



GENNAIO - FEBBRAIO N. 137



CARDIOLOGIA

NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

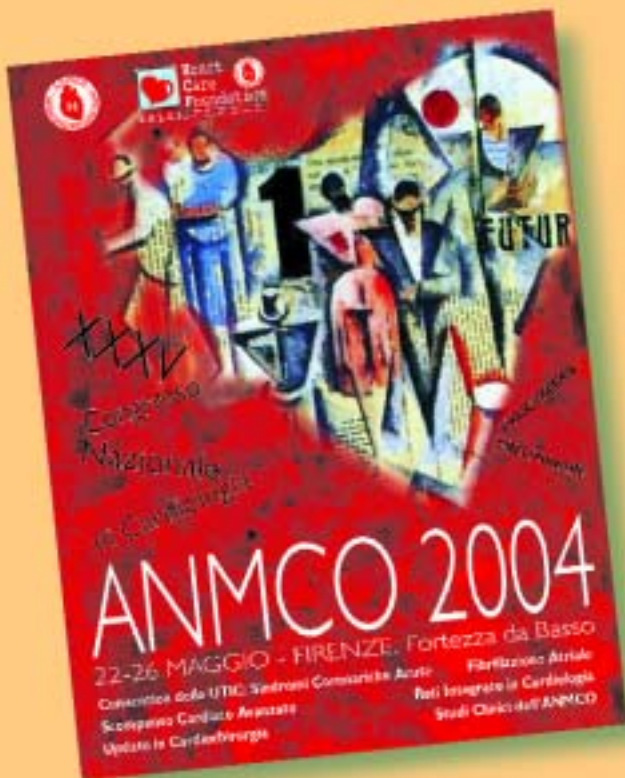
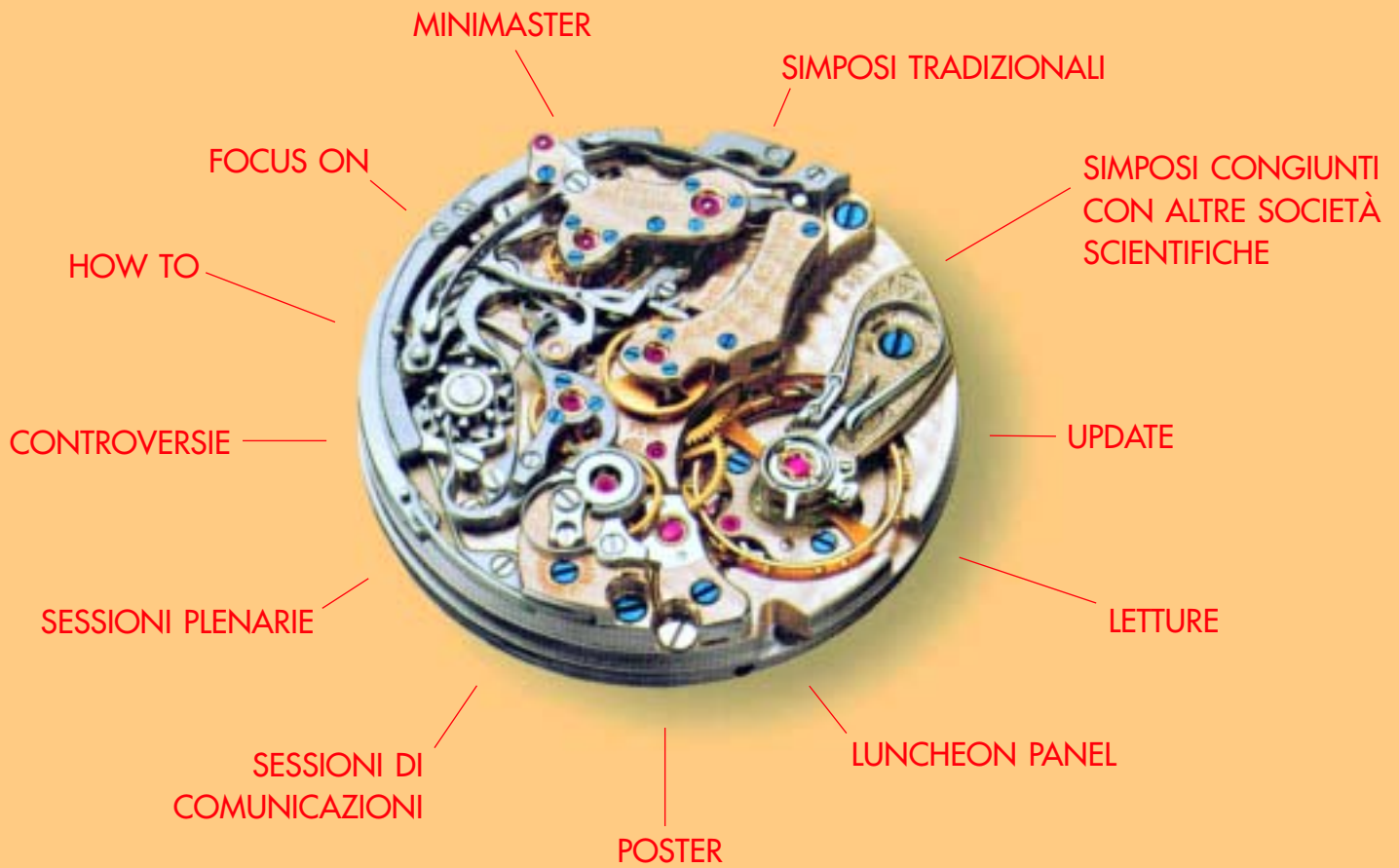


AMICI DELL'ANMCO

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

ANMCO 2004

Le idee nell'organizzazione del tempo



IN QUESTO NUMERO:

- 2 EDITORIALE
- 4 DAL PRESIDENTE
- 8 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO
- 11 DALLA HEART CARE FOUNDATION
- 30 DALLE AREE
Informatica - Nursing
Prevenzione Cardiovascolare
Scompeso Cardiaco
- 39 DALLE REGIONI
Calabria - Emilia Romagna - Lazio
Marche - Molise
- 52 CUORI ALLO SPECCHIO
- 54 VIAGGIO INTORNO AL CUORE
- 57 FORUM
- 59 FIGURARE LA PAROLA

In copertina:
Tisaniera Charlotte (vetro soffiato da fuoco, argento, argento dorato), design Patrizia Pietrogrande - Dalla collezione I-DEA di Anna Querci



INDICE:

- 2 "CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI" 2004 PIÙ AUTOREVOLE NEI CONTENUTI, PIÙ GRADEVOLE NELL'ASPETTO
di Francesco Bovenzi e Francesco Boncompagni
- 4 IL CENTRO SERVIZI ANMCO
di Alessandro Boccaneli
- 8 UNA NUOVA GRANDE RICERCA CLINICA ANMCO: LO STUDIO CARDIO-SIS
di Paolo Verdecchia
- 11 LA FONDAZIONE E L'ANMCO
di Carlo Schweiger
- 31 MEMBERSHIP CARD PROJECT
di Marco Tubaro
- 32 CARDIONURSING 2004
di Quinto Tozzi
- 34 LA III CONFERENZA SULLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI UNA GRANDE OPPORTUNITÀ PER LA CARDIOLOGIA ITALIANA
di Sergio Pede e Massimo Uguccioni
- 36 LO SCOMPESO CARDIACO: UN'EPIDEMIA CARDIOVASCOLARE E UNA SFIDA PER I PROSSIMI ANNI. LA RISPOSTA PUÒ VENIRE DALL'AMBULATORIO PER LO SCOMPESO CARDIACO?
di Guido Gigli e Luigi Tarantini
- 39 NEWS DALL'ANMCO REGIONALE CALABRIA
di Marilena Matta
- 41 CONGRESSO REGIONALE "SINDROMI CORONARICHE ACUTE: STRATEGIE DI TRATTAMENTO E MODELLI ORGANIZZATIVI - DALLE LINEE GUIDA AL MONDO REALE"
di Armando Francesconi
- 42 L'ANMCO LAZIO PER LA RICERCA SCIENTIFICA E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE NEGLI OSPEDALI
di Massimo Santini
- 45 UNA RETE IN PROGRESS
di Nino Ciampani
- 48 UN MANDATO IN SCADENZA
di Vanda Mazza
- 49 AUTOTRAPIANTO CARDIACO PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE PERMANENTE ASSOCIATA A VALVULOPATIA MITRALICA
di Giovanni Troise e Margherita Dalla Tomba
- 52 INTERVISTA AL PROF. NICOLA MININNI
di Domenico Miceli
- 54 INCHIOSTRO DEL CUORE
di Gennaro Cosentino
- 57 FORUM
di Antonio Mafri
- 59 FIGURARE LA PAROLA
Cuori e Musica
- 60 PROF. FILIPPO MILAZZOTTO
di Marco Tubaro

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI 2004

PIÙ AUTOREVOLE NEI CONTENUTI, PIÙ GRADEVOLE NELL'ASPETTO

*In generale
il colore è un mezzo
per influenzare l'anima.*

WASSILY KANDINSKY
DAL VOLUME: "LO SPIRITUALE NELL'ARTE"

Nel 1964 fu stampata la prima edizione di "Cardiologia negli Ospedali", organo ufficiale dell'ANMCO, strumento di confronto, di puntuale aggiornamento, di notizia.

Nella speranza di migliorare in ogni modo la comunicazione, con questo primo numero del 2004, il giornale esce con una rinnovata veste editoriale: una nuova proposta grafica, con l'augurio che sia a tutti gradita.

Il colore rappresenterà un piacevole elemento di personalizzazione di ciascun numero: un bel giornale è tale anche per scelta del colore della sua copertina. Non è la prima volta che in 40 anni "Cardiologia negli Ospedali" si rinnova, sempre sospinto dal rispetto delle nuove esigenze.

I futuri obiettivi editoriali, oltre la grafica, mireranno ad una crescente visibilità del giornale, ad una sua migliore leggibilità (anche su temi non prettamente associativi) e ad un'accresciuta fruibilità comunicativa. Queste scelte saranno re-



N. 137 - gennaio/febbraio 2004

Notiziario 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
<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:
Pier Filippo Fazzini

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl

Stampa: Tipografia Kleine Schnel
Via Capo di Mondo, 9/r. - Firenze



se possibili con innovative idee di semplicità, curiosità nella presentazione della notizia, esclusività, immediatezza, ampia partecipazione e facilità di consultazione.

All'elegante restyling che oggi vi è proposto, si lega la prioritaria e strategica scelta di maggiore trasversalità della comunicazione, garantita dall'introduzione di nuove rubriche, dalla varietà dei testi e dall'ampio spazio riservato alla comunicazione visiva.

Scegliere con cura le immagini da associare ai temi di dibattito, al punto da poterle "leggere", programmare la struttura grafica di copertina con le sue pagine non è un lavoro sempre agevole. Una grafica rinnovata comporta anche un più rilevante impegno redazionale. L'abituale e semplificativo percorso seguito nella programmazione di ogni numero prevede: il rivedere i contributi, il far chiaz-

za e trasparenza nei testi, il favorire la diffusione delle notizie legate alla vita associativa e il sollecitare periodicamente ogni organismo istituzionale nell'invio dei preziosi contributi.

E così, anche questa volta, l'invito a collaborare non può mancare in queste poche riflessioni: invito che è esteso a tutti i lettori. Il giornale potrà crescere solo col vostro qualificato contributo. Scriveteci, proponeteci opinioni, testi e interventi, scegliete per noi immagini e fotografie, inviateci racconti ed esperienze. Noi come tanti, come tutti, non potremo che apprezzare.

Infine, un sentito ringraziamento da parte di tutti è dovuto alla Segreteria ANMCO e in particolare a Simonetta Ricci. Buona lettura.



Georg Schrimpf, Ragazza che legge alla finestra, 1925



Arman, Infinità di macchine da scrivere e infinità di scimmie e infinità di tempo = Amleto, 1962

IL CENTRO SERVIZI ANMCO

Ovvero l'arte di creare servizi



L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri ha raggiunto livelli di grande complessità organizzativa, sia in ambito interno (gestione della vita associativa, formazione, ricerca, organizzazione sanitaria) che verso l'esterno (know-how specialistico, consulenza nei confronti delle istituzioni, organizzazione della comunicazione all'interno del mondo sanitario e nei confronti dei cittadini, erogazione di formazione, organizzazione di campagne di prevenzione).

Si è risposto nel tempo alle diverse esigenze che derivano dai compiti istituzionali con la concretizzazione di "holding" ANMCO dedicate a settori specifici di attività, quale il Centro Studi, che tradizionalmente gestisce la ricerca ANMCO e si occupa anche di aspetti organizzativi interni e la Heart Care Foundation, che copre il settore della comunicazione con il pubblico e quello della educazione sanitaria.

In più, l'articolazione interna in Aree di interesse e Delegazioni Regionali ha l'obiettivo di capillarizzare le strategie di intervento, in termini di ricerca, formazione ed organizzazione sanitaria.

La più antica delle "holding" era la E.C.O. srl (Edizioni Cardiologiche Ospedaliere), il ramo "commerciale" dell'ANMCO. Le attività che si riversavano all'interno di questa entità cominciavano a diventare, quantitativamente e qualitativamente, di una complessità eccessiva, a cui si faceva sempre più fatica a rispondere con le forze e l'organizzazione attuale; il personale di segreteria, consulenti esterni e la direzione "politica" da parte del Consiglio Direttivo diventavano inadeguati a gestire in modo efficiente le relazioni con l'esterno e tutte le attività amministrative e finanziarie dell'Associazione.

Era pertanto matura l'esigenza di strutturare un Centro Servizi, il cui processo di crescita va parallelo a quello della certificazione di qualità.

Pensato come struttura operativa dell'ANMCO, il Centro Servizi ANMCO (CSA) è nato dalla consapevolezza che l'ANMCO deve perseguire la propria missione mediante un'azione razionale, progettata tanto nelle sue linee programmatiche generali quanto nelle sue azioni specifiche, articolata e pianificata nel tempo sulla base di obiettivi definiti e condivisi. Un responsabile (il Direttore del CSA) che realizzerà tale ipotesi mediante strumenti e collaborazioni idonee.

Interfaccia della Presidenza e del CD ANMCO, il CSA dovrà dunque porsi quale management della politica



Giacomo Balla, *Numeri Innamorati*, 1920



Antonio Sant'Elia, *Centrale elettrica*, 1914

ANMCO, i cui scopi fondamentali possono riassumersi:

- Creazione, pianificazione e sviluppo della struttura management CSA.
- Progetto e sviluppo di attività formative ed educazionali.
- Sviluppo della presenza nazionale/internazionale e pubbliche relazioni.

Il CSA si porrà dunque:

- Quale strumento per raggiungere gli obiettivi definiti.
- Quale agente per individuare le strategie migliori per aumentare la visibilità dell'ANMCO, insieme con l'Ufficio Stampa.

1. Gli Obiettivi del CSA

In collaborazione con la Presidenza e il CD ANMCO, il CSA dovrà operare al fine di:

- Organizzare e gestire le attività della Presidenza e del CD, per quanto di propria competenza, in relazione agli obiettivi assegnati al CSA e alle scelte strategiche di conseguenza definite.
- Migliorare le entrate provenienti dalle attività ANMCO attualmente in essere o consolidate.
- Definire le strategie finalizzate al reperimento di nuove entrate mediante lo sviluppo di nuove attività di tipo educazionale/formativo.
- Ricercare e sviluppare le strategie finalizzate al reperimento di nuove entrate derivabili da attività non legate al solo supporto di aziende farmaceutiche.
- Costituire, in un arco temporale concordato (3 anni), una struttura permanente di Management e Staff CSA.

2. Funzioni del Centro Servizi ANMCO

Il **Centro Servizi ANMCO** – in collaborazione con la Presidenza e il CD ANMCO – dovrà operare al fine di:

Nell'ambito della formazione e dell'informazione

- Sviluppare e gestire le necessarie attività di *analisi dei bisogni* formativi, e derivarne i possibili progetti educazionali.
- Ricercare e sviluppare le attività formative/educazionali; studiarne i relativi progetti; proporle e garantirne la fattibilità e l'esecuzione, anche sotto il profilo dell'opportunità economica.
- Coordinare e gestire le attività formative/educazionali; ad esempio:
 - > corsi formativi regionali ANMCO;
 - > formazione a distanza;
 - > e-learning;
 - > forum di aggiornamento;
 - > consensus meeting.
- Progettare e realizzare una "resource center" per le attività formative/educazionali.
- Attivare i processi di valutazione e feedback per attività formative/educazionali svolte.



Ugo Carrega, *Il grande ritmo*, 1978

- Attivare la gestione diretta delle procedure dei crediti ECM.
- Studiare un'ipotesi di database crediti ECM per uso degli Associati.
- Individuare i possibili partner formativi e tecnologici per attività educazionali.
- Sviluppare i "derivative products" (dal Congresso, dai corsi, ecc.).

Nell'ambito delle attività congressuali e residenziali

- Organizzare lo sviluppo di meeting e convegni ad hoc.
- Organizzare, sviluppare e gestire il Congresso annuale e le attività correlate.
- Attivare e gestire le necessarie attività di analisi dei bisogni nonché dei processi di valutazione e feedback delle attività congressuali svolte.

- Organizzare, sviluppare e gestire le attività formative ospedaliere.

Nell'ambito dei rapporti con le strutture interne (Figura 1)

- Interagire (dove pertinente) col Centro Studi ANMCO per attività congiunte.
- Interagire con la Heart Care Foundation per attività congiunte (campagne nazionali [ad esempio: "Prevention Day", "Ischemia Day" ecc.]).
- Implementare le attività rivolte al pubblico (in collaborazione con la Heart Care Foundation).
- Interagire col publisher dell'Italian Heart Journal.
- Implementare la Membership satisfaction (Soci).
- Implementare la Customer Care (Aziende sponsor).
- Interagire con i Comitati e i Gruppi di Studio (ad esempio, per le Linee Guida), e le Delegazioni.

- Assistenza al CD e alla Segreteria ANMCO nella programmazione e nella gestione delle attività di pertinenza del CD stesso.

Nell'ambito Corporate & Pubbliche Relazioni

- Gestire gli Sponsor aziendali per attività di competenza.
- Sviluppare l'interfaccia con Ministero della Salute e altre istituzioni (Ist. Sup. di Sanità, ecc.).
- Sviluppare, organizzare e gestire i rapporti internazionali (ACC, ESC, ecc.).
- Curare la visibilità e l'outreach internazionale (presenza/stand congressi, meeting, ecc.).

3. Ruolo e responsabilità del Direttore del CSA

Sulla base degli obiettivi e delle funzioni del CSA, il ruolo del Direttore dovrà garantire il raggiungimento degli scopi definiti e – fra l'altro – essere responsabile:

- della gestione dei rapporti con Presidenza e CD ANMCO;
- della stesura del Business Plan e del Budget annuali e delle relative approvazioni da parte di Presidenza e CD ANMCO;

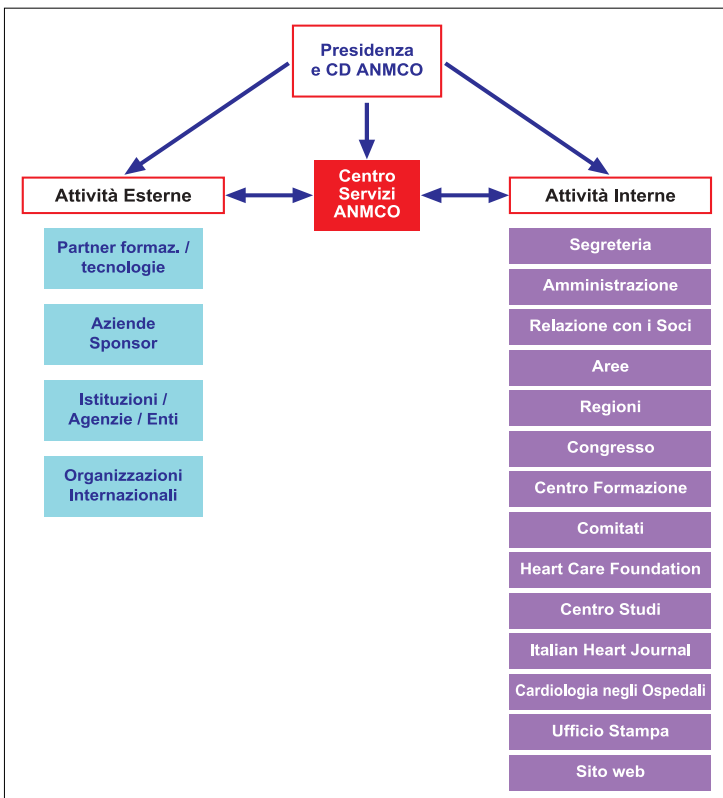
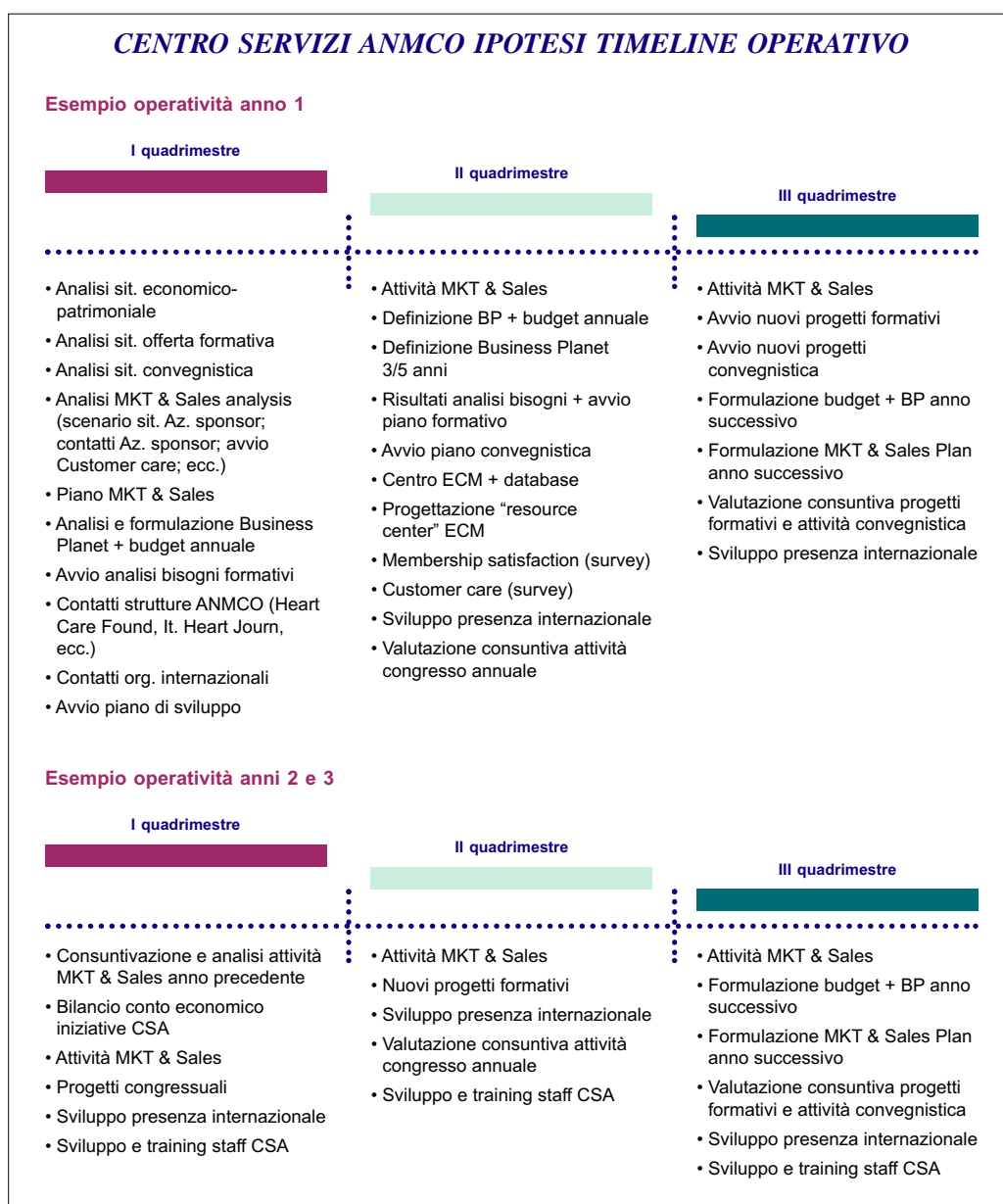


Figura 1 - Interazioni del Centro Servizi ANMCO

- della stesura di un Business Plan di 3-5 anni e della relativa approvazione da parte di Presidenza e CD ANMCO;
- della realizzazione delle iniziative avviate (progetti, programmi, ecc.) e delle relative analisi consuntive;
- degli sviluppi delle strategie definite con Presidenza e CD ANMCO.

La creazione del CSA è un atto di coraggio e di fiducia. Coraggio perché la decisione di imboccare una strada che ci porta lontano dalla nostra “romantica artigianalità” non è stata una decisione facile e potrebbe non essere apprezzata da molti Associati; d’altro canto, continuare con l’artigianato ci avrebbe fatto perdere o male utilizzare molta della energia intellettuale che ciascuno di noi riversa nella vita associativa.

La storia del Centro Studi, che ha professionalizzato la ricerca clinica, ci ha confortato in questa decisione. Atto di fiducia in quello che ci sembra siamo diventati nel tempo, ovvero una Associazione stimata e capace di adattarsi ai tempi che cambiano e quindi vitale. Addio, perciò, vecchia e cara E.C.O. srl e benvenuto Centro Servizi ANMCO!



UNA NUOVA GRANDE RICERCA CLINICA ANMCO: LO STUDIO CARDIO-SIS



Le attività di ricerca dell'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO nel settore dei complessi rapporti tra ipertensione arteriosa e cardiopatie stanno decisamente accelerando e salendo di tono. Lo studio osservazionale **MAVI** (Massa Ventricolare sinistra nell'Ipertensione) ha ricevuto favorevolissimi commenti, come dimostrato dalle pubblicazioni su *JACC* (2001;38:1829-35) ed *Hypertension* (2002;40:470-6) e dalle comunicazioni all'*American Heart Association*. È in fase conclusiva lo studio **MAVI Follow-up**, che ha esteso il controllo epidemiologico dei pazienti MAVI per un ulteriore periodo di 4 anni, con risultati in corso di analisi statistica. È in corso di svolgimento lo studio osservazionale **HEART Survey** (Hypertrophy at ECG And its Regression during Treatment Survey – protocollo pubblicato su *It Heart J* 2003;4:479-83) che esamina il valore prognostico della regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra all'ECG in pazienti ipertesi ad alto rischio di eventi cardiovascolari.

È ora al nastro di partenza un importante studio randomizzato di intervento di particolare rilevanza scientifica e dalle notevoli implicazioni assistenziali: lo studio **Cardio-Sis** (Studio Italiano sugli Effetti Cardiovascolari del Controllo della Pressione Arteriosa Sistolica). È uno studio che si svolgerà in circa 50 centri Italiani Ospedalieri e Universitari di chiara esperienza nello studio dei rapporti tra ipertensione arteriosa e complicanze cardiache (figura).

Studio Cardio-Sis: Centri partecipanti



Basi dello studio. Quali sono le basi di questo studio? Come è noto, la maggioranza dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico presenta valori di pressione arteriosa (PA) non ben controllati (cioè al di sopra dei 140/90 mmHg, secondo le ultime Linee Guida ESH/ESC e JNC VII), con conseguente aumento del rischio di infarto miocardico, ictus cerebrale, scompenso cardiaco e altri gravi eventi cardiovascolari. Più elevati sono i livelli di PA, maggiore è la probabilità che il paziente presenti ipertrofia ventricolare sinistra. La presenza di segni di ipertrofia ventricolare sinistra all'elettrocardiogramma di questi pazienti raddoppia il rischio di tali complicanze cardiovascolari indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio (fumo, diabete, ecc.).

Non solo: è ormai chiaro che le modificazioni dei segni ECG di ipertrofia sono potenti indicatori prognostici. I pazienti con assenza di ipertrofia, oppure con regressione dell'ipertrofia, sono a rischio cardiovascolare notevolmente più basso dei pazienti con nuova comparsa di ipertrofia oppure con mancata regressione dell'ipertrofia stessa. È chiaro quindi che il Cardiologo deve controllare attentamente le modificazioni, nel tempo, dei parametri ECG di ipertrofia ventricolare sinistra in tutti i suoi pazienti ipertesi.

Tuttavia, non è ancora ben chiaro quale debba essere il livello di ag-



Keith Haring, Cuore di figure

gressività terapeutica ottimale ai fini dell'ottenimento della regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra. In generale, le Linee Guida suggeriscono di scendere al di sotto dei 140/90 mmHg nei pazienti ipertesi non diabetici, e dei 130/80 mmHg nei pazienti ipertesi diabetici. Tuttavia, anche i pazienti ipertesi non diabetici con ipertrofia ventricolare sinistra sono pazienti ad alto rischio di gravi complicanze cardiovascolari, analogamente ai pazienti diabetici, e dunque un obiettivo di 130/80 mmHg potrebbe essere desiderabile anche in questi pazienti.

Disegno dello studio. Studio multicentrico, randomizzato, prospettivo, che confronta l'effetto a lungo termine (2 anni) delle seguenti strategie terapeutiche in soggetti ipertesi di età > 55 anni e con PA sistolica non ben controllata (PA sistolica ≥ 150 mmHg) dal trattamento in atto:

- 1) **Strategia usuale:** riduzione della PA sistolica al di sotto dei 140 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici.
- 2) **Strategia aggressiva:** riduzione della PA sistolica al di sotto dei 130 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici.

Lo studio sarà eseguito 'in aperto' secondo un disegno PROBE (*Prospective, Randomised, Open study with Blinded Evaluation of end-points*).

Obiettivo dello studio. L'obiettivo dello studio è quello di accertare, in soggetti ipertesi di età superiore a 55 anni e con inadeguato controllo pressorio (PA sistolica ≥ 150 mmHg), se una strategia di trattamento finalizzata a diminuire la PA sistolica a valori inferiori a 130 mmHg è superiore rispetto ad una strategia usuale mirata ad ottenere valori di PA sistolica < 140 mmHg, in termini di modificazioni dei criteri ECG di ipertrofia ventricolare sinistra (end-point primario) ed eventi cardiovascolari maggiori (end-point secondari).

Criteri di inclusione. Oltre alla disponibilità a fornire il consenso informato allo studio, i criteri di inclusione sono rappresentati da un'età > 55 anni al momento della randomizzazione (non sono previsti limiti superiori di età) PA sistolica ≥ 150 mmHg indipendentemente dai valori di PA diastolica, un trattamento farmacologico dell'ipertensione che deve essere in atto al momento dell'inizio dello studio da almeno 12 settimane, ed almeno 1 fattore di rischio aggiuntivo compreso tra i seguenti: fumo di sigaretta, colesterolemia totale ≥ 200 mg/dl oppure colesterolemia HDL < 40 mg/dl oppure colesterolemia LDL ≥ 130 mg/dl, familiarità per malattia cardiovascolare, anamnesi positiva per TIA o ictus, anamnesi positiva per malattia coronarica (ischemia miocardica documentata da ECG, ecocardiografia da stress o scintigrafia, oppure stenosi angiografica > 50% in almeno 2 rami coronarici principali epicardici, oppure pregresso by-pass aorto coronarico oppure angioplastica oppure Infarto miocardico tipo non-Q), anamnesi positiva per arteriopatia periferica sintomatica (claudicatio intermittens associata ad evidenza angiografica o ecografia di stenosi arteriosa > 60%).

Criteri di esclusione. I criteri di esclusione sono rappresentati dal diabete mellito (in tale condizione non sarebbe etico randomizzare il paziente ad un obiettivo terapeutico diverso dai 130/80 mmHg), dall'insufficienza renale (creatinemia > 2.0 mg/dl), dalla fibrillazione atriale cronica o flutter atriale, da malattie epatiche o ematologiche clinicamente importanti, ed infine dall'impossibilità di una corretta diagnosi ECG di ipertrofia ventricolare sinistra dovuta alla presenza di blocco completo di branca destra o sinistra, sindrome di Wolff-Parkinson-White, precedente infarto del miocardio con onda Q. Sono anche esclusi i

pazienti con malattie comunque influenti sull'aspettativa di vita oppure con valvulopatie significative.

Terapia antipertensiva. Allo scopo di raggiungere l'uno o l'altro dei 2 obiettivi terapeutici previsti dallo studio, la terapia antipertensiva verrà prescritta, in accordo alle correnti Linee Guida, secondo uno schema aperto ed aggiustata ad ogni singolo paziente sulla base del proprio profilo di rischio definito da concomitanti fattori di rischio e malattie associate. È stato costituito un paniere di farmaci che include diuretici (idrocortiazide in combinazione fissa con ramipril o telmisartan, furosemide) ACE-inibitori (ramipril da solo o in combinazione fissa con idrocortiazide), calcio antagonisti (amlodipina), inibitori diretti dell'angiotensina II (telmisartan da solo o in combinazione fissa con idrocortiazide), inibitori centrali del simpatico (clonidina per via transdermica). Da un punto di vista pratico, saranno eseguite visite cliniche ogni 4 mesi fino alla fine dello studio in entrambi i gruppi randomizzati. L'ECG, che sarà letto in un laboratorio centralizzato, sarà eseguito alla randomizzazione e dopo 12 e 24 mesi. Lo studio sarà condotto interamente secondo *Good Clinical Practice*. Sarà pertanto richiesta l'approvazione dei Comitati Etici e delle Direzioni Ospedaliere. Ai fini di semplificare la raccolta dei dati ed i controlli di qualità, la cartella clinica sarà interamente su Internet ed avrà caratteristiche di grande semplicità e piacevolezza grafica. Ovviamente, ciascun centro potrà provvedere alla stampa dei propri dati inseriti in cartella, sia sul singolo paziente che sotto forma di *report* tabellari. Oltre ai controlli automatici e agli *Help on line* forniti dal software, vi sarà una linea telefonica diretta per l'assistenza ai centri.

Numerosità del campione. Il calcolo delle dimensioni del campione è basato sulle seguenti ipotesi: (a) prevalenza di ipertrofia ventricolare sinistra del 25% alla randomizzazione; (b) *nel gruppo di strategia usuale*: prevalenza dell'82% dei soggetti persistentemente senza ipertrofia in aggiunta a quelli con regressione dell'IVS. Prevalenza del 18% dei soggetti con mancata regressione dell'IVS in aggiunta a quelli con nuovo sviluppo di ipertrofia; (c) *nel gruppo di strategia intensiva*: prevalenza dell'88% dei soggetti persistentemente senza ipertrofia in aggiunta a quelli con regressione dell'ipertrofia. Prevalenza del 12% dei soggetti con mancata regressione dell'ipertrofia in aggiunta a quelli con nuovo sviluppo di ipertrofia. È stato fissato un errore di tipo I pari a 0,05 e di tipo II pari a 0,10 (potenza 90%). Utilizzando un test a 2 code, la dimostrazione dell'end-point primario richiede una numerosità del campione di 743 pazienti in ciascuno dei 2 gruppi. Ipotizzando un'incidenza di drop-out pari al 15%, il numero di pazienti da randomizzare dovrà essere di 1.750.

L'arruolamento inizierà nella prima metà del 2004 e continuerà per circa 1 anno. Seguiranno i 2 anni di follow-up.

Questo grande studio clinico dell'ANMCO è reso possibile da un contributo di Aventis, Boehringer-Ingelheim e Pfizer, che ringraziamo vivamente per il loro supporto alle nostre attività di ricerca.

Indubbiamente, le conclusioni di questo studio di intervento, randomizzato e prospettivo, contribuiranno in misura importante a chiarire di quanto debba essere aggressivo il nostro comportamento terapeutico in pazienti con ipertensione arteriosa ed elevato rischio cardiovascolare, ai fini della prevenzione delle complicanze cardiache ed, in generale, cardiovascolari.

Buon lavoro a tutti!

LA FONDAZIONE E L'ANMCO



HCF chi era costei?

Alcuni lettori, come Don Abbondio nei confronti di Carneade, potrebbero domandarsi cosa mai si nasconda sotto questo acronimo.

Mi auguro che siano pochi, perché uno degli sforzi principali del Consiglio di Amministrazione in scadenza, è stato quello di sottolineare la forte integrazione tra Heart Care Foundation e ANMCO, che, pur essendo giuridicamente due entità diverse, da un punto di vista pratico e operativo devono essere considerate due articolazioni della medesima comunità.

HCF è anche mia

HCF è la struttura dell'ANMCO che si rivolge direttamente ai cittadini, cardiopatici e non, con lo specifico obiettivo del loro "empowerment", e cioè con lo scopo di renderli sempre più informati e consapevoli che la loro salute cardiovascolare dipende innanzitutto da loro stessi.

Per fare ciò HCF si avvale del background culturale dell'Associazione e della partecipazione attiva dei suoi iscritti alle varie iniziative.

Non basta pertanto che, in base allo statuto dell'ANMCO, tutti gli iscritti siano anche Associati della Fondazione; questa adesione puramente formale deve trovare riscontro nella disponibilità a dare il proprio contributo di conoscenza e di azione.

Se ciò non accade viene meno una delle principali peculiarità di HCF: diversamente da altre Fondazioni essa può teoricamente contare sulla attiva partecipazione di ben 5.000 cardiologi presenti su tutto il territorio nazionale e in quasi tutti gli Ospedali; ciò rende possibile il trasferimento sul campo delle varie iniziative e la diffusione capillare dei messaggi.

Se questo senso di appartenenza ad HCF non si sviluppa, la Fondazione corre il rischio di rimanere un corpo separato, estraneo alla sensibilità e alla prassi dei Cardiologi ANMCO, e in tal modo è destinata a certificare il proprio fallimento. Nel momento in cui l'attuale Consiglio di Amministrazione di HCF giunge al termine del suo mandato biennale, ho ritenuto opportuno sottolineare que-



Paul Gauguin, *Da dove veniamo? Chi siamo? Dove andiamo?*, 1897

st'aspetto, nella speranza che tutto ciò che è già programmato e ciò che verrà proposto dal prossimo CdA possa trovare la convinta adesione di tutti gli iscritti all'Associazione.

Le cose da fare assieme

La prima scadenza è rappresentata dalla II Campagna "Ascolta il tuo Cuore", fatta in collaborazione con la Fondazione Aventis, che si svilupperà in una ventina di grandi Centri Commerciali e nei principali Aeroporti italiani. Ancora una volta l'obiettivo è quello di informare e sensibilizzare due diversi target di popolazione all'importanza dei fattori di rischio e al rischio cardiovascolare globale. Potrebbe essere questa la prima occasione in cui si utilizza sul campo la nuova **Carta del rischio cardiovascolare dell'Istituto Superiore di Sanità**, supe-

rando in tal modo i problemi connessi a Carte costruite su popolazioni diverse e destinate a sovrastimare il rischio.

I Presidenti Regionali e i Referenti Regionali di HCF saranno prontamente avvisati riguardo alle iniziative previste nel territorio di loro competenza, in modo da facilitare il massimo coinvolgimento.

Dal 16 al 18 aprile si svolgerà "Roma Città del Cuore": i Cardiologi dell'ANMCO presidieranno la capitale con una serie di eventi: 1) apertura degli ospedali alla popolazione, 2) presenza nelle piazze principali con tensostrutture ove i cittadini potranno misurare il proprio rischio cardiovascolare e ricevere counseling adeguato, 3) concerto del cuore nel nuovo Auditorium Comunale, 4) concentrazione dei Cardiologi, se possibile con bicicletta, ai Fori Imperiali, da cui simbolicamente partiranno per i vari quartieri della città.



In contemporanea si svolgerà all'Istituto Superiore di Sanità un evento scientifico di rilevanza nazionale: "La III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari". L'obiettivo della Conferenza, promossa da ANMCO/HCF e ISTISAN è quello di fare il punto sull'epidemiologia e sulle strategie preventive mettendo a confronto esperienze e competenze diverse, e sarà l'occasione per il lancio ufficiale della Carta del Rischio Italiana.

Mobilizzazione sul campo dei Cardiologi, contatto diretto con i cittadini, approfondimento scientifico: sono i tre elementi che caratterizzano la nostra azione e dovrebbero trovare la loro sintesi in questo evento che ci auguriamo possa avere anche una grande rilevanza mediatica. È solo attraverso la conoscenza diffusa di HCF/ANMCO che potremo sperare in un prossimo futuro di trovare anche sostegno economico alle nostre iniziative a favore di tutta la popolazione.

Se i Cardiologi vogliono essere credibili nei confronti dei cittadini, in primo luogo dei cittadini che ad essi si rivolgono per qualche problema, devono anche avere il coraggio di farsi giudicare, in qualche modo devono essere disposti a mettersi in discussione, a partire da un'ottica non strettamente tecnico-specialistica. Per questo nei prossimi mesi partirà un progetto di valutazione della **Qualità Percepita da parte degli utenti dei Servizi Cardiologici di Degenza e Ambulatoriali**. È questo un progetto sviluppato in collaborazione con Eurisko, uno dei maggiori istituti di ricerca sociale, e partirà con uno studio pilota su circa 80 strutture rappresentative della realtà cardiologica nazionale.

L'obiettivo è quello di mettere a punto uno strumento di monitoraggio della qualità percepita da utilizzare routinariamente nelle strutture cardiologiche di tutta

Italia: le informazioni raccolte potranno consentire operazioni di confronto tra strutture analoghe, e soprattutto saranno di stimolo alla Cardiologia Italiana per resettare i propri comportamenti, considerando anche i bisogni e le difficoltà espresse dagli utenti.

Sarebbe la prima volta in Italia che un'intera specialità (per di più rilevante come la Cardiologia) si misura, in termini rigorosi e scientificamente garantiti da un Istituto esterno, con l'opinione che i cittadini hanno su di lei. Il timing del progetto prevede che entro l'estate possa essere completato lo studio pilota.

Un ultimo progetto è in fase di elaborazione: una **Campagna nazionale per ridurre il tempo decisionale del paziente** in caso di sintomi sospetti di attacco cardiaco. I dati del BLITZ 1 confermano che ancor oggi in Italia oltre la metà dei pazienti con infarto miocardico giunge in ospedale dopo 2 ore dall'inizio dei sintomi. Altre ricerche hanno documentato che la quota maggiore di tale latenza è attribuibile al ritardo decisionale del paziente. È tempo che anche nel nostro paese si attivi una campagna di informazione su questo tema. Strettamente connesso alla campagna vi sarà un approfondimento delle complesse motivazioni che portano al ritardo decisionale, in modo da individuare messaggi e modalità di comunicazione che risultino più efficaci rispetto a simili campagne effettuate in altri paesi e il cui risultato è stato almeno parzialmente deludente.

Tutte queste iniziative sono state inserite nel **"2004 anno del cuore"** un'iniziativa promossa dal Ministero della Salute e ratificata ufficialmente dal Consiglio dei Ministri, per cui quest'anno, tanto le istituzioni nazionali, quanto quelle regionali si impegnano a sostenere e a promuovere con varie iniziative la prevenzione e la salute cardiovascolare.

È stato costituito un gruppo di lavoro di consulenza al Ministero della Salute denominato **"Alleanza per il cuore"**, coordinato dalla FIC e a cui partecipano

attivamente HCF e ANMCO: è la prima volta in Italia che gli organi istituzionali si impegnano direttamente per promuovere la salute cardiovascolare. È un'occasione da non perdere soprattutto da parte di chi, come noi, ha la competenza scientifica e la capacità organizzativa per riempire di contenuti il "2004 anno del cuore".

Cari amici, in questi due anni di attività, il CdA di HCF, con le scarse risorse a disposizione, ha realizzato alcuni progetti, ne ha avviati altri, ma soprattutto ha cercato di imporre il brand HCF/ANMCO all'attenzione del pubblico e delle istituzioni. Alcuni risultati parziali già si vedono, ma il percorso è ancora lungo e richiede impegno quotidiano e collaborazione da parte di tutti.

Per quanto mi riguarda garantisco la continuità del mio impegno a sostegno del nuovo CdA, ma soprattutto invito tutti gli Associati dell'ANMCO a contribuire allo sviluppo della Fondazione con la propria competenza e disponibilità.

Se ciò avverrà, tra due anni potremmo anche decidere di affidare la Presidenza ad un laico: se HCF è la struttura dell'ANMCO per i cittadini, una Presidenza laica sarebbe un segnale convincente che la Fondazione ha raggiunto i suoi obiettivi.



Ubaldo Oppi, *Le amiche*, 1924

Tuttoc cuore



Il 2004 è l'anno del cuore

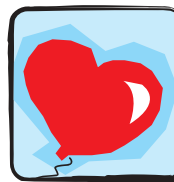
Progetto TUTTOCUORE **Iniziative di Heart Care Foundation**

ROMA **CITTÀ DEL CUORE**

(17-18 aprile)

- 2^a Campagna "Ascolta il tuo cuore, usa il cervello"
- "Customer Satisfaction": studio sulla qualità percepita dai pazienti afferenti alle strutture cardiologiche italiane
- Iniziative locali a cura della rete dei Referenti Regionali HCF
- "Cardiologie aperte ai cittadini"
- "muoviamocidi più"
- ANMCO - HCF 3^a Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari (Roma 15-16 aprile)
- Progetto "Riduzione del Ritardo Decisionale nell'attacco cardiaco"
- www.tuttoc cuore.it - www.heartcarefound.org
- Progetto Scuola:
 - Corsi di aggiornamenti per Docenti
 - Finalizzazione del Programma "Apprendere a portare soccorso al cuore"
 - Nuova edizione Programma "Io, il mio cuore e..."

Tel. ++39 055575661 Fax ++39 055582756
e-mail: heartcarefound@heartcarefound.org
www.heartcarefound.org
www.tuttoc cuore.it



**Heart
Care
Foundation**



O.N.L.U.S. Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari

Tuttoc cuore



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI 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
CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Roma Città del Cuore

DATI PERSONALI

Nome _____

Cognome _____

Telefono/Cellulare _____

Ospedale _____

Città _____

E-mail _____

SEI CAPACE DI ANDARE IN  ?

SI NO

NE POSSIEDI UNA CHE MAGARI VORRESTI RISPOLVERARE?

SI NO

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

SI NO

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



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 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 90,00 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 70,00 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 50,00 per i Soci Aggregati

Il suddetto importo include la somma di € 15,00 (quindici/00) comprensivo di IVA che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto alla società CEPI s.r.l., con sede a Roma, Via N. Tartaglia n. 3, 00197 Roma, Codice Fiscale: 00393740584 e Partita IVA 00877781005, a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico della Federazione Italiana di Cardiologia, rivista denominata "Italian Heart Journal" con sottotitolo "Official Journal of the Italian Federation of Cardiology, Official Journal of the Italian Society for Cardiac Surgery".

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

- € 90,00 per i Dirigenti di Struttura Complessa
- € 70,00 per altri Incarichi Dirigenziali
- € 10,00 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

Socio Aggregato

- € 50,00

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

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

CAMPANIA

Dott. CARMELO CHIEFFO - Ospedale Civile - Via Tescione - 81100 CASERTA - tel. 0823/232395 - e-mail: 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

FRIULI VENEZIA GIULIA

Dott. GIANFRANCO SINAGRA - Ospedale Maggiore - Piazza Ospedale - 34100 Trieste - tel. 040/399111 - e-mail: gianfranco.sinagra@aots.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

LIGURIA

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

LOMBARDIA

Dott. ANTONIO VINCENTI - Ospedale San Gerardo - Via Donizetti, 106 - 20052 MONZA - tel. 039/2333032 - e-mail: monzarit@tin.it

MARCHE

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

MOLISE

Dott.ssa VANDA MAZZA - Ospedale F. Veneziale - Via S. Ippolito - 86170 ISERNIA - tel. 0865/442285 - e-mail: vanda.mazza@virgilio.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Dott. GIULIANO BROCCHI - Ospedale Martini - Via Tofane, 71 - 10142 Torino - tel. 011/70951 - e-mail: 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

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

PUGLIA

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

SARDEGNA

Dott. PAOLO BONOMO - Ospedale SS. Trinità - Via Is. Mirrionis, 92 - 09100 CAGLIARI - tel. 070/6091 - e-mail: 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

TOSCANA

Dott. FRANCESCO MAZZUOLI - Azienda Ospedaliera Careggi - V.le Morgagni, 85 - 50139 FIRENZE - tel. 055/4277285 - e-mail: 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

VENETO

Dott. LOREDANO MILANI - Ospedale Civile - Via N. Sauro, 25 - 30027 San Donà di Piave (VE) - tel. 0421/227111 - e-mail: 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 Cardiochirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro _____

Tipologia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia * |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto * |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto * |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> 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: _____

Non compilare

Qualifica:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dirigente II livello | <input type="checkbox"/> Dirigente I livello | <input type="checkbox"/> Prof. Ordinario | <input type="checkbox"/> Prof. Associato |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Medico in formazione | <input type="checkbox"/> Medico di base | <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

In quiescenza:

Non di ruolo:

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

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico | <input type="checkbox"/> Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra | <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia |
| <input type="checkbox"/> Biologia cellulare del cuore | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e prevenzione | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia | <input type="checkbox"/> Cardiopatie valvolari | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia | <input type="checkbox"/> Informatica | <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia | <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, emostasi e trombosi | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute |
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed elettrostimolazione | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica | |
| | <input type="checkbox"/> Malattie del miocardio e del pericardio | |
| | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica | |

Altro (non più di due):

- Pianificazione ed organizzazione delle strutture sanitarie
 Organizzazioni di manifestazioni culturali
 Attività organizzativo gestionale

Sono interessato alla seguente Area:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area Chirurgica - ACH | <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza - AEU |
| <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ |
| <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione - AP | <input type="checkbox"/> Area Scorporo - 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 il Centro Servizi ANMCO srl, 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, Centro Servizi ANMCO srl, 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 _____



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

Fellow per il campo scientifico-didattico-editoriale

Fellow per il campo organizzativo-gestionale

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Indirizzo lavorativo:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

ANNO DI LAUREA _____ ANNO D'ISCRIZIONE ALL'ANMCO _____

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE _____

Lingue conosciute _____

Livello di conoscenza: ECCELLENTE BUONO MEDIOCRE

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

lettera di presentazione del Delegato Regionale e di 2 Fellow;

cati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri;

curriculum vitae completo;

lista sintetica dei soli titoli delle 5 pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubbli-

attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;

lista delle relazioni invitate con segnalazione convegno relativo, degli ultimi 5 anni;

due fotografie a colori formato tessera

Campi di interesse nell'ambito dell'attività scientifico-didattico-editoriale in cui il candidato si ritiene esperto (massimo 2)

Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico

Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra

Malattie del miocardio e del pericardio

Biologia cellulare del cuore

Epidemiologia e prevenzione

Emodinamica e Cardiologia Interventistica

Farmacologia in Cardiologia

Cardiopatie valvolari

Cardiochirurgia

Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia

Informatica

Insufficienza cardiaca

Ecocardiografia

Aterosclerosi, emostasi e trombosi

Cardiologia Pediatrica

Aritmologia ed elettrostimolazione

Ipertensione arteriosa sistemica

Cardiologia Clinica

Sindromi Coronariche Acute

Campi di interesse nell'ambito dell'attività organizzativo-sindacale in cui il candidato si ritiene esperto (massimo 2)

Pianificazione ed organizzazione delle strutture sanitarie

Organizzazioni di manifestazioni culturali

Attività organizzativo gestionale

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.

Responsabile del trattamento è il Centro Servizi ANMCO srl, 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 as-

soziazioni, 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, Centro Servizi ANMCO srl, 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 _____

• Si ricorda che il termine di presentazione delle domande è il 31 marzo 2004 •

FELLOWSHIP ANMCO

Il 31 marzo 2004 scade il termine per la presentazione delle domande

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO.
- 2a. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale,
 - partecipando come autore o coautore a 5 ricerche scientifiche pubblicate su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni, *oppure*:
 - documentando la partecipazione attiva a congressi nazionali od internazionali come moderatore, revisore dei contributi scientifici o relatore in 5 occasioni negli ultimi 5 anni, *oppure*:
 - documentando l'attività continuativa di revisore per una rivista cardiologica recensita dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni.
- 2b. Avere dimostrato un impegno costante negli ultimi 5 anni nel campo organizzativo-sindacale,
 - documentando la partecipazione a Direttivi ANMCO, Regionali o Nazionali, a Commissioni ANMCO, a Gruppi di Studio od Aree ANMCO (con funzione di coordinatore), a Committee, Board, o Working Group (come delegato nazionale) della Società Europea di Cardiologia, *oppure*:
 - documentando la partecipazione non episodica in qualità di organizzatore a manifestazioni scientifiche ufficiali di rilevanza nazionale od internazionale, *oppure*:
 - documentando l'attività continuativa negli ultimi 5 anni in commissioni sanitarie regionali o nazionali, *oppure ancora*:
 - dimostrando l'attività di dirigente sindacale medico regionale o nazionale.

Domanda di ammissione alla Fellowship

Nella domanda va dichiarato il campo di interesse (scientifico-didattico-editoriale oppure organizzativo-sindacale, oppure entrambi). La domanda va corredata dai seguenti documenti:

- a - modulo apposito, debitamente compilato;
- b - due fotografie, formato tessera;
- c - curriculum vitae completo;
- d - attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- e - lista sintetica dei soli titoli delle 5 pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri;
- f - lista delle relazioni invitate con segnalazione convegno relativo, degli ultimi 5 anni;
- g - segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel mo-

- dulo e si possono operare fino a 2 scelte);
- h - lettera di presentazione del Delegato Regionale e di 2 Fellow; l'elenco dei Fellow sarà pubblicato su ogni numero di Cardiologia negli Ospedali o su apposita pubblicazione;
- i - indicazioni delle lingue straniere eventualmente conosciute con precisazione del livello di conoscenza (eccellente, buona, mediocre) sia per la lingua scritta che parlata.

Per i Soci che siano già Fellow della Società Europea di Cardiologia, dell'American College of Cardiology o dell'American Heart Association, considerati gli elevati criteri di selezione di queste Fellowship si concede, qualora il candidato lo desideri e lo dichiari nella domanda, di evitare di produrre la documentazione di quanto dettagliato ai punti c, d, e, f, h.

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro il **31 marzo** dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 7 membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale. Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 membri; la decisione è a maggioranza assoluta (4 voti favorevoli).

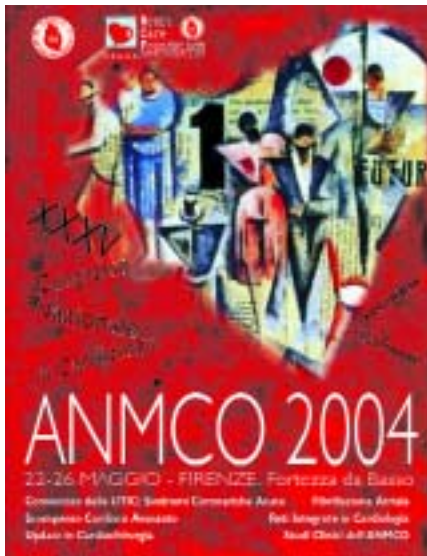
I membri sono:

1. Il Presidente dell'ANMCO in carica;
2. Uno dei Direttori in carica dell'Italian Heart Journal;
3. Il Vice Presidente culturale dell'ANMCO in carica;
4. Quattro Fellow indicati dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO (il Consiglio dovrà nominarne 8, da contattare nell'ordine, in modo da consentire che la Commissione possa riunirsi facilmente).

La Commissione ha facoltà di ricusare una domanda di ammissione alla Fellowship, motivando il rifiuto per iscritto.

La Commissione ha il compito di verificare, se del caso, l'appartenenza ad altre Fellowship dichiarata del candidato.

I componenti della Commissione durano in carica per il periodo di tempo di due anni e possono essere rinnovati per il solo mandato successivo; nel caso che un componente ricopra cariche consecutive che lo collocano di diritto tra i componenti della Commissione, allo scadere del quarto anno egli sarà sostituito da un quinto Fellow indicato dal Consiglio Direttivo.



ANMCO 2004

XXXV CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

22-26 maggio 2004

FIRENZE, Fortezza da Basso - Viale Strozzi, 1

INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

EVENTI SEMINARIALI

Incontri di 1 ora, con pre-iscrizione gratuita, dove si privilegeranno gli aspetti formativi. Saranno fortemente interattivi, con due coordinatori e numero chiuso.

Ogni evento è riservato a 100 persone e predisposto per la conservazione per il "Centro Formazione ANMCO".

Per l'iscrizione si prega di utilizzare la scheda allegata e di inviarla alla Segreteria Centro Servizi ANMCO srl (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze) **entro il 26 Aprile 2004**. Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti e per l'assegnazione varrà la data del timbro postale.

I Seminari si articoleranno nelle seguenti modalità:

How to: metodologia clinica, di laboratorio, di ricerca, di gestione, con riferimento a standard e VRQ.

Controversie: pro e contro su argomenti di attualità.

Focus on: il punto su tecniche, procedure e terapie di avanguardia.

MINIMASTER

Corsi teorico-pratici di 5 ore di clinical competence in Cardiologia.

Saranno a numero chiuso ed è necessaria la pre-iscrizione, con una quota di 300 Euro a corso. Ogni evento è riservato a 50 persone e predisposto per la conservazione per il "Centro Formazione ANMCO".

Per l'iscrizione si prega di utilizzare la scheda allegata e di inviarla alla Segreteria Centro Servizi ANMCO srl (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze) **entro il 26 Aprile 2004**.

Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti e per l'assegnazione varrà la data del timbro postale.

A coloro che resteranno esclusi dal MiniMaster prescelto verrà offerta la possibilità di partecipare ad un altro corso, oppure verrà restituita interamente la quota versata.

I MiniMaster verranno accreditati presso il Ministero della Salute con punteggio autonomo rispetto a quello relativo alle giornate del Congresso.

UPDATE

Aggiornamenti sulle evidenze scientifiche disponibili nei diversi settori della Cardiologia.

SESSIONI PLENARIE

Reti integrate in Cardiologia: a che punto siamo?

Update in Cardiochirurgia

Convention delle UTIC: sindromi coronariche acute NSTE

Scompenso cardiaco avanzato

Fibrillazione atriale

Gli studi clinici dell'ANMCO

... e ancora

Simposi tradizionali

Simposi congiunti con altre Società scientifiche

Comunicazioni orali e Poster

Simposi e Letture satellite

Luncheon Panel

RIUNIONI DI AREA

Gli orari delle Riunioni delle Aree ANMCO e dei Gruppi di Studio e Società di Area Cardiovascolare saranno riportati nel Programma predefinitivo.

ASSEMBLEA DEI SOCI ANMCO

L'Assemblea dei Soci ANMCO si svolgerà Lunedì 24 Maggio dalle ore 11.45 alle ore 15.15. Si ricorda che per partecipare all'Assemblea occorre essere in regola con le quote associative.

Verrà data la possibilità di consumare uno "snack".

ELEZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO

Dalle ore 8.30 alle ore 14.30 di Martedì 25 Maggio si svolgeranno le operazioni di voto per il rinnovo del Consiglio Direttivo ANMCO.

Il nuovo Direttivo resterà in carica dal Maggio 2004 al Maggio 2006.

EVENTO "TUTTI INSIEME"

Si svolgerà la sera di Martedì 25 Maggio 2004. Per l'adesione si prega di utilizzare la scheda di iscrizione allegata.

CREDITI FORMATIVI ECM

È stata inoltrata al Ministero della Salute richiesta per i crediti formativi ECM - Educazione Continua in Medicina. I crediti assegnati verranno indicati sul Programma finale.

L'attestato di partecipazione con l'indicazione dei crediti formativi ottenuti verrà inviato agli iscritti dopo il Congresso.

A tutti gli iscritti verrà comunque consegnato, alla fine del Congresso, l'attestato di frequenza.

ISCRIZIONI

La quota di iscrizione al Congresso è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici.

In caso di annullamento, si prega di rivolgersi alla Segreteria del Centro Servizi ANMCO srl entro il 20 Aprile 2004. La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Per gli annullamenti dopo tale data non è previsto alcun rimborso.

Le pre-iscrizioni agli Eventi Seminari e ai MiniMaster sono subordinate all'iscrizione al Congresso e verranno accettate fino al raggiungimento del numero massimo previsto.

L'elenco degli Eventi Seminari e dei MiniMaster con pre-iscrizione si trova sulla scheda di iscrizione allegata. **È vivamente raccomandata la pre-iscrizione ai Seminari per una migliore programmazione degli eventi.**



XXXX
**Congresso
 Nazionale
 di Cardiologia**



ANMCO 2004

22-26 MAGGIO - FIRENZE, Fortezza da Basso

**Si prega di inviare la scheda a Centro Servizi ANMCO srl - Via A. La Marmorata, 36 - 50121 Firenze
 entro e non oltre il 26 Aprile 2004**

Cognome _____ Nome _____
 Via _____ N. _____
 Cap. _____ Città _____ Prov. _____
 Tel. _____ Fax _____
 E-mail _____
 Cod. Fiscale/P. IVA _____
(Assolutamente indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti formativi ECM)

ISCRIZIONI (IVA 20% inclusa)

	Quota entro il 18/4/2004	Quota dal 19/4 al 26/4/2004	Quota al Congresso
Soci ANMCO, SIC, ANCE, ARCA, SICP, SICCH, SICOA	€ 230	€ 280	€ 340
Non soci	€ 300	€ 360	€ 400
Giovani Medici (nati dopo il 1°/1/74)	€ 150	€ 180	€ 240
MiniMaster®	€ 300	€ 300	-
Eventi Seminariali®	Iscrizione gratuita	Iscrizione gratuita	Iscrizione gratuita
Evento "Tutti insieme"	€ 60	€ 72	€ 96

Allego le seguenti quote:

Socio ANMCO Socio SIC Socio ANCE
 Socio ARCA Socio SICP Socio SICCH € _____
 Socio SICOA
 Non socio € _____
 Giovane medico (nato il _____) € _____
 MiniMaster® € _____
 Evento "Tutti insieme" n. persone € _____
TOTALE € _____

mediante assegno N. _____
 della Banca _____
 intestato a Centro Servizi ANMCO srl con dicitura "non trasferibile".

Ai sensi della L. 31 dicembre 1996, n. 675 si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni in materia sanitaria. I Suoi dati verranno utilizzati per l'espletamento delle procedure contabili relative al pagamento della quota di iscrizione, e potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerLa aggiornata circa le nostre prossime iniziative scientifiche e comunicati a terzi, in tal caso, al fine di poterLe inviare ogni pubblicazione anche su CD Rom inerente la Manifestazione Congressuale. A tale ultimo fine potranno essere comunicati anche alla Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari ONLUS - Heart Care Foundation. Lei ha comunque il diritto di opporsi a tale trattamento. Titolari del trattamento sono ANMCO e Centro Servizi ANMCO srl con sede in Firenze, Via A. La Marmorata, 36 e nei loro confronti Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della citata L. n. 675/1996. La mancata accettazione al trattamento dei Suoi dati comporta l'impossibilità di gestire la Sua iscrizione alla manifestazione e l'invio dei materiali e delle pubblicazioni ad essa inerenti.

Data _____ Firma _____

* Si prega di scegliere gli eventi elencati nella pagina seguente

SCHEDA DI ISCRIZIONE



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Desidero iscrivermi ai seguenti Eventi Seminari

Sabato 22 Maggio ore 13.00-14.00

CONTROVERSIE

- Nello scompenso cardiaco: misurazione diretta del VO2 max a tutti?
- Fibrillazione atriale recidivante: controllo del ritmo o della frequenza?

HOW TO

- Ecocardiografia/cardiologia nucleare e terapia di re-sincronizzazione ventricolare

FOCUS ON

- Il BNP nella pratica clinica: è veramente utile?
- Valutazione del paziente cardiopatico con indicazione alla chirurgia maggiore extracardiaca
- Bassa condizione sociale quale fattore di rischio di cardiopatia ischemica nei paesi industrializzati
- Approccio multimarker al paziente con sindrome coronarica acuta
- Ruolo del cardiologo nella gestione del paziente con dolore toracico in DEA

Domenica 23 Maggio ore 11.45-12.45

CONTROVERSIE

- ACE-inibitori, AT2-inibitori, beta-bloccanti, antialdosteronici: l'inibizione del sistema RAA e simpatico deve essere la più completa possibile?
- Lo studio elettrofisiologico "puro e semplice" non è più attuale?
- Centri di eccellenza per la gestione dell'infarto miocardico acuto

HOW TO

- Terapia dell'anemia: una nuova arma nel trattamento dello scompenso cardiaco?
- Come eseguire uno studio appropriato del cuore con risonanza magnetica
- Endocardite infettiva: problemi emergenti
- Esercizio fisico e cardiopatie

FOCUS ON

- La correzione dell'insufficienza mitralica ischemica
- Angioplastica primaria: il ruolo dei device

Domenica 23 Maggio ore 18.30-19.30

CONTROVERSIE

- Il BPAC è superiore alla PTCA nel paziente diabetico?

- Il volume di procedure come marker di qualità in interventistica coronarica

HOW TO

- Il training fisico nello scompenso cardiaco

FOCUS ON

- Quando non prescrivere un farmaco genericamente raccomandato
- Linee guida sulla sincope
- Ruolo dell'ICD nelle cardiopatie non ischemiche
- Imaging radiologico e nucleare nella diagnostica dell'embolia polmonare
- Psicologia in cardiologia tra sapere e operatività

Martedì 25 Maggio ore 11.45-12.45

CONTROVERSIE

- Linee guida nordamericane ed europee per l'ipertensione arteriosa

HOW TO

- Gestione ambulatoriale e territoriale dello scompenso cardiaco

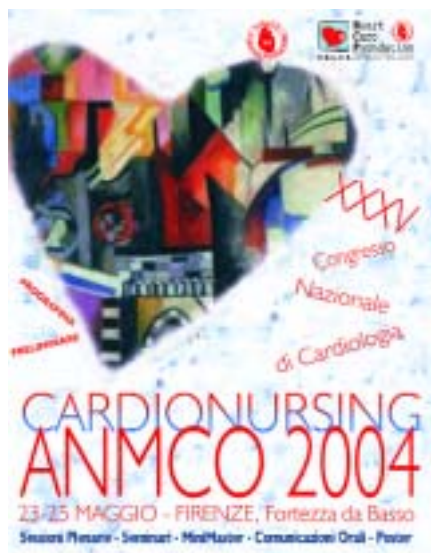
FOCUS ON

- La funzione renale nello scompenso cardiaco: implicazioni terapeutiche
- Risultati delle più recenti tecniche ablative
- Risk management in cardiologia. Strumento utile o ulteriore peso burocratico?
- Nuovi ecocardiografi portatili: impatto clinico e organizzativo
- Nuove metodiche di imaging in ecocardiografia: ricerca o pratica clinica?
- La proteina C reattiva: dalla fisiopatologia alle linee guida
- Rivascolarizzazione miocardica dopo l'avvento degli stent medicati

Desidero iscrivermi al seguente MiniMaster

- Principi di metodologia e biostatistica per il cardiologo
- Coronary interventional cardiology for clinical cardiologists
- Cardiologia preventiva e riabilitativa
- Electrical therapy with implantable devices

ATTENZIONE: gli Eventi Seminari sono in contemporanea per ogni sessione; non sceglierne più di uno per fascia oraria.



CARDIONURSING ANMCO 2004

**XXXV CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA
DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI**

23-25 maggio 2004

FIRENZE, Fortezza da Basso - Viale Strozzi, 1



CARDIONURSING ANMCO 2004

Siamo pronti al nostro nuovo annuale appuntamento con gli Infermieri e i Tecnici delle Cardiologie ospedaliere italiane.

Dal punto di vista organizzativo, abbiamo mantenuto la struttura dell'anno precedente: tre giorni di attività congressuale, con Seminari, Controversie e MiniMaster. Un Simposio, anche quest'anno, sarà in comune fra Infermieri e Cardiologi.

Le Comunicazioni saranno, per la prima volta, integrate con le Sessioni Seminari.

Sarà ampliata l'offerta della tipologia e della disponibilità di posti per i MiniMaster.

Abbiamo, inoltre, previsto non soltanto un premio per le dieci migliori comunicazioni, ma anche un premio speciale per il miglior poster.

Il consenso ricevuto dall'edizione precedente ci stimola a cercare di realizzare un Congresso sempre più rispondente alle esigenze della professione infermieristica che, particolarmente nell'ambito della Cardiologia, sente fortemente l'esigenza non soltanto di un momento formativo di alta qualificazione ma, e forse soprattutto, di un'occasione annuale di stretta integrazione ed interrelazione con la componente medica.

MINIMASTER

Sei corsi di approfondimento teorico-pratici della durata di 5 ore per promuovere la nursing-competence in scompenso cardiaco, aritmologia, prevenzione e riabilitazione cardiovascolare,

elettrocardiografia, cardiologia geriatrica e semeiotica cardiovascolare.

I MiniMaster sono suddivisi in 2 parti.

I corsi sono riservati a 30 persone ciascuno ed è necessaria una pre-iscrizione con una quota di 100 Euro ognuno.

Per l'iscrizione si prega di utilizzare la scheda allegata e di inviarla alla segreteria Centro Servizi ANMCO srl (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze) entro il **26 Aprile 2004**.

Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti e per l'assegnazione varrà la data del timbro postale.

A coloro che resteranno esclusi dal MiniMaster prescelto verrà offerta la possibilità di partecipare ad un altro corso, oppure verrà restituita interamente la quota versata. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi alla segreteria Centro Servizi ANMCO srl entro il 20 Aprile 2004.

La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Per gli annullamenti dopo tale data non è previsto alcun rimborso.

I MiniMaster saranno accreditati presso il Ministero della Salute con un punteggio autonomo rispetto a quello relativo alle giornate del Cardionursing. I due punteggi sono cumulabili.

SEMINARI

Sessioni di un'ora e mezza ciascuna focalizzate su argomenti di attualità in tema di nursing in Cardiologia.

Le Comunicazioni selezionate fra gli abstract ricevuti saranno, per la prima volta, integrate con le sessioni seminariali.

RIUNIONE DI AREA

La riunione dell'Area Nursing ANMCO si svolgerà Domenica 23 Maggio, dalle ore 18.00 alle ore 19.30.

EVENTO TUTTI INSIEME

Si svolgerà la sera di Martedì 25 Maggio 2004.

Per l'adesione si prega di utilizzare la scheda di iscrizione allegata.

CREDITI FORMATIVI ECM

È stata inoltrata al Ministero della Salute richiesta per i crediti formativi ECM - Educazione Continua in Medicina. I crediti assegnati verranno indicati sul Programma definitivo.

L'attestato di partecipazione con l'indicazione dei crediti formativi ottenuti verrà inviato agli iscritti dopo il Congresso.

A tutti gli iscritti verrà comunque consegnato, alla fine del Congresso, l'attestato di frequenza.

ISCRIZIONI

L'iscrizione è gratuita ad esclusione della partecipazione ai MiniMaster. Si pregano comunque gli Infermieri e i Tecnici di Cardiologia di compilare la scheda di iscrizione e di inviarla **entro il 26 Aprile 2004**.

La pre-iscrizione ai MiniMaster sarà subordinata all'iscrizione al Congresso.

Le iscrizioni verranno accettate fino al raggiungimento del numero massimo previsto per ciascun MiniMaster (30 persone).



XXXX
 Congresso
 Nazionale
 di Cardiologia



CARDIONURSING ANMCO 2004

23-25 MAGGIO - FIRENZE, Fortezza da Basso

Cognome _____ Nome _____
 Via _____ N. _____
 Cap. _____ Città _____ Prov. _____
 Tel. _____ Fax _____
 E-mail _____

Cod. Fiscale/P. IVA _____
 (Assolutamente indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti formativi ECM)

L'ISCRIZIONE A CARDIONURSING È GRATUITA

	Quota entro il 18/4/2004 (IVA 20% compresa)	Quota dal 19/4 al 26/4/2004 (IVA 20% compresa)	Quota al Congresso (IVA 20% compresa)
EVENTO "TUTTI INSIEME"	Euro 30	Euro 36	Euro 48

MINIMASTER

Desidero iscrivermi al seguente MiniMaster (Euro 100 IVA 20% compresa):

- "Il laboratorio di aritmologia"
- "Prevenzione e riabilitazione cardiovascolare"
- "Nursing in Cardiologia geriatrica"
- "Semeiotica cardiovascolare"
- "Elettrocardiografia"
- "La formazione dell'infermiere per l'ambulatorio dedicato allo scompeno cardiaco"

ALLEGO LE SEGUENTI QUOTE:

<input type="radio"/> Evento "Tutti insieme..."	n. persone	Euro
<input type="radio"/> Quota MiniMaster (sopra prescelto)		Euro
Totale		Euro

mediante assegno n. _____
 della Banca _____
 intestato a Centro Servizi ANMCO srl con dicitura "non trasferibile".

*Ai sensi della L. 31 dicembre 1996, n. 675 si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni in materia sanitaria. I Suoi dati verranno utilizzati per l'espletamento delle procedure contabili relative al pagamento della quota di iscrizione, e potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerLa aggiornata circa le nostre prossime iniziative scientifiche e comunicati a terzi, in tal caso, al fine di poterLe inviare ogni pubblicazione anche su CD Rom inerente la Manifestazione Congressuale. A tale ultimo fine potranno essere comunicati anche alla Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari ONLUS - Heart Care Foundation. Lei ha comunque il diritto di opporsi a tale trattamento. Titolari del trattamento sono ANMCO e Centro Servizi ANMCO srl con sede in Firenze, Via A. La Marmara, 36 e nei loro confronti Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 13 della citata L. n. 675/1996. La mancata accettazione al trattamento dei Suoi dati comporta l'impossibilità di gestire la Sua iscrizione alla manifestazione e l'invio dei materiali e delle pubblicazioni ad essa inerenti".

Data _____ Firma _____

MiniMaster

ANMCO 2004

**XXXV CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA
DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI**

MiniMaster Medici

Sabato 22 maggio 2004 - ore 08.00-13.00

- Principi di metodologia e biostatistica per il cardiologo
- Coronary interventional Cardiology for clinical cardiologists*
(in collaborazione con la Società Europea di Cardiologia)
- Cardiologia preventiva e riabilitativa

Martedì 25 maggio 2004 - ore 09.00-16.30

- Electrical therapy with implantable devices (in collaborazione con la Società Europea di Cardiologia)

Deadline iscrizione: **26 aprile 2004**

Quota di iscrizione: 300 €

Numero partecipanti: max 50

Accreditamento ECM con punteggio autonomo rispetto a quello relativo al Congresso

Per informazioni rivolgersi a:

Segreteria ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055/571798 - Fax 055/579334 - e-mail: segreteria@anmco.it

Per iscriversi utilizzare il modulo che troverete a pag. 23 unitamente all'assegno bancario e spedire a:

Segreteria Centro Servizi ANMCO srl - Via La Marmora, 36

50121 Firenze, entro il 26 aprile 2004 per posta ordinaria

* max 100 partecipanti

MiniMaster

CARDIONURSING

ANMCO 2004

XXXV CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA
DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

MiniMaster Infermieri

Domenica 23 maggio 2004 (I parte) - ore 08.00-10.30

Martedì 25 maggio 2004 (II parte) - ore 08.00-10.30

- Il Laboratorio di Aritmologia
- Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare
- Nursing in Cardiologia Geriatrica
- Semeiotica Cardiovascolare
- Elettrocardiografia
- La formazione dell'Infermiere per l'Ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco

Deadline iscrizione: **20 aprile 2004**

Quota di iscrizione: 100 €

Numero partecipanti: max 30

Accreditamento ECM con punteggio autonomo rispetto a quello relativo al Congresso Cardionursing

Per informazioni rivolgersi a:

Segreteria ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055/571798 - Fax 055/579334 - e-mail: segreteria@anmco.it

Per iscriversi utilizzare il modulo che troverete a pag. 26 unitamente all'assegno bancario e spedire a:

Segreteria Centro Servizi ANMCO srl - Via La Marmora, 36
50121 Firenze, entro il 20 aprile 2004 per posta ordinaria

Modulo di iscrizione alla ANMCO-FeSMeD

Data

Il sottoscritto Prof/Dott
(cognome e nome)

Nato a il

Abitante a prov. c.a.p.

Via

Telefono: casa ospedale

e-mail

Qualifica

Unità Operativa/Servizio

Ospedale

USSL n° Regione

Via Città c.a.p.

autorizza l'Amministrazione a trattenere la quota associativa a favore dell'ANMCO, per l'importo stabilito dal Consiglio Nazionale ANMCO e che attualmente ammonta a € 12 mensili.

L'importo verrà versato semestralmente alla Segreteria Nazionale ANMCO sul C/C 17441/00 Cassa di Risparmio di Firenze, Agenzia 1, ABI 06160 - CAB 02801 intestato a Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Via La Marmora, 36 - 50121 FIRENZE - Tel. 055 571798 - Fax 055 579334.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta da effettuarsi entro il 31 ottobre di ogni anno, fermo restando l'obbligo di pagamento per tutto l'anno in corso.

Ai fini associativi la presente delega ha valore in tutto il territorio nazionale, per cui un eventuale trasferimento in altra USSL non sospende gli obblighi statutari.

FIRMA

Consegnare all'Ufficio personale della USSL e spedirne una copia alla Segreteria Nazionale ANMCO

Perché iscriversi numerosi alla ANMCO-FeSMeD

Vantaggi:

- La FeSMeD è accreditata presso l'ARAN a trattare le parti normative ed economiche del CCNL a livello nazionale, regionale ed aziendale.
- L'iscrizione numerosa dei nostri Soci alla ANMCO-FeSMeD permette di avere un peso decisionale maggiore e riservato come sezione sindacale dell'ANMCO nel Direttivo Nazionale FeSMeD.
- C'è la possibilità di nominare nostri iscritti in qualità di delegati regionali ed aziendali sotto la sigla ANMCO-FeSMeD, con riflessi positivi su tutte le problematiche specifiche cardiologiche (vedi soppressione servizi, U.O., piani sanitari regionali, ecc.).

L'iscrizione alla ANMCO-FeSMeD non è incompatibile con l'iscrizione ad altri sindacati.

Come iscriversi:

- consegnare l'allegato modulo compilato all'ufficio personale dell'ASL e spedire una copia dello stesso alla Segreteria Nazionale ANMCO.

Costo mensile: 12 Euro

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

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

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

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 cardiovascolare:
 Sergio Pedè (San Pietro Vernotico - BR)
Per la cardiologia nucleare: Claudio Marcassa (Veruno - NO)
Per le sindromi coronariche acute:
 Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)
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

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

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)
Consulenti: Paola Di Giulio (Torino)
Referente Area Chirurgica: Antonio Vicentini (Milano)
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

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

MEMBERSHIP CARD PROJECT



La Società Europea di Cardiologia (ESC) ha deciso, nel 2002, di lanciare un progetto di tessera cardiologica per tutti i membri della Società, definito "membership card project".

Sei società nazionali (fra cui la Federazione Italiana di Cardiologia) hanno partecipato alle fasi iniziali del progetto e attualmente vi sono 25 delle 47 società nazionali aderenti alla ESC che hanno dichiarato il loro interesse per la *card*, rappresentando l'86% di tutti gli iscritti alla ESC.

In sintesi, le motivazioni che hanno condotto a questo progetto sono le seguenti:

1. creare una cultura della *card* per tutti i membri della ESC
2. creare per la prima volta un numero unico Europeo ed un unico codice a barre, che possano essere utilizzati per qualsiasi scopo sia dalla ESC sia dalle società nazionali di appartenenza, ad esempio per:
 - a. Congresso della Società Tedesca di Cardiologia (riduzione del carico di lavoro amministrativo)
 - b. altri tipi di identificazione (a scopi registrati)
 - c. identificazione per ECM
3. coscienza della condizione di membro della ESC
4. identità di gruppo
5. motivazione delle società nazionali a

collaborare sul tema dei database.

La *card* (vedi foto) avrà le dimensioni di una comune carta di credito e conterrà il nome del cardiologo, un codice identificativo unico per la ESC e il codice identificativo della società nazionale di appartenenza, insieme ai loghi di entrambe le società.

La *card*, inoltre, conterrà un codice a barre, con il quale i cardiologi potranno essere più facilmente identificati in occasione di congressi, convegni e corsi con crediti per l'ECM.



Questa *card*, che rappresenta uno dei principali progetti congiunti fra ESC e società cardiologiche nazionali, verrà distribuita nell'aprile 2004 in più di 31.000 esemplari, attraverso le società nazionali che hanno aderito al progetto (tra cui la Federazione Italiana di Cardiologia), per cui presto ognuno di noi avrà una tessera di appartenenza alla ESC, da portare con sé ai principali appuntamenti scientifici nazionali e internazionali.

CARDIONURSING 2004



È arrivato da poco il nuovo anno e si definiscono con più esattezza le strategie ed i contenuti del prossimo Cardionursing 2004 che si terrà, come ormai ben noto, nell'ambito del XXXV Congresso Nazionale ANMCO, dal 23 al 25 maggio 2004.

Caratteristiche peculiari dei Cardionursing di questi ultimi anni sono state il crescente numero, il grande entusiasmo dei partecipanti ed il sempre maggiore livello culturale dei contenuti; tali caratteristiche ne fanno, già da tempo, un sicuro riferimento per il Nursing italiano.

Nonostante ciò è possibile affermare che la realtà nazionale del nursing cardiologico ospedaliero è anche molto variegata e con distribuzione spesso a macchia di leopardo; a questo riguardo una delle principali difficoltà di tutti i Comitati di Coordinamento dell'Area Nursing è stata l'individuazione di quelle realtà in cui sono stati messi in atto dei modelli organizzativi e/o assistenziali da portare come riferimento o quantomeno far conoscere a tutti gli iscritti per trarne spunti innovativi.

La segnalazione di queste aree di riferimento è sinora stata basata sulla conoscenza diretta o su specifiche segnalazioni; metodo questo che ovviamente può dare adito a delle spiacevoli ed involontarie omissioni. Altri importanti mezzi per conoscere tali realtà sono i poster, le comunicazioni e le proposte di argomenti per il Congresso.

Non c'è dubbio che la sede naturale per presentare e discutere questi argomenti è l'Assemblea dell'Area Nursing.

Il Presidente dell'ANMCO Alessandro Boccanelli nella sua presentazione del prossimo Congresso dell'ANMCO ha scritto che una

delle grandi ricchezze della Cardiologia Ospedaliera Italiana è di "essere rete"; è evidente che anche il Nursing è parte integrante ed essenziale di questa rete, una rete che per essere ancora maggiormente efficace necessita di una costante implementazione e manutenzione.

Condivido inoltre grandemente quanto asserito dal nostro Presidente che la Cardiologia non è solo tecnologia e che sarebbe un grande errore culturale, programmatico ed organizzativo confinarla in questo ambito ristretto e ritenere secondari o di supporto tutti quegli aspetti clinico assistenziali che vengono prima, durante e dopo la tecnologia e che ne condizionano grandemente gli esiti.

Ciò che credo debba essere sempre e comunque di riferimento a tutti gli operatori sanitari è l'esito delle nostre prestazioni professionali cui contribuiscono, in varia misura ma sempre in modo determinante, gli aspetti organizzativi, gestionali, clinici, assistenziali e tecnologici.

Alla luce dell'esperienza degli anni precedenti e delle linee programmatiche generali il Cardionursing 2004 è stato strutturato in modo tale da incrementare al massimo gli aspetti formativi e l'integrazione tra le varie componenti professionali dell'Area Cardiologica.

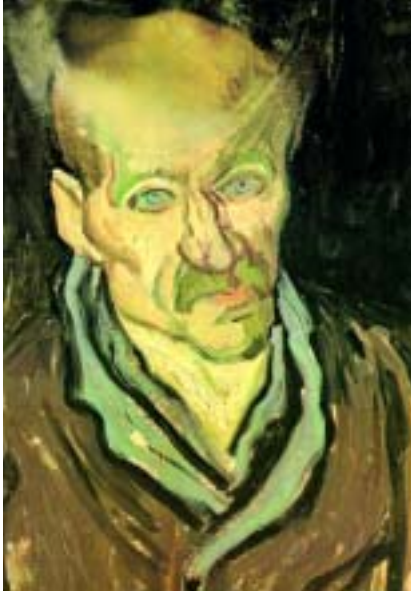
Il Congresso si articola come di consueto su tre giorni con Minimaster, Seminari, Letture, Sessioni plenarie con il Congresso ANMCO, Sessioni di Comunicazioni e Poster.

Lo scorso anno i Minimaster hanno avuto un grande successo per cui quest'anno il loro numero è stato addirittura raddoppiato

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing

e, sulla base dei numerosi suggerimenti ricevuti, sono stati individuati altri argomenti alcuni dei quali forse più settoriali ma di sicuro interesse: Aritmologia, Prevenzione e



**Vincent van Gogh,
Ritratto di ammalato, 1889**

Riabilitazione Cardiovascolare, Cardiologia Geriatrica, Semeiotica Cardiovascolare, Elettrocardiografia; Ambulatorio dedicato allo Scompenso Cardiaco; la loro durata è di 5 ore e verranno effettuati nei giorni di lunedì 23 maggio e mercoledì 25 maggio dalle 8.00 alle 10.30. Il 23 maggio 2004, avrà inizio il Cardionursing (alle ore 10.30) e sarà caratterizzato da quattro Seminari: lo scompenso cardiaco refrattario, l'infermiere nel laboratorio di elettrofisiologia, la sincope, le problematiche psicologiche nel paziente

con SCA; seguirà una Sessione di Comunicazioni.

Dalle 18.00 alle 19.30 si svolgerà l'Assemblea dell'Area Nursing cui sono invitati tutti gli iscritti e la cui funzione principale, oltre alla comunicazione degli stati di avanzamento di tutte le iniziative dell'Area Nursing, è quella di momento di interscambio e contatto con la base per definire nuove iniziative, le Aree di maggiore interesse ed i bisogni formativi generali.

Il 24 maggio, secondo giorno, si apre con la sessione plenaria Convention delle UTIC, seguiranno tre seminari: le problematiche psicologiche nel paziente cardiopatico cronico, modelli assistenziali a confronto, cosa sta cambiando nelle UTIC; seguirà un Poster e panino e nel pomeriggio altri sette Seminari e controversie: esperienze di prevenzione secondaria, le competenze necessarie per la gestione di nuove tecnologie in Cardiologia, l'emostasi all'accesso arterioso, la mobilita-

zione post PTCA, gli infermieri nei comitati etici, il cardiopatico e l'attività sessuale, le ultime novità in Cardiologia; la giornata terminerà con la Sessione Comunicazioni.

Il terzo giorno, 25 maggio, si concluderà come di consueto alle 15,00 per dar modo a tutti di rientrare in tempi decenti; inizierà con la seconda parte dei Minimaster; seguiranno due Seminari: il paziente difficile in UTIC, problematiche assistenziali infermieristiche in Cardiocirurgia; seguirà una lettura magistrale su un argomento sempre più diffuso ed importante: la responsabilità legale dell'infermiere alla luce delle trasformazioni in Cardiologia, anche questa giornata sarà conclusa da una Sessione Comunicazioni. Obiettivo formativo del Cardionursing 2004 è fornire ai partecipanti un aggiornamento di competenze già acquisite o l'acquisizione di nuove sia da un punto di vista teorico che pratico.

È importantissimo che ciascuno torni a casa con "qualche cosa" in più sia di tipo culturale che eminentemente pratico da adattare e provare ad applicare nel proprio contesto organizzativo e professionale; è indispensabile che al termine di un Congresso realmente riuscito ci sia un nuovo e maggiore entusiasmo.

Un Congresso è anche il luogo degli incontri; con altre esperienze ma anche, e soprattutto, con altri Colleghi; il Congresso è il luogo dove si pongono le basi della rete delle Cardiologie e del Nursing in particolare per cui è estremamente importante proporre e scambiarsi idee ed opinioni, prendere contatti.

Moderatori e Relatori non devono avere il troppo facile e consueto ruolo passivo ma attivo e propositivo di diffusione ed implementazione di conoscenze e di rapporti interpersonali; debbono essere i catalizzatori di una reazione positiva tra la loro esperienza e conoscenza ed il desiderio di crescita dell'uditorio.

LA III CONFERENZA SULLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI una grande opportunità per la Cardiologia Italiana

Si svolgerà il prossimo 15-16 aprile a Roma, nella sede dell'Istituto Superiore di Sanità, la "III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari". A distanza di cinque anni dalla II Conferenza dedicata alla Prevenzione della Cardiopatia Ischemica, si propone con forza, l'esigenza di un nuovo momento di confronto e di messa a punto delle strategie di prevenzione cardiovascolare nell'ambito della realtà italiana.

I dati epidemiologici confermano, infatti, il ruolo delle Malattie Cardiovascolari quale causa principale di morbidità e mortalità in Italia, ma anche l'importanza della Aterosclerosi quale prevalente base eziopatogenetica della maggior parte di queste Malattie.

In questo contesto si rende necessario definire un programma di interventi finalizzato a ridurre il "burden" della patologia aterosclerotica.

Le possibilità di efficacia e di efficienza di questo programma dipendono:

- dalla conoscenza delle condizioni che favoriscono l'avvio e lo sviluppo della Malattia Aterosclerotica (Fattori di Rischio)

- dalla realizzazione di sistemi di sorveglianza in linea con quanto indicato dall'OMS
- dalla messa in atto di strategie di prevenzione.

Le evidenze scientifico-epidemiologiche confermano la validità delle due strategie già definite, quella "di comunità" e quella "di individuo", ed anche la loro complementarità.

È compito della comunità scientifica individuare gli interventi che consentono:

- a) di implementare queste strategie
- b) di interagire con gli organi istituzionali per fornire i necessari contenuti di conoscenza
- c) di dare organicità operativa ai programmi di prevenzione.

La comunità scientifica internazionale produce periodicamente documenti di indirizzo (Linee Guida) per l'attuazione dei programmi, aggiornandoli sulla base della continua e progressiva acquisizione delle conoscenze scientifiche.

Per implementare i contenuti delle Linee Guida è necessario adeguarli alla realtà di ogni singolo Paese ed è scopo della III Conferenza.

Nell'ambito della "Strategia di Comunità" devono essere individuati e definiti con precisione i ruoli delle varie componenti della società – dai mezzi di informazione alla scuola, ai luoghi di lavoro, alle associazioni di volontariato – per influenzare favorevolmente comportamenti ed abitudini, finalizzati alla promozione di uno "stile di vita salvacuore" ed è anche questo uno scopo della III Conferenza.

Nell'ambito della "Strategia di individuo" il programma di interventi deve basarsi sulle priorità indicate dalle Linee Guida, secondo le quali i pazienti con manifestazione clinica di malattia coronarica o di altra malattia aterosclerotica e i soggetti clinicamente sani, ma ad alto rischio cardiovascolare, rappresentano, rispettivamente, la prima e la seconda



Fernando Botero, *Nel parco*, 1999

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione

delle quattro categorie che costituiscono la scala delle priorità per gli interventi di Prevenzione Cardiovascolare.

Tra queste due categorie di pazienti/soggetti esiste un *continuum biologico* che costituisce il presupposto perché sia identica la gestione in termini sia di approccio, sia di obiettivi da perseguire. Tale gestione si deve basare su due aspetti fondamentali:

- la centralità del paziente/soggetto
- l'approccio collegiale, condizione indispensabile per la realizzazione di una continuità assistenziale.

La validità di tale metodologia presuppone l'individuazione dei pazienti/soggetti come elemento essenziale per una personalizzazione degli interventi.

Ma, mentre ciò è relativamente più semplice nel contesto della prevenzione secondaria, come accade, ad esempio, per i pazienti che hanno presentato un IMA, è, viceversa, estremamente difficile per i soggetti clinicamente sani, ma ugualmente ad alto rischio cardiovascolare.

L'elevata percentuale di tali soggetti nella popolazione italiana, così come risulta dai dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, rende necessaria l'organizzazione di un sistema che coinvolga la rete delle oltre 700 strutture cardiologiche diffuse su

tutto il territorio nazionale, ed è anche questo uno scopo della III Conferenza.

Si rende, pertanto, necessario, in questo contesto organizzativo, definire alcuni aspetti fondamentali per la buona riuscita di una strategia "di individuo" in prevenzione primaria, tra i quali spiccano in ambito cardiologico:

- 1) gli strumenti più opportuni da utilizzare per la valutazione del rischio (Carte del rischio e quali);
- 2) il modello/i organizzativo/i per una valida programmazione ed una efficace realizzazione degli interventi in ambito cardiologico (tra i quali, certamente, l'Ambulatorio per la Prevenzione Cardiovascolare);
- 3) un sistema per la valutazione dell'efficacia degli interventi stessi (come la Rete Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare).

Tali aspetti vanno a sommarsi ad altri, altrettanto importanti, che necessitano di una adeguata definizione, come il ruolo del Medico di Medicina Generale nella identificazione e nel trattamento dei soggetti ad alto rischio in prevenzione primaria e la crescente rilevanza del Nursing nelle più diverse attività di prevenzione cardiovascolare.

L'auspicio è quello che la III Conferenza possa raggiungere, se non tutti, la maggior parte degli obiettivi prefissati.

III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari

Proponenti: ANMCO - HCF - ISTISAN - GICR

Roma, 15 - 16 aprile 2004

I giornata

Arrivo e registrazione 12.00 - 14.00

Presentazione della Conferenza

II sessione 14.00 - 15.00 Epidemiologia

- a) Dati di malattia
 - b) Trend dei fattori di rischio
 - c) Sistemi di sorveglianza: esperienze e proposte (registri di popolazione - follow-up OECI)
- Discussione

III sessione 15.30 - 18.00

Le strategie di popolazione

- a) Strategie di comunicazione
- b) La scuola
- c) I luoghi di lavoro
- d) La riduzione del ritardo decisionale

e) Il ruolo del cittadino

f) Gli interventi normativi nella prevenzione cardiovascolare: la Health Protection
Discussione

Cerimonia apertura ore 18.00 - 19.00

Saluto di apertura
2004 Anno del cuore - Saluto delle Autorità e il progetto Alleanza per il Cuore

II giornata

III sessione 08.30 - 11.00

La strategia dell'alto rischio

- a) La carta del rischio cardiovascolare globale e distribuzione del rischio in Italia
- b) Il ruolo del MMG: screening opportunistico

c) Il ruolo del cardiologo

d) Il ruolo dell'organo regolatore

e) Il counseling

Discussione

IV sessione 11.30 - 13.00

Le strategie di prevenzione secondaria

- a) La carta del rischio nel post-infarto
 - b) Ottimizzazione e gestione della politerapia
 - c) Il trattamento non farmacologico
 - d) Il ruolo del nursing
- Discussione

Tavola rotonda 14.00 - 16.30

Sintesi e raccomandazioni.

LO SCOMPENSO CARDIACO: UN'EPIDEMIA CARDIOVASCOLARE E UNA SFIDA PER I PROSSIMI ANNI. LA RISPOSTA PUÒ VENIRE DALL'AMBULATORIO PER LO SCOMPENSO CARDIACO?

Le malattie cardiovascolari continuano ad essere le prime cause di mortalità e morbilità nei paesi industrializzati. In questo contesto è rilevante, tuttavia, osservare come gli eventi coronarici maggiori siano in costante riduzione (Fig. 1) con i trends dei ricoveri ospedalieri di questi ultimi anni nel nostro paese che rispecchiano tale andamento, mentre lo scompenso cardiaco dimostra un trend di progressiva crescita (Fig. 2).

Dall'analisi degli ultimi dati disponibili dal Ministero della Salute relativi all'anno 2001, si

evidenzia come lo scompenso cardiaco rappresenti la diagnosi medica più comune e costituisca il principale assorbimento di risorse nell'ambito dell'assistenza ospedaliera per patologie mediche (Tab. I).

Le ragioni dell'incremento dello scompenso cardiaco sono molteplici e alcune non del tutto chiarite, ma certamente l'aumento dell'età media della popolazione costituisce un fattore rilevante e ragionevolmente lo sarà sempre di più negli anni a venire. Ricordiamo, infatti, che lo scompenso cardiaco è una malattia prevalentemente dell'età avanzata e che la speranza di vita alla nascita nel 2001 in Italia era di 76,7 anni per gli uomini e di 82,9 anni per le donne (Fonte: ISTAT. Indicatori demografici: stime per l'anno 2001).

Nei prossimi anni assisteremo inoltre, al progressivo invecchiamento della generazione del baby-boom degli anni '60, cioè della categoria dei soggetti a rischio. Tale dato, in aggiunta al miglioramento della sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie predisponenti (cardiopatia ischemica, diabete, ipertensione arteriosa ecc.), lascia supporre che lo scompenso cardiaco assumerà un peso sempre più rilevante nella pratica cardiologica degli anni a venire.

Al di là dei necessari approfondimenti per chiarire il paradosso di una riduzione delle coronaropatie e di una sempre più rilevante eziologia ischemica dello scompenso a fronte di un aumento della prevalenza ed incidenza di questa malattia, almeno nelle sue forme più gravi tali da richiedere un ricovero ospedaliero, e ciò nonostante i miglioramenti della terapia sia della cardiopatia ischemica sia dello scompenso cardiaco stesso, l'andamento epidemico di questa patologia richiede comunque adeguate e urgenti risposte.

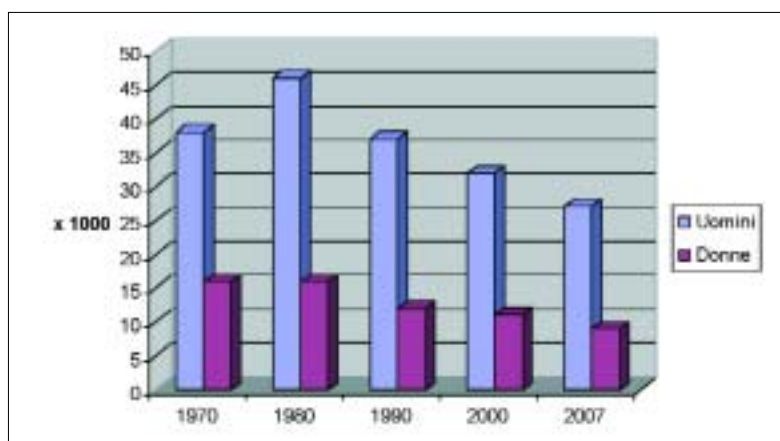


Fig. 1 - Incidenza stimata per eventi coronarici maggiori in Italia dal 1970 al 2007 (età 25-74) (Fonte Ministero della Salute)

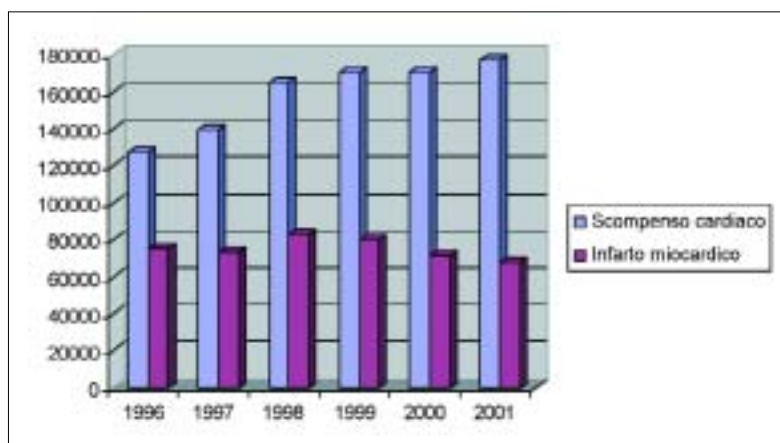


Fig. 2 - Ricoveri per scompenso cardiaco e per infarto miocardico in Italia dal 1996 al 2001 (Fonte Ministero della Salute)

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/attivita/aree/scopenso

Valore economico teorico dei ricoveri 2001 dei primi 5 DRG per ammontare di remunerazione (in milioni di euro)			
DRG	Descriz. DRG	Costo	% (Rispetto al totale)
209	Interv. Artroprotesi arti inf.	773.675.654	3.09
127	Insuff. Cardiaca e Shock	521.838.578	2.08
483	Tracheostomia	486.988.877	1.94
373	Parto vaginale	484.394.984	1.93
112	Interventi percutanei sul sistema Cardio-vascolare	456.322.509	1.82

Tab. 1 - I costi teorici dei primi cinque DRG per ammontare di rimborso. Lo scopenso cardiaco è la più costosa patologia d'interesse medico (Fonte Ministero della Salute)

Conoscendo quali siano i vincoli economici all'interno dei quali si deve muovere la programmazione sanitaria e considerata la refrattarietà dei ricoveri per scopenso alle politiche finora perseguite per la riduzione del numero e della durata degli stessi (Fig. 3 e Fig. 4), non vi è dubbio che la ricerca di nuovi modelli gestionali stia diventando una priorità.

Le ospedalizzazioni per scopenso, infatti, rappresentano la voce più consistente dei

costi diretti della malattia, valutabili intorno al 75% della spesa globale sostenuta per la sua cura. I dati a disposizione riguardanti esperienze in altri paesi dimostrano che modelli incentrati fortemente sull'Ambulatorio per lo Scopenso Cardiaco sono in grado di ridurre le ospedalizzazioni e, in alcuni casi, anche di migliorare la sopravvivenza, con una favorevole ricaduta sui costi di gestione (1-3).

Quella che sembra essere la caratteristica

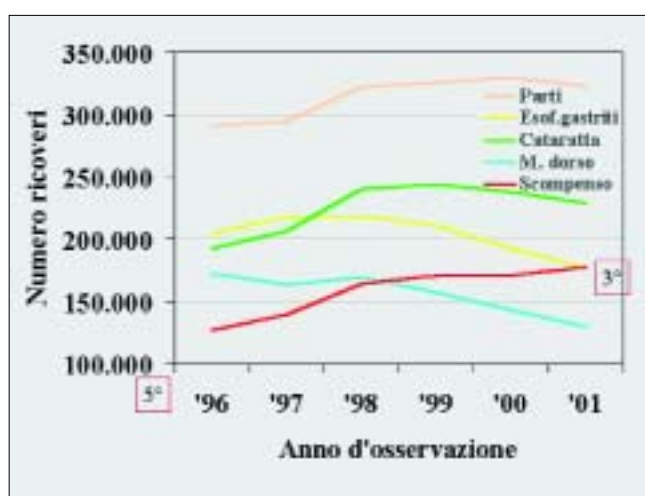


Fig. 3 - Comparazione del trend dei ricoveri dei primi cinque DRG negli ospedali italiani durante il periodo 1996-2001. Lo scopenso cardiaco è l'unica malattia che mostra una crescita progressiva (Fonte Ministero della Salute)

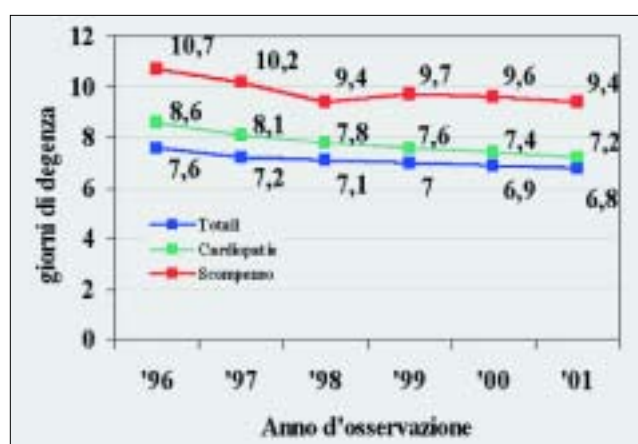
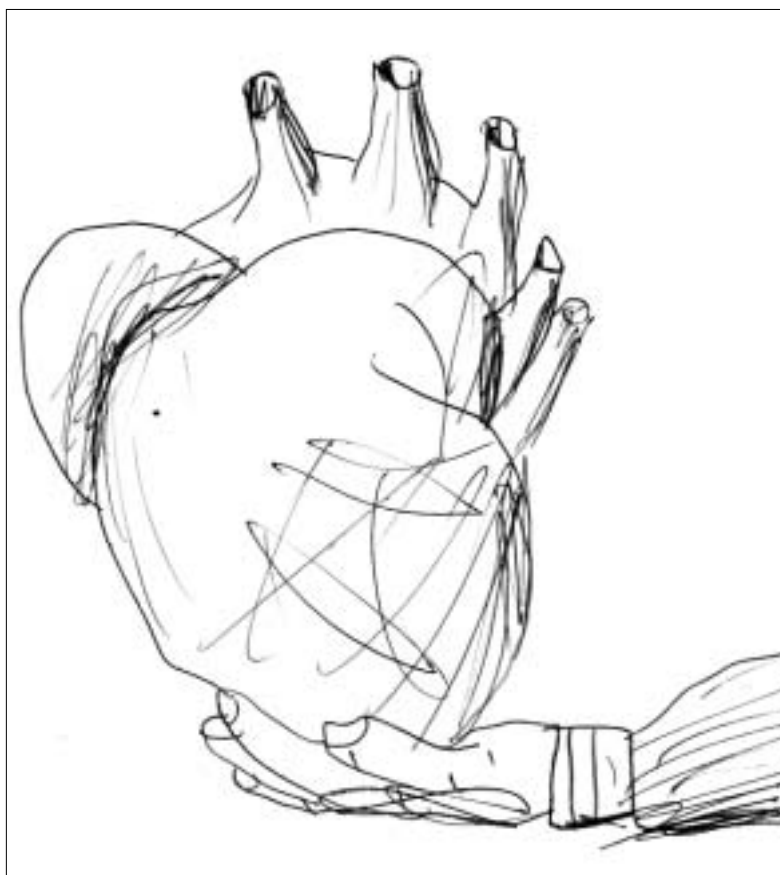


Fig. 4 - Comparazione del trend della durata della degenza media dei ricoveri per scopenso cardiaco e per malattie cardio-vascolari con la durata dei ricoveri totali. Dopo un iniziale calo della durata di degenza media, i ricoveri per scopenso dimostrano un "plateau" stabile nel tempo (Fonte Ministero della Salute)

CONSULTA ANCHE:

www.anmco.it/ita/attivita/aree/scompenso



Disegno di Federico Maggioni, 2002

vincente di tali modelli è la continuità assistenziale, intesa come continuità di gestione del paziente in tutte le fasi di malattia: assiduo controllo dell'esecuzione della terapia, impostata su criteri "evidence-based medicine", controllo del peso e della stabilità clinica, individuazione precoce delle instabilizzazioni, rassicurazione e counseling, consulenza (o gestione diretta) durante le fasi di ricovero. I dati a disposizione indicano che con tale approccio è possibile ridurre del 30% il numero dei ricoveri ripetuti.

Non avendo a disposizione dati precisi a livello nazionale sulla percentuale dei ricoveri ripetuti, non è possibile estrapolare quale potrebbe essere l'impatto di una diffusione della gestione integrata ospedale-territorio del paziente con scompenso cardiaco sulla nostra realtà. In esperienze più

limitate (ASL 4, Regione Liguria) abbiamo visto che i ricoveri ripetuti costituiscono il 30% circa dei ricoveri globali in un anno, indicando che l'impatto in termini operativi ed economici di una riduzione dei re-ricoveri sarebbe comunque rilevante.

L'ambulatorio dello scompenso inoltre, potrebbe svolgere un ruolo fondamentale nelle fasi precoci della malattia. Recenti evidenze sottolineano infatti, che il coinvolgimento dei Cardiologi nella diagnosi e cura dei nuovi casi di scompenso cardiaco, è in grado di condizionare positivamente la prognosi, sia in termini di mortalità che di morbilità (4).

Troppo spesso invece, come ampiamente documentato dal sotto-utilizzo e/o errato impiego delle terapie indicate dalle Linee Guida internazionali, accade che nelle fasi iniziali e più lievi della malattia, quando un corretto approccio clinico-terapeutico è determinante per il rallentamento della sua progressione, il paziente affetto da scompenso non venga trattato correttamente.

La creazione di una struttura ambulatoriale dedicata potrebbe in tal senso costituire il riferimento principale per un corretto inquadramento etio-patologico dello scompenso, per la corretta formulazione della diagnosi e della prognosi, per l'impostazione della terapia e per la realizzazione di una reale e sicuramente premiante continuità assistenziale.

Si ringrazia il Dott. A. Castelli del CCD dell'ASL 4 Regione Liguria per l'elaborazione dati dei ricoveri ospedalieri nell'ASL 4.

Bibliografia:

- 1) S. Steward et al., *Circulation*, 2002; 105: 2861-2866
- 2) M.W. Rich et al., *NEJM* 1995; 333: 1190-5
- 3) M.D. Naylor et al., *JAMA* 1999; 281: 613-20
- 4) B.M. Massie, M.N. Ansari, *Am Heart J* 2003; 145: 209-213

NEWS DALL'ANMCO REGIONALE CALABRIA

Recensione letteraria e learning cardiologia pediatrica

di Marilena Matta



Il testo dal tema "tachicardie dal polso alla terapia" del Dott. De Rosa, descrive in maniera semplice argomenti dal contenuto a volte di non facile valore interpretativo con illustrazioni di elettrocardiogrammi e illustrazioni per capire meglio l'attivazione delle camere cardiache nelle varie tachicardie

“Il cuore tra scienza e filosofia” è il titolo di un Convegno che si è svolto a Cosenza nel mese di novembre. Considerando il tema, il cuore diventa fulcro di metafisica e di scienza.

Un posto d'onore l'ha meritato il testo scientifico redatto dal Dott. Francesco De Rosa Socio ANMCO, dal titolo:

“Le Tachicardie: dal polso alla terapia”, edito dalla casa editrice Piccin di Padova.

Il Dott. De Rosa, attualmente Direttore dell'U.O. di Cardiologia del presidio Ospedaliero “M. Santo” di Cosenza, si è dedicato per molti anni allo studio e alla cura delle aritmie. Il testo affronta le tachicardie da più angolazioni ed in un certo senso “dall'inizio alla fine”.

Infatti la trattazione comincia con le caratteristiche cliniche delle tachicardie propriamente dette e delle sindromi aritmiche di particolare interesse clinico. La trattazione di queste ultime è particolarmente aggiornata e riporta le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia circa la stratificazione prognostica e gli indirizzi terapeutici più attuali.

Seguono un capitolo dedicato all'elettrogenesi, ai substrati

ed alle modalità d'innescio delle varie tachicardie che chiariscono il perché ed il come una tachicardia possa prendere l'avvio. Segue quindi un'ampia trattazione elettrocardiografica correlata non solo di numerosi tracciati ma anche di figure esplicative che meglio fanno capire l'attivazione delle camere cardiache nelle varie tachicardie.

La trattazione prosegue con un capitolo dedicato alla diagnosi differenziale delle tachicardie in assenza di elettrocardiogramma, particolarmente utile nell'affrontare le tachicardie a domicilio del paziente.

Tre capitoli vengono dedicati alle metodiche di studio delle tachicardie quali l'ECG

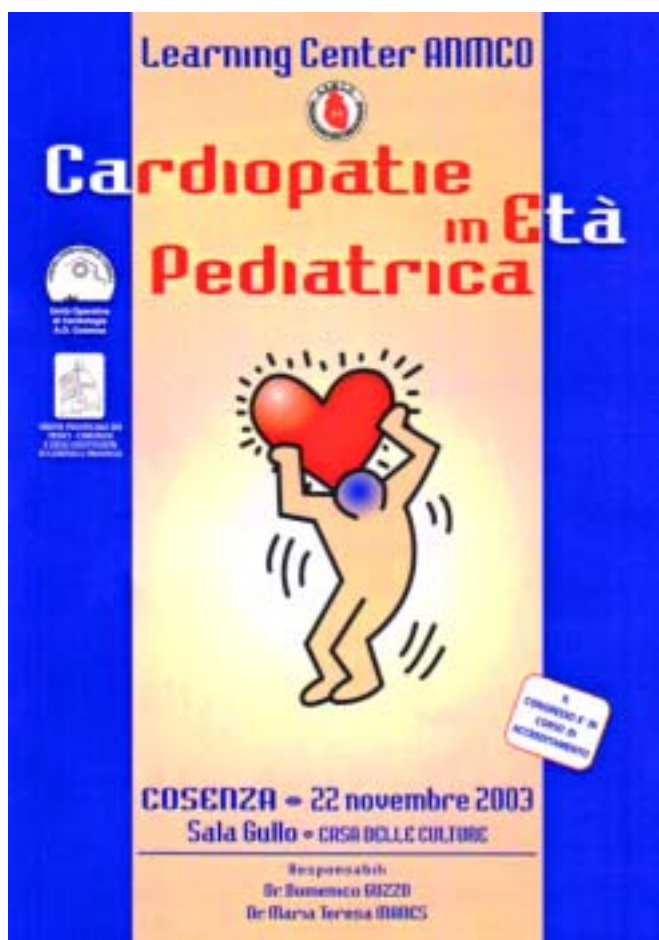


Il Learning "Cardiopatie congenite in età pediatrica" per gli argomenti trattati è stato seguito da figure professionali che operano in vari settori: cardiologi, neonatologi, pediatri e ginecologi

Dinamico, lo studio elettrofisiologico trans-esofageo e lo studio elettrofisiologico endocavitario.

Il testo si conclude con una trattazione dei mezzi terapeutici disponibili nella terapia delle tachicardie in atto e precisamente i farmaci antiaritmici, le tecniche di stimolazione endocardica e la conversione.

La trattazione dell'argomento, di per sé ostico, è estremamente semplice e chiara per cui il libro può essere utile per quanti lo volessero affrontare o approfondire. Il testo è impreziosito dalla presentazione del Prof. Giuseppe Oreto.



Learning Center ANMCO:

"Cardiopatie in Età Pediatrica". In perfetta sintonia con la Bozza della Federazione Italiana di Cardiologia che struttura e organizza la Cardiologia in Italia e programma le Reti integrate di servizi per offrire una migliore efficienza e con il contenimento dei costi, alla Casa delle Culture di Cosenza si è svolto un learning dal tema: "Cardiopatie in età pediatrica", responsabili il Dott. D. Guzzo e la Dott.ssa M.T. Manes.

All'interno della rete cardiologica, la Cardiologia Pediatrica opera nella prevenzione di diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari congenite e acquisite che hanno il loro esordio nell'età pediatrica e nell'adolescenza.

Il learning ha visto la partecipazione di molti Cardiologi, Pediatri di Base e Ospedalieri nonché di neonatologi e di ginecologi. È stato messo in evidenza l'incidenza delle Cardiopatie Congenite (8-10 x 1.000), la so-

sopravvivenza dei cardiopatici congeniti operati e relativo follow-up nonché la collaborazione con i neonatologi impegnati in terapia intensiva neonatale e cardiologica.

Ampio spazio è stato dato alla maggiore diffusione e disponibilità delle metodiche di imaging che rende possibile una precocità diagnostica in epoca fetale e postnatale coinvolgendo un crescente numero di operatori e competenze. In linea con la bozza della "Federazione Italiana di Cardiologia", il corso ha fatto risaltare la necessità di una struttura ospedaliera autonoma di cardiologia pediatrica con annessa cardiocirurgia pediatrica. Si è fatto perciò riferimento alla emodinamica interventistica e a come sia modificato la storia naturale dei pazienti cardiopatici con migliore sopravvivenza e migliore qualità di vita.

CONGRESSO REGIONALE “SINDROMI CORONARICHE ACUTE: STRATEGIE DI TRATTAMENTO E MODELLI ORGANIZZATIVI - DALLE LINEE GUIDA AL MONDO REALE”

Resoconto di una giornata formativa cardiologica per infermieri e tecnici di Cardiologia

di Armando Francesconi

Il 29 novembre 2003 si è tenuto presso il Teatro Carani in Sassuolo il VI Congresso regionale cardiologico organizzato dall'Unità Operativa di Cardiologia di Sassuolo dal titolo “**Sindromi Coronariche Acute: strategie di trattamento e modelli organizzativi - dalle linee guida al mondo reale**” (responsabile del progetto il Dott. Francesco Melandri direttore della U.O. di Sassuolo). Come negli anni passati anche quest'anno vi è stata una notevole partecipazione di infermieri, tecnici e medici (circa 350). Gli argomenti trattati sono state le Sindromi Coronariche Acute con due lezioni Magistrali tenute dal Dott. D. Ardissimo e il Dott. G. Di Pasquale oltre alle relazioni tenute dai colleghi infermieri di Cento, Reggio Emilia, Bentivoglio, Parma, Bologna e Sassuolo. Molti argomenti sono emersi da questo Congresso ma soprattutto si è evidenziato la necessità di coinvolgere sempre di più gli infermieri professionali in progetti di stesura di protocolli e procedure cardiologiche. L'opportunità data da questi incontri è il potere confrontare unità operative con altre unità al fine di conoscere le metodiche di attuazione operativa delle Linee Guida. Un'équipe medico infermieristica che lavora concorde e con spirito collaborativo favorisce sicuramente la migliore gestione terapeutica-diagnostica del cardiopatico oltre che la personalizzazione dell'assistenza. Vi è stata un'altra conferma da questo incontro e cioè che si ha bisogno

conoscere l'Evidence Based Nursing al fine di utilizzare sì le Linee Guida ma anche di verificarne l'appropriatezza sul campo

di convegni medici e infermieristici distinti ma anche di congressi medico-infermieristici dove vi siano relazioni fatte da medici e infermieri, per conoscere come lavora, come opera quella determinata figura professionale. La sicurezza di attuare un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale nasce da una perfetta collaborazione da parte di entrambi i professionisti. Nasce da queste brevi considerazioni l'importanza di conoscere l'Evidence Based Nursing al fine di utilizzare sì le Linee Guida ma anche di verificarne l'appropriatezza sul campo, di come applicarle nella vita quotidiana lavorativa e da qui è nato il sottotitolo del Congresso.

Ricordo che la ricerca infermieristica deve essere uno dei pilastri dell'assistenza infermieristica in Cardiologia. Un altro punto è stato evidenziare il problema della formazione e di favorire la partecipazione ai Master universitari a chi opera nelle unità cardiologiche. Si sente la necessità di formare e di continuare con questo proposito gli infermieri e tecnici che si accingono a prestare servizio presso una Cardiologia ma anche nei confronti di chi già vi ci opera da tempo.

Di nuovo un ringraziamento per la buona riuscita del Congresso ai relatori Dott. Ardissimo, Dott. Di Pasquale, le colleghe Infermiere Franzoni, Fiorini, Ansaloni, La Sala e il collega Frascari.

Un ringraziamento ai moderatori Ferrante Gualandri, Despini.

Un ringraziamento particolare al Dott. F. Melandri, all'Ip Daniela Rioli, al Dott. G.L. Gazzotti con me componenti della segreteria scientifica e alla collega Giulietta Ferranti.

Un ulteriore ringraziamento alla Prime Congress (Sig.ra Marcella Barbieri).

Un ulteriore ringraziamento alla Prime Congress (Sig.ra Marcella Barbieri).

A MIO PADRE SERGIO

L'ANMCO LAZIO PER LA RICERCA SCIENTIFICA E LA FORMAZIONE PROFESSIONALE NEGLI OSPEDALI

Le iniziative di ricerca e formazione del 2003-2004

di Massimo Santini



L'ANMCO Lazio ha promosso nell'arco dell'anno 2003 diverse e qualificanti iniziative regionali con finalità scientifiche e formative. Riportiamo in questa sede sinteticamente le principali attività dell'Associazione in ambito laziale.

Lo studio **APRIRE**

Lo studio **APRIRE** (*high-dose Atorvastatin in the **PRE**vention of **IS**chemic **RE**currences in patients with non revascularizable coronary artery disease*) si configura come un trial clinico di fase III e si propone di verificare l'efficacia di un particolare

regime terapeutico in pazienti affetti da malattia coronarica non suscettibile di procedure di rivascularizzazione diretta (by-pass aortocoronarico o PTCA). In particolare, lo studio APRIRE si propone di valutare l'ipotesi che l'aggiunta di atorvastatina (dosaggio di 80 mg/die) alla terapia medica convenzionale, indipendentemente dai valori di colesterolemia plasmatica, possa ridurre l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori in pazienti con malattia coronarica severa e diffusa, non suscettibile di rivascularizzazione diretta, meccanica dopo sindrome coronarica acuta. I pazienti con tali caratteristiche sono infatti gravati da un'elevata incidenza di eventi avversi cardiovascolari maggiori nel breve periodo (25-40% entro 12 mesi) e non si dispone attualmente di alcuna opzione terapeutica sicuramente efficace.

Lo studio APRIRE si configura come un trial clinico di fase III e si propone di verificare l'efficacia di un particolare regime terapeutico in pazienti affetti da malattia coronarica non suscettibile di procedure di rivascularizzazione diretta

Criteria di inclusione

- ricovero per sindrome coronarica acuta
- evidenza di malattia coronarica non rivascularizzabile mediante PTCA o by-pass aorto-coronarico
- frazione di eiezione ventricolare sinistra superiore al 35%.

Tipologia dello studio

Studio clinico aperto, con randomizzazione. Sono previsti due bracci paralleli di trattamento.

1. Pazienti allocati a terapia convenzionale (per i pazienti inclusi in questo gruppo è prevista la stretta aderenza alle Linee Guida NCEP ATP III).
2. Pazienti allocati a terapia convenzionale con l'aggiunta di atorvastatina nel dosaggio di 80 mg/die.

Dimensioni del campione

- 350 pazienti (175 per gruppo)

End point primario

- Incidenza di eventi cardiovascolari maggiori entro 12 mesi dalla randomizzazio-

Nel trattamento dei pazienti con sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento persistente del tratto ST si sono confrontate, negli ultimi anni, due diverse strategie, l'una precocemente aggressiva e l'altra maggiormente conservativa

L'ANMCO Lazio ha ideato lo studio PRESTO al fine di confrontare gli esiti del trattamento delle sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento persistente del tratto ST in due diverse tipologie di centri cardiologici

ne (decesso per causa cardiaca, infarto acuto del miocardio non fatale, ictus, TIA).

Lo studio APRIRE, promosso dall'ANMCO Lazio e coordinato dall'U.O.C. di Cardiologia dell'Ospedale San Filippo Neri, coinvolge dieci centri cardiologici della Regione Lazio ed ha iniziato il reclutamento dal mese di agosto scorso.

Lo studio PRESTO-AC

Nel trattamento dei pazienti con sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento persistente del tratto ST si sono confrontate, negli ultimi anni, due diverse strategie, l'una precocemente aggressiva e l'altra conservativa. Dopo i primi risultati di sostanziale equivalenza, gli studi degli ultimi anni so-

no stati tutti in favore di una strategia aggressiva, tanto che le recenti Linee Guida della Società Europea di Cardiologia hanno chiaramente identificato un gruppo di pazienti con caratteristiche di rischio elevato, per i quali è indicata una strategia interventistica precoce.

Poiché l'applicazione delle Linee Guida nella pratica clinica del "mondo reale" è ostacolata da difficoltà logistiche, dalla limitatezza delle risorse disponibili e da giudizi clinici difformi, l'ANMCO Lazio ha ideato uno studio di "outcome research", volto a confrontare gli esiti del trattamento delle sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento persistente del tratto ST in due diverse tipologie di centri cardiologici:

- a) centri cardiologici che applichino routinariamente una strategia precocemente aggressiva (strategia A);
- b) centri cardiologici che applichino routinariamente una strategia maggiormente conservativa (strategia B).

Lo studio **PRESTO-ACS** (*comPaRison of Early invasive and conservative treatments in patients with non-ST-elevation Acute Coronary Syndromes*), che ha le caratteristiche del registro osservazionale, ha come ipotesi primaria che la strategia

A abbia la stessa efficacia della strategia B nei confronti dell'incidenza di eventi cardiovascolari avversi ad 1 anno, a fronte di un risparmio in termini di costi. Verranno inclusi nello studio i pazienti con sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento persistente del tratto ST, ricoverati entro 24 ore dall'ultimo episodio anginoso.

Tutti i pazienti verranno trattati, secondo le indicazioni delle Linee Guida, con aspirina, enoxaparina, beta-bloccanti, nitrati e possibilmente clopidogrel. I pazienti ricoverati negli ospedali con strategia A devono essere trattati con inibitori della Gp IIb/IIIa ed avviati a coronarografia con eventuale angioplastica entro 48 ore; i pazienti ricoverati negli ospedali con strategia B verranno trattati secondo le modalità usuali del

centro cardiologico, ottimizzate secondo le più recenti Linee Guida. Il follow-up verrà condotto a 30 giorni, 6 mesi e 1 anno. Lo studio coinvolge attualmente 24 centri nel Lazio ed un centro in Abruzzo ed ha iniziato il reclutamento nel mese di luglio scorso.

Corso interattivo tra Cardiologi Ospedalieri e Medici di Medicina Generale per

la gestione del paziente ad alto rischio cardiovascolare nella Regione Lazio

L'interscambio culturale e le condivisioni di protocolli diagnostici e terapeutici comuni tra cardiologi ospedalieri e medici di famiglia operanti nel territorio è divenuto di essenziale importanza. L'accelerazione dei processi assistenziali e la diminuzione dei ricoveri rende assolutamente necessaria una attenta selezione dei pazienti da ospedalizzare, una loro specifica preparazione al ricovero ed una dimissione protetta all'interno di canali assistenziali preordinati. Al fine di ottimizzare i

L'interscambio culturale e le condivisioni di protocolli diagnostici e terapeutici comuni tra cardiologi ospedalieri e medici di famiglia operanti nel territorio è divenuto di essenziale importanza

percorsi clinico-gestionali è stato organizzato dall'ANMCO Lazio, un corso interattivo che ha coinvolto 9 (nove) Reparti di Cardiologia di ospedali maggiori e 720 Medici di Medicina Generale.

Il programma ha previsto un numero di 8 (otto) incontri in ciascun ospedale a partire dal 15 settembre 2003 e con termine il 15 dicembre 2003, della durata di 6 ore circa ciascuno. Ad ogni incontro 20 medici di famiglia si sono confrontati con il Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Cardiologia dell'Ospedale di riferimento e con 4 suoi collaboratori esperti in varie problematiche cardiologiche. Sono stati utilizzati molti

casi clinici ed infine sono stati concordati dei protocolli operativi da utilizzare nell'anno successivo.

Un secondo incontro è stato dedicato alla visita dei medici di famiglia in corsia di degenza cardiologica e nei laboratori di diagnostica non invasiva (ecocardiografia, ergometria, holter, ecc.). In totale ogni ospedale ha organizzato otto incontri ai quali hanno partecipato ottanta medici. In totale il programma ha previsto 72 incontri-dibattito per un totale di 720 medici di famiglia e 72 medici cardiologi ospedalieri.



Felice Casorati, *Gli scolari*, 1927-1928

UNA RETE IN PROGRESS

Nino Ciampani a nome dei componenti del gruppo: Progetto Regionale Profilo IMA e Rete Cardiologica⁸

Nel numero precedente del Notiziario Cardiologia negli Ospedali abbiamo riferito come la Regione Marche abbia avviato la ridefinizione della Rete Cardiologica Regionale così come previsto all'interno del Piano Sanitario 2003-2006.

Dal punto di vista metodologico va sottolineato come la nostra Regione abbia scelto di coinvolgere in questo processo il maggior numero possibile di professionisti al fine di ottenere la massima condivisione degli attori interessati. È stato quindi costituito nel marzo 2003 un Gruppo di Esperti Regionali composto da tutti i Direttori delle UU.OO. di Cardiologia, Laboratori di Emodinamica, Cardiochirurgia della Regione, da rappresentanti regionali dell'ANMCO, dai responsabili provinciali del 118 e coordinato dall'Agenzia Sanitaria Regione Marche che ha messo a disposizione esperti in programmazione e organizzazione sanitaria, statistica, technology assessment ed economia sanitaria. A questo gruppo è stato affidato il mandato di predisporre un documento tecnico relativo alla riprogettazione della rete cardiologica regionale sia per quanto riguarda gli aspetti strutturali che organizzativi.

Il lavoro svolto

Il Gruppo di Esperti Regionali ha affrontato i seguenti argomenti: analisi della domanda, analisi della offerta, analisi della organizzazione, analisi del sistema di relazione, analisi dei costi.

L'analisi della domanda è stata realizzata utilizzando i dati disponibili nelle schede di dimissione ospedaliera focalizzandosi sui tassi di ricorso al ricovero ospedaliero per le diverse patologie, sui tassi di ricorso alle procedure di cardiologia interventistica e di cardiocirurgia e sull'analisi dei flussi di mobilità. Tutte queste analisi sono state condotte sia per l'intera popolazione regionale che scomposte per le singole aziende territoriali delle Marche evidenziando tra queste una variabilità nei tassi di ricorso alle procedure interventistiche e cardiocirurgiche, anche se l'analisi statistica ha rivelato che queste differenze sono significative soltanto per due realtà territoriali.

L'analisi dell'offerta ha riguardato i volumi di attività delle singole strutture cardiologiche, la tipologia della casistica trattata, gli indicatori di efficienza gestionale, il rapporto tra volumi di attività e dotazione di personale disponibile.

L'analisi dei costi è stata effettuata tramite una rilevazione dei costi disponibili nelle unità di controllo di gestione aziendale delle ASL e AO della Regione Marche ed ha riguardato le unità operative di cardiologia, UTIC, emodinamica, cardiocirurgia e cardiologia nucleare. La rilevazione è stata focalizzata sui costi diretti: Personale, Beni & Servizi sanitari, cioè sulle voci di costo che possono essere maggiormente influenzate dalla riorganizzazione della rete. Sono stati, quindi, esclusi dalla rilevazione i costi generali, utenze, lavanderia e mensa in quanto non significativamente influenzati dalla ridefinizione della rete.

Sulla base dei dati relativi alla domanda, alla attuale offerta ed ai costi il Gruppo di Esperti ha quindi delineato la nuova configurazione strutturale della rete cardiologica regionale secondo il modello *hub and spoke* che prevede la concentrazione dell'offerta di assistenza di maggior complessità in un numero ridotto di centri (*hub*) e l'organizzazione del sistema di selezione ed invio da centri periferici (*spoke*). A tale scopo sono stati sviluppati alcuni scenari di simulazione e, in particolare, è stata valutata la possibilità di estendere l'attività di emodinamica nelle due province tuttora prive di tale servizio stimando costi legati a questa ipotesi.

Le principali variabili soggette a ipotesi negli scenari di simulazione sono state:

1) il livello di domanda regionale programmata (o programmabile) di coronaro-

grafie e PTCA; i tassi di consumo di coronarografia e di PTCA, riscontrati con l'analisi della domanda di cui sopra, sono stati confrontati con i tassi programmati presenti nelle linee guida canadesi, francesi, nel Piano Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna e nei documenti programmatici della Regione Toscana. Attraverso un processo di consenso il gruppo di lavoro ha così definito un tasso massimo programmato di coronarografia e di PTCA per gli anni 2005-2006 e di conseguenza ha definito per queste procedure i volumi da programmare come offerta per i residenti di ciascuna provincia della Regione Marche.

- 2) il recupero atteso della mobilità passiva extra-regionale; complessivamente nel 2002 il 21-22% delle coronarografie a residenti delle Marche è stato effettuato fuori Regione, mentre per quanto riguarda le PTCA la percentuale sale al 26%. L'analisi dei flussi di mobilità extraregionale ha evidenziato dinamiche della mobilità passiva molto diverse nelle quattro province delle Marche con una provincia, dotata di servizio di Emodinamica, in cui si registra il tasso di fuga minimo (3% delle coronarografie e il 4% delle PTCA nel 2002), una provincia con una mobilità passiva rilevante ma in diminuzione in seguito alla apertura di un laboratorio di emodinamica (per le coronarografie la mobilità è scesa in due anni dal 32% al 24% e per le PTCA dal 45-46% al 30%), una provincia che, al contrario, mostra un andamento in crescita passando dal 10% nel 2001 al 17% nel 2002 (148 esami fuori Regione su 877); infine una provincia con una mobilità passiva particolarmente alta, 46% per le coronarografie e 51% per le PTCA nel 2002.

Entrambe queste ultime due province attualmente sono prive di Emodinamica. Il Gruppo di Esperti ha quindi lavorato sulla definizione di ipotesi credibili di recupero della mobilità a fronte del potenziamento dei laboratori già esistenti o della creazione di nuovi laboratori dislocati nelle province ad oggi sprovviste.

Sulla base dei volumi programmati e delle ipotesi di recupero della mobilità extraregionale sono stati pertanto presi in considerazione quattro possibili scenari alternativi simulando anche il corrispondente impatto economico. Tra questi possibili scenari il Gruppo di Esperti, anche in considerazione della necessità di migliorare l'accessibilità a questo tipo di prestazioni come previsto dai profili di assistenza regionali per l'IMA ST sovraslivellato, ha fatto proprio quello che prevede un laboratorio di Emodinamica per ciascun bacino di utenza provinciale con l'apertura quindi di due nuovi laboratori entro il 2004.

Seguendo la stessa metodologia è stata effet-

tuata una valutazione per le attività di cardiocirurgia, i cui risultati hanno confermato che la dotazione strutturale esistente è adeguata in rapporto alla domanda della popolazione.

Contemporaneamente alla ridefinizione strutturale della rete il Gruppo di Esperti ha affrontato il problema dell'organizzazione e del sistema di relazioni all'interno della rete cardiologica regionale. Sono stati quindi definiti i percorsi assistenziali, all'interno dei quali gli *spoke* non hanno solo una funzione di selezione e di invio dei pazienti all'*hub* di riferimento per le prestazioni al di sopra di una soglia definita di complessità ma sono titolari della globalità del percorso. Perché questo mo-



Naum Gabo, *Costruzione Lineare nello spazio n. 4*, 1956

dello fosse realizzabile è stato inoltre necessario condividere all'interno del Gruppo i criteri per l'invio agli *hub* e quelli per ritorno agli *spoke*, tempi di attesa ottimali differenziati per condizione clinica, il set di informazioni che seguiranno il paziente lungo il suo percorso all'interno della rete cardiologica ed un sistema di indicatori di monitoraggio del funzionamento della rete.

In questo modo il Gruppo Regionale ha inteso creare le condizioni perché alla ridefinizione strutturale della rete si affianchi da subito la reale possibilità di un'azione di *governo della rete* stessa da parte degli stessi professionisti e della Regione.

Il lavoro ancora in corso

L'analisi dei costi ha evidenziato una considerevole variabilità delle dotazioni di personale e dei conseguenti carichi assistenziali nelle diverse unità operative di Cardiologia. Un sottogruppo di lavoro è stato quindi istituito per definire le dotazioni standard di personale

in funzione dell'attività programmata nella nuova configurazione della rete cardiologica. Il gruppo è alle fasi iniziali del suo mandato e l'eventuale incremento dei costi diretti conseguente all'adeguamento delle dotazioni di personale sarà stimato e confrontato con gli eventuali recuperi di risorse dalle razionalizzazioni.

Analogamente il gruppo ha elaborato una prima bozza delle dotazioni tecnologiche necessarie sulla base di quanto già specificato nel manuale di autorizzazione e



accreditamento della Regione Marche, degli standard assistenziali definiti nel profilo per il paziente con IMA, e del parere degli esperti coinvolti. Una rilevazione ad hoc delle attrezzature è al momento in corso per verificare la reale dotazione attuale; al termine del lavoro dovrebbe essere disponibile un quadro aggiornato delle dotazioni che, confrontato con i requisiti minimi, permetterà alla Regione di definire, sulla base delle risorse disponibili, un piano triennale regionale di investimenti ed aggiornamento del parco tecnologico della rete cardiologica.

Un altro sottogruppo sta attualmente affrontando il problema della rete dei trasporti, sia in urgenza che secondari, alla luce della nuova ridefinizione sia strutturale che organizzativa della rete coerentemente con il *modello hub and spoke*.

Infine revisioni sistematiche della letteratura sono in corso per migliorare l'appropriatezza dell'utilizzo di pace-maker, farmaci e stent medicati all'interno della rete.

§ C. Affuso, R. Amici, R. Antonicelli, G. Ariani, F. Balestrini, R. Belardinelli, G. Bellagamba, S. Bernardi, G. Binetti, P. Capone, P. Cesaroni, N. Ciampani, V. Conti, S. Concutti, E. D'Angelo, G. Di Eusano, G. De Curtis, G. Ilari, C. Massacci, M. Mennecozzi, L. Minutiello, L. Moretti, G. Morgagni, A. Morichetti, S. Papi, F. Pellegrini, G.P. Perna, M. Persico, R. Piva, A. Rappelli, P. Russo, R. Sestili, E. Sgarbi, E. Zamponi, C. Politi*, M. Fratini*, L. Morbidoni*, L. Ferrara*, R. Papa*, S. Caglioti*, S. Di Tizio*, L. Paris**, C. Maffei**, G. Noto*, A. Deales*, F. Di Stanislao*.

*Agenzia Regionale Sanitaria Regione Marche

**Dipartimento dei Servizi alla Persona ed alla Comunità Regione Marche

UN MANDATO IN SCADENZA

di Vanda Mazza



Sono al completamento del secondo mandato in qualità di Presidente ANMCO Regione Molise e all'orizzonte sono in preparazione il prossimo Congresso Regionale, il prossimo Congresso Nazionale, il rinnovo dei direttivi regionali.

L'attività della nostra Società a livello nazionale, regionale, internazionale è cresciuta in maniera evidente, in due dire-

zioni: in senso capillare in periferia, cercando aggregazione tra i Soci attraverso Riunioni organizzative e scientifiche, attraverso l'attività di formazione ECM, e in senso verticale, attraverso l'aggregazione con la SIC per esprimere una grande forza cardiologica nazionale a livello Europeo e non solo.

Questo duplice impegno ha coinvolto oltre che il Direttivo Nazionale e il Presidente nazionale, a cui vanno i sinceri apprezzamenti per il lavoro svolto e l'impegno profuso, anche, dicevo i direttivi e i presidenti regionali, che si sono dovuti muovere con tempestività e sollecitudine tra le innumerevoli scadenze che la Segreteria richiedeva.

Il risultato è che l'energia vitale di impegno quotidiano del lavoro tipico della qualifica si è sposato con quello dell'attività organizzativa che è andata al di là di date, e scadenze, ma che ci ha fatto essere protagonisti di una rivoluzione culturale in corso, con la sfida di prepararci ad un futuro più equo e per il paziente e per gli operatori sanitari, per operare quel giusto binomio: soddisfazione dell'utente e soddisfazione dell'operatore.

Pertanto lasciamo un'eredità ricca di programmi ed iniziative e forze disponibili a realizzare un futuro insieme.

Di contro il panorama regionale di riordino della Sanità, che dopo quattro anni di difficoltà politiche, con avvicendamento di assessori non trova ancora soluzioni concrete, ci trova delusi rispetto alle proposte avviate come ANMCO REGIONALE IN MERITO AD UN'EMODINAMICA INTERVENTISTICA REGIONALE E alla proposta di AVVIARE UN TAVOLO DI CONFRONTO SUI TEMI CRUCIALI DELLA CARDIOLOGIA.

Anche la nascita della CARDIOCHIRURGIA presso l'Università Cattolica a Campobasso non ci vede coinvolti in quanto cardiologi ospedalieri in un programma di scelte e confronto tecnico, pur essendo la Cardiologia molisana appannaggio e creatura ospedaliera.

Auspichiamo, consapevoli dei tempi lunghi necessari ai cambiamenti, ma risoluti, che l'attività culturale congiunta tra ANMCO e SIC, trovi anche a livello regionale quei punti di incontro che pur nel rispetto delle reciproche appartenenze guardi al paziente e ai suoi bisogni con occhio unitario.

LA CARDIOCHIRURGIA: UNA GRANDE OPPORTUNITÀ PER IL MOLISE

Nel Molise, in particolare presso l'Ospedale F. Veneziane di Isernia, già 20 anni or sono più o meno, eravamo soliti presentare una volta al mese, casi clinici al car-



Samuel van Hoogstraten, *La dama clorotica (La visita del medico)*, 1660

diocirurgo Prof. A. Calafiore aiuto del Prof. Possati presso l'Università di Chieti e discutere della indicazione all'intervento cardiocirurgico.

Nel percorso formativo abbiamo ritenuto quell'esperienza fondamentale perché ci ha permesso di essere al passo dei tempi, pur non avendo a livello regionale una cardiocirurgia, e soprattutto per essere riusciti a garantire ai pazienti molisani l'uguaglianza delle cure e contestualmente recuperando la continuità assistenziale.

Ritengo pertanto indispensabile, soprattutto oggi, di fronte all'utilizzo sempre più frequente della cardiocirurgia, la presenza del cardiocirurgo anche negli incontri formativi ANMCO, regionali e non, considerando appunto la cardiocirurgia una soluzione terapeutica per il cardiopatico.

L'apertura della CARDIOCHIRURGIA a

CAMPOBASSO è sicuramente per la Sanità del Molise una grande svolta: auspichiamo che il tempo sia maturo per lavorare insieme, cardiologi e cardiocirurghi, universitari e ospedalieri.

A questo proposito vorrei ospitare, se il Direttore del Giornale me lo consente e lo spazio a disposizione anche, l'articolo del Dott. G. Troise, cardiocirurgo, oriundo molisano, attualmente operante presso la Cardiocirurgia dell'Ospedale Poliambulanza di Brescia, a cui va anche il nostro riconoscimento per la collaborazione con i Cardiologi molisani per l'attività di consulenza. L'articolo riguarda l'autotrapianto nella Fibrillazione atriale.

AUTOTRAPIANTO CARDIACO PER IL TRATTAMENTO DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE PERMANENTE ASSOCIATA A VALVULOPATIA MITRALICA

di Giovanni Troise e Margherita Dalla Tomba

Nel 79% circa dei pazienti affetti da patologia valvolare mitralica di lunga data, è presente una fibrillazione atriale (FA) cronica che, nella quasi totalità dei casi, permane anche dopo il trattamento chirurgico della valvulopatia se non si associa alcuna tecnica di ablazione dell'aritmia. Dal punto di vista clinico, le conseguenze negative della combinazione di malattia mitralica e FA permanente sono ampiamente note e, tra queste, le più comuni sono: palpitazioni, compromissione

emodinamica ed embolizzazione sistemica.

Le conoscenze sulla fisiopatologia della FA e sul trattamento da applicare per questa aritmia sono in rapida evoluzione anche se, di fatto, ci troviamo ancora in una fase iniziale dell'esperienza.

La procedura universalmente considerata più efficace nel correggere l'aritmia è la cosiddetta "maze operation", ideata da Cox alla fine degli anni '80. Essa consiste nel creare una compartimentalizzazione dei due atri attraverso una serie di lesioni chirurgiche lineari (da cui il termine "maze" che significa labirinto), con lo scopo di interrompere la propagazione dei circuiti multipli di rientro, responsabili del mantenimento della FA.

Haissaguerre e collaboratori hanno dimostrato che, in più del 70% dei casi, l'insorgenza della FA è dovuta a battiti atriali prematuri causati da circuiti di micro-rientro a livello della zona di passaggio tra l'endotelio delle vene polmonari e l'endocardio atriale sinistro. Da questa dimostrazione è nato il presupposto elettrofisiologico alla base delle tecniche di "isolamento delle vene polmonari" che, anche se certamente meno efficaci dell'intervento di Cox, presentano dei vantaggi in termini di minore complessità e maggiore riproducibilità.

A questo scopo altre tecniche sono state introdotte nella pratica clinica per ottenere l'ablazione come la crioterapia, la radiofrequenza, il laser, le microonde e gli ultrasuoni. Attualmente, anche nell'intervento di Cox-maze, le lesioni lineari vengono ottenute mediante crioablazione e non più attraverso incisioni chirurgiche. Sono state introdotte anche metodiche di ablazione epicardica o endocardica-epicardica nello stesso tempo. Il dibattito resta ancora vivo per quanto riguarda la transmuralità delle lesioni non-chirurgiche e la maggiore radicalità del trattamento ottenuto con l'intervento di Cox rispetto a queste metodiche di più recente introduzione.

È noto come la FA sia un'aritmia complessa e di non sempre chiara patogenesi multifattoriale, per cui anche il trattamento non può, probabilmente, essere lo stesso in tutti i casi.

Infatti, sappiamo che nella patogenesi della FA permanente associata a patologia mitralica cronica, assume particolare importanza la dilatazione dell'atrio sinistro. Dalla letteratura emerge che, con le tecniche tipo "maze", la percentuale di recupero del ritmo sinusale si aggira intorno al 60% quando il diametro atriale sinistro preoperatorio supera i 70 mm e, quando tale diametro supera gli 87 mm, la percentuale di recupero del ritmo sinusale può arrivare allo 0%. È chiaro, pertanto, che in presenze di cosiddetti mega-atrii o atri giganti, i principi elettrofisiologici della "maze procedure" non sono sufficienti.

Il presupposto teorico dell'autotrapianto cardiaco è stato suggerito da R.J. Batista ed enfatizza l'importanza dello stress di parete nel mantenimento della FA in presenza di un atrio sinistro molto dilatato. Infatti, secondo la legge di Laplace, è possibile ridurre lo stress di parete nell'atrio in due modi: riducendo la pressione intra-atriale (mediante la plastica/sostituzione della valvola mitrale) e riducendo il volume dell'atrio sinistro.

L'autotrapianto consiste nel rimuovere completamente o parzialmente (come suggerito da noi in una recente pubblicazione) il cuore, per poter effettuare un isolamento completo delle vene polmonari e, al tempo stesso, una reale riduzione chi-

rurgica della cavità atriale sinistra. Il tempo chirurgico a carico della valvola mitrale diventa particolarmente agevole per l'ottima esposizione conseguente alla metodica.

Con l'autotrapianto è possibile, pertanto, il raggiungimento di tre obiettivi: a) isolamento completo delle vene polmonari, b) riduzione della massa atriale sinistra, c) riduzione dello stress di parete nell'atrio sinistro.

Dall'aprile 2000 al settembre 2002, presso l'Unità Funzionale di Cardiocirurgia dell'Ospedale Privato Poliambulanza di Brescia, 30 pazienti con valvulopatia mitralica, fibrillazione atriale permanente di durata superiore ad 1 anno ed atrio sinistro con diametro superiore a 50 mm, sono stati operati con la tecnica di autotrapianto cardiaco ed i risultati a medio termine sono stati recentemente analizzati. Ad un follow-up medio di 21.1 ± 7.7 mesi (range 6-35 mesi), l'89.7% dei pazienti presenta un ritmo sinusale stabile, con una normale contrattilità bi-atriale rilevata nell'82.7% dei casi.

È stata documentata una significativa riduzione chirurgica del volume atriale sinistro che è passato da un valore pre-operatorio medio di 118 ± 68.4 ml (range 60-426 ml) ad un valore post-operatorio medio di 69.4 ± 34.1 ml (range 31-226). Non è stato registrato alcun episodio tromboembolico a distanza. Tali risultati possono essere considerati sorprendentemente soddisfacenti se consideriamo la tipologia dei pazienti trattati, in termini sia di elevata durata della FA che di severa dilatazione dell'atrio sinistro.

Nei pazienti portatori di protesi biologica o nei quali è stata eseguita una plastica riparativa della valvola è stato possibile, dopo 6 mesi dall'intervento ed in presenza di una normale contrazione biatriale all'ecocardiogramma di controllo, interrompere la terapia anticoagulante. Quest'aspetto, insieme ad altri vantaggi quali l'abolizione del cardiopalmo, la minore incidenza di episodi tromboembolici e la migliore performance emodinamica, rendono di indubbia importanza il tentativo di correggere l'aritmia al momento del trattamento chirurgico della valvulopatia mitralica. L'autotrapianto può essere considerata una delle tecniche a disposizione del cardiocirurgo proprio in questa tipologia di pazienti.

Bibliografia essenziale

[1] Cox JL, Schuessler RB, D'Agostino HJ, Stone CM, Chang BC, Cain ME, Corr PB, Boineau JP. The surgical treatment of atrial fibrillation. III. Development of a definitive surgical procedure. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1991;101:569-583.

[2] Haissaguerre M, Jais P, Shah DC et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. *N Engl J Med* 1998;339:659-66.

[3] Melo J, Adragao P, Neves J, Ferreira M, Timoteo A, Santiago T, Ribeiras R, Canada M. Endocardial and epicardial radiofrequency ablation in the treatment of atrial fibrillation with a new intra-operative device. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000;18:182-186.

[4] Haines DE. In atrial fibrillation, size does matter. Editorial comment. *J Cardiovasc Electrophysiol* 2000;11:1407-1408.

[5] Kosakai Y. Treatment of atrial fibrillation using the maze procedure: the Japanese experience. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2000;12:44-52.

[6] Troise G, Brunelli F, Cirillo M, Amaducci A, Mhagna Z, Dalla Tomba M, Tasca G, and Quaini E. Cardiac autotransplantation for the treatment of permanent atrial fibrillation combined with mitral valve disease. *Heart Surg Forum* 2003;6(3):138-142.



Intervista al Prof. Nicola Mininni

di DOMENICO MICELI

"Poco importa l'età in cui si decide di restare giovani"

(Henri Duvernois, Parigi 1875-1937)

L'ho conosciuto subito dopo la mia laurea, quando, nel 1975, lui era un giovane emodinamista del Pausilipon.

Qualche anno dopo ci siamo rivisti ad un Congresso di Cardiologia a Londra, io ero un po' scoraggiato dalla vita che svolgevo quale medico volontario all'Università e, pranzando insieme in una "steak house", mi disse di non mollare, altrimenti sarei rimasto un "cane sciolto".

Da quel giorno è stato per me come un fratello maggiore, e, ora che le vicende della vita mi ritrovano a lavorare nel Dipartimento di Cardiologia del Monaldi di Napoli sotto la sua direzione, provo una certa emozione ad incontrarlo in occasione dell'intervista per il Notiziario ANMCO. Siamo ad Altavilla Irpina, in provincia di Avellino, nel suo "rifugio" di montagna, una residenza scelta per i momenti di relax forse in virtù di una certa forza che lo attrae, e che, come una calamita, lo avvicina geograficamente alle radici, nel Molise. Da quelle origini ha sicuramente conservato il carattere calmo e paziente eppure suscettibile di improvvise, brusche e furiose impennate: guai a chi si ritrova in quel momento vicino! Il fatto di aver sempre vissuto a Napoli ha, invece, esaltato una sua naturale propensione alla battuta brillante (lo ricordate con Renzo Arbore, suo conterraneo, al Congresso ANMCO 2000?), all'ironia intelligente, al sapersi prendere sul serio solo quanto basta.

D. Quarant'anni a Napoli, sempre in Cardiologia, dal Santobono - Pausilipon al Monaldi.

R. Sì, sempre a Napoli da tanti anni, intervallati da periodi di perfezionamento in strutture estere ed italiane. A dire il vero, mi ero iscritto in Medicina perché affascinato da un medico condotto che avevo visto andare a dorso di mulo per le strade di un paese vicino Campobasso, dove sono nato, un'idea romantica della Medicina, ma poi, già da studente del 3° anno, ho cominciato a lavorare prima in Clinica Chirurgica e poi in Cardiocirurgia con il Prof. Ursini all'Ospedale Ravaschieri dove facevamo i primi cateterismi cardiaci

ai bambini e lì ho conosciuto il Prof. Federico Marsico, che veniva da noi come consulente cardiologo. Ho cominciato come Assistente Cardiocirurgo nel 1965 e poi, nel 1969, come Assistente Cardiologo al Pausilipon: con il Prof. Marsico abbiamo messo su la prima Emodinamica dell'Italia Meridionale, siamo stati i primi da Roma in giù a studiare bambini ed adulti, e, nel 1975, facemmo le prime coronarografie.

D. Del Prof. Marsico, della sua vivacità culturale e della sua "napoletanità", si raccontano diversi aneddoti. Ce ne può ricordare almeno uno?

R. Il Prof. Marsico era prima di ogni cosa un cardiologo clinico: negli anni in cui la fonocardiografia faceva parte delle indagini diagnostiche routinarie, ricordo che ci raccomandava sempre di registrare sul poligrafo il reperto precedentemente valutato con l'ascoltazione. Una volta, davanti ad un tracciato fonocardiografico "discutibile" eseguito da un paziente in un ambulatorio del centro di Napoli, ebbe a dire: "Chiste è 'o rummore d'o tram d'a Turreta!!", riferendosi al suono prodotto dal tram che passava per quella zona.

D. Nel corso della sua vita lavorativa l'ospedale si è trasformato: da "opera pia" è diventato "azienda". Come ha vissuto e come vive tuttora questo cambiamento?

R. Oggi si parla molto di questo "cambiamento", ma, intanto, io ricordo un altro cambiamento, sicuramente positivo per noi ospedalieri, quello che ci ha condotto alla stabilizzazione della carriera: il "ruolo" ospedaliero, oggi dato per scontato, non lo era nei primi anni '60, allora si veniva confermati nell'incarico ogni sei mesi. Poi c'è l'altro "cambiamento", quello della "aziendalizzazione": qui vi sono sicuramente degli aspetti positivi, e comunque inevitabili, dovuti alla necessità di razionalizzare le risorse, ma certamente anche alcuni lati negativi, come l'eccessiva attenzione agli aspetti economicistici che possono andare a discapito dell'assistenza, ed il voler forse forzatamente definire i pazienti come utenti o, peggio ancora, clienti...

D. Margherita, sua moglie è anch'essa medico, Primario di Laboratorio, ritiene vantaggioso per un medico avere una compagna che svolge la sua stessa professione?

R. Solo chi è medico può capire a fondo i problemi di un medico, e questo rappresenta l'aspetto positivo dell'aver sposato una donna medico. Purtroppo, però, la moglie medico è impegnata



come il marito, spesso a discapito della famiglia: Margherita ha, infatti, lasciato il lavoro precocemente, proprio per dare di più agli affetti familiari, anche sacrificando la sua professione, essendo Primario di una struttura ospedaliera molto importante.

D. *E, sempre a proposito di amori, ci dica qualcosa della sua... amata Emodinamica.*

R. In Emodinamica sono nato professionalmente, e ancora oggi, quando posso e ne ho l'opportunità, mi piace ritornare a lavorare in prima persona, anzi se per qualche ragione sono nervoso mi distrae.

D. *Ma sappiamo bene anche di un altro amore, le automobili...*

R. Indubbiamente una grande passione, complessivamente rimasta a livello di intenzione perché molte vetture che mi hanno affascinato non me le sono potute permettere, amo molto le auto d'epoca e ho recentemente restaurato una Fiat 500 del 1969. Ho avuto sempre una grande passione soprattutto per i fuoristrada, ricordo ancora un tour sui ghiacciai del Gran Paradiso con una Jeep in compagnia di mio figlio, diversi anni fa.

D. *Avrebbe gradito un figlio medico?*

R. Sì, ma solo se avesse avuto determinazione e passione, qualità indispensabili per dedicarsi alla nostra professione, come probabilmente accade per tutto. Ma forse ha pesato il fatto che, tra me e mia moglie, c'erano già due medici in famiglia...

D. *Nell'ANMCO ha fatto parte di direttivi regionali, nazionali, è stato Chairman di Area, ed infine Presidente. Cosa ricorda più piacevolmente di questa esperienza?*

R. Tutte esperienze positive, indimenticabili: il fascino della vita associativa, il confronto, il contatto con colleghi motivati e, soprattutto, disinteressati; ho sempre visto l'ANMCO come una "chiesa", tutte persone con la vocazione... La

presidenza è stata una sorta di cemento con me stesso, una sfida: ricordo con molta soddisfazione la realizzazione dell'Italian Heart Journal, sicuramente un buon risultato per tutta la comunità cardiologica, realizzato anche grazie ad un ottimo rapporto con l'allora Presidente della SIC, Peter Schwartz.

D. *Oggi la Cardiologia del Monaldi è una realtà consolidata, un indiscutibile punto di riferimento per l'Italia meridionale. Ci parli della sua struttura e dei suoi collaboratori.*

R. Sono veramente soddisfatto del livello raggiunto dalla nostra struttura, un livello raggiunto grazie al sacrificio di tutti indistintamente, un trend positivo iniziato con il Prof. Federico Marsico. Se siamo arrivati a questo punto lo dobbiamo comunque anche alla fortuna di avere avuto dei buoni Amministratori che hanno recepito e assecondato le nostre esigenze, ed anche ad un buon rapporto con la Cardiochirurgia, indispensabile per far crescere culturalmente una Cardiologia moderna.

D. *Qualche rimpianto?*

R. Devo dire, francamente, complessivamente nessuno. O forse, pensandoci bene, di non aver fatto il medico condotto, di aver tradito la prima vocazione. Non è solo una battuta, nelle battute c'è spesso un pizzico di verità. Probabilmente non è un rimpianto soltanto mio, quanti potrebbero dire: "Perché non lo hai fatto?" Forse sarebbe stato meglio per tutti.

D. *Progetti per il futuro?*

R. Avere più tempo per me stesso e soprattutto per la mia famiglia, credo proprio che se lo meriti. Spero che la crescita professionale della Cardiologia del Monaldi prosegua con i miei collaboratori, sarebbe veramente un peccato se venisse vanificato dagli eventi tutto quello che di buono siamo riusciti a fare fino ad oggi.

Pagine di letteratura**INCHIOSTRO DEL CUORE**

Sarà stata la facile rima cuore-amore. Sarà la tradizione che fa del cuore la sede dei sentimenti, sarà la semantica, anche religiosa, che identifica nel cuore la vita e l'amore. Non solo perché è il più importante degli organi – da preservare come un tesoro che a sua volta è scrigno di segreti e sensazioni tanto umane quanto importanti – il cuore è cantato dagli uomini di tutti i secoli.

Da qui il binomio (dicotomia!) cuore-ragione con ruoli assai diversi e in continuo conflitto nell'uomo ma anche in eterna e perfetta convivenza.

Nel linguaggio comune è sinonimo perfetto di amore, di affetto, di amicizia...

"I figli sono il mio cuore" oppure "con tutto il cuore", o ancora "cuore mio!" ma anche "col cuore in mano", "a cuore aperto", e per descrivere una persona generosa: "è tutto cuore" e per evidenziare cattiveria: "è senza cuore" e via dicendo...

Ma è stata la letteratura a sublimare il valore del cuore come motore e rifugio dei sentimenti tanto da farlo man mano diventare soggetto di poesia ogni volta descritto con lirica, enfasi, struggente passione, accordando mille e mille aggettivi per descriverlo pensante e vivo, in modo figurato e materiale, un

compagno dentro di noi, un'altra persona che decide e soffre, ama e odia, agisce con dolcezza o perfidia.

E se nella letteratura dei secoli lontani "a cor gentil repara sempre amore", in epoca moderna il cuore vive con l'uomo e con le sue contraddizioni, passando da oggetto di amore a soggetto di passioni.

È passato tanto tempo dal luogo comune dei trovatori espresso nel celebre verso: "Amor e cor gentil sono una cosa" oppure da Guido Guinicelli: "...Amor per tal ragion sta in cor gentile" e "Amor in gentil cor prende rivera". Dal cuore che tutto conserva e nasconde [ecco i poeti toscani (Cino): ...questa donna che andar mi fa pensoso / porta nel viso la virtù d'Amore/ la qual fa disvegliar altrui nel core/ lo spirito gentil che vi è nascoso... e anche nel Cinquecento (Il Canzoniere di Stampa): ... Se poteste ... penetrar i segreti del mio core/ ... vi vedreste le pene de l'inferno...] al cuore che si schiude e si svela (ma son passati sette secoli).

Qual è stato il "ruolo" del cuore nella letteratura del Novecento fino ad oggi nel mondo del Duemila?

Beh, il XX s'apre, dopo un secolo di fervori romantici, con le nuove ansie e le aspirazioni all'apertura, agli esperimenti, alle tecnologie.



Il Novecento è stato secolo di migrazioni, viaggi, cambiamenti veloci, tecnologie che hanno avvicinato fisicamente gli uomini e rimpicciolito il mondo.

Ma c'è stato eccome il posto per la poesia,



La “famosa lettera” dal film: “Totò, Peppino e la malafemmina”

una sorta di contrappunto per l'uomo solo, in mezzo agli altri.

Ma anche quando (e spesso) nel XX secolo la poesia – e la letteratura in genere – hanno rappresentato la punta massima di impegno collettivo e di denuncia sociale c'è comunque stato posto per il cuore come forza e spinta interiore per le azioni dell'uomo cellula della società o piccolo atomo del mondo (d'altronde all'uomo di pena di Ungaretti “basta un'illusione per farsi coraggio”).

È tormentato e malinconico l'uomo di Paul Verlaine in balia del vento come foglia morta così come il cuore: “I lunghi singulti/dei violini/d'autunno/mi lacerano il cuore/d'un languore/ monotono”.

Ma anche i poeti maledetti trovano nel cuore il più degno compagno d'emozioni. Stéphane Mallarmé: “... E gli alberi forse, richiamo dei temporali/ son quelli che un vento inclina sopra i naufraghi/ sperduti, né antenne, né verdi isolotti... Ma ascolta, o mio cuore, il canto dei marinai”.

Il cuore capace di ascoltare e di sentire non solo sul piano amoroso. Giovanni Pascoli: “... e del prunalbo l'odorino amaro senti nel cuore”. Sempre Pascoli in “Ultimo canto” descrive il cuore come la direzione di ogni cosa: [“... Canta una sfogliatrice a piena gola/Amor comincia con canti e con suoni/e poi finisce con lacrime al cuore”] ma anche come la memoria della propria vita sensazionale e sentimentale [“... Lascia che guardi dentro il mio cuore/lascia ch'io viva del mio passato/se c'è sul bronco sempre quel fiore/ se trovi un ba-

cio che non ho dato...”].

E D'Annunzio, il controverso poeta del superuomo e del decadentismo, affida ad un aggettivo la sua sensazione nell’“Incontro di Ulisse” per descrivere l'eroe dal “magnanimo cuore”. E nel “magnanimo” risiede la generosità e la voglia di avventura, la forza e la caparbità del re di Itaca.

Ma l'ansia dell'uomo di inizio-Novecento è presente ed enfatizzata in D'Annunzio più che in altri poeti: “...E un'ansia repentina il cor m'assalse...”.

Charles Baudelaire fa del cuore la risorsa e la molla delle sue violente passioni ma anche la sede principale dell'Amore, una cittadella da assalire in ogni modo: “... e le mie unghie simili a quelle delle arpie/ sapranno aprirsi una strada fino al suo cuore”. E ancora: “Imploro la tua pietà, mio amore unico/ dal fondo dell'abisso dov'è caduto il mio cuore...”. Amore e passione, fisicità e sentimento: “... Com'era dolce il tuo seno! Che conforto il tuo cuore!”. Ma anche in Baudelaire sono gli aggettivi a caratterizzare la forza poetica e umana: “... addio sospiri del flauto, canti degli ottoni/ piacere, non tentate un cuore tetro e immusonito!...”.

Ed è compagno fedele anche nel Gozzano della “Signorina Felicita” [“nel mio cuore amico scende il ricordo”].

Salta a piè pari il cuore la poesia “divertente” e senza orpelli di Palazzeschi, ad esempio? No, proprio no. Anzi nella poesia “Chi sono?” Palazzeschi fa della visibilità da rendere al cuore tutto un manifesto della sua poetica e qui si compie il processo di svelamento di cui si diceva all'inizio: “... lo metto una lente/ davanti al mio cuore/ per farlo vedere alla gente./ Chi sono?/ Il saltimbanco dell'anima mia”. Non poteva che essere scosso e “sbattuto” quello descritto da Dino Campana: “... la nave già cieca varcando battendo la tenebra/ coi nostri naufraghi cuori/ battendo la tenebra l'ale celeste sul mare.../.

E nel secolo delle contraddizioni l'elettrocardiogramma (!) della letteratura oscilla tra modernismo e ritorno al passato [... l'Amore che dona l'Amore/ l'Amore che vive ben dentro nel cuore... dice Clemente Rebora mentre Majakovskij è vibrante come la rivoluzione che sta vivendo in Russia: “... Il nostro dio è la corsa/ il cuore è il nostro tamburo” e più avanti: “Bevi le gioie! Canta! / Nelle vene la primavera è diffusa/ Cuore, batti la battaglia! / Il nostro petto è rame di timballi”].

Ma il punto più alto della metafora, la raffigurazione più emblematica si raggiunge con Giuseppe Ungaretti ed è l'immagine dopo la guerra, nel mondo e nell'animo, in “San Mar-

tino del Carso". È il caso di riprenderla per intero: "Di queste case/ non è rimasto/ che qualche/ brandello di muro.

Di tanti/ che mi corrispondevano/ non è rimasto/ neppure tanto. Ma nel cuore/ nessuna croce manca.

È il mio cuore/ il paese più straziato".

Sempre Ungaretti inizia così la poesia "La madre": "E il cuore quando d'un ultimo battito/ avrà fatto cadere il muro d'ombra/ per condurmi, Madre, sino al Signore/ come una volta mi darai la mano...".

E un altro "ermetico", Eugenio Montale tra il profumo che dilaga e la mente che indaga ne "I limoni" trova il modo più poetico per far uscire il cuore dal freddo dell'inverno: "... Quando un giorno da un malchiuso portone/ tra gli alberi di una corte/ ci si mostrano i gialli dei limoni/ il gelo del cuore si sfa/ e in petto ci scrosciano/ le loro canzoni/ le trombe d'oro della solarità".

E anche per il Premio Nobel è un aggettivo a descrivere le sembianze dell'animo: "... E un giorno queste parole... parranno a un fraterno cuore/ sapide di sale greco".

Ma, sede di sentimenti, il cuore può essere fonte di rabbia e odio, sentite Umberto Saba: "... Tu sei come una lunga cagna/ che sempre tanta dolcezza ha negli occhi/ e ferocia nel cuore...".

La solitudine è più forte se risiede nel cuore,

nel cuore degli uomini e della Terra. Un Maestro, un altro Nobel, Salvatore Quasimodo al mondo parlava così: "... ognuno sta solo sul cuore della terra/ trafitto da un raggio di sole/ ed è subito sera".

Sempre Quasimodo nella "produzione civile" descrive così l'occupazione nazista: "E come potevamo noi cantare/ col piede straniero sopra il cuore...".

E a proposito di aggettivi riservati al cuore, ecco Pier Paolo Pasolini da par suo: "...Ma io con il cuore cosciente/ di chi soltanto nella storia ha vita/ potrò mai più con pura passione

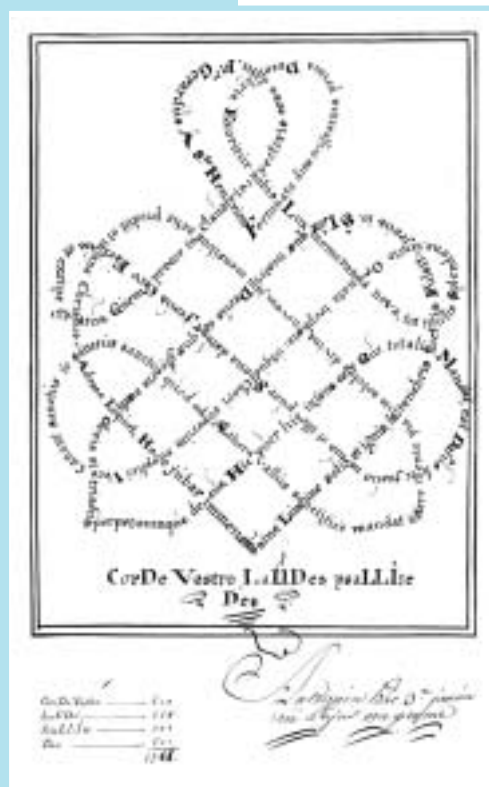
operare/ se so che la nostra storia è finita?". Ma la ricerca dei segreti dell'animo umano impegna l'operare del poeta, così Pablo Neruda nei versi di rabbia e dolore per la ignominiosa vicenda cilena: "... ma da ogni bambino morto esce un fucile con occhi/ ma da ogni delitto nascono proiettili/ che scoveranno un giorno/ la tana del vostro cuore...".

Tormento e dolore anche in Garcia Lorca: "... piangeva il bambino del veliero/ e si spezzavano i cuori...". Ma anche tormento d'amore: "... Cercai, per darti, nel mio cuore/ le lettere d'avorio/ che dicono sempre sempre sempre: giardino della mia agonia...".

E una delle più belle liriche della storia della letteratura, autore Paul Eluard, rende un'immagine tra le più intense che siano mai state scritte: "La curva dei tuoi occhi intorno al cuore/ ruota un moto di danza e di dolcezza...".

Mille modi, insomma, di parlare del cuore e attraverso il cuore, dal mito alla letteratura, dalla scienza alla comunicazione.

Ogni uomo conosce il valore fondamentale di quell'organo che è mistero, arcano, poesia, magia, forse perché, al di là della sua importanza vitale, come diceva Tolstoj: "è nel cuore dell'uomo che risiede il principio e la fine di ogni cosa".



Cronogramma.
Usato in Germania,
Belgio e Paesi Bassi
dal'XI al XVIII secolo



GENNARO COSENTINO
Giornalista RAI

Nel precedente numero di "Cardiologia negli Ospedali" (N. 136 - novembre-dicembre 2003) è stata pubblicata la lettera di Gianfranco Mazzotta da Genova, che apre un discorso organizzativo e pratico molto rilevante: considerare l'attività cardiologica di guardia tra quelle cosiddette "usuranti" e, di conseguenza, consentire un pensionamento anticipato per quei cardiologi che nella loro vita professionale abbiano svolto queste mansioni.

Correlato a questo aspetto, vi sarebbe il lato positivo della questione, ovvero il progressivo ringiovanimento della comunità dei cardiologi, in quanto sarebbe favorito un turn-over occupazionale.

Consentitemi, prima di addentrarmi in una risposta tecnica, di fare qualche considerazione generale.

Mi ha molto impressionato che questa delicata questione sia stata sollevata da Gianfranco, ma solo in considerazione della sua età anagrafica: i cardiologi che hanno (quasi) raggiunto la cinquantina già sono in pista per ridurre la durata della propria vita lavorativa!

È, a mio avviso, un segnale grave, che esprime certamente un disagio importante nella nostra vita professionale di cardiologi ospedalieri (e che meriterebbe, da parte di tutti, un'analisi approfondita e dedicata): e questo disagio costituisce l'humus su cui cresce l'insoddisfazione e la voglia di ritirarsi da una corsa per la quale non solo non sono previsti traguardi certi, ma anche la cui durata e difficoltà vengono continuamente modificate.

Ma veniamo alla questione sollevata da Gianfranco Mazzotta.

Credo che tutti quelli fra noi che hanno fatto e continuano a fare attività di guardia presso strutture di cardiologia siano sostanzialmente d'accordo nel considerare tale attività come usurante. D'altra parte credo che anche altri medici ospedalieri di altre discipline abbiano lo stesso problema, e sicuramente la maggior parte degli infermieri: ampliare la base della discussione e del consenso potrà certamente dare più vigore ad eventuali richieste di modifiche normative.

Dobbiamo però anche meditare sul tipo di rivendicazione e sulle relative proposte da portare avanti, considerando anche i riflessi sulla organizzazione dei reparti che questa rivendicazione, accettata in linea di principio, potrebbe determinare.

Il problema dell'invecchiamento della popolazione medica negli ospedali è trasversale, l'età anagrafica cresce e cresce la fatica a svolgere alcune mansioni. D'altra parte la vita media si allunga (anche quella dei medici) e potrebbe essere deprimente andare in pensione tanto anticipatamente e mettere da parte la propria voglia e capacità di svolgere ancora un'attività professionale adeguata.

La nostra richiesta deve essere perciò semplicemente quella di andare in pensione prima (mentre i direttori di struttura complessa proseguiranno fino a 70 anni, ovvero via i colonnelli e avanti la truppa semplice e i generali), o di modificare l'organizzazione del lavoro, ad esempio mediante l'utilizzazione di consulenti ad hoc, che diano la possibilità di mantenere in servizio persone qualificate esonerandole dalle attività usuranti? [magari al costo di un (ulteriore) dimagrimento degli organici]. È certamente vero che un professionista "anziano" può non essere lucido durante una notte di guardia, ma è altrettanto vero che le nuove leve dovranno prima essere addestrate adeguatamente, altrimenti si corre il rischio di affidare un'importante attività a professionisti non preparati, con ovvie ripercussioni sulla qualità e l'operatività. In un'epoca di risorse limitate, nella quale il medico neoassunto (anche a contratto) deve **immediatamente** essere **produttivo** (e qui ci sarebbe molto da capire e discutere), lo spazio temporale di addestramento potrebbe essere pericolosamente ridotto, con ovvie conseguenze pratiche.

Queste sono solo alcune delle considerazioni generali che mi vengono in mente, e che indicano, a mio modo di vedere, come il problema sollevato da Mazzotta sia in realtà **uno** dei molti problemi della gestione della sanità nel nostro paese.

Ma per tornare al cuore del problema, credo che si debbano fare altre considerazioni più specifiche:

1. I cardiologi hanno un adeguato potere di **Lobbing**? ovvero in Parlamento abbiamo Santi a sufficienza per portare avanti una tale rivendicazione?



Vincent van Gogh, *Il vigneto rosso*, 1888

Gianfranco ritiene di sì, si tratterebbe solo di “stanarli” e convincerli ad appoggiare le nostre rivendicazioni. È una via da esplorare e da valutare con molta cautela.

2. *Sindacati: una proposta di questo genere, portata avanti per una sola categoria di medici ospedalieri potrebbe non avere l'appoggio delle organizzazioni sindacali. Si deve perciò cercare di far inserire questa problematica (che ha una valenza generale, ovvero per altri medici e infermieri) tra quelle prioritarie dei sindacati.*

Certo, in questo momento, con le proposte della controparte per il rinnovo del contratto, è difficile pensare ad un impegno anche in tal senso.

3. *Ma per smuovere i sindacati è necessario che i cardiologi siano iscritti ad un sindacato o abbiano un proprio sindacato: sapete tutti quale sia il basso grado di impegno sindacale tra i cardiologi e quanto scarsa sia stata ad oggi l'adesione all'ANMCO-FeSMeD.*

4. *Conoscete tutti la volontà dell'attuale governo di anticipare la riforma delle pensioni.*

Il decisore pubblico sarebbe ben contento di mandare a casa un bel po' di “anziani” anticipatamente, per disperazione e non per premio (e perciò con una pensione più bassa), sostituendoli con medici più giovani e meno “costosi” (dal punto di vista dell'anzianità e dei contributi previdenziali).

In conclusione, credo che una questione così delicata oggi possa essere posta sul tappeto, tenendo presente che la soluzione, che ha notevoli riflessi e intersezioni con molti altri aspetti della vita sociale, politica, sindacale del nostro paese, non potrà essere di facile e rapida attuazione, dovrà coagulare un forte interesse trasversale alle specialità mediche e chirurgiche interessate, dovrà essere inserita in una riforma dell'organizzazione delle strutture ospedaliere.

La soluzione dovrà essere cercata in più direzioni, giocando anche su tavoli attorno ai quali non siamo (ancora) ben presenti o che non conosciamo per nulla.

Questo non vuol dire che non ci si possa provare.

Il Consiglio Direttivo fa propria questa richiesta e avvierà i passi, istituzionali e non, per comprendere il meccanismo e i mezzi attraverso i quali poter intraprendere una simile iniziativa.

Per prima cosa abbiamo chiesto al coordinatore della sezione sindacale, Dott. Giuseppe Pinelli, di farci il punto sulla situazione normativa circa le attività usuranti in ambito medico. Attraverso la FeSMeD (alla quale rinnovo l'invito di aderire) cercheremo di sapere quanti e quali medici siedono attualmente in Parlamento e, sempre attraverso la FeSMeD, cercheremo di capire quale accoglienza e quanto spazio possa avere questa richiesta nell'ambito dell'attività sindacale nazionale.

Chiediamo inoltre a tutti i Soci di intervenire nel dibattito con commenti e proposte, per valutare il reale interesse alla questione e dare perciò impulso e vigore all'iniziativa.

*Il Consiglio Direttivo, inoltre, ha previsto che nella home-page del sito ANMCO vi possa essere uno spazio dedicato alle questioni sindacali, con la possibilità di aprire un forum di discussione per gli argomenti di maggior interesse. Fino ad oggi la sensibilità verso queste problematiche è stata **scarsa**, come dimostrato dal basso numero di adesioni all'ANMCO-FeSMeD. È per questo che le iniziative in tal senso (che hanno un costo) sono state congelate nell'attesa di valutare la reale esigenza degli Associati.*

Mi auguro inoltre che l'avvio di questa proposta, che riguarda un aspetto parziale della nostra attività di cardiologi ospedalieri, possa servire da volano per una discussione propositiva più generale che riguardi anche l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e, alla luce del documento “Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia”, della cardiologia in particolare.

Il momento storico è delicato, il rischio di un profondo cambiamento non guidato dal “governo clinico” ma dalla sola dimensione economica del problema salute è reale: coagularsi di fronte ad un problema comune per proporre risposte adeguate è certamente un compito alla portata di un'Associazione come l'ANMCO; ma tutti noi siamo obbligati a fare la nostra parte, al centro come in periferia.



Vincent van Gogh, Portatrici di carbone, 1882

Antonio Mafri,

Vice Presidente attività di politica sanitaria
organizzative e gestionali

Figurare la Parola

Cuore e Musica

La musica è l'unica arte essenzialmente viva. I suoi elementi sono gli elementi stessi della vita. Sorda ma percepibile, potente benché misconosciuta, si trova ovunque ci sia vita.

**(I.J. PADEREWSKI,
À LA MÉMOIRE
DE FRÉDÉRIC CHOPIN)**



Cordier Baude, Recueil de ballades, motets et chansons, Musée Condé, Chantilly



Orazio Gentileschi e Giovanni Lanfranco, Santa Cecilia e Angelo, c. 1617/1618 e c. 1621/1627

I capolavori della musica ecclesiastica italiana commuovono il cuore fino nelle più intime fibre, tanto che non le si può mettere a paragone alcun altro effetto di qualsiasi altra arte.

(L'ARTE DI DIRIGERE L'ORCHESTRA, 1869)



Prof. Filippo Milazzotto (1928-2003)

Il Prof. Filippo Milazzotto, primario cardiologo emerito dell'Ospedale San Camillo di Roma, ci ha lasciati.

L'opera scientifica e medica del Prof. Milazzotto ha seguito in parallelo tutto lo sviluppo della cardiologia italiana e internazionale, il suo distacco dalla grande radice della medicina interna e la sua progressiva affermazione, fino alle conquiste dei nostri giorni. Formatosi alla grande scuola cardiologica romana di Vittorio Puddu e Vincenzo Masini, il Prof. Milazzotto è stato, per moltissimi anni, alla guida dell'Unità Coronarica del San Camillo, la prima a essere istituita in Italia, nella quale si sono successivamente formate molte generazioni di cardiologi interessati allo studio e alla cura delle sindromi coronariche acute.

Alcune tappe fondamentali della moderna cardiologia hanno visto il Prof. Milazzotto in prima linea, una per tutte lo studio GISSI, pietra miliare della cardiologia italiana e internazionale, del cui Scientific Advisory Board il Prof. Milazzotto fece parte. Al San Camillo sono stati inoltre intensivamente studiati i nitrati transdermici, i calcio-antagonisti, gli antiaritmici, i nuovi inotropi e i farmaci ad azione metabolica, allo scopo di massimizzare quella protezione del miocardio ischemico che, insieme alla terapia fibrinolitica, costituiva la migliore terapia dell'infarto miocardico acuto.

Insieme agli interessi scientifici cardiologici "tradizionali", il Prof. Milazzotto si è interessato appassionatamente di molti altri argomenti, fra i quali la "quantificazione" delle osservazioni cliniche (sulla scorta dei fondamentali lavori di A. Feinstein), l'analisi decisionale in medicina, la creazione di banche dati informatizzate (la prima della sua UTIC risale al 1983) e la filosofia della medicina.

Quest'ultimo interesse, ampliatosi e approfonditosi negli anni, ha prodotto, oltre a numerosi scritti teorici, anche un simposio scientifico al Congresso Nazionale ANMCO e un progetto innovativo di "scienza medica e humanities" (il Laboratorio di Spoleto Scienza).

La sua opera viene oggi continuata dai suoi allievi, molti dei quali responsabili di varie Unità Coronariche romane, sempre nello spirito di una medicina intesa come la più umana delle scienze o, come amava definirla, "una scienza dell'azione".

Marco Tubaro

Il cardiologo moderno e illuminato
guarda alla formazione,
l'ANMCO è il ponte per raggiungerla



È possibile iscriversi
ai Corsi del Centro Formazione ANMCO
con modalità on-line attraverso
il sito web dell'Associazione (www.anmco.it)

