essere riviste:

### **il riconoscimento delle guardie cardiologiche ospedaliere tra le mansioni usuranti.**

Ricordo che il riconoscimento delle mansioni usuranti consente il pensionamento ad età inferiori a quelle previste per la generalità delle categorie; che altre categorie mediche l'hanno già ottenuto; che un risultato di questo genere consentirebbe un certo ricambio generazionale, indispensabile ormai nelle strutture ospedaliere! E credo migliorerebbe anche la qualità del servizio (ci sono ormai numerosi sessantenni, che non possono essere motivati come lo erano vent'anni addietro, ancora in guardia notturna).



Giuseppe Pellizza da Volpedo, *Il Quarto Stato*, 1901



Jean-Francois Millet, *Le spigolatrici*, 1857



Angelo Morbidelli, *In risaia*, 1898

consentirebbe un certo ricambio generazionale, indispensabile ormai nelle strutture ospedaliere! E credo migliorerebbe anche la qualità del servizio (ci sono ormai numerosi sessantenni, che non possono essere motivati come lo erano vent'anni addietro, ancora in guardia notturna).

Mi rendo ben conto che non si tratta di una meta facile da raggiungere. Si dovranno probabilmente stringere alleanze con altre categorie sanitarie nell'"Area Critica" che abbiano lo stesso problema; si dovrà allargare la discussione e coinvolgere i soci interessati, così da ottenere la maggior forza impattante possibile; si dovrà iniziare davvero un confronto di tipo sindacale e – perché no – "lobbistico" nel senso positivo dell'accezione del termine.

Credo anche che sarebbe una battaglia molto ben vista dai soci; per me ne fa fede il riscontro positivo tra i miei colleghi, qui a Genova, con i quali mi sono confrontato per avere l'opinione di un piccolo campione. Il fatto che sia una battaglia difficile non mi sembra una ragione per non incominciarla; anzi, le sfide facili da vincere sono quelle meno attraenti...

Cari saluti

Gianfranco Mazzotta



## Claudio Cavallini intervista Vincenzo Cuzzato

di CLAUDIO CAVALLINI

**D.** Dott. Cuzzato, Lei è stato uno dei soci fondatori dell'ANMCO: cosa ricorda di quegli anni e come arrivaste alla decisione di fondare una associazione?

**R.** C'era molta attenzione in quegli anni verso le tematiche cardiologiche: la malattia reumatica era ancora molto diffusa, le cardiopatie congenite erano di frequente riscontro anche per l'incremento demografico degli anni precedenti; il miglioramento delle condizioni generali di benessere sociale infine stava portando ad un progressivo aumento della frequenza della cardiopatia ischemica. Tutto questo, con il rapido aumento della cultura, della esperienza proveniente dai paesi più avanzati, e della disponibilità di sofisticate tecnologie (dai monitoraggi intensivi alle indagini diagnostiche cruente e incruente) polarizzava l'interesse generale verso la cardiologia. A fronte di ciò il numero di centri cardiologici autonomi in tutto il territorio nazionale era assolutamente esiguo, anche per le resistenze dei responsabili di divisioni mediche (e devo dire anche di cattedre di medicina interna) a separarsi da una disciplina così promettente. La scarsa rappresentatività numerica dei centri cardiologici non favoriva certo il riconoscimento economico delle istituzioni cardiologiche e spesso i cardiologi subivano discriminazione nella distribuzione dei proventi (compartecipazioni) allora voce importante della retribuzione ospedaliera. Per questi motivi e per cercare di dare voce e maggiore potere contrattuale alla categoria cardiologica decidemmo di riunire tutti i cardiologi che operavano all'interno di strutture ospedaliere in un'associazione.

**D.** Quindi l'associazione nacque inizialmente con finalità principalmente sindacali. Quando si trasformò in un'istituzione scientifica?

**R.** Accadde nel 1970. Le discriminazioni contrattuali era state finalmente eliminate, il numero degli iscritti era cresciuto. Molti di noi avevano seguito corsi di perfezionamento presso centri di eccellenza italiani o stranieri; il numero e l'attività di centri cardiologici era molto aumentata e sempre più forte era l'esigenza di mettere a confronto le diverse esperienze. Il 1970 fu il punto cruciale per il nostro futuro perché l'organizzazione del congresso di Venezia segnò la connotazione prettamente scientifica della nostra associazione. Fu certamente un momento emozionante, e l'entusiasmo di tutti i partecipanti fece capire che eravamo sulla buona strada e che la scelta fatta era quella giusta.



Vincenzo Cuzzato

**D.** Quale è stato secondo lei il momento più importante per l'associazione?

**R.** Indubbiamente la progettazione e la realizzazione dello studio GISSI, non soltanto per il riconoscimento internazionale che ne derivò e che diede grande lustro a tutta la cardiologia ospedaliera italiana, ma soprattutto perché portò per la prima volta il metodo scientifico e la medicina basata sull'evidenza nelle nostre unità coronariche. Cominciammo a utilizzare protocolli terapeutici comuni e condivisi, derivati dalla evidenza scientifica allora disponibile. Inoltre per la prima volta tutta l'associazione si sentì totalmente impegnata su un progetto scientifico di vasta portata.

**D.** Tra le figure storiche dell'associazione, quale ricorda con maggiore stima?

**R.** Ve ne sono molte, e certamente non potrei fare alcuna "graduatoria"; tuttavia mi piace indicare quella di Rovelli anche per l'affetto e l'amicizia personale che ci lega e di cui ho avuto attestazione in momenti difficili della mia vita. Credo che tutta la cardiologia italiana gli debba molto, soprattutto per le sue intuizioni e per la capacità di precorrere i tempi: penso all'impulso dato alle UCIC, alla necessità di condurre trial clinici randomizzati, alla costituzione dei dipartimenti.

**D.** Come ricorda l'attività del cardiologo di 40 anni fa?

**R.** Le differenze rispetto alla realtà di oggi sono ovviamente enormi ed è assolutamente inutile cadere ancora nella retorica di quanto importante fosse l'anamnesi e l'esame fisico del malato. Gli strumenti a disposizione erano pochissimi;



**Fausto Rovelli**

in sostanza si riducevano all'elettrocardiogramma, alla radiografia di base, a forme ancora precarie di assistenza respiratoria, e a terapie farmacologiche di limitate possibilità soprattutto per la cardiopatia ischemica acuta. L'orientamento diagnostico iniziale veniva spesso confermato o contraddetto solo dalla evoluzione successiva della malattia e, talora, dal riscontro autoptico (la mortalità per infarto era allora superiore al 30%). Per noi la frequentazione della sala anatomica fu una abitudine costante: rappresentava una fonte insostituibile di insegnamento e di esperienza personale ed elemento di conforto quando confermava le ipotesi diagnostiche.

**D.** Lei fu uno dei primi a "creare" un reparto di cardiologia in Italia. Cominciò come servizio autonomo, con un elettrocardiografo, un aiuto ed un assistente. Poi col tempo arrivarono la terapia intensiva, il reparto, l'elettrofisiologia, l'emodinamica e infine la cardiocirurgia a costituire una struttura di rilevanza nazionale. Come ha conseguito questi traguardi?

**R.** Lasciamo da parte i trionfalismi verso i quali non sono mai stato particolarmente incline. Ho fatto quello che era giusto fare in quei momenti e che gli amministratori si attendevano che io facessi. Certamente in Medicina, come in tutte le cose della vita, per fare bene ci vuole amore per il proprio lavoro, dedizione, e tanto rigore. E io ho semplicemente cercato di seguire questa regola. Comunque non fu mai una strada in discesa. La stessa costituzione di un servizio autonomo distaccato dalla medicina fu difficile in quanto, come già sottolineato, risultò osteggiata dagli altri primari dell'ospedale, che mal vedevano una eccessiva proliferazione dei reparti specialistici. Ricordo che, per ottenere un atteggiamento favorevole, io ed un collega più giovane ci recavamo a fine giornata nelle chirurgie per mettere a punto dal lato cardiologico-internistico i pazienti operandi, alleviando così il lavoro dei colleghi. Il clima di consenso e di solidarietà che si venne a creare verso di noi risultò poi particolarmente utile per ottenere il via libera dal consiglio dei primari all'autonomizzazione della cardiologia. Per dovere di verità devo precisare che i primari e i colleghi internisti furono molto aperti ai problemi cardiologici ed anzi il mio ex primario medico finì per sostenere il progetto.

**D.** Quali sono state per lei le scelte vincenti?

**R.** La più importante certamente quella di circondarmi di medici e infermieri validissimi; per questo nella scelta dei collaboratori ho cercato di valutare oltre alla preparazione professionale le qualità umane e comportamentali. La persistenza dell'armonia della squadra si basava su due punti centrali: evitare l'ingresso di figure di disturbo e mantenere una posizione equidistante tra dirigente e i componenti del gruppo. Ho sempre cercato di rispettare questa massima.

**D.** Mi può ricordare uno dei momenti che hanno segnato una svolta nell'attività del suo centro?

**R.** Penso quando, nel 1985, decisi di chiedere l'istituzione del servizio di reperibilità h24 per il laboratorio di emodinamica. Assieme all'avvento della cardiocirurgia questo infatti ha determinato un flusso ininterrotto di urgenze cardiologiche (dissezioni aortiche, traumi cardiaci, infarti complicati), che molto spesso non avevano trovato accogliamento presso altre strutture di grande rilievo. Tutto ciò permise di arricchire notevolmente il nostro livello di esperienza e di acquisire prestigio e riconoscimenti a livello nazionale.

**D.** Mi permetta di ricordarle un episodio che accadde nel 1986, pochi mesi dopo il mio arrivo a Treviso. Durante un turno di notte giunse un caso di sospetta rottura traumatica di aorta in un giovane di 18 anni. Completato l'iter diagnostico che confermava l'ipotesi iniziale, mi accingevo a convocare il Cardiocirurgo, quando mi ricordai del suo desiderio di essere informato di tutti i casi difficili e telefonai; ne ricevetti un elogio per il buon lavoro fatto. Venti minuti dopo lei era già in terapia intensiva e, dopo aver confermato il suo apprezzamento mi disse: "dotor, la prosima volta el me ciama pur subito!!" Questo episodio testimonia molto bene uno spirito di sacrificio ed un attaccamento al lavoro non comuni. Come è riuscito a far conciliare questa sua dedizione all'ospedale con gli impegni familiari?

**R.** Cercando di trascorrere tutto il tempo libero, per quanto fosse poco, con la famiglia. Indubbiamente questo "spirito di sacrificio", come lo chiama lei, era condiviso da tutti i miei. Ricordo mia moglie come una persona al contempo dinamica e paziente, che ha saputo "condurre la casa" con capacità, rigore ma con affetto e comprensione. A distanza di tempo riconosco l'errore nella distribuzione del tempo e delle forze tra famiglia e professione. Non lo ripeterei, ma tant'è!

**D.** Qualche rimpianto?

**R.** Come sarebbe possibile dire no quando si lascia un lavoro ed un ambiente che hanno costituito e gratificato gran parte dell'esistenza, ma i rimpianti è bene tenerli per sé, perché rappresentano la parte segreta della nostra vita.

**D.** Di che cosa va maggiormente fiero?

**R.** Della certezza di avere lasciato un bel gruppo, ricco di personalità di rilievo per professionalità e propensione ad attività scientifiche e organizzative, in grado di portare avanti con successo questa struttura nel tempo.

Grazie Dottor Cuzzato!



## IL CARDIOLOGO DI “CAMPAGNA” E QUELLO DI “CITTÀ”

di Francesco Bovenzi

*Lo sai perché la terra è una sfera?  
Spiegò il saggio al giovane discepolo.  
Essa è una grande immensa sfera  
Perché il punto più lontano che nel tuo viaggio  
Potrai mai raggiungere  
È lo stesso punto da dove sei partito  
Come se mai tu fossi partito.  
Maestro, la tua verità è grande,  
Rispose il discepolo,  
Ma quello è anche il punto da dove partire  
ancora.*

ANONIMO

Con la rubrica “Cuori allo specchio” e grazie a gradite circostanze editoriali, nei recenti numeri di “Cardiologia negli Ospedali” si è riproposto il confronto con la nostra storia, cui tutti guardiamo con rispetto.

In questo numero, con gran piacere, pubblichiamo una lettera inviata dal Collega Corrado Fuà.

Come in un quaderno di appunti emergono ricordi di un passato che ci sembra ormai lontano. È fuori discussione che in “campagna” o in “città”, ovvero che ieri come oggi, la professione del cardiologo resta difficile, complessa e articolata. L'occasione offre lo spunto per brevi riflessioni di confronto del presente col passato.

Eccetto il ragionamento clinico (intuito) e l'imprevista casualità della malattia, negli ultimi 30 anni abbiamo assistito a un radicale cambiamento nella nostra “arte”.

Proviamo a “sorvolare” per renderci conto di quanta strada abbiamo percorso in così breve tempo: unità coronariche, defibrillazione ventricolare, aspirina, trombolisi, beta-bloccanti, ACE-inibitori, angioplastica, stents, statine, resincronizzazione ventricolare, ecocardiografia, TC MS, risonanza magnetica. Pian piano, quasi silenziosamente, la popolazione dei pazienti è cambiata sotto i nostri occhi: più donne e più anziani.

Il cardiologo rimane il riferimento di ogni disciplina per quasi tutte le emergenze, in particolare per quelle ischemiche. Si amplificano le sue competenze, anche in quelle patologie fino a ieri esclusivo appannaggio di altre specialità: diabete, disturbi neurologici ische-



mici transitori, insufficienze renali, embolie polmonari, ecc.

Che altro aggiungere se non che oggi il lavoro “in città” appare sempre più condizionato dall'esigenza assoluta di far conciliare gli obiettivi della salute con quelli economici. Questo i nostri predecessori probabilmente non lo avrebbero mai immaginato.

Siamo ben consapevoli che questi ultimi aspetti non riflettono la nostra storia più intima. Ecco perché la nascente cardiologia di 40 anni fa, come la medicina condotta di un tempo, oggi ci sembra ormai così lontana!



**Umberto Boccioni**  
**Ritratto del Dottor Tian, 1907**

## LA CARDIOLOGIA ITALIANA COMPIE 60 ANNI

di Corrado Fuà

Chi scrive si è laureato in medicina e chirurgia a Milano nel giugno 1943. Nella Facoltà (nel Policlinico di via Francesco Sforza) le nozioni di semeiotica, patologia e clinica erano insegnate dai rispettivi istituti di medicina interna.

Il clinico medico (Villa) nell'ultimo biennio dedicava qualche lezione a casi di anginosi e scompensati. In un'unica lezione fu mostrato agli studenti un tracciato elettrocardiografico. Soltanto gli allievi interni conoscevano lo sfigmomanometro di Riva Rocci.

Prima di allora, dalla fine degli anni '30 qualche laboratorio universitario annesso a cliniche mediche (Condorelli) aveva affrontato tecniche diagnostiche: oltre agli elettrocardiografi (con paziente protetto da coperte isolanti!), apicogrammi, fonocardiogrammi, registrazione di polsi arteriosi e venosi, primi cateterismi cardiaci per via venosa.

Si dedicavano in Italia specificamente alla diagnostica e terapia dei cardiopatici pochi internisti, che avevano acquisito esperienze e titoli all'estero (Agostoni, Puddu, Masini). Disponevano come farmaci, oltretutto della digitale e scilla, dei diuretici mercuriali; a scopo ipotensivo si usavano papaverina, teobromina, barbiturici.

Dall'inizio degli anni '40, con la più ampia disponibilità e praticità degli elettrocardiografi e con la possibilità di accesso ai testi stranieri di cardiologia, iniziarono a diffondersi nuove conoscenze e competenze; e nacque lo stimolo ai cultori della cardiologia a riunirsi in associazioni e a pubblicare le loro osservazioni.

I clinici universitari preferirono mantenere corsi di specializzazione nell'ambito della medicina interna; per cui i primi reparti cardiologici sorsero in ospedali, ove si moltiplicarono negli anni '60.

Inizialmente tali unità, mediche e chirurgiche ebbero denominazione più complessa: come la chirurgia cardiotoracica di De Gasperi a Milano e la cardioreumatologia ad Ancona.

Negli anni '60 (forse la decade più rivoluzionaria nel progresso della cardiologia) si dispose dei reparti di terapia intensiva coronarica, contemporaneamente al perfezionamento delle terapie elettriche (nei blocchi e nelle aritmie ipercinetiche).



**Salvador Dalí**  
**La persistenza della memoria, 1931**

Nello stesso periodo la farmacologia mise a disposizione presidi in continua evoluzione. Meritevole sarebbe il ricordo di farmaci che ebbero successo effimero (uno o due anni, il cui nome è completamente cancellato).

Nell'ultimo trentennio la diagnostica si è arricchita di ecocardiografia, coronarografia, scintigrafia, markers biochimici.

Ne è conseguita in Italia rilevante modificazione della morbilità e mortalità per cardiopatie (inizialmente aumento, successivamente riduzione assoluta e relativa).

Ogni anno ci pone di fronte a nuove competenze, nuove tecniche, nuovi successi. L'attuale patrimonio di conoscenze è tale che la cardiologia viene ora frammentata in numerose sottospecialità.

Prof. Corrado Fuà  
già Primario ospedaliero  
medaglia d'oro al merito della sanità pubblica

# Figurare la Parola

a cura di Francesco Bovenzi



Foto di Yann Arthus-Bertrand, Earth from Above

***Dimenticare come si lavora  
la terra equivale a  
dimenticare noi stessi***

(GANDHI)

***La scienza ha promesso la felicità?  
Non credo. Ha promesso la verità,  
e la questione è sapere se con la  
verità si farà mai la felicità***

(EMILE ZOLA, DAL DISCORSO AGLI STUDENTI  
PARIGINI, 18 MAGGIO 1893)



Edouard Manet, Emile Zola, 1868



## **IL LIMITE DEL CARDIOLOGO**

***Una formica sotto la scarpa di  
un uomo non ha la più pallida  
idea di come sia il volto umano.  
E noi di fronte al volto di un  
Uomo, ignoriamo parimenti  
come sia il suo cuore?***

(LIBERAMENTE TRATTO DA UNO SCRITTO  
DI MILENA JESENSKÁ)





## RICORDO DEL PROFESSOR BELLI

*Carlo Belli* primario emerito di Cardiologia dell'Ospedale Niguarda di Milano si è spento a 73 anni dopo lunghe sofferenze sopportate con grande dignità.

È universalmente riconosciuto come il padre dell'Ecocardiografia in Italia.

Dopo la laurea e le specializzazioni in Cardiologia ed in Medicina Interna conseguì la libera docenza in Patologia generale. Nel 1967 un editoriale di Harvey Feigenbaum su una nuova metodica incruenta che impiegava gli ultrasuoni nella diagnostica cardiologica suscitò in lui l'interesse ed il desiderio di approfondirne le conoscenze. Ottenuto in prestito un Ecografo importato dagli USA, iniziò da autodidatta ad apprenderne le applicazioni. Con grande perseveranza ottenne i primi risultati che comunicò a vari Congressi e pubblicò.

La metodica prendeva piede: gli anni '70 videro l'esplosione dell'Ecocardiografia. Carlo Belli, la cui fama si era consolidata, creò a Niguarda una scuola cui affluirono cardiologi da tutta Italia. Fu tra i fondatori della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare che nel settembre 1974 tenne a Milano il 1° Congresso Nazionale.

Il resto è storia che tutti conosciamo.

Conseguito il primariato continuò con passione la sua attività clinica e scientifica fino al collocamento a riposo.

Carlo era un uomo buono, di grande rettitudine unita a serietà professionale ed alla modestia. Lascia la moglie Pina che lo ha assistito amorevolmente fino all'ultimo con i figli Guido cardiologo e Paolo economista. Di lui rimane il ricordo affettuoso e grato dei suoi numerosi allievi e la stima di chi lo conobbe e ne apprezzò le doti umane, scientifiche e la bontà.

Salvatore Corallo



## RICORDO DEL DOTTOR UGLIENGO

La comunità cardiologica del Piemonte e della Valle d'Aosta ha perso un caro amico ed un valido collega caduto durante una operazione di salvataggio in montagna cui partecipava come membro del Soccorso Alpino.

Non so se a Nanni, un po' schivo come sono spesso i montanari, sarebbe piaciuto essere ricordato in questo modo. Gli amici ed i colleghi hanno ritenuto giusto ricordare il prezioso contributo portato collaborando come consigliere del Direttivo Regionale, come Presidente della SIEC Regionale e come Fellow dell'ANMCO.

Abbiamo conosciuto Giovanni Ugliengo apprezzandone le doti di medico, la passione e l'impegno con cui ha svolto la professione. Vogliamo ricordarlo nella sua personalità contraddittoria e perciò moderna, nella sua complessa e ricca umanità, nel suo grande amore per la montagna.

Vorrei concludere con le parole di Flavia Casasso, che ha collaborato per anni con lui in ecocardiografia, parole che sono l'elogio più grande e vero che possiamo fare al nostro amico. "Nanni ha reso a me ed a tutti quelli che lo hanno conosciuto la vita un po' migliore".

per il Direttivo Piemonte e Valle d'Aosta  
Giuliano Brocchi



*La redazione  
di Cardiologia negli Ospedali  
augura a tutti un Buon Natale  
di pace e serenità  
e un Felice Anno Nuovo  
ricco di successi professionali*

