



# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Sped. in A.P. - Art. 2, comma 20, lettera b, Legge 662/96 - RIVIALE DI FIRENZE - In caso di mancato recapito inviare all'ufficio di Firenze C.M.P. debitore del conto per la restituzione al mittente che s'impegna a pagare la relativa tariffa - Contiene Inserto Redazionale



**A**MICI DELL'ANMCO

AstraZeneca • Aventis • Boehringer Ingelheim  
Pfizer Italiana • Roche • Sanofi-Synthelabo • Servier Italia

All'interno: REPORTAGE del  
XXXV Congresso  
Nazionale ANMCO

# ANMCO 2005

ITALIAN ASSOCIATION OF HOSPITAL CARDIOLOGISTS

36<sup>th</sup>  
Annual  
Meeting

Firenze  
1 - 4 June 2005



[www.anmco.it](http://www.anmco.it)



SCIENTIFIC SECRETARIAT  
ANMCO - Viale La Marmora, 85 - 50121 Firenze, Italy  
Tel. ++39 055 217785 - Fax ++39 055 277334

ORGANIZING SECRETARIAT  
OIC Srl - Viale G. Marconi, 7 - 50121 Firenze, Italy  
Tel. ++39 055 27051 - Fax ++39 055 661412

Il XXXVI Congresso Nazionale ANMCO

## IN QUESTO NUMERO:

- 2 DAL PRESIDENTE
- 16 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO
- 20 DAL SITO WEB
- 22 REPORTAGE DAL XXXV CONGRESSO NAZIONALE ANMCO 2004
- 23 Sabato 22 maggio
- 30 Domenica 23 maggio
- 38 Lunedì 24 maggio
- 42 Martedì 25 maggio
- 58 Mercoledì 26 maggio
- 62 CARDIONURSING 2004
- 64 DAL CENTRO STUDI
- 66 DALLA HEART CARE FOUNDATION
- 72 DALLE AREE  
Emergenza-Urgenza  
Malattie del Circolo Polmonare  
Scompenso Cardiaco
- 79 DALLE REGIONI  
Calabria - Friuli Venezia Giulia - Liguria  
Lombardia - Puglia
- 87 CUORI ALLO SPECCHIO
- 91 VIAGGIO INTORNO AL CUORE
- 93 FORUM
- 96 FIGURARE LA PAROLA

In copertina:  
Mondino de' Luzzi, Rappresentazione del cuore. *De omnibus umani corporis interioribus membris anotomia, vulgata francese, Strasburgo, 1513*



## INDICE:

- 2 LINEE PROGRAMMATICHE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO 2004-2006  
*di Giuseppe Di Pasquale*
- 13 A PROPOSITO DI DISINFORMAZIONE: LA LETTERA DEL PRESIDENTE ANMCO AL MINISTRO SIRCHIA
- 14 LA RISPOSTA DEL MINISTRO SIRCHIA
- 15 PROGETTO "NON TI SCORDAR DI ME"  
*di Giuseppe Di Pasquale*
- 16 ELETTO IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO
- 17 L'ANMCO E LA SOCIETÀ CIVILE  
*di Alessandro Boccanelli*
- 20 I NUMERI DEL SITO WWW.ANMCO.IT  
*di Carlo D'Agostino*
- 23 IL CONGRESSO IN PILLOLE  
*di Leonardo De Luca, Rachele Adorisio e Giovanni De Persio*
- 23 MINIMASTER PRINCIPI DI METODOLOGIA E BIostatISTICA PER IL CARDIOLOGO
- 25 MINIMASTER CORONARY INTERVENTIONAL CARDIOLOGY FOR CLINICAL CARDIOLOGISTS
- 28 SESSIONE PLENARIA RETI INTEGRATE IN CARDIOLOGIA: A CHE PUNTO SIAMO?
- 30 SESSIONE PLENARIA UPDATE IN CARDIOCHIRURGIA
- 32 TAVOLA ROTONDA CONGIUNTA ANMCO-AHA NATIONAL CARDIOLOGICAL ASSOCIATIONS AND TRAINING PROGRAMS IN EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE (ECC)
- 36 SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-AHA TO WHICH EXTENT SHOULD CLINICAL TRIAL MODIFY THE CLINICAL PRACTICE
- 38 SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-ISS-ACC: WHERE IS CARDIOVASCULAR PREVENTION GOING TO IN THE WESTERN WORLD
- 40 SIMPOSIO VERSO LA GESTIONE MODERNA DELL'INFARTO MIocardICO ACUTO
- 42 MAIN SESSION SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO
- 53 EVENTO SEMINARIALE RIVASCOLARIZZAZIONE MIocardICA DOPO L'AVVENTO DEGLI STENT MEDICATI
- 54 SESSIONE PLENARIA FIBRILLAZIONE ATRIALE
- 58 SESSIONE PLENARIA GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO
- 59 DIABETE E CARDIOPATIA ISCHEMICA: UN PROBLEMA CLINICO EMERGENTE
- 61 PROBLEMATICHE NEL TRATTAMENTO DELLE TACHICARDIE VENTRICOLARI (TV) SOSTENUTE
- 62 CARDIONURSING 2004: È GIÀ TEMPO DI BILANCI (E DI QUALCHE RIFLESSIONE)  
*di Quinto Tozzi*
- 64 COME PUÒ LA ROUTINE CLINICA QUOTIDIANA COINCIDERE CON LA RICERCA  
*di Gianna Fabbri e Aldo P. Maggioni*
- 66 L'OTTOBRE DEL PROGETTO TUTTOCUORE  
*di Franco Valagussa*
- 73 ACUTE CARDIAC CARE 2004  
*di Cesare Greco*
- 74 NOVITÀ DALL'AREA  
*di Stefano Ghio e Pietro Zonzin*
- 76 BRINGOUT: BETA-BLOCKER IMPLEMENTATION PROGRAM IN OUT-PATIENT WITH HEART FAILURE  
*di Gianfranco Misuraca e Giuseppe Cacciatore*
- 79 NEWS DALLA CALABRIA  
*di Marilena Matta*
- 81 CONVEGNO REGIONALE: "L'ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO NELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO"  
*di Roberto Chiozza*
- 82 LA RETE GENOVESE PER L'INFARTO ACUTO  
*di Sergio Chierchia*
- 84 PROGRAMMA DEL BIENNIO 2004-2006  
*di Antonio Mafri*
- 86 L'ANMCO PUGLIA E LE AUTORITÀ POLITICHE REGIONALI  
*di Francesco Bovenzi*
- 87 INTERVISTA AL PROF. ELIGIO PICCOLO  
*di Sabino Scardi*
- 89 INTERVISTA AL PROF. VINCENZO CECI  
*di Angela Beatrice Scardovi*
- 91 DAL XXXV AL PRIMO CONGRESSO DELL'ANMCO. RIFLESSIONI DI UNO CHE C'ERA  
*di Sabino Scardi*
- 93 XXXV CONGRESSO ANMCO E LE DONNE: QUESTE SCONOSCIUTE. QUANDO IL CONGRESSO SI TINGERÀ DI ROSA?  
*di Marilena Matta e Maria Teresa Manes*
- 96 FIGURARE LA PAROLA  
*a cura di Francesco Bovenzi*

## LINEE PROGRAMMATICHE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO 2004-2006



Cari Amici,

questo è il programma per il biennio 2004-2006 che è stato ampiamente discusso e condiviso all'interno del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale. È evidente che ogni nuovo Presidente vorrebbe lasciare una traccia del proprio impegno all'interno del percorso dell'ANMCO. È quanto anch'io cercherò di fare. Oltre ad essere una legittima aspirazione, è qualcosa di atteso dai Soci elettori. Le linee programmatiche 2004-2006 contengono pertanto insieme a progetti innovativi, il consolidamento di quanto (tanto!) è stato messo in cantiere nel precedente biennio, soprattutto grazie alla forte vivacità propositiva di chi mi ha preceduto in questo incarico di cui sento la grande responsabilità nei confronti degli Associati.

Due anni sono un periodo di tempo insufficiente per la compiuta realizzazione di molti obiettivi. La continuità insieme all'innovazione sono a mio parere i requisiti indispensabili per un armonico e progressivo sviluppo dell'ANMCO, a fronte del doveroso ricambio dei suoi organi istituzionali.

### 1) La Difesa della Cardiologia Ospedaliera nella sua Unitarietà

L'impegno tradizionale dell'ANMCO per la difesa della Cardiologia ospedaliera va inteso oggi come un impegno più generale di difesa dei principi del Sistema Sanitario Nazionale all'interno del quale l'Ospedale costituisce un nodo strategico. L'ANMCO è chiamata ad un impegno non solo culturale ma anche "politico", come è stato efficacemente richiamato da Alessandro Boccanelli nel discorso di apertura al Congresso ANMCO 2004. In un momento in cui il Servizio Sanitario Nazionale è a rischio di smantellamento per il progressivo depauperamento del servizio pubblico con inaccettabili sperequazioni regionali, è necessaria una forte scelta verso un sistema a difesa della salute equamente distribuito ed uniformemente di buona qualità. La riconosciuta leadership dell'ANMCO potrebbe essere esercitata per coinvolgere altre Società Scientifiche in una mobilitazione a difesa del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Specifico impegno dell'ANMCO deve essere quello della difesa della Cardiologia ospedaliera nella sua unitarietà, in un momento in cui molti tendono a delimitare il ruolo del cardiologo in superspecialista di procedure tecnologiche. Deve essere rivalutato il ruolo del cardiologo clinico che è quello che gestisce ogni giorno pazienti con sindrome coronarica acuta, scompenso e aritmia, anche quando non è richiesta una procedura di angioplastica, di impianto di pacemaker biventricolare o di ablazione transcateretere.

Il processo federativo fortemente condiviso dall'ANMCO non è in contrasto con la difesa del ruolo della Cardiologia ospedaliera ed in particolare delle piccole Cardiologie la cui sopravvivenza rischia di essere minacciata.

L'attuazione del modello delle reti integrate in Cardiologia è lo strumento attraverso il quale può essere garantita l'autonomia delle Istituzioni cardiologiche col-



N. 140-141 - luglio/ottobre 2004

Notiziario ufficiale dell'Associazione  
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

**Francesco Boncompagni**

Co-Editor:

**Francesco Bovenzi**

Comitato di Redazione:

**Gennaro Santoro, Giuseppe Vergara**

Segreteria di Redazione:

**Simonetta Ricci**

Segreteria Nazionale:

**ANMCO**

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

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

<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:

**Pier Filippo Fazzini**

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

Centro Servizi ANMCO srl

Stampa: Grafiche Martinelli - Firenze



locate negli Ospedali di comunità o comunque di non grandi dimensioni (UTIC senza Emodinamica; Cardiologie senza letti di degenza). Diversamente si rischierà una perdita della specificità cardiologica di Strutture diluite in Dipartimenti a varia caratterizzazione (Medicina, Emergenza-Urgenza ecc.). La centralità delle UTIC, intese come Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e non solo Coronarica, all'interno della rete cardiologica è chiaramente espressa nel Documento Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia. Si tratta ora di vigilare affinché tutto questo venga di fatto attuato nelle singole realtà locali.

Tutto questo va al di là della questione dell'attività sindacale, per la quale l'ANMCO ha dimostrato una scarsa propensione, ma costituisce un impegno per ogni cardiologo che opera nelle strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale.

Il tentativo di creare un'attività sindacale nell'ANMCO all'interno della FESMED non ha riscosso una significativa adesione da parte dei Soci. Esiste comunque questa opportunità, per chi lo desidera, di poter partecipare ai tavoli di contrattazione aziendale attraverso la FESMED con lo stesso peso delle altre sigle sindacali.

## 2) I Rapporti con le Istituzioni

L'ANMCO affida alla FIC le interazioni con le Istituzioni Sanitarie nazionali.

A livello regionale/locale persegue l'obiettivo di stabilire un rapporto diretto con gli Assessorati e le Agenzie Sanitarie Regionali per l'attuazione dei Piani Sanitari e per la definizione dei percorsi delineati nel Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia". In questo ambito andranno ricercate le possibili interazioni collaborative con i referenti regionali della SIC.

Nel rispetto della politica federativa verrà tuttavia proseguita un'azione autonoma dell'ANMCO in tre settori di attività:

1) Accordo ANMCO – HCF - Istituto Superiore di Sanità finalizzato ai seguenti progetti:

- prosecuzione dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare
- osservatorio permanente delle sindromi coronariche acute
- implementazione della carta del rischio italiana cardiovascolare
- campagna educativa sul ritardo decisionale
- indagine del profilo di rischio cardiovascolare degli Italiani d'America.

2) Accordo realizzato attraverso HCF con il Ministero della Istruzione, Università e Ricerca (MIUR) per l'attività educativa nelle scuole da diffondere e capillarizzare in periferia secondo il modello originale della cascata formativa degli insegnanti.

3) Ruolo leader dell'ANMCO per l'implementazione del Documento Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia attraverso l'organizzazione di riunioni regionali sulle reti integrate per l'assistenza al paziente con scompenso cardiaco e sulle reti per l'emergenza coronarica. Queste iniziative verranno svolte con il coinvolgimento locale dei cardiologi universitari e delle Istituzioni Sanitarie regionali e aziendali (Assessorato alla Sanità, Agenzie Sanitarie Regionali, Comitati Provinciali, Direzioni Generali).

L'ANMCO è inoltre impegnata a fare ottenere un riconoscimento da parte del-



**Natalino Bentivoglio Scarpa, *L'alzana*, 1926**

la Conferenza Stato-Regioni del progetto di implementazione delle reti cardiologiche.

L'ANMCO infine, dopo essere stata fortemente coinvolta in passato con il Ministero della Salute per l'introduzione dei DRG in Italia, intende fornire il proprio contributo tecnico attraverso il progetto di revisione del sistema di tariffazione dei DRG in Cardiologia.

### 3) La Politica Federativa

L'ANMCO crede fermamente nella unitarietà della Cardiologia e continuerà ad impegnarsi lealmente per il rafforzamento della Federazione Italiana di Cardiologia. La modifica dello Statuto FIC che introduce la istituzione di un Consiglio Federale delle Società di Settore è stato fortemente voluto dall'ANMCO. Sarà nostro preciso impegno sostenere l'attuazione pratica ed il reale funzionamento di questo tavolo allargato nel quale dovranno essere discussi i temi riguardanti la struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia.

Obiettivi raggiunti all'interno della FIC sono la rappresentatività unitaria della Cardiologia italiana nei confronti della Società Europea di Cardiologia e la politica unitaria per il sostegno dell'Italian Heart Journal. Per quanto riguarda le interazioni collaborative con le Istituzioni Sanitarie, esiste una situazione diversificata nelle singole realtà regionali dove talora l'Università stabilisce rapporti privilegiati con le Autorità Sanitarie.

Resta completamente da realizzare l'altro obiettivo primario per il quale era stata costituita la FIC, cioè il coinvolgimento della Cardiologia Ospedaliera nell'insegnamento post-laurea con un ruolo attivo all'interno delle Scuole di Specializzazione.

### 4) La Collaborazione Multidisciplinare

L'ANMCO continuerà a fornire il massimo contributo alla FIC condividendo le linee strategiche con la SIC. All'interno del Consiglio Federale della FIC, fortemente voluto da parte dell'ANMCO, avverranno le interazioni con le Società di

Settore per i temi riguardanti struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia ed il rapporto con le Istituzioni Sanitarie locali e nazionali.

Al di là dei rapporti intersocietari definiti all'interno della FIC, l'ANMCO è fortemente impegnata verso l'implementazione di progetti di formazione e di ricerca con le Società cardiologiche di settore (AIAC, GISE, SIEC, ecc.). All'interno del Consiglio Direttivo saranno individuati sulla base di specifici interessi culturali alcuni componenti ai quali sarà affidato il compito di garantire ed incentivare i rapporti con le singole Società di Settore.

Gli altri principali rapporti collaborativi che si intende sviluppare sono i seguenti:

- 1) Stretta collaborazione con la Società Italiana di Cardiocirurgia con l'inserimento di un cardiocirurgo all'interno di ciascuna Area dell'ANMCO e con l'identificazione di referenti cardiocirurghi regionali.



Massimo Campigli, *Decorazione dell'atrio del Liviano, 1939-1940*



“Forrest Gump”, *Contenuti speciali*, 1994

- 2) Rapporto privilegiato con la FADOI per la condivisione di percorsi e continuità assistenziale di pazienti cardiologici gestiti nei Reparti di Medicina Interna (scompenso cardiaco, fibrillazione atriale). Nell’ambito di questa collaborazione andrà comunque ribadita l’appropriatezza del ricovero in Cardiologia per i pazienti con sindrome coronarica acuta e patologie acute non coronariche con indicazione al ricovero in UTIC o ad assistenza specialistica cardiologica.
- 3) Istituzionalizzazione di rapporti con le due principali Società di Neurologia (SNO e SIN) per iniziative congiunte. Verrà inoltre valutata la possibilità di istituzione di un’Area/Gruppo di Studio “Stroke” all’interno dell’ANMCO, analogamente a quanto esiste da tempo nell’American Heart Association. È opportuno che i cardiologi sviluppino un interesse per la malattia cardiovascolare in considerazione della rilevanza epidemiologica dello stroke cardioembolico e della frequente coesistenza di malattia coronarica e carotidea.
- 4) Apertura dell’ANMCO ad una collaborazione con i Medici di Medicina Generale che potrebbe prevedere una serie di iniziative quali Simposi congiunti all’interno del Congresso ANMCO, Corsi di Formazione intra ed extramurali, elaborazione di protocolli di ricerca collaborativi.
- 5) Miglioramento delle interazioni con le Società di Cardiologia extraospedaliere e con la SICOA.

### **5) Il Rapporto tra Centro e Periferia**

L’ANMCO è cresciuta moltissimo negli ultimi anni. Il semplice censimento delle numerose attività che sono state messe in cantiere ha richiesto un faticoso lavoro del Consiglio Direttivo in preparazione della Riunione degli Stati Generali di Frascati dello scorso aprile.

La certificazione di qualità, passaggio fondamentale per poter essere riconosciuti come provider dal Ministero della Salute per la Formazione ECM, costituisce un’occasione per migliorare l’organizzazione, l’efficienza e la comunicazione dell’Associazione nei confronti dei Soci.

La complessa articolazione funzionale degli organi e degli organismi rischia talora di creare confusione e sensazione di pesantezza burocratica. Un’ulteriore crescita dell’ANMCO al Centro senza una partecipazione attiva della Periferia rischia di vedere uno sviluppo disarmonico dell’Associazione.

Il ruolo del **Consiglio Nazionale** deve essere rilanciato in termini di propositività e le **Delegazioni Regionali** devono accrescere il loro ruolo attivo cercando un contatto con i Soci, favorendo la creazione di Referenti regionali delle varie Aree, cercando contatti sia con le altre Società Mediche, compresi i Medici di Medicina Generale sia con le Istituzioni Sanitarie regionali.

Il livello di partecipazione attiva degli Associati alla vita dell'ANMCO comincia a manifestare qualche inflessione. Questo rientra sicuramente in un calo più generale dell'affezione per la partecipazione associativa, politica, sindacale e scientifica.

Due indicatori che devono fare riflettere: il numero di Soci negli ultimi anni ha raggiunto uno steady state a quota 5.000; il numero di Soci votanti alle recenti elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo è significativamente diminuito rispetto a due anni fa, a fronte di un aumento di Cardiologi partecipanti al Congresso ANMCO.

Queste le possibili proposte correttive per rivitalizzare il rapporto tra Centro e Periferia e lo spirito partecipativo:

- 1) Maggior coinvolgimento del **Consiglio Nazionale** nelle decisioni strategiche dell'Associazione attraverso una serie di azioni quali:
    - preparazione adeguata del Consiglio Nazionale attraverso un'informazione preventiva degli argomenti da discutere in Consiglio Nazionale;
    - destinazione di uno spazio temporale maggiore per le Riunioni del Consiglio Nazionale;
    - istituzionalizzazione della Riunione biennale degli Stati Generali (Consiglio Nazionale allargato) da svolgersi in primavera negli anni "elettorali".
  - 2) Maggior coinvolgimento delle **Delegazioni Regionali** attraverso le seguenti azioni:
    - invio di newsletter periodica delle attività del Consiglio Direttivo ai Presidenti e Consiglieri dei Consigli Direttivi Regionali;
    - invio dei Verbali delle Riunioni del Consiglio Direttivo ai Presidenti Regionali;
    - sollecitazione allo svolgimento di Consigli Direttivi regionali allargati ai referenti delle Strutture Cardiologiche in quel momento non rappresentate nel Consiglio Direttivo Regionale;
    - sollecitazione di un feed-back periodico di flusso informativo da parte dei Presidenti Regionali verso il Consiglio Direttivo;
    - creazione di uno spazio poster permanente all'interno del Congresso ANMCO per la presentazione degli studi eseguiti nelle Regioni (protocolli, studi in corso, studi completati).
- Nel biennio 2004-2006 è inoltre mia intenzione svolgere un Incontro con ciascuno dei 20 Consigli Regionali per discutere insieme le problematiche locali relative alle attività di formazione, ricerca, finanziamenti e rapporti con le Istituzioni Sanitarie. Queste riunioni potrebbero essere svolte sulla base di un calendario da concordare, eventualmente in occasione dei Consigli Direttivi o Corsi/Convegni regionali. Insieme al sottoscritto parteciperanno a questi Incontri il Direttore del Centro Studi Dott. Aldo Maggioni e l'eventuale componente del Consiglio Direttivo rappresentante di quella Regione.
- 3) Maggior coinvolgimento dei Soci nelle attività della ricerca, formazione e nelle iniziative svolte in tema di organizzazione sanitaria.
  - 4) Campagna di acquisizione di nuovi Soci attraverso una promozione alla periferia delle iniziative culturali e scientifiche dell'ANMCO.



- 5) Revisione dei meccanismi elettorali finalizzati ad assicurare una maggiore partecipazione delle Regioni nella scelta dei candidati al Consiglio Direttivo.
- 6) Valorizzazione del “patrimonio” Nursing sostenendo la costituzione o il consolidamento delle Sezioni regionali degli infermieri e tecnici di Cardiologia ANMCO.
- 7) Valorizzazione di “Cardiologia negli Ospedali” che da Bollettino burocratico si è trasformato in efficace e gradevole “House Organ” dell’Associazione.
- 8) Implementazione del sito web attraverso l’inserimento di link e servizi utili per i Soci (ad esempio una sezione di annuncio di offerte lavorative in Cardiologia).
- 9) Attuazione del 5° Censimento delle Strutture cardiologiche in Italia da prevedere per l’anno 2005, essendo trascorsi 5 anni dal precedente Censimento effettuato nell’anno 2000.

## 6) La Fondazione Heart Care Foundation

Dopo le fisiologiche difficoltà iniziali, il ruolo reciproco di ANMCO e HCF è ormai ben delineato. La reciproca comunicazione e la condivisione delle strategie hanno raggiunto un livello molto soddisfacente.

La Fondazione deve continuare ad essere strutturalmente collegata all’ANMCO anche se, in prospettiva futura, è auspicabile una sua maggiore laicizzazione. Solo se si rinforza il collegamento Fondazione – ANMCO i cardiologi ospedalieri

potranno essere disponibili ad un coinvolgimento in iniziative di promozione della salute in ambito cardiovascolare.

Due sono gli obiettivi principali da realizzare:

- 1) Fidelizzazione dei Soci ANMCO attraverso un maggiore coinvolgimento dei Presidenti, Consigli Direttivi ANMCO Regionali e referenti regionali di HCF. È inoltre necessario migliorare la conoscenza di HCF da parte dei Soci ANMCO e divulgare meglio le iniziative alla periferia.
- 2) Il fundraising per la ricerca, che è tra i principali motivi per i quali è stato attivato il contratto di collaborazione con Saatchi & Saatchi, è stato finora deludente. È inoltre importante che HCF si impegni a reperire risorse da fonti diverse dalle Industrie Farmaceutiche. Non è facile però reperire fondi per una Fondazione che non è ancora conosciuta. Il Progetto “Tuttocuore” previsto su tre anni a partire dal 2004 “Anno del Cuore” (campagne di sensibilizzazione della popolazione, azione con la Scuola, sito web, azioni di ricerca finalizzata), potrà portare alla piena visibilità di HCF.

L’ANMCO ha deciso di finanziare inizialmente HCF; in una fase successiva (entro 2 anni) HCF dovrebbe riuscire ad autofinanziarsi; in una terza fase (entro 4 anni) HCF dovrebbe finalmente essere in grado di portare risorse economiche all’ANMCO da investire nella Ricerca e nella Formazione.

**Il Progetto Tuttocuore**

L'obiettivo complessivo del progetto è quello di promuovere e concretamente realizzare la "cardiologia di comunità", i cui risultati sono:

- avere cittadini consapevoli del rischio cardiovascolare globale, capaci di orientarsi tra le proposte per la salute
- promuovere uno stile di vita sano "salvacuore" fin dai più piccoli e più giovani
- creare confidenza con l'emergenza cardiaca

**Target Audience**

- campagne di sensibilizzazione della popolazione
- progetto Scuola Tuttocuore
- Tuttocuore in rete ( siti web)
- ricerca finalizzata al rapporto con i cittadini ed alla educazione dei cittadini

**Ambiente**

- le comunità intere o fasce specifiche
- mondo scuola
- luoghi di lavoro
- strutture sanitarie e luoghi pubblici

**Attività**

- **Ascolta il tuo cuore, usa il cervello** (in collaborazione con Fondazione Aveniris)
- **Roma e le Città del Cuore** (in collaborazione con C.O.NA.CUORE)
- **Cardiologie Aperte**
- **Ridurre il ritardo decisionale nell'attacco cardiaco**

**Formazione e Qualificazione**

- accreditamento definitivo NRI/Formazione
- gruppo scuole multidisciplinare
- corsi di formazione per insegnanti
- "pacchetto" guide e manuali:
  - Apprendere a portare soccorso al cuore (6-13 aa)
  - Io, il mio cuore e... (14 - 19 aa) 2° edizione
  - Mi muovo sto bene (3 - 19 aa)
  - Tuttocuore 1 (6 - 10 aa) (dal 2005)
  - Tuttocuore 2 (11 - 13 aa) (dal 2005)

**Monitoraggio e Valutazione**

- position paper su Cardiologia di Comunità/strategie di popolazione
- customer satisfaction: qualità percepita delle strutture cardiologiche ospedaliere
- riduzione del ritardo decisionale nell'attacco cardiaco: per una campagna nazionale valutata

due programmi di successo: Sapere di più e L'Esperto Risponde in 72 ore

## 7) La Ricerca

I Registri e la ricerca di outcome continuano ad essere gli obiettivi strategici per l'ANMCO. Per questi studi esiste di solito un ottimo coinvolgimento della Rete dei Centri ANMCO ed un interesse dell'Industria per il loro finanziamento. In aggiunta a questi studi l'ANMCO dovrà riuscire a produrre altri tipi di studio quali:

- 1) trial clinici di valutazione di efficacia comparativa di farmaci o strategie;
- 2) ricerca di base e fisiopatologica.

Per il primo tipo di studi esiste una buona propositività da parte delle Aree ed il problema principale è costituito dal fatto che alcuni studi non trovano l'interesse al finanziamento da parte dell'Industria. Per la seconda tipologia di studi la propositività è stata finora modesta.

Al momento attuale non è prevedibile un finanziamento degli studi cosiddetti "orfani" da parte dell'ANMCO (il costo di uno studio di piccole dimensioni è mediamente di molto superiore alle intere entrate annuali dell'Associazione). In futuro ci si attende che attraverso HCF sia possibile reperire fondi alternativi per la Ricerca. Al momento è l'ANMCO a dover finanziare in parte l'attività di HCF. L'impegno del Consiglio Direttivo nel settore Ricerca sarà indirizzato nelle seguenti direzioni:

- 1) Definizione delle priorità istituzionali degli studi clinici approvati dal Comitato Scientifico. È sugli studi ritenuti prioritari che andranno concentrati i maggiori sforzi per la ricerca dei finanziamenti.
- 2) Accesso ai bandi di finanziamento pubblico o privato europei, nazionali e regionali. Il Centro Studi ed il Centro Servizi dovranno occuparsi del reperimento dei bandi di finanziamento e seguire le procedure di partecipazione.
- 3) Supporto dell'ANMCO per incoraggiare la propositività dei Soci attraverso:
  - a) sostegno economico ed organizzativo per la partecipazione ai bandi pubblici dei progetti ritenuti più validi;
  - b) individuazione di un pool di consulenti da mettere a disposizione di chi intende proporre una ricerca di base o fisiopatologica.

Per quanto riguarda gli organismi dell'ANMCO coinvolti nella Ricerca, le regole esistenti sembrano essere soddisfacenti; si tratta di potenziare il ruolo degli organismi esistenti.

### 1) Centro Studi

- Potenziamento delle interazioni con gli Steering Committee per la pubblicazione di lavori scientifici derivati dalla ricerca clinica ANMCO.
- Possibile istituzione di borse di studio per giovani ricercatori coinvolti negli studi clinici, finalizzate alla produzione di pubblicazioni scientifiche.
- Potenziamento delle interazioni tra Centro Studi e Consiglio Direttivo; oltre alla partecipazione del Direttore del Centro Studi ad ogni riunione del Consiglio Direttivo relativamente alla voce Ricerca, viene istituito un incontro annuale tra Consiglio Direttivo e personale del Centro Studi.

### 2) Comitato Scientifico

Oltre alla valutazione dei protocolli, al Comitato Scientifico viene richiesto un ruolo propositivo per la Ricerca. Viene istituita una riunione plenaria annuale del Comitato Scientifico insieme al Consiglio Direttivo per definire le linee di ricerca condivise tra le Aree e suggerire una scala di priorità. I rappresentanti delle Aree dovranno discutere all'interno del Comitato Scientifico gli orientamenti di ricerca maturati all'interno delle Aree stesse.

### 3) Aree

Le Aree hanno dimostrato di avere buona proattività nella Ricerca e capa-

cità di realizzazione di registri e iniziative formative. È necessario tuttavia migliorare le interazioni tra le Aree, soprattutto all'interno del Comitato Scientifico, e le interazioni con il Consiglio Direttivo e le Regioni.

#### 4) Fellow

Verrà attuata una valorizzazione del loro ruolo con un maggiore coinvolgimento come referee per il Comitato Scientifico e come componenti degli Steering Committee.

L'albo dei fellow richiede di essere aggiornato a cadenza quadriennale, tenendo conto delle attività svolte negli ultimi anni. Dall'analisi dell'indagine sui fellow ANMCO svolta in aprile potranno derivare utili indicazioni su come rivitalizzare l'attività dei fellow per l'Associazione.



**Il Dott. Albert Josias con gli studenti all'Hôpital Bretonneau (particolare), Georges Chicot, 1904**

#### 8) La Formazione

Nel precedente biennio è stato istituito un Centro Formazione che nel 2003 e 2004 ha prodotto un Piano Annuale Formativo riccamente variegato comprendente: eventi formativi nazionali e regionali, Campagne educazionali nazionali, Consensus Meeting, corsi di e-learning, corsi di rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzata.

La Formazione rientra nella mission dell'ANMCO, ma non può continuare ad essere in perdita. Al momento attuale rappresenta infatti una voce passiva rilevante, considerando anche i costi del personale dipendente dedicato, che l'ANMCO non è più in grado di sostenere. È necessario migliorare i meccanismi di processo attraverso i quali l'ANMCO gestisce i prodotti formativi, con l'obiettivo di garantire almeno un pareggio e possibilmente un utile per l'ANMCO.

Gli obiettivi culturali per il prossimo biennio sono quelli del proseguimento delle tipologie consolidate di eventi formativi (Campagne educazionali nazionali, Consensus Conference, Forum, Corsi intramurali, Corsi extramurali, Corsi di rianimazione cardiopolmonare di base ed avanzata) e dell'introduzione di nuovi prodotti formativi (formazione a distanza, Master di clinical competence, ANMCO slides).

Nello specifico si intende proporre le seguenti azioni, coordinate dal Centro Formazione:

- finalizzare gli eventi formativi a tematiche di anno in anno identificate (linee-guida, appropriatezza, ecc.);
- evitare di cumulare molti eventi formativi in singole Regioni;
- motivare adeguatamente le Aziende Farmaceutiche ed Elettromedicali all'acquisto ed alla distribuzione dei prodotti formativi ANMCO;
- introduzione della gratuità dell'iscrizione ai Corsi extramurali per i quali l'ANMCO, in alternativa alle quote di iscrizione, percepirà dallo Sponsor un fee complessivo forfettario a copertura delle funzioni di supporto;
- aumentare la disponibilità di posti per gli eventi formativi intramurali (ad esempio da 25 a 50 posti). In considerazione della limitata capienza del Learning Center ANMCO sarà necessario prevedere l'identificazione di una sede esterna (hotel, sala congressuale) con la quale stipulare una convenzione;
- anticipare la pubblicazione del catalogo Piano Annuale Formativo entro il 15 dicembre di ogni anno allo scopo di incentivare la distribuzione degli eventi formativi in tutto l'arco dell'anno e non prevalentemente sul secondo semestre;

- organizzazione di nuove tipologie di Corsi: corsi per Medici di Medicina Generale, corsi per infermieri, corsi di management sanitario e controllo di gestione;
- attivazioni di Corsi E-Learning da realizzare con la collaborazione di Aziende Farmaceutiche e Partner tecnologici con i quali stipulare contratti che prevedano significative revenues per l'ANMCO;
- ampliamento dell'offerta di corsi di rianimazione cardiopolmonare;
- iniziative congiunte con singole Società di Settore (SIEC, AIAC, GISE) per l'organizzazione di Corsi di eccellenza in ecocardiografia, elettrofisiologia, cardiostimolazione ed emodinamica;
- organizzazione di Master di metodologia e biostatistica per il Cardiologo;
- organizzazione di un primo Master ANMCO di clinical competence per cardiologi ed infermieri professionali di UTIC. I master prevedono una parte formativa teorica, una parte pratica che verrà svolta presso il Centro Simulazione di Simulearn di Bologna ed uno stage breve da svolgere presso UTIC di Centri cardiologici di riferimento;
- costituzione di una slide bank.

Verrà inoltre valutata l'opportunità di pubblicare una seconda edizione del Trattato di Cardiologia ANMCO, eventualmente da ripensare in un formato meno tradizionale (es. Atlante delle Malattie Cardiovascolari "modello Braunwald").

## 9) Il Congresso ANMCO

La formula del Congresso ha subito importanti cambiamenti negli ultimi due anni. Ampio spazio è stato dato agli eventi seminariali ed ai percorsi formativi con un numero contenuto di Simposi tradizionali. Il livello di gradimento da parte dei Soci sembra essere molto soddisfacente e pertanto si prevede di mantenere la struttura attuale del Congresso con l'inserimento di alcune innovazioni e qualche correttivo.

Nell'elaborazione del programma scientifico del Congresso sarà ulteriormente perfezionata una metodologia "bottom-up" che prevede l'invio di proposte da parte delle Regioni, Aree, Gruppi di Studio e singoli Associati.

Le dimensioni del Congresso Nazionale ANMCO (2.969 medici e 3.362 infermieri nel 2004) e la conseguente complessità organizzativa rendono difficilmente proponibile un ritorno al passato con lo svolgimento del Congresso in sedi diverse da Firenze negli anni non elettorali.

Qualche problema su cui riflettere:

- 1) La partecipazione degli infermieri continua a crescere in modo impressionante (+91% dal 2002 al 2004). Il livello delle presentazioni al Cardionursing 2004 dimostra la maturità raggiunta dagli infermieri delle nostre Cardiologie. Ritengo che il "patrimonio Nursing" dell'ANMCO debba essere sempre più valorizzato. Sarà tuttavia inevitabile fissare un limite alle iscrizioni in funzione della ricettività degli spazi della Fortezza da Basso.
- 2) La partecipazione agli eventi collocati nell'ultima giornata del Congresso, in particolare nella seconda parte della mattinata, anche quest'anno è stata piuttosto modesta; questo nonostante l'interesse dei Simposi del mercoledì mattina. Una durata del Congresso di 5 giorni è verosimilmente eccessiva e condiziona un discreto rischio di ripetitività dei temi scientifici e di stanchezza dei partecipanti. L'ipotesi per il Congresso ANMCO 2005 è quella di contenere la durata in 4 giorni terminando i lavori entro le ore 17 dell'ultimo pomeriggio. Questo dovrebbe comportare anche una significativa riduzione dei costi.
- 3) Resta reiterato il problema delle comunicazioni e dei poster che richiederebbero una maggiore valorizzazione e visibilità all'interno del Congresso. I con-



**Camille Corot, Florence, vue des jardins Boboli, 1834**

tributi scientifici inviati al Congresso, e accettati dopo il vaglio rigoroso dei revisori, rappresentano il frutto della ricerca svolta in periferia. È necessario pensare a meccanismi di incentivazione e valorizzazione dei giovani cardiologi.

- 4) I Simposi organizzati con il supporto delle Aziende Farmaceutiche ed Elettromedicali fanno parte integrante del Congresso e si è scelto di esplicitare chiaramente la sponsorizzazione dell'Evento a differenza di quanto avviene in altri Congressi. È comprensibile che i nomi dei relatori/moderatori siano proposti dalle Aziende spesso in funzione della loro capacità attrattiva. È necessario tuttavia che i "desiderata" delle Aziende vengano maggiormente concordati con l'ANMCO onde evitare un eccessivo presenzialismo di alcuni speaker siano essi universitari o anche ospedalieri.

## **10) Le Risorse**

È un capitolo strategico divenuto prioritario per il buon funzionamento dell'Associazione.

Le fonti storiche di sostegno dell'ANMCO derivano dal Congresso, dalle quote associative e dalle liberalità provenienti prevalentemente da parte delle Industrie Farmaceutiche. Per quanto riguarda queste ultime va sottolineato che le Aziende ("Amici dell'ANMCO") sono oggi sempre più restie a fornire contributi liberali non finalizzati a specifici progetti.

È necessario ricercare nuove fonti di finanziamento in aggiunta a quelli storici provenienti dalle Aziende Farmaceutiche ed Elettromedicali (Aziende, Ministeri, Privati, Banche, Istituzioni, UE ecc.). Due sono in prospettiva i fulcri strategici per l'acquisizione di risorse alternative a quelle storiche:

### **1) Centro Servizi ANMCO**

Il Centro Servizi oltre al compito di gestire professionalmente la formazione, ha come obiettivo quello di vendere prodotti formativi, editoriali e ricavare revenues da consulenze svolte con il marchio di qualità dell'ANMCO (vedi FISDE, ecc.).

### **2) Heart Care Foundation**

La ricerca di fondi da parte della Fondazione da fonti diverse dalle Aziende Farmaceutiche dovrà costituire il secondo strumento per l'acquisizione delle risorse.

Insieme all'impegno nella direzione di acquisire maggiori risorse, è necessario un rigore nel controllo delle spese. È necessaria una forte assunzione di responsabilità del Consiglio Direttivo in tutte le scelte di indirizzo economico-organizzativo. Azioni necessarie diventano: stesura ed analisi di un bilancio programmatico, controllo delle spese istituzionali, taglio dei costi, controllo sulla puntualità nei pagamenti degli Associati, budgetizzazione di tutte le iniziative con verifica di una loro copertura finanziaria prima dell'attuazione.

### **11) L'Immagine dell'ANMCO**

Attraverso il proprio efficiente Ufficio Stampa l'ANMCO ha raggiunto una visibilità di gran lunga superiore rispetto al passato. È stata diffusa un'immagine positiva dell'Associazione e facilitato il contatto con le Istituzioni Sanitarie. L'Ufficio Stampa e pubbliche relazioni conserverà il suo ruolo di "promozione" dell'immagine dell'ANMCO dando visibilità anche alle iniziative di HCF e delle Regioni, con una verifica da parte del Consiglio Direttivo della consonanza dei messaggi con la politica dell'ANMCO.

Iniziative ulteriori che si intendono realizzare allo scopo di promuovere l'immagine dell'ANMCO:

- preparazione di una brochure aggiornata e attraente di presentazione dell'ANMCO, analogamente a quanto è stato fatto per HCF; si potrà eventualmente prevedere la possibilità di allegare alla brochure generale inserti delle singole Regioni;
- diffusione attraverso i mezzi di comunicazione del punto di vista dell'ANMCO in occasione della pubblicazione di nuove rilevanti acquisizioni diagnostico-terapeutiche in campo cardiovascolare di interesse per cittadini e pazienti.



**Amedeo Modigliani, Ritratto di donna con cravatta nera, 1917**

### **12) Le Donne nell'ANMCO**

La prevalenza delle donne nella comunità cardiologica ospedaliera nazionale è assolutamente rilevante e nella "famiglia ANMCO" le donne rappresentano circa il 20% dei Soci ANMCO.

A fronte di questa significativa rappresentanza femminile nel mondo ANMCO, la presenza delle donne all'interno degli organismi istituzionali dell'Associazione (Consiglio Direttivo, Consigli Regionali, Comitato di Coordinamento delle Aree ecc.) è del tutto marginale.

Le giustificazioni che vengono addotte per spiegare questo fenomeno fanno di solito riferimento alla ridotta disponibilità delle colleghe a dedicare tempo ed energie all'Associazione a causa dei maggiori impegni familiari. Questo può essere in parte vero, ma non è sicuramente una spiegazione sufficiente.

Non esistono nell'ANMCO norme di Statuto e di Regolamento per assicurare una rappresentatività femminile nei diversi organismi dell'Associazione. Sarà tuttavia impegno di questo Consiglio Direttivo incoraggiare le Regioni ad esprimere delle candidature rosa in occasione delle future elezioni per il rinnovo degli organismi direttivi nazionale e regionali.

La diversa sensibilità e attenzione della donna verso specifici aspetti culturali e organizzativi della Cardiologia rappresentano un valore aggiunto che l'ANMCO dovrebbe adeguatamente considerare.

*Il mio personale impegno e quello del Consiglio Direttivo per l'attuazione di questo ambizioso Programma sarà massimo. Il contributo, anche critico, di ciascuno di Voi sarà fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi.*

## A PROPOSITO DI DISINFORMAZIONE: LA LETTERA DEL PRESIDENTE ANMCO AL MINISTRO SIRCHIA

Firenze, 16 giugno 2004

Al Ministro della Salute  
On. Girolamo Sirchia

e p.c. Prof. Silvio Garattini  
Direttore Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" - Milano

Caro Signor Ministro,

nell'inserto "Corriere Salute" di domenica 30 maggio 2004 è stata pubblicata un'ennesima classifica dei Centri italiani di Cardiologia di eccellenza, redatta congiuntamente da "Corriere Salute" e dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" di Milano.

In qualità di Presidente dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), che rappresenta oltre 5000 cardiologi operanti nelle Strutture Cardiologiche Ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale, desidero esprimere il disappunto e l'amarezza per il tipo di messaggio rivolto ai cittadini da parte di un autorevole mezzo di comunicazione.

L'iniziativa editoriale del Corriere della Sera fa seguito a quella già svolta nel giugno 2003 che aveva generato pesanti critiche e irritazione anche da parte della nostra Associazione. Concordiamo con Lei, come espresso in un Suo recente comunicato stampa, che classifiche di questo tipo "disorientano i malati" e "non rispondono ai bisogni dei cittadini".

La metodologia utilizzata per stilare la graduatoria di eccellenza, basata su quantità e qualità delle pubblicazioni scientifiche di studi clinici, è correttamente esplicitata sul sito Internet del Corriere. È anche vero che sia il Prof. Silvio Garattini che la giornalista del Corriere Salute indicano le limitazioni della scelta attuata di valutare l'attività scientifica e non la qualità dell'attività clinica ed i conseguenti caveat. Non so però quanti degli oltre 700.000 lettori del Corriere della Sera siano soliti approfondire la lettura domenicale di un articolo attraverso l'accesso a siti Internet!

L'ANMCO è fortemente impegnata nella promozione della buona pratica clinica in ambito cardiovascolare e nell'implementazione delle linee-guida, standard e VRQ nella pratica cardiologica nazionale. La maggioranza delle Strutture Cardiologiche Ospedaliere italiane partecipano inoltre attivamente a studi clinici, coordinati dal nostro Centro Studi ANMCO, finalizzati alla selezione di appropriate strategie diagnostiche e terapeutiche per i pazienti cardiopatici.

I cardiologi ospedalieri italiani sono tra l'altro da vent'anni i ricercatori sul campo degli studi GISSI, che vedono peraltro la collaborazione dell'Istituto "Mario Negri". Questi ed altri studi hanno prodotto risultati rilevanti pubblicati in prestigiose riviste scientifiche, senza apportare acquisizione di impact factor per nessun Centro partecipante essendo firmate a nome della Cardiologia ospedaliera italiana.

Riteniamo che la qualità delle cure erogate nelle Cardiologie italiane non possa essere valutata attraverso la semplice pesatura delle pubblicazioni scientifiche e ci rammarica che l'Istituto "Mario Negri", che vorremmo continuare a coinvolgere come autorevole partner scientifico nei nostri futuri studi clinici, avvalli di fatto una simile operazione.

La verifica degli esiti delle cure, la valutazione della appropriatezza degli interventi diagnostici e terapeutici, la misura della "Customer Satisfaction" sono a nostro parere gli strumenti che dovrebbero essere utilizzati se si vogliono redigere classifiche di eccellenza. L'ANMCO a tale riguardo ha stilato un accordo con l'Istituto Superiore di Sanità per il monitoraggio della performance delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica ed in generale del percorso delle sindromi coronariche acute avvalendosi di un "data set" approntato dai nostri esperti. Abbiamo inoltre in corso un Progetto di ricerca in collaborazione con Eurisko (Dipartimento Ricerche sulla Salute) e la Fondazione dell'ANMCO "Heart Care Foundation - ONLUS" per valutare la soddisfazione dei pazienti per i servizi cardiologici ospedalieri in Italia.

In conclusione, Signor Ministro, i Cardiologi Ospedalieri italiani si augurano che, nell'interesse della comunità, eventuali future valutazioni di eccellenza clinica delle Strutture Ospedaliere vengano fatte coinvolgendo i Cittadini, le Società Scientifiche e le Istituzioni Sanitarie per concordare i parametri di valutazione più utili per i pazienti.

Ringraziando per l'attenzione, Le invio i più cordiali saluti.



Dott. Giuseppe Di Pasquale  
Presidente ANMCO



*Il Ministro della Salute*

GS/dn/428/2004

Roma, 22 giugno 2004

Egregio Dottor  
Giuseppe Di Pasquale  
*Presidente*  
*Associazione Nazionale Medici*  
*Cardiologi Ospedalieri (A.N.M.C.O.)*  
via La Marmora, 36  
50121 Firenze FI


Illustre Presidente,

Ho ricevuto la Sua lettera del 16 giugno u.s. e tengo a precisarLe che condivido pienamente il disappunto da Lei manifestato in merito alla pubblicazione della classifica dei Centri italiani di cardiologia di eccellenza, apparsa recentemente su *Corriere Salute*. Ho anche provveduto ad interessare su questa materia il Garante per le Comunicazioni nella persona del suo Presidente, che già si è espresso con una lettera, di cui Le allego copia, e che ho nuovamente sollecitato perché intervenga con maggior determinazione.

Non posso anch'io non esprimere preoccupazione per il fatto che un giornale di divulgazione, utilizzando un metodo estremamente discutibile, possa pubblicare elenchi cosiddetti *di eccellenza*, che disorientano il pubblico ed inducono i pazienti a migrare da una struttura all'altra senza alcun motivo di ordine sanitario.

Con l'auspicio che una maggior consapevolezza da parte dei media possa evitare situazioni come quella da Lei lamentata, ringrazio sia Lei sia gli aderenti all'Associazione da Lei rappresentata per il messaggio inviato e la netta presa di posizione su questo spinoso problema.

Con i miei migliori saluti

*Suo*  
  
Prof. Girolamo Sirchia

All.



## PROGETTO “NON TI SCORDAR DI ME”

**C**ome precedentemente annunciato sul numero di maggio di “Cardiologia negli Ospedali”, in occasione del XXXV Congresso ANMCO 2004 è stato presentato il Progetto “Non ti scordar di me” che ha riscosso notevole interesse e curiosità anche da parte della stampa.

L'iniziativa promossa dall'Area Nursing ANMCO con il forte sostegno del suo Chairman Dott. Domenico Miceli, ha come obiettivo quello di stimolare i pazienti cardiopatici a portare sempre in tasca l'ultimo tracciato ECG, riferimento prezioso in occasione di eventuali accessi in Pronto Soccorso.

Per poter dare attuazione all'iniziativa è necessario un coinvolgimento dei cardiologi e degli infermieri delle Cardiologie italiane che dimettono i pazienti dopo infarto/sindrome coronarica acuta. Ad ogni paziente al momento della dimissione verrà consegnato, da parte del personale infermieristico, un folder tascabile porta ECG in busta plastificata. È opportuno che all'interno del cartoncino venga apposto il timbro del tuo Ospedale.

Ti invitiamo pertanto ad aderire a questa iniziativa coinvolgendo i Medici e gli Infermieri della tua Unità Operativa di Cardiologia.

Agli inizi di settembre i collaboratori farmaceutici della Bayer, che ha sponsorizzato questo Progetto dell'ANMCO, inizieranno a distribuire il materiale (folder tascabili porta ECG in busta plastificata, poster da affiggere in Ospedale) ai Direttori delle Unità Operative di Cardiologia, Responsabili di UTIC e Capo Sala. Verrà ovviamente garantito un rifornimento periodico del materiale.

Riteniamo che questa iniziativa possa avere un importante valore educativo e, se opportunamente diffusa, contribuire alla migliore gestione dei pazienti cardiologici.

Ti ringraziamo per il supporto che vorrai dare a questo progetto.



# ELETTO IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO

In occasione del XXXV Congresso Nazionale di Cardiologia si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo ANMCO relativo al biennio 2004-2006.

Il neo-Presidente Giuseppe Di Pasquale ed il past-President Alessandro Boccanelli hanno proposto le nuove cariche, accolte concordemente dal nuovo Direttivo eletto. Un sentito ringraziamento per l'opera svolta va ai membri della Commissione Elettorale: Dott. Giorgio Scaffidi (Presidente), Dott. Francesco Carta, Dott. Marcello Manfrin, Dott. Francesco Matta, Dott. Osvaldo Silvestri.



## COMPONENTI CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO BIENNIO 2004-2006

### Presidente

GIUSEPPE DI PASQUALE

### Presidente designato

FRANCESCO CHIARELLA

### Past-President

ALESSANDRO BOCCANELLI

### Vice-Presidente

Attività Culturali

PAOLO VERDECCHIA

### Vice-Presidente

Attività di Politica Sanitaria,  
Organizzative e Gestionali

FRANCESCO BOVENZI

### Segretario

FRANCESCO CLEMENZA

### Tesoriere

GIOVANNI GREGORIO

### Consiglieri

FRANCESCO BONCOMPAGNI

CLAUDIO CAVALLINI

GIAN FRANCESCO MUREDDU

LUIGI OLTRONA VISCONTI

GENNARO SANTORO

GIUSEPPE VERGARA



Il Consiglio Direttivo 2004-2006



## L'ANMCO E LA SOCIETÀ CIVILE

Inizierò da due affermazioni del nostro Presidente della Repubblica: la prima, di un anno fa, in occasione della Giornata Mondiale della Sanità “Il Servizio Sanitario Pubblico è il perno del benessere” e la seconda, il 7 aprile 2004, quando esortò: “La Sanità mantenga un'impronta unitaria”.

L'ANMCO ha dimostrato scarsa propensione per le attività sindacali, come risulta dal piccolo numero di iscrizioni al sindacato, ma credo che sia giunto il momento della mobilitazione della nostra Società Scientifica, come già stanno facendo altre, a difesa non tanto degli interessi del medico ospedaliero, quanto di quelli dei cittadini che hanno bisogno di una risposta adeguata alla loro richiesta di salute. Nessuno meglio di chi lavora in Ospedale, di chi fa le guardie di notte, di chi vive i drammi umani di tutti i giorni dei pazienti in corsia, conosce quanto sia importante fornire un porto sicuro a tutti coloro che navigano all'interno del percorso della malattia. Ora, questo porto sicuro comincia ad esserlo di meno per due ordini di motivi:

- 1) la “devolution sanitaria” con le sue prevedibili ed inaccettabili disparità nella tutela del diritto alla salute nelle diverse regioni del Paese. Questo processo va di pari passo con una svolta privatistica che aumenterebbe la spesa sanitaria e le diseguaglianze sociali, senza aumentare la salute pubblica nel suo complesso.
- 2) La visione economicistica della efficienza delle strutture sanitarie, con perenne sottofinanziamento e crescente “definanziamento” ovvero progressivo impoverimento del servizio pubblico che alla fine scarica tutte le contraddizioni sulle pratiche ordinarie di chi opera.

Le Regioni si vedono sempre più spinte ad assumere responsabilità finanziarie, ma senza avere, di contro, le risorse in grado di renderle attuabili. Le Regioni, soprattutto quelle con alti disavanzi, a loro volta scaricano le contraddizioni tra domanda e offerta sui servizi ed in particolare sui medici, attraverso una miriade di misure restrittive e soffocanti, che nel loro insieme stanno minando il rapporto fiduciario tra cittadini e medici.

Destano grande preoccupazione il taglio drastico all'edilizia sanitaria e alla innovazione tecnologica; il Servizio Sanitario vede riconfermate per l'anno in corso le limitazioni in materia di personale. Le Aziende sanitarie potranno rimpiazzare figure del ruolo sanitario nella misura del 50% delle cessazioni del servizio.

In questo quadro, nel futuro prossimo del SSN, che già oggi non dispone delle risorse sufficienti ad erogare ai cittadini i Livelli Essenziali di Assistenza, non è difficile prevedere l'accentuarsi del processo di graduale ridimensionamento di prestazioni e servizi.

Pertanto, la nostra percezione è che la “questione medica” vada ben al di là del problema sindacale, in quanto presenta oggi caratteristiche del tutto inedite, in virtù sia di una domanda sociale sempre più esigente che di una politica di ra-

zionamento dell'offerta pubblica di fatto in contrasto con le maggiori opportunità che il progresso scientifico offre. In questo quadro la "questione medica" è per noi cruciale, dal momento che, per proprie caratteristiche essa pone il medico, suo malgrado, dentro un conflitto di segno nuovo tra una società civile che chiede più attesa di vita, più qualità dei servizi, più *effettività* dei propri diritti, più umanizzazione degli approcci e dei rapporti ed un economicismo che non esita ormai a condizionare anche pesantemente quello che è sintetizzabile nella espressione "scienza e coscienza" con gravi ricadute sulle coperture e sulla garanzia per il cittadino.

In questo quadro sembrano di particolare rilievo alcune problematiche della nostra professione di medici ospedalieri:

- 1) La spiccata tendenza ad espropriare il medico della facoltà di decidere ciò che è appropriato, giusto, opportuno, in una parola ciò che è necessario al malato nella sua *specificità* e *singolarità*. Si tratta in molti casi della pretesa di ridurre la complessità di uno stato di bisogno, quindi la complessità clinica, a schemi di operatività pre-calcolata e spesso imposte agli operatori come puri strumenti di risparmio.
- 2) La ridiscussione di valori professionali intesi nel loro complesso, dal momento che tutte le vertenze contrattuali aperte hanno come comune denominatore quello di una svalutazione di fondo di una intera categoria, considerata evidentemente come non funzionale alle politiche di riduzione della spesa sanitaria.

Questa la diagnosi, questo il contesto. Come ho detto all'inizio, la nostra Società Scientifica ha una debole anima sindacale, ma le risposte che si possono dare alla situazione attuale vanno molto al di là della mobilitazione sindacale.

In un Sistema Sanitario in corso di frammentazione le Società Scientifiche costituiscono un elemento unificante: al loro interno i medici si muovono bene, si intendono tra loro e questa intesa ha come base la cultura e la scienza, per cui si riescono a disegnare protocolli e progetti facilmente condivisibili. Ma non si può più continuare a giocare al nostro interno, perché l'impressione rimane quella dei suonatori del Titanic mentre la nave affonda. Il modo allora per incardinare l'attività di una Società Scientifica all'interno della Società Civile è duplice:

- 1) Fare azione di mobilitazione civile nei confronti delle altre Società Scientifiche perché facciano della "questione medica" un tema centrale.
- 2) Impegnarsi nei confronti della comunità civile per migliorare la qualità dell'assistenza.

Qual è l'impegno attuale e pratico dell'ANMCO secondo quanto detto sopra?

- 1) All'interno del mondo della Cardiologia, spingere per mettere insieme, se non altro, tutte le componenti culturali della Cardiologia all'interno di un Consiglio Federale e favorire l'approccio *multidisciplinare* alla soluzione dei problemi: si pensi ai progetti di realizzazione delle reti di assistenza, di fronte alla cui importanza per la "presa in carico" del paziente perdono qualsiasi senso e divengono solo fastidiose e ostacolanti le discussioni intersocietarie di "appartenenza" o "competenza" settoriale.
- 2) Migliorare la qualità dell'assistenza in Ospedale attraverso i programmi formativi di cardiologi e infermieri. Questo impegno è verificabile nel programma di formazione, su cui abbiamo investito molto, al punto da costituire un Centro Servizi deputato alla ottimizzazione dei percorsi formativi. La formazione prevede progetti di tipo non solo specialistico, ma anche e soprattutto multidisciplinari da portare avanti in collaborazione con le Autorità Sanitarie.

- 3) Migliorare la cultura della verifica dei risultati per poter offrire delle vere possibilità di scelta al cittadino. Questa è anche una misura dell'efficacia della formazione nel tempo. A questo scopo è stato dato impulso alla realizzazione dei registri, così da essere divenuti partner dell'Istituto Superiore di Sanità per la verifica della qualità delle cure in Cardiologia.
- 4) Migliorare il livello culturale dei Cardiologi e quindi i livelli di assistenza attraverso l'educazione alla ricerca clinica. L'esperienza di tutti i giorni deve diventare oggetto di verifica critica. Questo si ottiene con la partecipazione quanto più diffusa ai trial clinici, il cui resoconto farà il Centro Studi. Si pensi agli studi GISSI, agli studi BLITZ, agli studi BRING UP, che obbligano al rigore metodologico oltre che alla analisi dei risultati, con inerente miglioramento della pratica clinica.
- 5) Migliorare l'organizzazione sanitaria. Siamo nella fase di diffusione e sostegno del documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" finalizzato alla realizzazione delle reti integrate e della "presa in carico" da parte del Sistema Sanitario del cittadino-paziente. Si è compresa la necessità delle alleanze in questo settore, non solo con le altre società cardiologiche e non, ma anche e soprattutto con le Autorità Sanitarie regionali. A questo stanno lavorando attivamente Aree e Regioni ed il nostro documento sta diventando il punto di riferimento nelle programmazioni sanitarie regionali.
- 6) Migliorare la consapevolezza del cittadino sui fattori di rischio cardiovascolare e sulle malattie del cuore. Questo è il compito di Heart Care Foundation e fa parte dell'accordo di ANMCO-HCF con l'Istituto Superiore di Sanità e con il Ministero della Salute all'interno dell'Alleanza per il cuore. Il progetto "Tuttocuore" di HCF è esattamente la misura del nostro impegno.
- 7) Fare "lobby" facendo conoscere l'Associazione ai cittadini per aumentarne la fiducia nella cardiologia ospedaliera. A questo scopo sta lavorando molto attivamente il nostro Ufficio Stampa.

Sicuramente tutto questo non basta e la nostra è anche una battaglia contro il

tempo. Ritengo comunque che ci sia lavoro per tutti. La maggiore ricchezza dell'ANMCO è l'entusiasmo e lo spirito di appartenenza dei Cardiologi, che fanno sì che si sia formata la rete: questa è non solo una rete di informazione, di assistenza, di cultura, di spirito di colleganza. Deve diventare una rete a rinforzo della difesa della salute del cittadino.

In un quadro di reale appropriatezza, di corretta "governance" di "scelta clinica giustificata" è possibile costruire i necessari equilibri tra etica, scienza ed economia e noi sappiamo, per averlo verificato sul campo, che i colti cardiologi italiani sapranno assumersi, in piena consapevolezza, anche l'onere della difesa del nostro Sistema Sanitario Nazionale.



**Renato Guttuso, *Occupazione delle terre in Sicilia, 1949-1950***



## I NUMERI DEL SITO WWW.ANMCO.IT

In continua crescita il numero di utenti che si connettono al sito

**23.000 pagine viste mensilmente, oltre 13.000 utenti registrati nel maggio 2004**

Il sito internet dell'ANMCO, organo istituzionale di informazione sul web, sembra godere di buona salute, come del resto tutta la nostra Associazione, a giudicare dalla continua crescita di utenti e di pagine che vengono giornalmente visualizzate. Sono state raggiunte e superate le 20.000 connessioni mensili con un numero di 13.000 utenti registrati nel maggio 2004 (figure 1-3). Sono numeri certamente significativi per un sito che, nelle intenzioni, si rivolge essenzialmente ai propri associati o ai cultori della materia cardiologica.

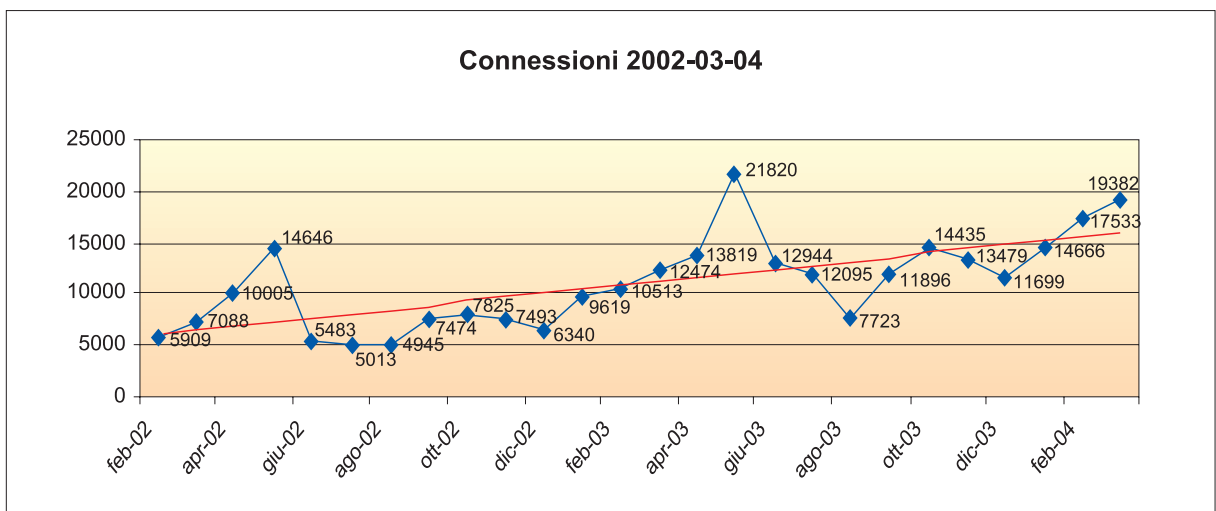


Figura 1

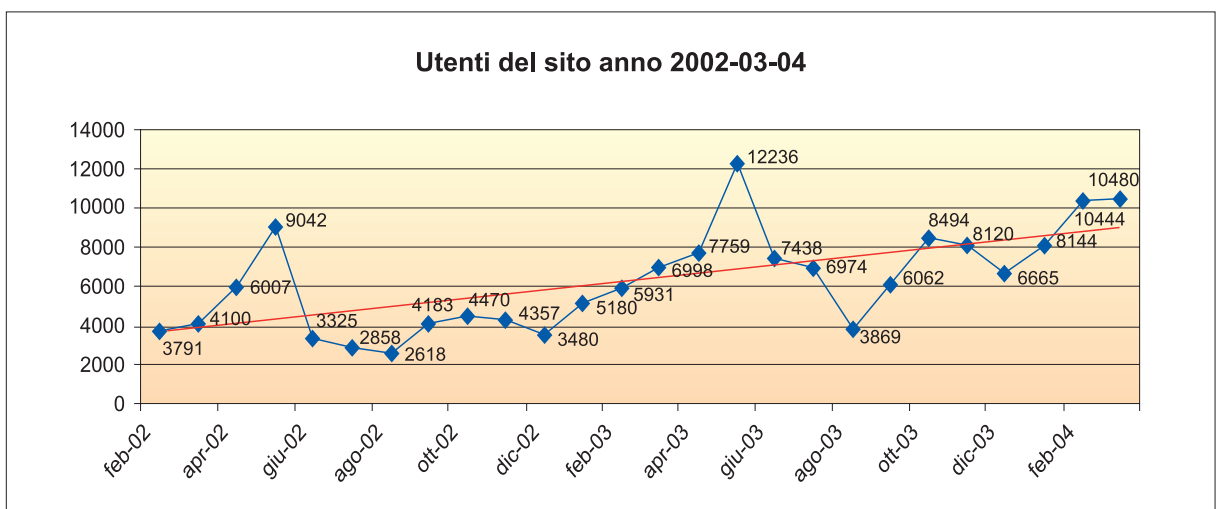
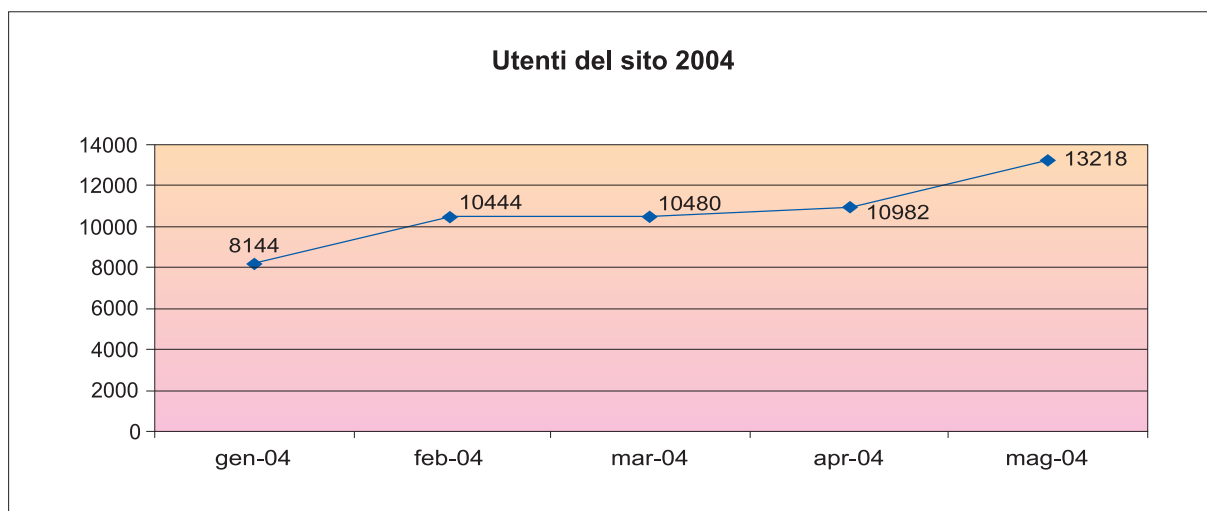


Figura 2



**Figura 3**

**Scarso il feed back per conoscere le impressioni e le aspettative dei Soci**

L'andamento delle statistiche e la rilevazione delle pagine più visitate fornirà utili indicazioni sulle aspettative di chi "naviga nelle nostre acque". Delle circa 90.000 pagine aperte mensilmente nel corso del 2003, quelle dedicate ai Congressi ed alle Aree sembrano avere il maggiore successo.

Risulta evidente il notevole aumento dei contatti che si registra in prossimità del Congresso Nazionale. La ricerca di informazioni sull'evento scientifico culmine dell'anno cardiologico ospedaliero costituisce un'importante spinta a collegarsi.

Oltre 4000 utenti vengono raggiunti dalla newsletter dell'ANMCO con una cadenza mensile, volutamente "non ossessiva". Per chi non fosse registrato nella mailing list e volesse farlo è sufficiente indicare il proprio indirizzo di posta elettronica nell'apposito spazio della Home page.

Nuove pagine e nuove iniziative si stanno realizzando soprattutto nell'ambito delle Aree. Capofila fra queste le nuove proposte dell'Area Emergenza-Urgenza.

L'area download si arricchisce costantemente di nuovi contenuti ed aggiornamenti utilizzabili per la propria formazione o per la presentazione da rivolgere ad altri professionisti.

Ancora piuttosto debole è il feed back da parte degli utenti. Sarebbe utile conoscere le impressioni, le aspettative di chi si collega al sito per poterne migliorare la qualità. Il forum è stato decisamente sotto utilizzato probabilmente per la difficoltà delle procedure necessarie per l'accesso.

Per poter partecipare al forum è infatti necessario registrarsi con una password disponibile per tutti i Soci che la richiedano, in Segreteria, a garanzia di un utilizzo dello strumento a fini associativi e professionali.

Fra le iniziative realizzate nell'ambito dell'attività informatica, si è conclusa la realizzazione del primo evento formativo ANMCO via internet: l'e-learning sulle Embolie Polmonari.

Molti altri progetti sono in corso o saranno intrapresi nei prossimi mesi. Il nuovo Comitato di Redazione, già insediato ha un compito estremamente interessante e stimolante.

L'augurio è di ritrovarsi sempre più numerosi e propositivi a condividere la realtà dell'Associazione dei Cardiologi Ospedalieri che ben si esprime nelle pagine del sito [www.anmco.it](http://www.anmco.it).

## REPORTAGE DAL XXXV CONGRESSO NAZIONALE ANMCO 2004





## IL CONGRESSO IN PILLOLE



**Sabato  
22 maggio**



## MINIMASTER

### PRINCIPI DI METODOLOGIA E BIOSTATISTICA PER IL CARDIOLOGO

*Moderatori: A.P. Maggioni, P. Verdecchia*

*Relatori: R. Latini, M. Bobbio, G. Reboldi, G. Bader, A.P. Maggioni, G.P. Reboldi*

**L**a statistica è un insieme di metodi che ci aiutano a capire dall'esperienza. Esiste una statistica descrittiva che permette di esprimere le caratteristiche di un campione ed una statistica inferenziale che consente di raggiungere conclusioni, di affidabilità nota, su un'intera popolazione a partire dall'analisi di un campione, generalmente di dimensioni limitate.

L'inferenza è un processo per mezzo del quale dai risultati osservati in un campione si possono trarre conclusioni riguardanti la popolazione generale. Minore è la dimensione di un campione, maggiore sarà la variabilità della misura e più forte sarà la possibilità di errore connessa all'inferenza.

Si chiamano variabili discrete quelle rappresentabili in classi e variabili continue quelle che possono essere rappresentate su scala numerica continua.

Le caratteristiche dei campioni possono essere sintetizzate mediante indicatori di dimensione e di variabilità. Gli indicatori di dimensione più frequentemente utilizzati sono la media, valore sensibile ai valori estremi di un campione, la moda, che esprime il valore più frequente, e la mediana che invece non risente dei valori estremi di un campione.

Argomento centrale della statistica è lo studio della variabilità (dispersione delle osservazioni attorno al valore medio) che ci indica quanto bene le singole osservazioni di un campione sono rappresentate dalla sua media. Il più comune indicatore di variabilità è la deviazione standard (DS) che non è altro che la radice quadrata della varianza. A sua volta, la varianza è data dalla devianza (somma dei quadrati degli scarti dalla media) diviso i gradi di libertà (numero delle osservazioni meno una).

Nel testare l'ipotesi che due o più gruppi siano tra loro significativamente diversi, il valore di "p" indica la probabilità di sbagliare affermando che esiste una differenza tra essi (ossia la probabilità di commettere errore rifiutando l'ipotesi che tra i suddetti gruppi non ci sia una differenza significativa). Dire che il valore di p è  $< 0,05$  significa dire che la differenza osservata probabilmente non è dovuta al caso, ma che dicendo ciò si può sbagliare in meno di 5 casi su 100. Il concetto di associazione si riferisce a qualsiasi tipo di relazione tra 2 o più variabili: si definisce correlazione una relazione di tipo lineare tra 2 variabili, osservabile dal disporsi dei punti, in un grafico a dispersione, all'interno di un el-



lisse. La “r” di Pearson, utilizzata per calcolare un’associazione di tipo lineare, misura lo schiacciamento della suddetta ellisse e può variare tra  $-1$  e  $+1$ : se la  $r$  è uguale a  $0$ , o prossimo a tale valore, le due variabili non hanno la tendenza a variare consensualmente cioè non sono correlate tra loro, se invece è uguale ad  $1$ , o prossimo a tale valore, all’aumentare unitario di una variabile segue un aumento proporzionale dell’altra (correlazione positiva). Nel caso di valori di  $r$  negativi all’aumentare di una variabile segue un decremento proporzionale dell’altra: si parla in tal caso di correlazione negativa tra le variabili.

Un ulteriore strumento per valutare la possibile presenza di una associazione di tipo lineare tra due variabili è la retta di regressione: nel qual caso una variabile è detta

dependente, mentre l’altra si definisce variabile indipendente. La finalità della retta di regressione è anche di tipo previsivo (una volta costruita, è possibile, per nuovi valori della variabile indipendente al di fuori di quelli osservati, ottenere i corrispondenti valori della variabile dependente).

L’analisi di sopravvivenza si applica negli studi longitudinali ove è previsto un periodo di follow-up. Il *time to failure* (tempo trascorso fino alla comparsa di un evento) può essere inteso come la probabilità di un evento, ed in questo caso si parla quindi di *survival*, oppure come ritmo di eventi, e allora si parlerà di Hazard rate. Le analisi di sopravvivenza possono essere espresse in termini di analisi descrittiva delle curve (Kaplan Meier), come test di ipotesi di differenza tra le curve (long-rank test) o come analisi dei predittori di *failure* (regressione di Cox).

La metanalisi è una tecnica che ha lo scopo di analizzare una serie di studi clinici condotti sullo stesso argomento. Come nei trials clinici si ricava un’informazione complessiva a partire dall’osservazione di singoli pazienti usando uno specifico protocollo con relativi criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti, così nella metanalisi si cerca di ottenere un’informazione complessiva a partire dall’analisi di singoli studi clinici utilizzando un protocollo basato su criteri di inclusione ed esclusione degli studi. La metanalisi è quindi una tecnica statistica che consente di combinare i risultati di due o più studi indipendenti.

La validità di una metanalisi dipende dalla qualità degli studi su cui si basa. In pratica bisogna definire un protocollo di ricerca con criteri di inclusione ed esclusione ed end-points, ottenere una bibliografia esaustiva, selezionare gli studi, confrontare il protocollo elaborato con i protocolli dei singoli studi sino ad escluderli se non rispondono anche ad uno solo dei requisiti richiesti. La metanalisi si differenzia dalle tradizionali revisioni della letteratura per la ricerca sistematica delle evidenze disponibili, l’esplicitazione dei criteri d’inclusione degli studi considerati e l’analisi statistica dei risultati che ne consente una sintesi quantitativa. I vantaggi di una metanalisi sono: un riassunto quantitativo dell’evidenza scientifica, un minor peso delle valutazioni soggettive rispetto alle tradizionali rassegne, una riduzione dell’errore non sistematico e quindi una maggiore potenza (maggior numero di eventi) consentendo un’analisi dei sottogruppi.

L’inattendibilità di una metanalisi è spesso dovuta all’assenza di un protocollo di studio, alla ricerca e all’inclusione di studi condotti in modo non sistematico e riproducibile, ad insufficienti dettagli sugli studi selezionati, dalla presenza di un pool di studi eterogeneo o dall’assenza di test per valutare l’eterogeneità, dall’as-



senza di un test per il publication bias e di un'analisi di sensibilità e da un'errata interpretazione o analisi dei sottogruppi.

Più complessi sono invece i test di specificità e rilevanza clinica di risultati ottenuti in studi clinici o trials randomizzati. Di fondamentale importanza sono i dati di attributable risk, che esprime l'eccesso di rischio riscontrato per l'esposizione ad un determinato fattore, ed il relative risk che è il rapporto fra le probabilità di sviluppare un evento in uno specifico periodo di tempo tra coloro che sono esposti ad un determinato fattore o ricevono un certo trattamento rispetto a quelli che non lo sono o non lo ricevono. L'effetto di un certo trattamento si esprime invece in termini di

relative risk reduction (RRR) che è il rapporto tra i rischi assoluti di diversi fattori e trattamenti; l'absolute risk reduction (ARR) che esprime la riduzione assoluta del rischio per l'esposizione ad un determinato trattamento; il number needed to treat (NNT) che è l'inverso dell'ARR in quanto è il numero di pazienti da esporre al trattamento per risparmiare un evento; ed il number needed to harm (NNH) che è il numero di pazienti da esporre al trattamento per ottenere una reazione avversa.

Mentre l'RRR può risultare costante a diversi livelli di rischio assoluto, l'ARR è tanto più grande quanto più grande è il rischio assoluto di base. Tutte le valutazioni in termini assoluti (ARR, NNT) sono più utili dell'RRR per definire il beneficio clinico di un dato trattamento. Per i trattamenti in fase acuta, in cui tutti gli eventi accadono in un breve periodo, l'uso del NNT è particolarmente opportuno. L'ARR ed il NNT sono però poco espresse nei lavori scientifici e soprattutto nei grandi trials randomizzati.

In conclusione, i risultati di uno studio dovrebbero essere riportati con completezza senza dimenticare le significatività per il profilo di safety, anche se ad oggi questo non avviene con sistematicità. Non bisogna inoltre accontentarsi del risultato ottenuto (anche se espresso in termini assoluti), ma guardare sempre gli intervalli di confidenza. Serve comunque una maggiore educazione del personale sanitario ed anche dei pazienti nell'interpretazione ed applicazione dei risultati di uno studio.

## MINIMASTER

### CORONARY INTERVENTIONAL CARDIOLOGY FOR CLINICAL CARDIOLOGISTS

*Moderatori: R. Ferrari, M. Scherillo*

*Relatori: E. Della Grazia, B. Chevalier, L. Bolognese, O.M. Hess, G. Bernardi, R. Ricci, F. Prati, A. Montinaro, C. Di Mario, D. Antoniucci, F. Bovenzi, G. Steffenino, P. Lisanti, L. Paloscia, F. Piscione*

**L'**angioplastica coronarica percutanea (PTCA) rescue ha una frequenza di successo tecnico più bassa rispetto alla PTCA primaria (>82% vs <96%), e conseguentemente un'elevata mortalità. È importante però sottolineare che nessuno studio è stato sino ad ora finalizzato a valutare gli effetti della PTCA di salva-

taggio, ma è sempre stata valutata l'efficacia di PTCA sistematiche dopo trombolisi, eseguite anche a distanza di giorni. In 2 studi (TAMI e TIMI-IIA) inoltre, sono stati esclusi pazienti a rischio e la esiguità della casistica ha determinato gruppi non adeguatamente bilanciati.

L'angioplastica cosiddetta facilitata implica l'utilizzo di farmaci antiaggreganti come aspirina, clopidogrel o inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa, farmaci anti-

trombotici come eparina frazionata o non frazionata, inibitori diretti della trombina e fibrinolitici (a dosaggio pieno o ridotto). Il fine dell'angioplastica facilitata è di promuovere la dissoluzione parziale o totale del trombo responsabile dell'infarto, ridurre gli eventi embolici procedurali ed evitare la trombosi acuta intrastent. Trials clinici internazionali ed italiani ongoing chiariranno gli effetti di questa nuova strategia terapeutica in corso di infarto miocardico acuto (IMA).

La formazione di trombina e l'aggregazione piastrinica giocano un ruolo centrale nella patogenesi delle sindromi coronariche acute (SCA). Per tale motivo la terapia antitrombotica a base di eparina ed aspirina è un trattamento ormai stabilito per il management acuto delle SCA. L'eparina non frazionata presenta però alcuni svantaggi

come la bassa biodisponibilità (circa il 30%), la necessità di un frequente monitoraggio della coagulazione, la possibilità di portare a trombocitopenia con trombosi paradossa, ecc. Di contro, le eparine a basso peso molecolare apportano una più efficace inibizione della trombina, con ridotte interazioni piastriniche, una maggiore facilità di somministrazione ed una grande biodisponibilità (90%) ed emivita. Diversi studi ne hanno testato l'efficacia in corso di SCA e procedure interventistiche elettive, urgenti o ad alto rischio.

Interessanti e promettenti risultati sono pervenuti dall'utilizzo degli inibitori diretti della trombina come la bivalirudina, l'irudina e l'Argotroban.

Gli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa sono di fondamentale impiego nelle SCA con sopraslivellamento del tratto ST anche in termini di mortalità a breve e lungo termine e rimangono di certa utilità anche nelle SCA senza sopraslivellamento del tratto ST in quanto possono prevenire l'occlusione trombotica periprocedurale, l'embolizzazione distale di materiale trombotico e di componenti della placca aterosclerotica prevenendo il rilascio enzimatico ed il no-reflow. Molto discusso è invece il loro impiego nelle procedure elettive di rivascolarizzazione percutanea.

Gli stent ricoperti di farmaco (DES) hanno rivoluzionato il panorama della moderna cardiologia interventistica. Oggi i risultati di studi osservazionali e trials clinici hanno indicato l'utilizzo di DES in lesioni ostiali, lesioni lunghe, su piccoli vasi, in lesioni intrastent, in corrispondenza di biforcazioni, in pazienti multivasali e diabetici. Purtroppo però il loro utilizzo è attualmente limitato dagli alti costi, e da complicanze osservate come aneurismi coronarici e trombosi subacuta.

La migliore strategia ripercussiva in corso di IMA complicato da shock cardiogeno è ancora oggi oggetto di dibattito. Vari studi osservazionali suggeriscono un beneficio della ripercussione meccanica nei pazienti con shock cardiogeno. Due



trials randomizzati, invece, hanno comparato una strategia ripercussiva meccanica precoce con una strategia conservativa e non hanno mostrato differenze in termini di mortalità a 30 giorni. Tali trials sono però inficiati da alcune limitazioni come i lunghi tempi intercorsi tra la randomizzazione e la procedura o lo scarso utilizzo di stents ed inibitori delle glicoproteine, che possono in parte spiegare i risultati negativi. Alla luce dei recenti dati pubblicati, una precoce ri-



vascolarizzazione può essere un predittore indipendente di sopravvivenza in pazienti con IMA complicato da shock cardiogeno riducendo la probabilità di morte di circa l'80%.

Il diabete mellito è ormai una comorbilità di frequente riscontro nei pazienti sottoposti a procedure interventistiche (circa il 20-25%). L'attuale prevalenza di diabete mellito è stimata intorno al 4-6%, con un'incidenza di cardiopatia ischemica circa 3-6 volte maggiore ed una mortalità per cause cardiovascolari circa 4 volte più alta rispetto alla popolazione non diabetica. I pazienti diabetici senza storia di cardiopatia ischemica hanno lo stesso rischio di morte cardiovascolare dei pazienti senza diabete ma con pregresso infarto miocardico.

Questa diffusa malattia metabolica porta facilmente ad uno stato protrombotico per una disfunzione endoteliale, un'incrementata attività piastrinica, ed un incrementato numero di piastrine attivate in circolo, elevati livelli di plasminogeno, fibrinogeno e fattore VII, ridotti livelli endogeni di antitrombina III e attività fibrinolitica che possono favorire l'insorgenza di coronaropatia e di complicanze a lungo termine. I diabetici infatti presentano spesso una coronaropatia trivasale, una disfunzione ventricolare sinistra, una malattia del microcircolo ed un'alta incidenza di restenosi che conduce ad una cattiva prognosi dopo procedure interventistiche. Nonostante la numerosità di dati che disponiamo su vari sottogruppi di pazienti sottoposti a procedure interventistiche e di pazienti trivasali, ad oggi non disponiamo di trials randomizzati specifici su pazienti diabetici multivasali. Il trial BARI ha precedentemente dimostrato che i pazienti diabetici multivasali sottoposti ad intervento di rivascolarizzazione mediante by-pass, possono giovare di una riduzione del 50% di mortalità a 5 anni, rispetto alla PTCA. Attualmente sono in corso alcuni trials che consentiranno di meglio chiarire se l'utilizzo routinario di inibitori IIb/IIIa, stents (medicati o non) nonché un controllo ottimale dei livelli di glicemia procedurale, possano cambiare lo scenario di rivascolarizzazione in questa popolazione di pazienti ad alto rischio e da sempre così controversa. La popolazione anziana (>75 anni) è in costante aumento anche nei laboratori di emodinamica ed è poco rappresentata negli studi randomizzati. Le comorbilità sono rilevanti e ciò porta ad un aumento del rischio durante procedure di rivascolarizzazione, per cui tale popolazione a rischio risulta generalmente meno trattata del dovuto. I dati disponibili in letteratura suggeriscono che nel paziente anziano stabile non è sbagliato attendere mentre, in caso di SCA, soprattutto in presenza di elevazione del tratto ST, è bene essere aggressivi prestando particolare attenzione alle possibili complicanze vascolari ed all'eventuale presenza di insufficienza renale.

## SESSIONE PLENARIA

# RETI INTEGRATE IN CARDIOLOGIA: A CHE PUNTO SIAMO?

*Moderatori: A. Boccanelli, L. Tavazzi*

*Relatori: G.L. Nicolosi, T. Scandiffio, G. Rosato, U. Guiducci, A. Vincenti, Z. Olivari, A. Agabiti, A. Deales*

*Discussant: D. Frezza, F. Spandonaro*

**C**ondizioni fondamentali per la costituzione di una rete integrata sono la definizione dei bacini di utenza, la descrizione dei servizi, lo sviluppo e il mantenimento di conoscenze e capacità professionali, lo sviluppo del sistema delle comunicazioni, l'implementazione e l'utilizzo condiviso di linee guide e percorsi diagnostico-terapeutici, la definizione delle autonomie e delle responsabilità, nonché dei sistemi di rimborso e finanziamento.

Mentre fondamentale per lo sviluppo della rete è il riconoscimento della centralità gestionale delle UTIC.

Nelle Marche, che contano una popolazione di 1.469.195 abitanti, sono disponibili 86 posti letto UTIC e 271 posti letto di cardiologia. È stato costituito un gruppo regionale formato da direttore delle UTIC/cardiologie, direttori dei laboratori di emodinamica e cardiocirurgie, responsabili provinciali del 118 e Pronto Soccorso, rappresentanti ANMCO regionali, agenzie sanitarie regionali, dipartimento dei servizi alla persona ed alla comunità della Regione. È stata effettuata una ridefinizione dei percorsi per infarto miocardico acuto (IMA) e del ruolo del 118 al fine di ottenere precocità e tempestività di diagnosi, stratificazione del rischio, collaborazione tra UTIC e 118 nella scelta della strategia terapeutica migliore (fibrinolisi extraospedaliera, intraospedaliera, angioplastica primaria) e rapido trasporto primario nelle strutture adeguate.

Il governo del percorso è in mano alle cardiologie/UTIC di riferimento territoriale, la selezione e l'invio di pazienti agli HUB è compito esclusivo degli SPOKE a garanzia dell'appropriatezza.

In Lombardia, su una popolazione di 9.6 milioni di abitanti, si sono registrati nel 2002 circa 12.800 infarti; sono presenti sul territorio 66 strutture cardiologiche di cui 21 senza emodinamica, 10 con emodinamica non interventistica, 16 con emodinamica interventistica day-time e 19 con emodinamica interventistica h24. Nello studio GESTIMA (rilevazione dati IMA ST sopra 15/10-14/11/2003) a cui hanno partecipato 60 dei 66 centri cardiologici, sono stati arruolati 612 pazienti. Nel 20% dei casi è stato eseguito un ECG pre-ospedaliero, sono stati ripperfusi il 68% dei pazienti (trombolisi 25%, PTCA primaria + facilitata 43%), nel 10% dei casi si è assistito ad un trasporto da altri ospedali e nel 18% dei casi a trasporto secondario.

In Campania ci sono 47 UTIC con 216 posti letto totali e 15 laboratori di emodinamica di cui 12 interventistiche day-time e 5 laboratori attivi 24 ore su 24 per un rapporto posto UTIC/abitante di 1/24,4 e emodinamica interventistica abitante 1/380.577. Vi è quindi un numero di posti UTIC e post-intensivi adeguato al numero di abitanti (secondo le indicazioni del SSMN) ma purtroppo distribuiti in modo disomogeneo; il numero di emodinamiche interventistiche è pressoché adeguato a soddisfare le esigenze della Regione, anche queste però sono mal distribuite sul territorio.

Le strutture operanti sul territorio (118) sono assolutamente insufficienti e non esiste alcuna forma di cooperazione tra queste e le UTIC e tra le UTIC stesse. Ampie aree della Regione sono completamente scoperte per un adeguato ed at-

tuale trattamento dell'IMA e delle altre emergenze cardiologiche. Anche dove esistono le strutture, solo una piccola percentuale di pazienti "fortunati" riceve le giuste cure in tempi utili. Attualmente sono in fase di costituzione gli organi di governo della rete che dovranno garantire il miglioramento degli standard assistenziali, l'uniformità delle modalità di trattamento, la verifica continua dell'appropriatezza dei comportamenti, la misura delle attività di ogni centro e la misura delle performance regionale nel trattamento delle emergenze cardiologiche. Nella Regione Lazio a luglio 2002 è stato stilato un protocollo di intesa tra ANMCO e Agenzia di Sanità Pubblica. Il progetto di organizzazione della rete dell'emergenza cardiologica prevede, secondo il modello Hub and Spoke, l'istituzione di nuovi servizi di emodinamica interventistica nelle province sprovviste,



il potenziamento dei servizi di emodinamica esistenti, la diffusione delle Linee Guida organizzative per la gestione del paziente affetto da sindrome coronaria acuta, il protocollo operativo per il trasporto interospedaliero del paziente critico con sindrome coronaria acuta, il network delle UTIC, l'adeguamento del 118 e teletrasmissione, l'accreditamento delle strutture della rete.

In Basilicata attualmente non esiste né una delibera regionale per la rete né protocolli operativi per l'angioplastica primaria e rescue ma solo un protocollo d'intesa operativo per le urgenze. Nei centri Hub ad esempio, le UTIC ed i laboratori di emodinamica sono due unità distinte; il paziente con IMA deve transitare attraverso l'UTIC, il trasporto sul luogo è al limite dei tempi consentiti, l'eliambulanza è attiva 12 ore.

Esiste un accordo preliminare con il direttore del 118 e le UTIC per stilare a breve un protocollo per la PTCA primaria e rescue e per la trombolisi pre-ospedaliera.

In Emilia Romagna è stato creato un comitato di coordinamento della rete cardiologica provinciale, nominato dai direttori generali di tutte le strutture, che esplicita le strutture pubbliche e private accreditate nella rete quali emodinamica, cardiocirurgia, settori di riabilitazione, e concorda i protocolli per il governo della rete quali linee guide, manuali operativi, trasferimenti e rientri, formazione ed aggiornamenti, osservatorio epidemiologico. Attualmente in questa Regione il modello HUB e SPOKE è utilizzato per la pianificazione sanitaria e tutte le province risultano più o meno attive sulle linee di indirizzo del sistema. L'operatività delle reti è ancora disomogenea ma la creazione delle stesse è stata fondamentale per l'avvio del progetto

regionale per l'assistenza all'IMA mediante PTCA ed il numero delle angioplastiche primarie è già aumentato rispetto agli anni passati.

In Veneto una commissione ad hoc ha redatto nel marzo 2003 un protocollo terapeutico dell'IMA unico e condiviso secondo cui la procedura di angioplastica veniva indicata in pazienti con infarto miocardio con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) ad alto rischio solo se fattibile entro 90 minuti dall'ECG diagnostico. Da un registro stilato da tutte le UTIC è emerso che il numero totale di STEMI ad alto rischio e latenza dei sintomi minore di 12 ore era di 346/milioni di abitanti/anno (1.557 pazienti/anno candidati all'angioplastica primaria). Nonostante il lavoro svolto, l'applicabilità del protocollo appare di difficile attuazione per i pazienti che necessitano del trasferimento secondario e per quelli che afferiscono in ospedali con programma interventistico limitato alle ore lavorative.

**Domenica  
23 maggio**



## **SESSIONE PLENARIA UPDATE IN CARDIOCHIRURGIA**

*Moderatori: A. Mafrici, E. Vitali*

*Relatori: A. Alberti, C. Grossi, C. Valfrè, M. Lecconi, E. Quaini, M. Cotrufo,  
M. Carminati*

**L**’insufficienza mitralica può essere classificata in primitiva (degenerativa, reumatica post-endocarditica) e secondaria (cardiopatia ischemica e cardiomiopatia dilatativa). Le informazioni necessarie al cardiocirurgo per ottimizzare un eventuale intervento (riparazione o sostituzione) possono essere ricavate da una attenta analisi clinico strumentale. Esse riguardano in particolare l’eziologia, il meccanismo dell’insufficienza valvolare, la severità del rigurgito, il grado di compromissione emodinamica, la modalità di esordio (acuta o cronica) e l’andamento degli indici di funzionalità sistolica globale del ventricolo sinistro.

Un cenno a parte merita la sindrome del prolasso mitralico (insufficienza mitralica degenerativa). Anche in questo caso è importante per il chirurgo conoscere il meccanismo di rigurgito (perdita di coaptazione del lembo posteriore o anteriore mitralico, rottura di corda tendinea, ecc.), le dimensioni dell’anulus, la presenza e l’estensione di eventuali calcificazioni dello stesso ed il grado di compromissione emodinamica (dimensioni AS e VS; FE, VTs e pressione arteriosa polmonare).

Possiamo riassumere le ultime Linee Guida europee per l’indicazione all’intervento chirurgico come segue:

Classe I: Pazienti con sintomi, acuti o non;

Classe IIa: Pazienti asintomatici con disfunzione ventricolare sinistra;

Classe IIb: Pazienti asintomatici senza disfunzione ventricolare sinistra.

Dopo una attenta analisi dei benefici ed eventuali rischi legati ad un intervento chirurgico, cosiddetto preventivo, in pazienti asintomatici è ragionevole proporre come sicura una indicazione per un paziente con EF<60%, FA parossistica, REF a riposo sub-normale, DTSVS>45mm e fortemente consigliata l’indicazione per un paziente con FA parossistica e assenza di incremento di REF da sforzo. Fanno eccezione a questa proposta i pazienti con una età > di 75 anni per i quali generalmente l’intervento è di carattere curativo e non profilattico.

Per quanto riguarda la valutazione dei risultati chirurgici, pur non esistendo studi randomizzati, possiamo rilevare da studi osservazionali che l’intervento conservativo fornisce dei vantaggi rispetto alla sostituzione in termini di ridotta mortalità, migliore sopravvivenza, migliore preservazione della funzione ventricolare sinistra, minori complicanze tromboemboliche e minori infezioni endocarditiche.

La radice aortica è una struttura complessa da studiare sia per le sue caratteristiche anatomiche che per i rapporti che essa contrae con le strutture adiacenti. Le alterazioni principali comprendono l’aneurisma dell’aorta ascendente, la bicuspidia aortica, la bulboectasia e l’annuloectasia. Lo scopo del trattamento chirurgico è prevenire la dissezione e l’insufficienza ventricolare sinistra.

La scelta dell’intervento è legata ad una serie di fattori quali età, spettanza di



vita del paziente, patologia di base, qualità della parete aortica, eventuale presenza di infezioni e le condizioni dell'aorta distale. Per quanto riguarda il tipo di intervento si tende attualmente a conservare, quando possibile, la valvola nativa con il rationale di ridurre il rischio di tromboembolie, emorragie da terapia anticoagulante, endocardite, distacco perivalvolare, emolisi, gradienti trans-protesici, ecc.



Due tra le tecniche più usate sono il reimpianto, che offre il vantaggio di poter prevenire ulteriori dilatazioni dell'anulus aortico e l'insorgenza di insufficienza aortica ma può aumentare gli stress di parete, e il rimodellamento che riduce gli stress-strain sui lembi ma non consente la prevenzione di ulteriore dilatazione dell'anulus né l'insorgenza di insufficienza valvolare.

L'ecografia è la migliore tecnica di imaging per lo studio della radice aortica e per la valutazione del meccanismo della insufficienza valvolare. Le informazioni più importanti per il cardiocirurgo, prima dell'intervento, riguardano l'analisi morfologica delle cuspidi, la presenza, l'entità ed il meccanismo di rigurgito; quest'ultimo in particolare può essere dovuto ad una insufficienza valvolare aortica di

tipo funzionale (dilatazione della giunzione sino-tubulare, ectasia anulo-aortica) oppure ad una insufficienza di tipo organico (prolasso, retrazione, perforazione, lacerazione, malformazione) oppure ad entrambi (meccanismo misto). Durante l'intervento, l'esame ecocardiografico è mirato a valutare la cinetica delle cuspidi, la modalità di coaptazione e l'eventuale presenza ed entità del rigurgito mentre, dopo l'intervento, l'ecocardiografia ci permette di valutare nel tempo i risultati ottenuti.

Il trattamento chirurgico per la rivascolarizzazione nell'infarto acuto dovrebbe essere considerato un'opzione terapeutica reale e non essere relegato ad un'alternativa di riserva. Permette infatti una rivascolarizzazione effettiva del territorio sottostante l'occlusione coronarica, consente una rivascolarizzazione completa dei rami coronarici non coinvolti nella necrosi, offre una soluzione radicale dell'evento ischemico acuto e delle sequele ischemiche della malattia coronarica.

In alcuni sottogruppi come i pazienti con infarto miocardico acuto esteso, insufficienza cardiaca e malattia coronarica multivasale dovrebbe essere considerato come indicazione primaria.

Una complicanza, rara, dell'infarto miocardico acuto è la rottura del setto interventricolare con la conseguente creazione di un difetto interventricolare (DIV). L'incidenza dei DIV post IMA è del 1-2% (in progressivo calo) e sono localizzati per 2/3 dei casi nel setto antero-apicale e per 1/3 dei casi nel setto posteriore. Importante è fare precocemente diagnosi (auscultazione ed ecocardiogramma). La storia naturale della patologia è caratterizzata da una mortalità elevata: 25% a 24 ore, 50% a 7 giorni, 80% ad un mese, 93% ad un anno per cui il problema principe per il cardiocirurgo non è se intervenire o meno ma quando intervenire.

Attualmente si tende ad intervenire rapidamente in quanto la mortalità operatoria è stata ridotta grazie all'introduzione di nuove tecniche chirurgiche, terapie di supporto farmacologico più efficaci e all'utilizzo di assistenza ventricolare meccanica. La chirurgia differita è infatti un'opzione riservata a pochi pazienti

stabili emodinamicamente e senza danno d'organo, con il rischio comunque costante di un improvviso ed imprevedibile deterioramento emodinamico.

Data l'elevata mortalità sia della storia naturale che della chirurgia, ci si è chiesti se la cardiologia interventista possa avere un ruolo in questa patologia. Un piccolo gruppo di pazienti con DIV post IMA è stato trattato con impianto di Amplatz a chiusura del difetto. Risultati incoraggianti sono stati ottenuti in pazienti con difetto cronico e in pazienti con residuo di difetto post-chiusura chirurgica, mentre scarsi sono i risultati ottenuti con l'impianto del device in acuto.

## TAVOLA ROTONDA CONGIUNTA ANMCO-AHA NATIONAL CARDIOLOGICAL ASSOCIATIONS AND TRAINING PROGRAMS IN EMERGENCY CARDIOVASCULAR CARE (ECC)

Moderatori: **R.O. Bonow, F. Valagussa**

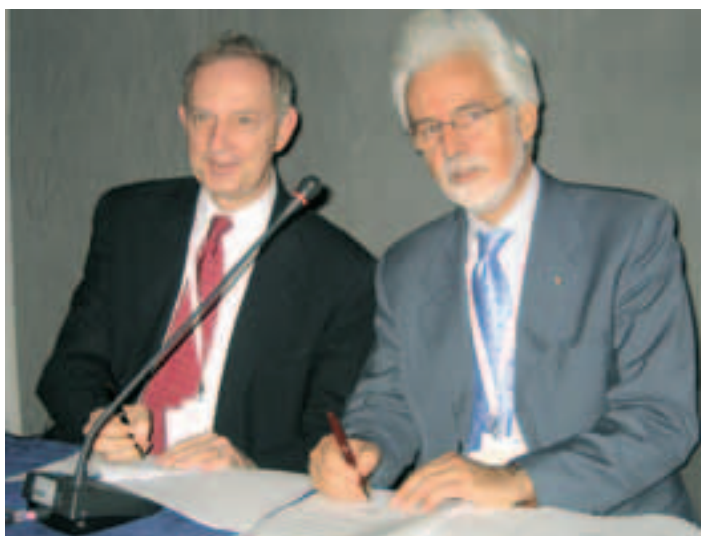
Relatori: **F. Valagussa, G. Fradella, C.E. Jr Mullins, D. Neglia**

Il Dott. Valagussa ha illustrato la situazione in Italia. Gli eventi chiave per l'attivazione dei sistemi di emergenza sono l'arresto cardiaco/morte cardiaca improvvisa e le sindromi coronariche acute (infarto miocardico acuto, angina instabile). Dal 1992 al 2000 sono cambiate molte cose: il SEM 118 copre la totalità delle regioni italiane e la maggioranza delle province. Sono molto migliorati i collegamenti tra il sistema di emergenza ed i cardiologi, passando dal 44% nel 1995 all'88% nel 2000, sono aumentate le ambulanze ACLS (si passa dal 56% al 90%), l'attivazione delle chest pain unit e della trombolisi iniziata in pronto soccorso. In una analisi prospettica compiuta tra il febbraio e l'aprile del 2000 sull'attività del 118 in Lombardia è emerso che il numero di chiamate è

maggiore nelle prime ore della mattina, con una distribuzione media per età pari a  $70.2 \pm 15$  (range 4-96) ed una sopravvivenza totale dopo arresto cardiaco del 5.8%. L'intervallo di tempo tra la chiamata e l'attivazione dell'ambulanza è di  $2.0 \pm 1.6$  min, di  $3.6 \pm 2.0$  min tra chiamata e partenza dell'ambulanza, di  $8.5 \pm 3.5$  min tra chiamata e arrivo sul posto e di  $32 \pm 15$  min tra la chiamata ed il ritorno al pronto soccorso. Dall'analisi riportata emerge che il luogo di insorgenza, il tipo di aritmia, il soccorso fornito da un'ambulanza medicalizzata, influenzano la sopravvivenza. Se analizziamo le quote di sopravvivenza dal 1985 ad oggi, osserviamo che siamo passati da una sopravvivenza dell'1.0-1.5% (1985-1994) con un servizio fornito solo dalle croci ad oltre il 25% per un servizio fornito dal 118, sistema di emergenza medica e dalla diffusione

del PAD (Pubblico Accesso alla Defibrillazione). I dati sull'analisi del dolore toracico ed il tempo di attivazione dell'ambulanza sono  $2.5 \pm 3$  min, che arrivano a  $9.6 \pm 4$  tra chiamata e partenza dell'ambulanza e di  $10.8 \pm 6$  tra la chiamata e l'arrivo sul posto. Nell'88.5% dei casi l'ambulanza è di tipo BLS.

Tra le procedure effettuate a casa l'ecg viene eseguito nel 34.5% dei casi, la pulsossimetria nel 50.5% e la pressione misurata nel 27%. Pertanto il tempo calco-





lato tra chiamata ed effettuazione di ecg in pronto soccorso è pari a  $63 \pm 6$  min, con un tempo che arriva a 69.6 min per la trombolisi. La maggioranza dei pazienti arriva in unità coronarica. La prognosi è del 6% di mortalità a 24 h e del 9.6% ad 1 mese. Lo studio ha permesso di identificare i ritardi evitabili: dimostrando che solo il 40% dei pazienti fa ricorso all'ambulanza, mentre il 53% ricorre all'auto privata. La presentazione è indiretta, cioè legata al 118, al medico curante, alla guardia medica, all'ambulanza, al 113 nel 66% dei casi mentre è diretta nel 34% dei casi. Dal 1991 al 2001 i ritardi sono stati ridotti: passando da un ritardo superiore alle 12 h dal 23 al 14%. Dall'indagine del Blitz la terapia di reperfusionazione scelta è del 50.4% per la trombolisi, della PTCA primaria nel 14.6% e nessuna del 35%. Le motivazioni di questa mancanza di terapia riguardano principalmente il ritardo, le controindicazioni assolute e relative.

Il Dott. Fradella ha poi illustrato l'ANMCO Training programs nella emergency cardiovascular care. Le attività di training in ECC hanno i seguenti scopi: diffusione dei corsi ECC, attraverso la sensibilizzazione e l'educazione in emergenza, lo sviluppo di corsi ECC in ogni regione e la formazione di un consistente numero di istruttori. La cascata educativa dal 2001 al 2002 prevede il coinvolgimento di istruttori esperti, il processo di valutazione da parte della commissione scientifica e del presidente dell'ANMCO, l'accordo nazionale degli istruttori confermati, i corsi per i provider BLS e ACLS, i corsi BLS e ACLS. Le attività riguardano sia la didattica e l'organizzazione con una segreteria.

Per la didattica ci sono i manichini con materiale di supporto (oltre 200 slides e le linee guida ILCOR 2000). I centri di training si trovano principalmente a Firenze, Pisa, Roma, Catanzaro con uno o più centri per regione su tutto il territorio italiano. Nel 2003 gli istruttori reclutati attivi erano 107, di cui 61 per il BLS, 27 per ACLS, 19 BLS e ACLS, 22 istruttori in formazione e 94 in stand by. Gli istruttori possono essere cardiologi, anestesisti, internisti e medici di pronto soccorso, intensivisti ed infermieri, vengono da diverse organizzazioni (ospedale, università, sistema di emergenza) con una diversa formazione (AHA, ERC, CRI). Dal 2001 ad oggi sono stati effettuati 200 corsi provider di cui 156 BLS e 44 ACLS con 2.883 partecipanti (2.273 BLS e 610 ACLS) e 9 corsi per

istruttori (6 BLS e 3 ACLS) con 124 partecipanti (88 BLS e 36 ACLS). I corsi sono stati superati con successo nel 98% dei casi dai BLS provider e nell'80% degli ACLS provider. Il 100% dei partecipanti ai corsi di istruttore ha superato i corsi di BLS e di ACLS. Nel 2004 si prevedono 98 corsi in programma di cui 78 BLS e 20 ACLS e 5 corsi di istruttore (3 BLS e 2 ACLS). La richiesta per i corsi può essere effettuata dal presidente regionale dell'ANMCO e dai gruppi di lavoro, dagli Ospedali e dalle istituzioni pubbliche e private. Il modulo di richiesta viene pubblicato su 'Piano Annuale Formativo ANMCO' e su 'Cardiologia negli Ospedali'. Sono previsti i corsi di PBL e PALS e di retraining ACLS. Tra il 2004 ed il 2005 sono in progetto nuovi corsi ACLS II, cioè ACLS avanzato per provider esperti e cardiologi ed i corsi di BLS per i laici.

Successivamente il Dott. Mullins ha spiegato le caratteristiche del training all'interno dell'AHA.

L'associazione American Heart Association fu fondata nel 1915 ed è la più antica e più grande organizzazione mondiale che si occupa di programmi e protocolli per la resuscitazione. Oltre 100.000.000 di dollari vengono donati ogni anno per la ricerca scientifica ed oltre 8.000.000 di operatori vengono formati ogni anno. Lo scopo della Emergency Cardiovascular Care (ECC) è quello di ridurre la mortalità e le infermità residue dopo le emergenze cardio respiratorie o gli infarti cerebrali attraverso il miglioramento della catena della sopravvivenza in ogni comunità. Il ruolo della ECC all'interno dell'American Heart si estrinseca attraverso tre diverse attività che comprendono il fondare una scienza interna-

zionalmente riconosciuta per sviluppare corsi pratici, di creare dei concetti consistenti per l'insegnamento di sostegno per la vita e dalla vendita di libri di fondare un sostegno che divulghi la missione dell'AHA e la ricerca in tutto il mondo. Il centro nazionale dell'ECC si basa sull'integrazione del supporto scientifico con il marketing, lo sviluppo di alcuni prodotti, il training e le operazioni sul campo fino alla stesura di programmi internazionali.

La parte scientifica si basa sulla revisione dei contenuti scientifici di tutti i materiali ECC, sulla attribuzione di volontari al comitato e ai diversi sottocomitati ECC e di trovare fondi e sottoscrizioni per la ricerca ECC/CPR attraverso la vendita di prodotti per l'insegnamento ECC. Le linee guida dell'ECC vengo-

no stilate ad intervalli di 5 anni attraverso anche il contributo dell'ILCOR Consensus Conference dell'AHA, Australia/New Zealand Resuscitation Councils, European Resuscitation Council, Interamerican Heart Foundation, South African Resuscitation Council, Observers (Japan). Nel gennaio del 2005 si prevede la pubblicazione del Consensus Conference, a novembre dell'ILCOR Consensus on science e a dicembre delle linee guida dell'AHA, con una stesura congiunta che inizia da marzo 2006.

La catena della sopravvivenza si basa sulla precocità di esecuzione di contatto, di rianimazione, defibrillazione e cure avanzate. Attualmente la precocità della defibrillazione è l'anello più debole nella catena. Le linee guida del 2000 prevedono l'esecuzione della defibrillazione entro 3 minuti in ospedale ed entro 5 minuti al di fuori dell'ospedale. 1.000 persone al giorno muoiono improvvisamente negli USA e la sopravvivenza è del solo 5% al di fuori dell'ospedale. La ria-





nimazione cardio polmonare eseguita senza defibrillazione ha un minimo impatto sulla sopravvivenza, in quanto quest'ultima è l'unico trattamento definitivo per l'arresto cardiaco. Va sottolineato inoltre che la quota di sopravvivenza diminuisce del 10% ad ogni minuto.

I corsi di training dell'ECC sono attualmente il BLS (Basic Life Support), l'ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support), PALS (Pediatric Advanced Life Support).

I programmi internazionali sono basati sulla supervisione delle traduzioni, delle pubblicazioni, della stampa e della distribuzione del materiale ECC, stabilire e supportare le organizzazioni internazionali di training, coordinare il training iniziale degli istruttori di queste organizzazioni e di essere responsabile per la qualità del training internazionale. Attualmente le traduzioni disponibili sono in cinese, inglese, francese, tedesco, italiano, giapponese, portoghese, spagnolo e thailandese, e sono di futura pubblicazione in ebraico, in coreano ed in polacco. La rete delle organizzazioni internazionali si estende in Sud America, oltre 20 in altre nazioni, 75.000 persone addestrate tra il 2003-2003 con diffusione del materiale ECC venduto in 66 nazioni.

Lo sviluppo di nuovi prodotti si basa sulla creazione di materiale di addestramento per mercati specifici e nella programmazione, pubblicazione e valutazione e supervisione prima della diffusione di tutti i prodotti, quali il First Aid, BLS HCP Web based renewal, revisione di HS AED, revisione ACLS-EP, ACLS web based renewal, addestramento basato su video, prodotti modulari.

Il marketing centrale coordina la distribuzione statunitense e di alcuni paesi internazionali, rivede tutte le pubblicazioni per gli standard dell'AHA e promuove programmi per i mercati target.

Il settore di training e delle operazioni di campo è necessario per implementare i programmi di training, di standardizzare le linee guida, amministrare i centri di training, consente la consulenza e il supporto al PROAD ed è responsabile per le vendite ed il mercato di corsi di training ECC.

Per concludere il Dott. Neglia ha illustrato il Joint program ANMCO-AHA.

Nel 1977 furono pubblicate le linee guida per resuscitare i pazienti dall'arresto cardiaco: uno studio di due anni su 198 pazienti consecutivi trattati per arresto cardiaco in un dipartimento di emergenza all'università di Stanford aveva dimostrato la scarsa sopravvivenza del 3% per le vittime dell'arresto cardiaco e per la complessità di come trattarlo aveva suggerito la necessità di assistere questo tipo di pazienti. Oggi le abilità richieste ai corsi di BLS-D e di ACLS comprendono il BLS, l'uso del defibrillatore automatico e convenzionale, l'uso di un pacing transcutaneo, la gestione avanzata delle vie aeree, delle vie venose, il riconoscimento dei ritmi dell'arresto e la conoscenza dei farmaci da usare nell'arresto. Oggi la prognosi è cambiata con una sopravvivenza a lungo termine tra i pazienti che sono stati sottoposti a defibrillazione precoce dopo un arresto cardiaco fuori dall'ospedale. Tale dato inoltre è simile a quello riscontrato in una popolazione comparabile per patologia tra i pazienti che non hanno avuto un episodio di arresto cardiaco con una qualità della vita simile nella maggioranza dei pazienti a quella della popolazione generale.

L'ANMCO ha lo scopo di promuovere in Italia la cura, la prevenzione e la riabilitazione ottimale delle patologie cardiovascolari, attraverso la promozione della cultura professionale ed un insegnamento continuo, attraverso lo studio e la ricerca portando allo sviluppo di uno standard comune delle linee guida. Nel 2002 il ministero italiano della salute ha introdotto il sistema dei crediti CME per tutti gli operatori sanitari ed il BLS e l'ACLS sono stati inclusi tra questi. La legge 120 del 3 aprile del 2001 ha sancito l'impiego dei defibrillatori automatici al di fuori dell'ospedale.

I programmi comuni ANMCO AHA congiunti nell'ECC hanno già stabilito i programmi di BLS, ACLS, PBL, PALS e sono stati proposti anche ACLS II per i provider esperti e per la competenza clinica in UTIC.

L'ANMCO Heart Care Foundation ha sviluppato la sensibilizzazione per il settore della comunicazione tramite la missione salva cuore. Tale associazione ha il compito di sensibilizzare la comunità nei confronti delle malattie cardiovascolari, di amplificare la diffusione della cultura dello stile di vita salva cuore tra i cittadini adulti ed i giovani delle scuole medie superiori e di visualizzare il ruolo delle istituzioni e dell'HCF nella promozione della salute dei cittadini mediante 4 eventi cuore dell'iniziativa.

Tra le attività di training del 2001-2002 spiccano 100 istruttori confermati, 30 istruttori confermati AHA, 40 istruttori dai corsi ANMCO.

## **SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-AHA**

### **TO WHICH EXTENT SHOULD CLINICAL TRIAL MODIFY THE CLINICAL PRACTICE**

*Moderatori: A. Boccanelli, R.O. Bonow, A.P. Maggioni*

*Relatori: A. Betriu, M. Disertori, M.A. Pfeiffer, M. Gheorghide*

**L**o studio DANAMI prevedeva un confronto tra angioplastica (PCI) e terapia fibrinolitica in pazienti con infarto miocardico acuto (IMA).

Gli end points primari dello studio erano la morte, il reinfarto e lo stroke disabilitante. I risultati hanno mostrato una sostanziale riduzione degli eventi combinati nei soggetti trattati con angioplastica (sia per pazienti trasferiti da altri ospedali che non) rispetto ai pazienti trattati con fibrinolisi.

Quello che emerge dall'analisi del DANAMI è che la rilevanza dei suoi risulta-



ti, è minata alla base dalla peculiarità organizzativa del paese di origine dello studio (Danimarca), difficilmente ottenibile in altri paesi, e da alcune criticabili definizioni e strategie raccomandate dal protocollo (i criteri di esclusione hanno ad esempio tenuto fuori dallo studio il 63% dei pazienti con IMA). Questo fondamentale studio resta comunque da prendere come esempio per l'organizzazione delle reti inter-ospedaliere.

Il MADIT 2 era uno studio nato per verificare se fosse possibile identificare il rischio per i pazienti con IMA mediante la bassa frazione di eiezione (FE), senza uno studio elettrofisiologico ed episodi di tachicardia ventricolare non sostenuta, ed aumentare quindi la loro sopravvivenza con l'impianto di un defibrillatore. Gli end points primari dello studio erano tutte le cause di mortalità. Le conclusioni dello studio hanno mostrato una riduzione significativa (del 30% circa) della mortalità nei pazienti sottoposti ad impianto di defibrillatore.

I dubbi maggiori sorti dalle conclusioni dello studio riguardano l'utilità dell'impianto del defibrillatore in un ampio gruppo di pazienti (tutti i soggetti con IMA e FE > 30%) quando solo una piccola frazione di questi trarrà effettivo giovamento dal trattamento,

in considerazione dei costi e dei possibili effetti collaterali (qualità di vita scadente, shock inappropriati, ecc.).

Al fine di portare quindi beneficio al maggior numero di pazienti possibile minimizzando le spese, sarebbe forse utile un ulteriore elemento per la stratificazione del rischio come ad esempio la durata del QRS.

Lo studio VALIANT è stato creato come un trial di mortalità per pazienti ad alto rischio con infarto miocardico, per determinare se il Valsartan fosse superiore al Captopril o se l'associazione dei due farmaci fosse superiore alla dose testata di Captopril nell'aumentare la sopravvivenza in questa tipologia di pazienti.

Le conclusioni hanno mostrato che nei pazienti post infartuati con insufficienza cardiaca e disfunzione ventricolare sinistra od entrambe, il Valsartan ha la stessa efficacia del Captopril nel ridurre il rischio di mortalità, e l'associazione Valsartan+Captopril non produce un'ulteriore riduzione nella mortalità ma solo un maggior numero di eventi avversi.

Il trattamento di questa tipologia di pazienti prevede quindi di base l'utilizzo di Beta bloccanti, antiaggreganti e statine con l'aggiunta eventuale di ACE-inibitore ed eplerenone in base all'entità della disfunzione ventricolare sinistra.

EUROPA è uno studio europeo sull'utilità del Perindopril nella riduzione di eventi cardiaci in pazienti con malattia coronarica stabile. Gli end-point primari dello studio erano le morti per cause cardiovascolari, l'infarto miocardico e l'arresto cardiaco. Le conclusioni hanno mostrato una riduzione del rischio relativo del 20% per quanto riguarda gli end point primari.

EUROPA ha quindi testato i benefici clinici (peraltro già riscontrati in precedenti studi come ad es. l'HOPE) dell'ACE inibizione in una popolazione ischemica stabile.

**Lunedì  
24 maggio**



## **SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-ISS-ACC: WHERE IS CARDIOVASCULAR PREVENTION GOING TO IN THE WESTERN WORLD**

*Moderatori: A. Boccanelli, D. Greco, C.J. Pepine*

*Relatori: C.J. Pepine, R. Conti, J. Stamler, S. Giampaoli*

*'The aim of medicine is to prevent disease and prolong life' (Mayo 1928).*

**C**on queste parole Pepine ha introdotto il tema della prevenzione nelle malattie cardiovascolari, gli ostacoli alla sua diffusione e come possiamo superarli. Si pensi che ogni anno muoiono 17 milioni di persone nel mondo per malattie cardiovascolari. Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte sia negli Usa che in Europa, ed in Europa rappresentano metà di tutte le cause di morte.

I fattori di rischio incriminati sono l'ipercolesterolemia, l'ipertensione, il ridotto apporto di frutta e verdura, l'inattività fisica, il sovrappeso ed il tabacco. Sono stati quindi identificati i fattori che limitano la prevenzione. Essi vanno dalle abitudini di vita quale il fumo, una dieta povera di nutrienti ma ricca di colesterolo, l'inattività fisica, il sovrappeso e l'alta pressione arteriosa, ad aspetti di tipo sociale, quali i diversi gruppi di immigrati ed il livello di sviluppo nazionale industriale.

Prendendo in rassegna i diversi fattori il WHO ha stimato che ci sono 600 milioni di persone nel mondo ipertesi, e quindi a rischio di infarto, stroke ed insufficienza cardiaca. L'ipertensione causa 5 milioni di morti premature all'anno globalmente. Nella popolazione superiore ai 60 anni, più della metà dell'intera popolazione ne è affetta. Le donne ipertese hanno un rischio tre volte e mezzo più alto di sviluppare patologia coronarica rispetto alle donne normotese.

Oltre 15 bilioni di sigarette vengono fumate in tutto il mondo ogni anno con 5 milioni di morti per anno.

Altro fattore emergente è rappresentato dal sovrappeso e dall'obesità, che va aumentando soprattutto tra i bambini: 22 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni sono sovrappeso. Negli USA, 1 bambino su 4 è sovrappeso e l'11% è obeso.

Per superare gli ostacoli per la prevenzione innanzitutto bisogna considerare il livello di consapevolezza della popolazione. In una indagine proposta su 2.000 adulti USA è emerso che solo il 59% pensa che la patologia cardiovascolare è la prima causa di morte, il 57% pensa di essere a basso rischio di infarto ed il 62% dubita di essere a rischio di stroke.

La maggioranza delle donne pensa che il maggior pericolo per la propria salute sia quello di sviluppare il cancro della mammella ma non sa che la maggioranza di esse muore di più per patologie cardiovascolari che di cancro della mammella a tutte le età.

Dal punto di vista epidemiologico, il Dott. Conti ha presentato le previsioni del 2020 sulla mortalità per malattia cardio-







vascolare globale, stimando un incremento di 25 milioni di morti, cioè del 50%. Le patologie croniche raggiungeranno i tre quarti di tutte le morti.

Tale incremento sarà ancora più marcato nelle nazioni attualmente in via di sviluppo quali il Medio Oriente (129%), le regioni africane sub sahariane (114%) e l'India (111%).

Le patologie cardiovascolari sono in aumento anche in Europa, rappresentando la principale causa di morte tra le donne in tutte le regioni europee e tra gli uomini, eccetto che per la Francia. La mortalità e l'incidenza sono attualmente in diminuzione in Europa del Nord, Sud, Ovest ma in aumento in Europa Centrale e dell'Est.

Da quanto detto si evince che sono solo 5 le abitudini da mantenere per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari dell'82%:

- nutrizione con un alto rapporto tra grassi poliinsaturi/saturi, basso carico glicemico, alto contenuto di fibre, alto contenuto di acidi grassi n-3, alto livello di folati.
- Non fumare
- Non essere sovrappeso (BMI<25)
- Almeno 30 minuti di attività fisica al giorno
- Almeno un po' d'alcol al giorno.

Solo il 10% di tutta la popolazione USA rispetta queste 5 regole.

Anche per quanto riguarda la prevenzione secondaria, l'impiego di aspirina, beta bloccanti, ipolipemizzanti e di ACE-inibitori permettono di ridurre il rischio relativo del 25-30%. Quando vengono utilizzate insieme il rischio relativo cumulativo viene ridotto al 75%.

Il famoso epidemiologo Stamler, Socio Onorario dell'ANMCO, ha quindi spiegato in dettaglio i benefici della dieta mediterranea per la riduzione del rischio cardiovascolare.

Ha infatti riportato la descrizione della dieta della gente comune di Napoli all'inizio degli anni 1950. Essa consiste in "quel cibo che consumano abitualmente i napoletani comuni": un minestrone fatto in casa (zuppa di vegetali), pasta di varietà senza fine cucinata sempre fresca, servita con sugo di pomodoro ed una spolverata di formaggio, e solo occasionalmente arricchita da alcuni pezzetti di carne o servita con pesce locale senza l'aggiunta di formaggio; oppure *pasta e fagioli*; molto pane mai accompagnato da altro, grande quantità di verdure fresche; una modesta porzione di carne o pesce due volte a settimana; vino; sempre frutta fresca per dessert.

La Giampaoli ha poi concluso con la presentazione di due diverse carte del rischio, sia quella europea (SCORE PROJECT) che quella italiana, ottenuta grazie alla collaborazione Istituto Superiore di Sanità e ANMCO.

Il progetto SCORE ha i seguenti obiettivi: assemblare un database rappresentativo di una popolazione europea tipica e preparare un sistema della stima del rischio ottimizzato per la prevenzione coronarica in Europa. Questo database è basato su 12 studi di coorte europea, 200.000 persone, 2.7 milioni di persone per anni, oltre 8.000 eventi cardiovascolari fatali. Rispetto alla carta Task Force, lo score system permette di stimare le patologie cardiovascolari, utilizzando definizioni comuni, basandosi solo sugli eventi fatali. Tale carta è stata fatta su mi-



sura utilizzando le statistiche nazionali di mortalità. Il progetto CUORE – Studio italiano longitudinale ha il principale obiettivo di identificare le funzioni che possano predire gli eventi coronarici e cerebrovascolari. Sono state considerate 12 coorti dalla popolazione generale, di cui 6.057 uomini e 11.185 donne, tra i 40 ed i 69 anni, senza patologia alla valutazione di base e sono stati seguiti per un periodo mediano di tempo di 9.4 anni, per gli uomini, e di 7.4 anni per le donne. L'end point è stato quello di valutare il primo evento fatale e non fatale, sia esso coronarico, stroke o la rivascolarizzazione. Sono stati registrati 568 eventi tra gli uomini e 292 tra le donne.

Mentre lo SCORE system si basa su 200.000 europei, predicendo la mortalità per patologia cardiovascolare, la carta italiana è basata su 20.000 italiani, predice il verificarsi di un evento fatale e non fatale, quale infarto miocardico acuto o stroke con la possibilità di cambiare il rischio; include i diabetici e la popolazione ad alto rischio > 20%. Confrontandolo anche con lo studio Framingham il cut off di rischio è simile per il Framingham e il CUORE (>20%) che però considerano due end point diversi: il primo, la patologia coronarica fatale e non fatale, il secondo l'infarto fatale e non fatale e lo stroke. Lo SCORE invece ha come end point solo la mortalità per patologia cardiovascolare e con un rischio di cut off del 5%. La prevalenza nei tre studi era intorno al 21% per il Framingham e lo SCORE e del 10% per lo studio CUORE.

## SIMPOSIO

### VERSO LA GESTIONE MODERNA DELL'INFARTO MIocardico ACUTO

*Moderatori: F. Bovenzi, A. Branzi*

*Relatori: Z. Olivari, M. Costa, D. Frezza, A. Manari*

**U**na rete provinciale per l'angioplastica primaria dovrebbe considerare un'attenta selezione dei pazienti con infarto miocardico acuto (IMA), organizzare correttamente una logistica del trasferimento e ottimizzarne i tempi. È stata presentata l'organizzazione della rete di Reggio Emilia che da centri periferici invia pazienti con IMA a cardiologie dotate di emodinamica per essere sottoposto ad angioplastica primaria in caso di shock cardiogeno o di controindicazioni alla terapia fibrinolitica, negli altri casi, in base alla stratificazione precoce del rischio, si esegue un'angioplastica facilitata che si avvale di Alteplase, Abciximab e basso dosaggio di eparina (in pazienti ad alto rischio) o la trombolisi (basso rischio). È inoltre emerso che le esperienze di reti per l'angioplastica primaria sono progressivamente in aumento e dimostrano la fattibilità di tale strategia sia in termini di sicurezza e di organizzazione. L'impegno organizzativo maggiore continua ad essere legato ai trasporti. La facilitazione farmacologica durante il trasporto può rappresentare un utile complemento alla strategia della rete, anche se non vi sono ancora dati definitivi su quale possa costituire il più efficace schema terapeutico.

È stato inoltre sottolineato come nella prospettiva di una crescente richiesta e responsabilità con riferimento all'aspetto del complessivo equilibrio socio-economico del sistema emergenze per l'IMA, spetta alle Regioni l'elaborazione di proposte e di soluzioni innovative in campo gestionale, organizzativo e tecnologico. È stata quindi riportata la pionieristica esperienza della Regione Veneto che si avvale di 18 centri di Emodinamica (di cui 12 con possibilità di eseguire interventistica), 7 Dipartimenti di Emergenza dotati di 118 e 33 Pronto Soccorso. Il progetto esposto si avvale di una teletrasmissione dell'ECG alle cardiologie di pertinenza territoriale e di un percorso terapeutico, concordato sulla base di un protocollo comune, con centralizzazione del paziente con IMA all'emodinamica interventistica al fine di anticipare il triage al domicilio del paziente o nel luogo in cui avviene il soccorso.

Sono state quindi analizzate le variabili che possono influenzare l'outcome del trattamento dell'IMA quali il profilo del rischio del paziente alla presentazione; il tempo di ischemia dall'esordio dei sintomi alla diagnosi e da questa alla terapia;

ed il tipo di trattamento alla luce dei dati della letteratura e del registro veneto VENERE che ha arruolato 993 pazienti con IMA ed esordio dei sintomi entro le 12 ore. Da tali dati è emerso che la mortalità è maggiormente concentrata in pazienti ad elevato rischio, che in pazienti con più di 75 anni l'efficacia del trattamento fibrinolitico è inferiore rispetto ai pazienti più giovani, che l'outcome dell'angioplastica primaria è tanto maggiore quanto maggiore è il profilo di rischio e che l'angioplastica primaria, come la fibrinolisi, è tempo dipendente. Secondo un lavoro recentemente pubblicato infatti per ogni 30 minuti di ritardo c'è un incremento del rischio relativo di mortalità ad 1 anno pari a 1.075.

I dati di trials come il BRAVE ed il CAPITAL AMI hanno inoltre dimostrato che l'approccio combinato fibrinolisi+angioplastica sembra essere superiore alla sola fibrinolisi.

Un percorso terapeutico ideale quindi per il trattamento dell'IMA dovrebbe prevedere una precocità nella diagnosi e nella terapia, una stretta collaborazione tra 118 e Pronto Soccorso e l'ausilio della telemedicina. A tal proposito è stato presentato un protocollo differenziato di trattamento che prevede l'angioplastica primaria, la sola fibrinolisi ed i vari tipi di trattamenti facilitati o combinati in base alle caratteristiche del rischio, alla disponibilità ed alla tempistica di una eventuale procedura di angioplastica, al tempo di esordio dei sintomi, alle caratteristiche di presentazione e dalla persistenza dei sintomi.

Il ruolo moderno del 118 e del Pronto Soccorso nella gestione dell'IMA contempla elementi di criticità quali una rete ospedaliera distribuita nei grandi centri, problematiche di viabilità e orografia, di organizzazione e di risorse. Gli obiettivi sono di ridurre la mortalità e la morbilità nell'emergenza-urgenza tramite interventi terapeutici e professionali e di ottimizzare la gestione e l'organizzazione per obiettivi individualizzati sulla scorta dei bisogni della popolazione. Di fondamentale importanza sono quindi la cultura, l'analisi epidemiologica, l'integrazione con le strutture, la formazione permanente e le innovazioni tecnologiche integrate ai progetti nazionali e regionali.



**Martedì  
25 maggio**



## **MAIN SESSION SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO**

**Moderatori:** M. Scherillo, L. Gavazzi

**Relatori:** G. Cacciatore, G. Sinagra, A. Raviele, M. Frigerio, F. Musumeci, F. Clemenza

Il registro dello scompenso cardiaco acuto ha l'obiettivo primario di rappresentare l'epidemiologia dei pazienti ricoverati per scompenso cardiaco acuto in reparti di cardiologia dotati di Unità di Terapia Intensiva Cardiologica. Gli obiettivi secondari hanno descritto i percorsi diagnostici e terapeutici utilizzati nella pratica clinica, valutato l'outcome intraospedaliero, identificato i fattori predittivi prognostici e raccolto le informazioni sulle modalità di follow up applicato nella pratica clinica.

Lo studio nazionale, multicentrico prospettico ed osservazionale ha reclutato i pazienti ricoverati consecutivamente con diagnosi di scompenso cardiaco acuto in classe NYHA III-IV (in caso di pazienti con IMA, classe Killip III-IV) o di edema polmonare o shock cardiogeno, con necessità di terapia infusioneale.

L'analisi presentata riguarda i primi 910 pazienti arruolati e con dati di ricovero completi. Di questi pazienti il 44.3% aveva un'età maggiore di 76 anni ed il 42% erano donne. Nella maggioranza dei casi i pazienti si ricoverano in ospedale direttamente da casa (75.6%), il 4.9% da altri ospedali ed il 19.5% da altri dipartimenti. Nel 35% hanno avuto già un infarto, 16% è già stato rivascolarizzato ed il 12% ha un pacemaker (di cui il 22.9% ha già impiantato un PM biventricolare).

All'analisi della presentazione clinica, il 52.3% si ricovera per edema polmonare, il 14.9% è in classe NYHA IV ed il 25.2% NYHA III. La maggioranza dei pazienti si presenta per un peggioramento dello scompenso cardiaco cronico (57.3%) e solo 1.5% è in end-stage.

La fibrillazione atriale è presente nel 32.1% dei casi, alterazioni ischemiche del tratto ST nel 33.3% e nel 22.1% è presente un blocco di branca sinistra; l'anemia è presente nel 54.7% dei casi ed un rialzo della creatinina (>2.5 mg/dL) nell'11.9%. La frazione d'eiezione è inferiore al 30% nel 26.6% dei casi e tra il 30 ed il 40% nel 38.3%. Leziologia è ischemica nel 44.7%, non ischemica nel 49.3% (valvolare, dilatativa, ipertensiva, alcolica, ecc.), non determinata nel 6.0%.

Per quel che concerne il trattamento, nel 98.7% vengono utilizzati i diuretici (95.1% furosemide) e nel 52% i nitrati. Tra gli inotropi, la dopamina è utilizzata nel 15.2%, la dobutamina nel 10.6%. L'esame diagnostico più utilizzato è l'ecocardiogramma nel 91.7%, seguito dall'Holter nel 16.4% ed il cateterismo sinistro nel 16.2%.

Mediamente ogni paziente viene ricoverato 8 giorni, di cui il 68% in terapia intensiva. Il 95.4% viene dimesso, di questi l'88% direttamente a casa. La mortalità intraospedaliera è del 4.6%, nell'88.1% la causa è cardiaca, nel 7.1% vascolare, mentre nel 4.8% non cardiovascolare.

La prevalenza del ritardo di conduzione inter ed intraventricolare nella popolazione generale affetta da scompenso cardiaco è del 15%, ed aumenta al 30% tra i pazienti con scompenso cardiaco moderato-severo.



Dall'analisi del VEST study, condotta su 3.654 pazienti in classe NYHA II-IV, è emerso come l'età, il livello di creatinina, la frazione d'eiezione, la frequenza cardiaca e la durata del QRS siano predittori indipendenti di mortalità. Infatti, il rischio relativo di mortalità è 5 volte più grande per i pazienti con QRS maggiore di 120 msec, rispetto a un gruppo con QRS inferiore ai 90 msec.

Anche nel report dell'IN-CHE, il blocco di branca sinistra è associato ad un incremento di mortalità sia totale che improvvisa, nei pazienti seguiti ambulatorialmente per scompenso cardiaco.

Le caratteristiche comuni ai trattamenti in grado di prolungare la sopravvivenza nello scompenso sono la bradicardizzazione o comunque l'assenza di tachicardia, il miglioramento del profilo energetico del miocardio, la prevenzione o l'inversione del rimodellamento e la diminuzione dell'attivazione neuroormonale.

La resincronizzazione si basa principalmente sul miglioramento del grado di sincronia intraventricolare. Tale miglioramento ha due effetti: da un lato, quello di diminuire l'insufficienza valvolare mitralica con conseguente diminuzione della pressione intratriale sinistra; dall'altro quello di diminuire il  $dp/dt$ , aumentare la frazione d'eiezione, aumentare lo stroke volume ed il cardiac output, aumentare la pressione pulsatile, con conseguente riduzione del volume telesistolico.

Anche dal punto di vista neuroormonale, il pacing biventricolare produce degli effetti come dimostrato dal dosaggio di noradrenalina plasmatica: dopo la 18ª settimana più del 62% dei pazienti presentano una riduzione di oltre il 40% di noradrenalina plasmatica.

Il dosaggio della norepinefrina rappresenta un importante fattore prognostico in termini di sopravvivenza nei pazienti con scompenso cardiaco severo. Sia la moxonidine (MOXCON) che il bucindololo (BEST) hanno dimostrato di avere degli effetti sulla riduzione di norepinefrina sistemica, rispetto al solo placebo. I risultati a medio termine della resincronizzazione elettrica sono quelli di migliorare l'emodinamica centrale, di migliorare la classe NYHA nonché migliorare il 6 minutes walking test (6MWT) del 20-30%.

I trial MUSTIC, MIRACLE, CONTAK-CD, MIRACLE -ICD hanno dimostrato

una variazione significativa della qualità della vita rispetto al gruppo di controllo, nonché della variazione di metri valutati al 6MWT e della variazione del picco di VO<sub>2</sub>. Anche la frazione d'eiezione appare essere significativamente migliorata ed il numero di ospedalizzazioni per scompenso cardiaco è ridotto.

Il pacing biventricolare, inoltre, comporta degli effetti secondari legati alla possibilità di incrementare la terapia medica (beta bloccanti) attraverso una programmazione individualizzata, ed una programmazione della frequenza di base ad un valore ottimale per l'emodinamica.

I pazienti che si beneficiano della terapia di resincronizzazione sono i pazienti con indicazione al pacing convenzionale, alla fibrillazione atriale, in classe NYHA II, con disfunzione diastolica isolata e blocco di branca sinistra.

Le complicanze di tale terapia sono: mortalità (0.3-2.1%), complicanze vascolari (6%), l'insuccesso procedurale (8-13%), la dislocazione dell'elettrodo o la perdita di cattura (7%) e le infezioni (1%).

In base alle linee guida dell'ACC/AHA/NASPE 2002 in caso di cardiomiopatia dilatativa le indicazioni per la terapia di resincronizzazione sono in classe I per i pazienti con disfunzione nodale o blocco AV, in classe IIa con livello di evidenza A nei pazienti con classe NYHA III IV e QRS prolungato maggiore o uguale a 130 msec, diametro ventricolare sinistro maggiore o uguale a 55 mm ed una frazione d'eiezione minore o uguale al 35% oppure è riservato ai pazienti in avanzato scompenso cardiaco con indici specifici di disfunzione diastolica e prolungata durata del QRS.

Facendo una lettura critica dei trial che hanno valutato gli effetti di questi device, tutti gli studi disponibili sono deboli per end point primari, disequilibrio nei rapporti di randomizzazione, impossibilità di confrontare i benefici con gli ICD, assenza di controllo strutturato ed organizzato sulla conduzione ottimale del trattamento farmacologico.

Secondo quanto riportato nelle linee guida ACC/AHA/NASPE 2002, per l'impianto dei pacemaker e dei device antiaritmici, l'impianto dei defibrillatori riguarda la prevenzione secondaria della morte improvvisa dei pazienti che hanno già avuto un episodio di tachiaritmia ventricolare sostenuta mentre per la prevenzione primaria nei pazienti che non hanno storia di tachiaritmia sostenuta ventricolare, ma ad alto rischio di morte cardiaca improvvisa.

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, l'indicazione all'impianto di un device è riservato ai casi con: arresto cardiaco dovuto ad un episodio di fibrillazione ventricolare o di tachicardia ventricolare non legate a cause transitorie o reversibili (classe I A); tachicardia ventricolare sostenuta spontanea associata ad una patologia strutturale; sincope di origine indeterminata associata al riscontro di una tachicardia ventricolare o di una fibrillazione ventricolare clinicamente rilevante o emodinamicamente significativa oppure indotte ad uno studio elettrofisiologico laddove la terapia medica appaia inefficace, né tollerata o non preferita.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria le nuove indicazioni consigliano in classe I A l'impianto di questo tipo di device ai pazienti con tachicardia ventricolare in caso di coronaropatia, precedente infarto miocardico, disfunzione ventricolare sinistra e fibrillazione ventricolare inducibile o tachicardia ventricolare non sopprimibile da farmaci antiaritmici di classe I A, oppure nei casi di tachicardia ventricolare sostenuta spontanea che non hanno patologia strutturale e che non possono essere trattati con altri trattamenti (livello di evidenza C). In classe IIa i pazienti con funzione ventricolare minore od uguale al 30%, ad al-

meno un mese dall'infarto miocardico e tre mesi dopo l'intervento di rivascularizzazione miocardica (livello di evidenza B).

Pertanto le indicazioni appaiono controverse in caso di recente infarto miocardico, di severa disfunzione ventricolare oppure in caso di cardiomiopatia dilatativa con insufficienza cardiaca. Infatti, per l'impianto di defibrillatori nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa postischemica, i tre trial MADIT I, MADIT II, MUSTT selezionano pazienti nella fase tardiva dell'infarto miocardico, almeno un mese dopo l'infarto miocardico. Le linee guida consigliano anche l'im-



pianto in caso di infarto miocardico recente (entro un mese dopo l'infarto indice).

In un recente lavoro di Wilber viene analizzata la relazione tra tempo di impianto del defibrillatore dopo l'infarto miocardico ed il rischio di mortalità. In questo lavoro non si osserva nessun vantaggio in termini di riduzione della frequenza di mortalità entro 18 mesi dall'insorgenza dell'infarto miocardico. Il trial BEST ICD ha concluso che la strategia terapeutica che include una stratificazione del rischio invasivo attraverso i mezzi di stimolazione ventricolare programmata ed il successivo impianto di defibrillatori non sembra migliorare significativamente la sopravvivenza, sebbene il numero dei pazienti arruolati nel BEST ICD sia insufficiente per giungere ad alcuna conclusione sulla sopravvivenza.

Lo studio multicentrico randomizzato DINAMIT (Defibrillator IN Acute Myocardial Infarction Trial) ha dimostrato che la terapia con ICD non riduce la mortalità nei pazienti ad alto rischio nelle fasi precoci del post infarto. La terapia con ICD riduce significativamente la morte cardiaca aritmica per più del 50%, ed inoltre si è osservato un incremento per morte non aritmica. Da questo si può considerare che la terapia con ICD modifica la modalità di morte da aritmica a non aritmica.

Pertanto, sulla base del MADIT II, del BEST ICD e del DINAMIT, la terapia con ICD non riduce la mortalità nei pazienti ad alto rischio nelle fasi precoci del post infarto e pertanto non dovrebbe essere impiantato in questi pazienti per la prevenzione primaria della morte cardiaca improvvisa.

Nello studio di Kdish (DEFINITE) le cardiomiopatie dilatative non ischemiche con frazione d'eiezione inferiore od uguale al 35%, classe NYHA II-III, frequen-

ti battiti prematuri ventricolari (> 10/h) o tachicardie ventricolari non sostenute sono state randomizzate alla terapia medica standard o all'impianto di defibrillatore. Su 458 pazienti reclutati l'età media era di 58 anni, il 26 ed il 22% rispettivamente nel gruppo terapia standard e gruppo ICD hanno avuto una storia di fibrillazione atriale, con una durata media per i due gruppi di storia di scompenso cardiaco pari a 3.2 e 2.3 anni.

L'ICD ha dimostrato di ridurre la mortalità per qualunque causa del 35% rispetto al gruppo trattato con sola terapia standard. In particolare, si è osservato un importante beneficio per la riduzione del rischio di morte improvvisa per aritmia, con una riduzione del rischio dell'80%. All'analisi per sottogruppi particolare beneficio dall'impianto di ICD è stato identificato per i pazienti con frazione d'eiezione > 20% e con una classe NYHA III.

Per quanto riguarda i trial per scompenso cardiaco, nello studio di Bardy (SCA-HeFT), 2.521 pazienti con frazione d'eiezione < 35% e classe NYHA II-III sono stati randomizzati a ricevere amiodarone, ICD o placebo. L'impianto di ICD ha dimostrato di ridurre la mortalità del 23% rispetto all'amiodarone. Esso è risultato particolarmente utile nei pazienti con classe NYHA II ed insensibile al tipo di patologia sottostante.

Per quanto riguarda la terapia di resincronizzazione cardiaca, il COMPANION ha reclutato pazienti con classe NYHA III-IV, QRS >120 ms, EF<35%, ritmo sinusale. Essi sono stati randomizzati a ricevere terapia farmacologica ottimale (beta bloccante, ACE inibitori, ARB, digossina, diuretici), terapia di resincronizzazione, oppure resincronizzazione/ICD. L'end point primario è stato la valutazione per tutte le cause di mortalità o di ospedalizzazione. In questo studio la popolazione aveva un'età media di 67 anni, (6% era in classe NYHA III, con frazione d'eiezione del 20%). Il 70% dei casi aveva blocco di branca sinistra, il 70% assumeva ACE inibitori e nel 94% dei casi diuretici dell'ansa. La terapia di resincronizzazione in associazione o meno ad ICD ha dimostrato di ridurre la mortalità e la ospedalizzazione del 20% rispetto alla sola terapia farmacologica. Pertanto in base agli studi citati, l'ICD riduce la mortalità nei pazienti con cardiomiopatia non ischemica o in caso di insufficienza cardiaca, e pertanto può essere raccomandato in questi pazienti per la prevenzione primaria dello scompenso cardiaco.







Possiamo definire la terapia intensiva – più che un luogo fisico – un insieme di competenze, di elementi culturali e di comportamenti pratici che consente di attuare una gestione del paziente basata su aggiustamenti dettati dall'osservazione degli effetti desiderati ed indesiderati in maniera continuativa o con frequenza pluri-giornaliera. Lo scompenso cardiaco avanzato è l'insufficienza cardiaca NYHA III/IV (nonostante trattamento di fondo appropriato) con sintomi e segni di congestione e/o ridotta perfusione in atto.

Non disponiamo di molti elementi *evidence based*, poiché vi sono vari fattori confondenti nei lavori disponibili: gli studi osservazionali parto-

no da una eterogeneità della popolazione esaminata, e definiscono possibili indicazioni per la stratificazione prognostica e per possibili suggerimenti/ipotesi di lavoro per la terapia. I trial clinici inoltre variano per le caratteristiche della popolazione arruolata e dell'end point. È quindi difficile correlare gli eventi post dimissione al trattamento durante il ricovero.

Gli obiettivi della terapia sono quelli di contrastare i sintomi (riduzione della dispnea, incremento dell'autonomia funzionale, ricerca di uno stato di benessere, miglioramento dell'emodinamica e della diuresi), di dimettere il paziente (diminuire la mortalità ospedaliera, la durata della degenza, ed i giorni in terapia intensiva) con un programma di medio lungo termine (diminuendo le riospedalizzazioni, i sintomi e migliorando la qualità della vita).

La valutazione del profilo emodinamico comprende la congestione e lo stato di bassa perfusione, entrambe considerate a riposo.

La mortalità ospedaliera è legata principalmente alle seguenti cause: ipossia, l'insufficienza multiorgano, le aritmie, i nuovi eventi ischemici, e legate alle seguenti complicanze quali le infezioni e le embolie.

Gli obiettivi a breve termine consistono nel migliorare l'ossigenazione con O<sub>2</sub> e la CPAP, aumentare la portata tissutale con nuovi farmaci vasodilatatori (nesiritide) ed inotropi (levosimendan) e ridurre lo stato di congestione tramite diuretici, ultrafiltrazione e gli "acquareatici" quali i nuovi antagonisti recettoriali della vasopressina (tolvaptan).

Nel trial ACTIV in CHF 319 pazienti ricoverati per scompenso cardiaco (55% maschi, età media 62 anni, FE: 24%) sono stati randomizzati a placebo o a tolvaptan (30, 60, 90 mg per 10 giorni max in ricovero, poi per 7 settimane). Gli end point primari sono stati durante il ricovero la riduzione del peso, e dopo la dimissione il peggioramento dello scompenso a 60 giorni. Gli end point secondari sono stati: il peggioramento dei sintomi e dei segni, peso, diuresi ed elettroliti, la durata del ricovero e l'uso dei diuretici. Il tolvaptan ha dimostrato la sua efficacia nel diminuire il peso in questi pazienti rispetto al gruppo trattato con placebo. Non ci sono state significative differenze per gli altri end point secondari.

Per quanto riguarda i farmaci che permettono di aumentare la portata i vasodilatatori più utilizzati comprendono la nitroglicerina (di ampio impiego e considerata maneggevole), il nitroprussiato sodico (più efficace nell'aumentare la portata anterograda) e la nesiritide (ovvero peptide natriuretico atriale ricombinante). In particolare per l'impiego del nitroprussiato gli effetti emodinamici comprendono la diminuzione del precarico e del post carico, l'aumento della portata cardiaca, la riduzione dell'insufficienza valvolare mitralica, l'incremento della diuresi e dell'ossigenazione.

Nello studio VMAC, la nesiritide ha dimostrato di ridurre la wedge pressure dei capillari polmonari maggiormente rispetto alla nitroglicerina, con un miglioramento

dello stato clinico e della dispnea sia a 3 ore che a 24 ore.

Anche dal punto di vista dell'incremento della portata, gli inotropi più utilizzati comprendono i simpatico mimetici (beta ed alfa adrenergici), gli inibitori della fosfodiesterasi (teoricamente più efficaci nei pazienti pretrattati con beta bloccanti) ed i sensibilizzatori al calcio di recente introduzione.

Da sottolineare che la maggior parte dei trial sono stati condotti in pazienti senza indicazione stringente al loro uso. Nella pratica clinica non c'è uniformità nei criteri di indicazione al loro impiego né nella scelta preferenziale del farmaco. Nel trial OPTIME CHF che ha valutato i pazienti con aggravamento di scompenso senza shock, il milirone non ha dimostrato alcun vantaggio clinico rispetto al placebo, facendo invece registrare maggiori effetti avversi.



Pertanto il paziente candidato a terapia con inotropi comprende l'evidenza di grave shock e di bassa portata non risolvibile altrimenti, con segni di bassa portata, segni di congestione o almeno non segni di disidratazione, l'ipotensione, l'intolleranza o la mancata o inadeguata risposta ai vasodilatatori, la mancata o inadeguata risposta ai diuretici e l'assenza di tachiaritmie maggiori.

Il meccanismo d'azione del levosimendan si basa sulla sensibilizzazione miocardica al calcio e sull'attivazione dei canali del K-ATP dipendenti. La sensibilizzazione miocardica al calcio si verifica senza aumentarne la concentrazione intracellulare. In diastole l'azione del levosimendan cessa con una normale distensione delle fibre. L'attivazione dei canali del K-ATP dipendenti ha un effetto diretto sulla muscolatura liscia vascolare con conseguente vasodilatazione ed aumento del flusso coronarico. Il LIDO trial ha dimostrato i benefici del levosimendan quando comparato alla dobutamina in termini di incremento della portata cardiaca e riduzione della wedge pressure, con un miglioramento della sopravvivenza sia a 30 giorni che a 6 mesi, che – per quanto end point non predeterminato dello studio – ha suscitato interesse per ulteriori studi.

Il levosimendan è un farmaco costoso che è potenzialmente associato a riduzione della durata della degenza. Ha un effetto persistente (metabolica attivo e con una emivita di 80 h) ed un trattamento limitato a 24 h (con possibile ripetizione oltre 1 settimana). Ha come effetto collaterale il rischio di ipotensione per ipovolemia relativa. Pertanto è bene attuare una riduzione della posologia del diuretico e mantenere la pressione venosa centrale maggiore di 6-8 mmHg.



L'associazione farmacologica razionale potrebbe essere con l'adrenalina. Per quanto riguarda il programma di medio lungo termine è basato sulla ripresa della terapia di fondo che comprende gli ACE inibitori durante lo svezzamento dai vasodilatatori, dei beta bloccanti in regime di ricovero e la rivalutazione della posologia del diuretico. Tale programma prevede inoltre la pianificazione del follow up e delle prospettive terapeutiche: ottimizzare la terapia medica e l'educazione del paziente, la valutazione all'indicazione a procedure interventistiche/chirurgiche, l'ottimizzazione del profilo emodinamico e della funzione d'organo nei candidati a procedure interventistico-chirurgiche, con limitazione dei sintomi nei soggetti terminali.

Pertanto la gestione clinica va fondata su un razionale fisiopatologico, sull'esperienza, l'interpretazione ragionata delle evidenze disponibili e l'inquadramento del paziente nel contesto della storia clinica e delle prospettive di cura. Nel mondo ogni anno più di 50.000 pazienti di età superiore ai 60 anni manifestano scompenso cardiaco avanzato nonostante terapia medica ottimale. La scarsa disponibilità di donatori limita la soluzione terapeutica del trapianto cardiaco nel mondo a circa 3.500 pazienti, cioè meno del 10% dei potenziali riceventi. La disponibilità di organi da trapiantare si è ridotta progressivamente negli anni, con un conseguente aumento del gap tra richiesta di trapianto e disponibilità di organi.

Dal punto di vista fisiopatologico la chirurgia nei pazienti con scompenso cardiaco ha un ruolo soprattutto nella rivascolarizzazione. In base a quanto riportato nel CASS Registry i benefici della rivascolarizzazione chirurgica sono maggiori in pazienti con funzione ventricolare sinistra compromessa. Pertanto bisogna innanzitutto identificare i pazienti che possono beneficiare di rivascolarizzazione chirurgica e anche minimizzare il rischio chirurgico. Va sottolineato che la frazione d'eiezione pre-operatoria non ha alcun impatto sul risultato della chirurgia come dimostrato nel lavoro di Elefteriades dove è stata confrontata la sopravvivenza nei pazienti con FE < 20% o del 20-30%. Le variabili prognostiche più importanti riguardano la qualità delle coronarie, la presenza e l'estensione del miocardio vitale, le dimensioni del ventricolo sinistro e la durata dell'attesa per l'intervento. Va sottolineato come l'estensione del miocardio vitale, e non la FE, è predittiva della prognosi a distanza dopo l'intervento di rivascolarizzazio-

ne miocardica. La presenza di almeno 6 segmenti su 16 vitali migliora la sopravvivenza a distanza dopo la rivascolarizzazione chirurgica. Anche un elevato volume telesistolico ( $>100$  ml/m<sup>2</sup>) riduce la sopravvivenza nel postoperatorio ed è predittivo di ricomparsa di scompenso nel postoperatorio. La rivascolarizzazione precoce riduce la mortalità ed ottimizza il recupero funzionale. Anche dal progetto BPAC, ISS con un'analisi eseguita su 10.127 interventi in 45 centri italiani la disfunzione ventricolare sinistra ha un impatto prognostico importante. Le strategie per minimizzare il rischio sono quelle che mirano ad ottimizzare la protezione miocardica (cardioplegia ematica calda, cuore battente) e alla stabilizzazione emodinamica perioperatoria con contropulsazione preoperatoria elettiva e con resincronizzazione cardiaca. Anche dalla casistica dell'ospedale San Camillo, il ricorso ad interventi senza CEC ha dimostrato di ridurre la mortalità a 30 giorni e gli infarti perioperatori in modo significativo. Anche la resincronizzazione cardiaca ha dimostrato la sua efficacia, perché incrementa la funzione contrattile del ventricolo sinistro, riduce il consumo di ossigeno e riduce l'insufficienza valvolare mitralica. Il protocollo seguito presso l'Ospedale San Camillo per la resincronizzazione intraoperatoria riserva l'indicazione al pacing biventricolare/ventricolare sinistro nei pazienti con FE $<35\%$ , blocco di branca sinistra e QRS $>120$  msec sia in caso di intervento in CEC che a cuore battente. Nei 20 casi fino ad oggi effettuati (di cui 8 off pump) non si sono verificate complicanze né decessi.

Un altro intervento di cardiocirurgia riguarda il rimodellamento con tecnica di Vincent Dor e quella RESTORE group. Dai dati provenienti dall'esperienza personale di Vincent Dor, su 1.011 casi la mortalità ospedaliera globale è stata del 7.5% con un beneficio significativo in termini di recupero del cardiac index e della frazione d'eiezione. Anche il RESTORE group ha dimostrato un beneficio in termini di recupero della frazione d'eiezione e della riduzione del volume ventricolare sinistro indicizzato con una mortalità ospedaliera del 7.7%.

Dal punto di vista fisiopatologico, la sopravvivenza nella cardiomiopatia dilatativa è strettamente legata all'entità dell'insufficienza valvolare mitralica. Tale insufficienza valvolare si sviluppa per la disfunzione della parete ventricolare sinistra. Pertanto il razionale della correzione dell'insufficienza valvolare mitralica in questi pazienti è legata alla diminuzione del sovraccarico di volume del ventricolo sinistro, alla riduzione della pressione telediastolica ventricolare sinistra e di un aumento dello stroke volume. In tutti gli studi eseguiti sulla correzione dell'insufficienza mitralica nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa si osserva una sopravvivenza che va dal 68 al 78%.

Le nuove prospettive di miglioramento sono offerte dall'assistenza ventricolare meccanica.

La chirurgia convenzionale dello scompenso può essere ridefinita come chirurgia del rimodellamento ventricolare: cioè un insieme di tecniche mirate a rallentare, arrestare o invertire i fenomeni del rimodellamento. La disfunzione ventricolare sinistra anche grave non è una controindicazione alla chirurgia, purché siano identificati i sottogruppi di pazienti che possono trarre considerevoli benefici dall'intervento. I progressi nelle tecniche chirurgiche e anestesologiche e nella protezione miocardica hanno minimizzato il rischio operatorio legato alla disfunzione ventricolare sinistra grave consentendo di apprezzare i benefici di un trattamento convenzionale a fronte di una mortalità chirurgica contenuta. L'assistenza ventricolare meccanica rappresenta l'unica soluzione terapeutica nello scompenso acuto refrattario rispetto alla terapia medica o chirurgica con-

venzionale. Il ruolo dell'assistenza ventricolare meccanica deve essere tenuto in considerazione nella definizione di network assistenziale per il trattamento dello scompenso cardiaco acuto.

### **NETWORK ASSISTENZIALE PER LO SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO: LA PROPOSTA DELL'ANMCO**

Anche nel caso dello Scompenso – paradigma delle patologie cardiache croniche – il Documento “Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia” propone di adottare il modello *Hub & spoke*, analogamente a quanto fatto per le Sindromi Coronariche Acute. È evidente che la realizzazione concreta sarà in questo caso più difficile e dovrà avvenire con modalità peculiari.

Alla base di questa “filosofia” vi è la continuità assistenziale, basata sull'integrazione ospedale/territorio, che dovrebbe evitare la frammentazione dei momenti decisionali clinici (prevenzione, diagnosi, terapia, follow up) e delle competenze professionali (cardiologo, internista, medici di base, infermiere, ecc.). Gli strumenti operativi sono gli ambulatori dedicati, i day hospital/day service, informatizzazione/telemedicina, coinvolgimento dei medici di base e cardiologi del territorio, infine l'assistenza domiciliare.

Dal punto di vista amministrativo l'attuazione di una “rete” interaziendale dovrebbe prevedere l'istituzione di un comitato cardiologico di coordinamento. L'attuale sistema di pagamento a prestazione (DRG) non è adeguato per il finanziamento di un sistema di rete, per cui dovrebbero essere identificate altre forme di retribuzione per funzioni assistenziali.

Dal punto di vista organizzativo è opportuno evitare la frammentazione tra i singoli momenti dell'assistenza: è preferibile favorire le aggregazioni in strutture

complesse o in dipartimenti. L'obiettivo è quello di ottimizzare l'efficacia delle prestazioni, ridurre i costi evitando atti diagnostici privi di vantaggi decisionali.

Il valore della comunicazione in questo contesto (medico/paziente ed infermiere/paziente, tra il cardiologo ospedaliero ed il medico di base, tra il cardiologo e gli altri specialisti ospedalieri) deve essere enfatizzato. Vari studi hanno dimostrato le ricadute pratiche di questo elemento: basti pensare ad aspetti apparentemente banali come dei referti comprensibili, una relazione di dimissione chiara ed un piano di follow up.



Un approccio multidisciplinare efficace dovrebbe passare per la formazione culturale internistica del cardiologo, la collaborazione organica con le altre aree specialistiche all'interno dell'ospedale (protocolli comportamentali), nonché l'inserimento di figure non cardiologiche (nutrizionisti, psicologi e nefrologi) all'interno degli ambulatori e dei DH dedicati. Lo studio TEMISTOCLE ha riportato dati di outcome (mortalità intraospedaliera del 5%, mortalità a sei mesi 16%, reospedalizzazione a sei mesi del 46%) che indicano come l'attuale approccio allo Scompenso basato su una collaborazione non organica tra il mondo cardiologico e quello internistico non produca risultati ottimali.

Particolare menzione va data al ruolo infermieristico (legge 26/2/99 n. 42: professione sanitaria) che deve ricoprire aspetti gestionali-organizzativi dell'ambulatorio, il rapporto con pazienti e medici di base per il piano di follow up, con un contatto diretto e le indicazioni per l'emergenza, il follow up telefonico, l'educazione sanitaria del paziente e dei familiari, controllo di compliance ed autogestione del paziente, valutazione di sintomi e posologia di farmaci, assistenza domiciliare e protocolli di ricerca.

Come dimostrato da vari lavori, a parità di trattamento medico ottimale l'intervento sulle informazioni sulla malattia e sui farmaci, le istruzioni per lo stile di vita, il riconoscimento precoce di segni e sintomi ed un punto di riferimento per l'assistenza (infermiere specializzato) determina importanti benefici clinici. La struttura assistenziale dello scompenso cardiaco prevede uno schema operativo basato su una unità intensiva per lo scompenso, una unità intermedia, gli ambulatori dedicati e day hospital, una degenza riabilitativa e l'assistenza domiciliare.

Le unità di terapia intensiva cardiologica sono destinate ai pazienti con scompenso refrattario e a quelli con scompenso molto avanzato, che necessitano di monitoraggio continuo; dovrebbero essere in stretta connessione con i Centri Trapianto, agendo da *Hub* per le altre strutture del territorio identificato per la "rete".

Le unità intermedie sono riservate ai pazienti instabili ma non refrattari con una dotazione di letti con monitoraggio ed ecg telemetrico, la possibilità di monitoraggio emodinamico con apparecchiature mobili e collegamento funzionale con centro di trapianto.

Queste degenze in unità intermedie non obbligano il paziente alla posizione a letto e al monitoraggio continuo, hanno una dotazione infermieristica più leggera, con maggiore attenzione alla specificità dei bisogni assistenziali e dei rischi dei pazienti con scompenso. Sono strutture in cui possono essere sviluppate procedure con impegno tecnologico medio-alto (per esempio impianto di pacemaker biventricolari e ICD).

Gli ambulatori ed il day hospital rappresentano una rete di riferimento per l'assistenza non degenziale come punto di continuità assistenziale per i pazienti con scompenso cardiaco grave, e come punto di riferimento / consulenza per il territorio, con un importante ruolo infermieristico per quanto riguarda l'attività educativa e la prevenzione.

La degenza riabilitativa è la struttura appropriata per i pazienti che richiedono tempi medio-lunghi di degenza, con una ottimizzazione della terapia farmacologica ed un avvio controllato di programmi di training fisico e l'assistenza ed il reinserimento domiciliare per pazienti con device meccanico.

Dovrebbero prevedere la presenza di palestre e di personale fisioterapista, di sale di riunione per l'educazione sanitaria, di un servizio di assistenza sociale e

di psicologia. Hanno la caratteristica di godere di un riconoscimento economico basato sul rimborso per giornate di degenza e non sulla prestazione. Possono essere sia strutture complesse di degenza riabilitativa, sia strutture semplici di tipo ambulatoriale, che interagiscono secondo la logica *Hub & spoke*.

## EVENTO SEMINARIALE RIVASCOLARIZZAZIONE MIocardICA DOPO L'AVVENTO DEGLI STENT MEDICATI

*Coordinatori: R. Piva*

*Relatori: C. Indolfi, G. Bonzani, A. Fiscella*

**G**li stent stanno dominando negli ultimi anni la terapia interventistica e di conseguenza la letteratura recente ha incentrato la sua attenzione sulla problematica della restenosi intra-stent.

I fattori predittivi della restenosi sono di carattere clinico (età, diabete, precedente restenosi), angiografico (lunghezza della lesione, diametro del vaso, entità della occlusione, livello della lesione), e procedurale (minimal lumen diameter angiografico finale e lunghezza degli stent usati). Tutte le tecniche classicamente usate finora per il trattamento della restenosi in-stent (PTCA, cutting balloon, rotablatore, aterotomo, impianto addizionale di stent) hanno, nei diversi studi, una percentuale media di target lesion revascularization (TLR) attorno al 30%.

Risultati migliori sembrano avere invece le radiazioni intravascolari e gli stent medicati (DES) usati nelle restenosi intrastent di tipo focale.

I DES hanno ridotto la complicità della restenosi dopo angioplastica dal 30% al 10% in media. Quello che abbiamo imparato sulla base degli studi clinici randomizzati disponibili (RAVEL, SIRIUS, TAXUS) è che tecnicamente i risultati migliori si ottengono con una predilatazione moderata, usando un pallone più corto della lesione, attuando con lo stent una copertura completa della lesione





e, ove possibile, usare lo stent direttamente senza dilatare. Attualmente i limiti principali dei DES sono la struttura del device, i possibili effetti collaterali (formazione aneurisma, ritardo endotelizzazione, tossicità) ed i costi.

Alla luce dei risultati ottenuti non è difficile prevedere per un futuro ormai prossimo le seguenti indicazioni ai DES: pazienti ad alto rischio clinico (diabete, insufficienza renale) e pazienti con un'anatomia coronaria ad alto rischio (lesioni tipo C, vasi di calibro < 2.25 mm, tronco comune, biforcazioni).

Attualmente c'è ancora grande discrepanza tra le Linee Guida cliniche per l'utilizzo dei DES e ciò che i cardiologi interventisti fanno quotidianamente. L'ELISIR Registry è stato creato per verificare le indicazioni all'impianto dei DES e valutare la sicurezza e l'efficacia dei differenti DES in uno scenario clinico nazionale. La popolazione studio dell'ELISIR è rappresentativa di un mondo reale nazionale e include sottogruppi di pazienti piuttosto complessi non compresi nei grossi trial randomizzati.

I dati più interessanti che emergono dai risultati dello studio sono sicuramente la riduzione della percentuale di restenosi attorno al 9% e l'assenza di riduzione in percentuale della trombosi subacuta, mentre controversi sono i risultati ottenuti nei pazienti diabetici e ancora limitati sono i dati riguardanti i pazienti con infarto miocardico acuto sottoposti ad angioplastica primaria.

## SESSIONE PLENARIA FIBRILLAZIONE ATRIALE

*Moderatori: P. Delise, G. Vergara*

*Relatori: M. Santini, I. de Luca, G. Inama, P.L. Prati, M. Lunati, G. Hindricks*

**L**a fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia di più comune riscontro nella pratica clinica. La sua prevalenza è pari allo 0.4% nella popolazione generale e del 5% tra i soggetti con più di 65 anni. L'ATRIA ed il Framingham study hanno documentato una prevalenza di FA che cresceva proporzionalmente con l'età: 10-11% tra gli uomini e 7-9% tra le donne tra i 60 e gli 80 anni.

La FA è un'aritmia diagnosticata con maggior frequenza negli ultimi anni. Negli anni '90 la prevalenza è quasi raddoppiata rispetto agli anni '70 forse per un mag-





**La Segreteria ANMCO**

gior invecchiamento della popolazione generale. In Italia si registrano 285-570 mila casi di FA con lo stesso trend di età degli altri studi citati (8.8% in soggetti con più di 80 anni). L'incidenza totale è pari al 2% e raggiunge il 9.7% nella popolazione con più di 70 anni e si distribuisce in maniera differente nelle cardiomiopatie, nella cardiopatia ischemica e nell'ipertensione arteriosa.

In Italia si registrano 22.800 nuovi casi di FA recidivante (40% di tutti i casi di FA) e di questi 11.400 (20%) sono recidivanti refrattari.

I pazienti con FA sono maggiormente gravati da complicanze come ictus (5% vs 1% dei pazienti in ritmo sinusale) e la percentuale aumenta con l'aumento dell'età. La FA costituisce un fattore di rischio indipendente per stroke ed il suo impatto sulla mortalità e morbilità è principalmente dovuto a complicanze tromboemboliche. Nel Framingham study, la percentuale di stroke associato a FA aumentava in funzione dell'età: 6.7% nei soggetti tra 50 e 59 anni e 36.2% tra gli 80 e gli 89 anni. La FA, quando associata a valvulopatia reumatica, aumenta di 17 volte il rischio embolico, mentre la forma non valvolare, molto più frequente, aumenta di 5 volte il rischio di stroke.

Recentemente diversi studi sono stati disegnati per valutare diverse strategie di profilassi antitrombotica nella FA ed hanno principalmente valutato gli effetti di anticoagulanti orali, antiaggreganti (Aspirina), il loro uso combinato o le eparine a basso peso molecolare (EBPM). Diversi studi ed una metanalisi sugli effetti del Warfarin nella prevenzione primaria di eventi embolici in pazienti con FA non valvolare hanno documentato una riduzione del rischio pari al 62% rispetto al placebo. Anche l'aspirina è capace di ridurre il rischio di stroke del 22% vs placebo. In una recente metanalisi di confronto Warfarin vs Aspirina è stata registrata una riduzione del rischio di circa 1/3 del rischio di stroke nei pazienti trattati con anticoagulante orale.

Quindi gli anticoagulanti orali riducono efficacemente il rischio di stroke in pazienti con FA non valvolare e sono più efficaci dell'Aspirina specialmente in pazienti ad alto rischio. Però tali farmaci sono associati a maggiori complicanze emorragiche globali (1.5-2% l'anno) anche se con rischio di emorragie intracraniche appare piuttosto basso (<11%) ed aumenta con valori di INR >3.

I criteri di scelta della terapia antitrombotica devono contemplare il profilo di rischio di stroke ed emorragico del paziente, la fattibilità di un monitoraggio adeguato della terapia anticoagulante e la compliance nonché le preferenze del

paziente. I trials e gli studi epidemiologici ci hanno consentito di costruire un profilo di rischio per ciascun paziente. In base a dati demografici, clinici e alla presenza di comorbidità si identificano classi di rischio che consentono di impostare una corretta terapia a base di Aspirina o anticoagulanti orali. Non sono invece contemplati dalle Linee Guida i predittori ecocardiografici di rischio tromboembolico che possono essere di estremo ausilio soprattutto nella scelta terapeutica dei pazienti con FA a rischio moderato.

Lo studio SPAF III ha dimostrato che la trombosi auricolare, un ecocontrasto spontaneo denso, una velocità in auricola inferiore a 20 cm/sec e la presenza di placche aortiche complicate sono predittori indipendenti di stroke ed un trattamento con Warfarin deve essere quindi raccomandato. La terapia antitrombotica attualmente in studio prevede nuovi antiaggreganti piastrinici (Indobufene, Clopidogrel), inibitori orali diretti della trombina (Ximelagratan), pentasaccaridi sintetici, procedure di ablazione o di occlusione transcatetere dell'auricola sinistra e la prevenzione dello sviluppo di FA con l'uso di sartanici, soprattutto in pazienti ipertesi.

Nella terapia anticoagulante post-cardioversione due sono i protocolli ormai standardizzati: quello convenzionale che prevede una terapia anticoagulante orale di almeno 4 settimane pre- e 3 settimane post-cardioversione; e quella cosiddetta ETE-guidata (studio ACUTE) che consente di eliminare la terapia anticoagulante pre-cardioversione mediante uno studio ecografico transesofageo che documenta l'assenza di trombosi auricolare.

Una nuova strategia terapeutica è attualmente in studio con il trial multicentrico randomizzato POSTEC (POST-cardioversion Transesophageal Echocardiography) che si pone lo scopo di selezionare, mediante l'utilizzo di un transesofageo pre-cardioversione ed uno a 7 giorni dalla cardioversione, i pazienti a basso rischio clinico ed ecografico che possono giovare di una sola settimana di terapia a base di EBPM.

È importante cardiovertire i pazienti in FA perché essa riduce i sintomi, migliora la tolleranza all'esercizio fisico, previene le tachicardiomiopatie e probabilmente migliora la qualità della vita, riduce il rischio embolico eliminando la necessità di un'anticoagulazione prolungata. L'importante è che se si decide di cardiovertire lo si deve fare con rapidità per ridurre l'entità del rimodellamento elettrico ed anatomico atriale, evitare l'anticoagulazione per le aritmie di durata maggiore alle 48 ore ed evitare l'ospedalizzazione prolungata con spese a carico del sistema sanitario nazionale.

L'efficacia dei farmaci antiaritmici è ridotta nelle FA di lunga durata (>36 mesi), in pazienti con atrio sinistro dilatato (>6 cm), con malattia mitralica reumatica o con frazione di eiezione marcatamente ridotta.

Tre sono le possibilità terapeutiche per cardiovertire la FA: quella farmacologica, soprattutto con flecainide, propafenone ed amiodarone (da riservare ai pazienti con FA di recente insorgenza al primo riscontro); elettrica transtoracica (da riservare ai pazienti con FA persistente o in condizioni di urgenza); e quella endocavitaria.

La storia naturale della FA è caratterizzata da frequenti recidive aritmiche nonostante una terapia farmacologica, necessità di ripetuti ricorsi al Pronto Soccorso e di ricoveri ospedalieri, e da evoluzione a FA permanente soprattutto in soggetti in età più avanzata. Le cause di FA possono essere suddivise in cardiache e non cardiache e lone atrial fibrillation (FA non associata a cardiopatie organiche o ad altre cause correlabili).



Due sono le teorie più accreditate che spiegano l'eziopatogenesi della FA: la teoria focale e quella dei rientri multipli. La teoria focale ipotizza la presenza di foci (in corrispondenza dell'atrio destro o sinistro, del seno coronarico o delle vene polmonari) che emettono una quantità di stimoli prematuri che innescano circuiti di rientro prematuri diffusi al territorio atriale; la teoria dei rientri multipli invece prevede la presenza di rientri continui e crescenti in tutto l'ambito del tessuto atriale ed il loro mantenimento è legato al numero di fronti d'onda incidenti. Gli insegnamenti clinici derivanti dalle conoscenze dell'eziopatogenesi della FA sono di valutare nel singolo paziente l'importanza dei triggers e del substrato in relazione al tipo di FA ed alla presenza o meno di cardiopatia; la possibilità di agire con modalità di trattamento farmacologico o non farmacologico sui triggers o sul substrato in relazione alla loro importanza nell'innescare e nel mantenimento dell'aritmia.

L'impianto di pacemaker è una delle possibilità di trattamento non farmacologico della FA. Il pacemaker con stimolazione atrial-based può essere utile nella prevenzione della FA per la soppressione di battiti prematuri sopraventricolari (eliminazione del trigger), per la prevenzione della dispersione della ripolarizzazione determinata da bradicardie, per il mantenimento di un'ottimale sequenza di attivazione degli atri (prevenzione dei rientri intratriali) e per il mantenimento di una normale emodinamica.

Altra opzione terapeutica è l'ablazione transcateretere che si avvale di due strategie: l'eliminazione del trigger o le modificazioni del substrato della FA. La prima strategia è gravata da un'alta percentuale di ricorrenza di FA parossistica e dalla mancata applicabilità nella FA cronica; la seconda strategia si avvale di lesioni lineari in corrispondenza del substrato.

La migliore tecnica, che ha dato risultati incoraggianti nella FA sintomatica e l'ablazione circonfenziale delle vene polmonari che, tra gli altri, offre il vantaggio di essere applicabile anche nella FA cronica. È d'uopo però sottolineare che bisogna essere ancora cauti nell'applicazione di tale tecnica in quanto sono ancora necessari studi clinici multicentrici che ne stabiliscano correttamente il ruolo e l'indicazione.

**Mercoledì  
26 maggio**



## **SESSIONE PLENARIA GLI STUDI CLINICI DELL'ANMCO**

*Moderatori: A. Boccanelli, A.P. Maggioni*

*Relatori: M.T. Cinà, F. Chiarella, P. Verdecchia, A.P. Maggioni*

**L**a fibrillazione atriale (FA) è la più frequente aritmia riscontrata nella pratica clinica e colpisce circa il 6% della popolazione con più di 65 anni. La terapia tradizionale è spesso capace di restaurare il ritmo sinusale ma è anche soggetta ad alte percentuali di insuccesso a lungo termine. Infatti la ricorrenza di FA in pazienti trattati con beta-bloccanti e farmaci antiaritmici è tra il 45 e 55% a 6 mesi. Dati sperimentali suggeriscono che il rimodellamento elettrico e strutturale che compare precocemente dopo l'insorgenza di FA, gioca un ruolo fondamentale nel mantenimento della FA. Recenti studi hanno dimostrato che il blocco dell'angiotensina II può inibire il rimodellamento strutturale che avviene in corso di FA e che la nuova insorgenza di FA può avere un impatto negativo sulla mortalità soprattutto nei pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco.

Gli ACE-inibitori si sono dimostrati efficaci nel prevenire l'insorgenza di FA in pazienti con scompenso cardiaco post-infartuale (studio TRACE) e scompenso cardiaco cronico (studio SOLVD). I sartanici sembrano invece prevenire l'insorgenza di FA in pazienti con ipertensione ed ipertrofia ventricolare sinistra (studio LIFE) e scompenso cardiaco (studi Val-HeFT e CHARM). Inoltre è stato dimostrato che gli inibitori recettoriali dell'angiotensina, in associazione all'amiodarone, possono prevenire la ricorrenza di FA in pazienti con FA persistente cardiovertita elettricamente.

Il GISSI-AF è un trial multicentrico, randomizzato, doppio cieco, placebo-controlled della durata di 12 mesi (1.402 pazienti) che si pone l'obiettivo di valutare se il trattamento con Valsartan (80 mg sino a 320 mg) in pazienti con pregressi episodi di FA possa prevenire la ricorrenza di aritmia. Lo studio arruolerà pazienti in ritmo sinusale documentato da almeno due ECG che attestino la presenza di FA sintomatica nei precedenti 6 mesi o ottenuto dopo cardioversione efficace. L'end-point primario è costituito dal tempo che intercorre sino al primo episodio documentato di FA della durata maggiore di 10 minuti. Gli end-points secondari sono: il numero totale di episodi di FA, il numero di pazienti in ritmo sinusale al momento del follow-up, il numero di ospedalizzazioni per cause cardiovascolari e per ogni causa, la durata e le caratteristiche del primo episodio di FA e l'incidenza di eventi tromboembolici.

IL BLITZ-2 era uno studio osservazionale (3 settimane di rilevazione), prospettico, multicentrico che si pone lo scopo di definire l'epidemiologia di pazienti con almeno due dei seguenti criteri d'inclusione: elementi clinici di ischemia miocardica acuta e segni ECG di ischemia acuta (sottoslivellamento dell'ST  $\geq 0.5$  mm, sopraslivellamento dell'ST transitorio, T negative  $> 1$  mm in 2 o più derivazioni), o markers di necrosi miocardica positivi. Questo studio ha arruolato 1888 pazienti (43% dei quali ricoverati in ospedali dotati di emodinamica) in 275 centri cardiologici italiani. L'età media di tali pazienti è risultata essere di 67.6 anni (la maggior parte tra 55 e 74 anni) con un TIMI risk score intermedio o alto. Il 58% di questi pa-





zienti è stato sottoposto a coronarografia, il 29% ad angioplastica ed il 6% a by-pass coronarico con una durata media di ricovero pari a  $8.8 \pm 4.6$  giorni. La mortalità intraospedaliera è stata pari all'1.2% (3% in pazienti con più di 75 anni) mentre a 30 giorni è stata del 2.4% con un 3.7% di IMA ed ospedalizzazione per nuova sindrome coronarica acuta. Il BLITZ-2 ha dimostrato quindi che la popolazione a maggior rischio in Italia è rappresentata da pazienti anziani e diabetici, che la probabilità di essere sottoposti a coronarografia o intervento di rivascularizzazione è proporzionale alla disponibilità delle risorse dell'ente in cui il paziente è ricoverato, che è indipendente dalla stratificazione del rischio e che è disattesa l'indicazione delle Linee Guida di trattare invasivamente i pazienti a maggior rischio.

Lo studio MAVI era uno studio multicentrico, prospettico, osservazionale, eseguito in 58 ospedali italiani. Scopo dello studio era stabilire il valore prognostico indipendente della massa ventricolare sinistra valutata all'ecocardiogramma in soggetti con ipertensione arteriosa essenziale. Criteri di inclusione erano: pressione sistolica  $\geq 140$  mmHg o diastolica  $> 90$  mmHg, nessun precedente evento cardiovascolare, età  $\geq 50$  anni ed assenza di valvulopatie. L'end-point primario era costituito da infarto miocardico fatale e non fatale, morte cardiaca improvvisa, stroke fatale e non fatale, morte per altre cause cardiovascolari, mortalità per ogni causa, scompenso cardiaco severo che richiedesse ospedalizzazione o insufficienza renale che richiedesse dialisi. Per ogni incremento di massa ventricolare sinistra di  $39 \text{ g/m}^2$  si è registrato un incremento del 40% del rischio di eventi cardiovascolari maggiori.

Da un totale di 1.660 pazienti arruolati, ne sono stati controllati al follow-up 374. All'elettrocardiogramma non si è registrato alcun segno di ipertrofia nell'80% dei casi, una mancata regressione di ipertrofia ventricolare sinistra nell'8%, una regressione nel 5% ed una nuova insorgenza di ipertrofia nel 7%. All'ecocardiogramma invece non si è registrato alcun segno di ipertrofia nel 55% dei casi, una mancata regressione di ipertrofia ventricolare sinistra nel 15%, una regressione nel 13% ed una nuova insorgenza di ipertrofia nel 13%.

L'Out of Hospital Management Strategies of patients with CHF (OHM-CHF) ha arruolato 297 pazienti in 6 centri italiani. L'obiettivo era valutare l'applicabilità e l'impatto di due diverse strategie di gestione dei pazienti con scompenso cardiaco, migliorare l'applicazione delle Linee Guida, prevenire i ricoveri ospedalieri e razionalizzare l'utilizzo delle risorse. I dati preliminari presentati indicano che un follow-up individualizzato sulla severità e la stabilità dei pazienti con scompenso cardiaco riduce il numero di ricoveri e di visite ambulatoriali e che nelle due strategie si è ottenuta una simile implementazione delle Linee Guida.

## DIABETE E CARDIOPATIA ISCHEMICA: UN PROBLEMA CLINICO EMERGENTE

*Moderatori: G. Brocchi, A. Vacri*

*Relatori: C. Fresco, A.S. Bongo, V. Monda, G. Piovaccari*

Il diabete mellito (DM) è una malattia metabolica che colpisce circa 150 milioni di pazienti (3% della popolazione globale) oggi e 300 milioni nel 2025 e con frequenti complicanze cardiovascolari. Esso è infatti presente nel 20-35% dei pazienti ricoverati con diagnosi di sindrome coronarica acuta (SCA) e la cardio-



patia ischemica è responsabile dell'80% dei decessi nei pazienti diabetici. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che il DM è caratterizzato da un insieme di alterazioni funzionali che conduce ad un'aumentata adesività ed aggregabilità piastrinica.

I risultati di sottoanalisi di studi come il CURE, il PCI CURE ed il CREDO hanno portato ad un utilizzo routinario di Clopidogrel in aggiunta all'aspirina nei pazienti diabetici con SCA sottoposti a procedure interventistiche di rivascolarizzazione. Confortanti anche i risultati di studi sugli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa nei diabetici. Una metanalisi del PURSUIT, PRISM, PRISM PLUS, GUSTO IV, e PARAGON A e B, ha dimostrato i benefici in termini di mortalità a 30

giorni dell'utilizzo di Abciximab nei diabetici sottoposti a PCI. Anche il trial EPISTENT ha ulteriormente dimostrato i benefici dell'Abciximab nei diabetici, indipendentemente dall'impianto di stent. Tutti questi dati derivano però da analisi post-hoc di grandi trials che hanno randomizzato vari sottogruppi di pazienti e quindi ad oggi non esistono studi prospettici randomizzati che abbiano valutato in modo specifico nei diabetici la sicurezza e l'efficacia di Clopidogrel o degli inibitori IIb/IIIa.

È noto ormai che l'iperglicemia al momento del ricovero per infarto miocardico acuto (IMA) ha un significato prognostico sfavorevole in termini di mortalità dopo procedure interventistiche elettive o urgenti, soprattutto nei diabetici. Esistono dati in letteratura sull'efficacia del trattamento insulinico intensivo nei pazienti diabetici con IMA non trattati con angioplastica primaria.

Nel registro italiano BLITZ 1, che ha arruolato circa 2.000 pazienti ricoverati con diagnosi di SCA, il DM era presente nel 22% dei casi (18% non insulino-dipendente e 4% insulino-dipendente). I pazienti diabetici, rispetto ai non diabetici, presentavano una maggiore età ed incidenza di ipertensione, fumo, pregresso IMA e CABG, malattie vascolari periferiche, stroke, angina e scompenso cardiaco. Al momento della presentazione avevano una più elevata frequenza cardiaca, pressione arteriosa, classe Killip ed incidenza di infarto con sopraslivellamento del tratto ST. Inoltre i pazienti diabetici hanno avuto una più elevata incidenza di morte, in tutte le fasce d'età, reIMA non fatale, shock, angina e scompenso. All'analisi multivariata però il DM non è risultato essere uno dei predittori indipendenti di mortalità a 30 giorni. Nel registro BLITZ 2 l'incidenza di diabete tra i pazienti con SCA è risultata essere del 27.3% con una mortalità a 30 giorni, sia intraospedaliera (1.6% vs 1%) che al follow-up (2.1% vs 1%), sempre più elevata nei diabetici rispetto alla popolazione non diabetica.

Il BARI trial, che ha randomizzato 1829 pazienti al trattamento di rivascolarizzazione chirurgico o percutaneo, ha documentato una mortalità nei pazienti diabetici molto più alta rispetto ai non diabetici sottoposti a PCI (20,6% vs 4,8%). Meno severo è stato invece il divario tra diabetici e non diabetici sottoposti a bypass (5,8% vs 4,7%). Nel recente studio ARTS, che ha randomizzato pazienti ad impianto di stent e a bypass, la sopravvivenza event-free a 3 anni tra i diabetici sottoposti a stenting è risultata essere del 52,7% vs il 68,3% dei non diabetici e dell'81,3% nei diabetici sottoposti a CABG vs 83,3% dei non diabetici. Per quanto concerne i diabetici multivasali, Mehran et al. per primi trattarono 689 pazienti con stenting multivasale, di cui 501 non diabetici, 102 diabetici non insulino-dipendenti e 86 insulino-dipendenti. Tra questi, i diabe-

tici avevano una target vessel revascularization più elevata a 12 mesi (25% vs 35% vs 16%) ed una più alta incidenza di mortalità e complicanze post-procedurali.

Studi con ecografia intravascolare hanno dimostrato che il fenomeno della restenosi nei diabetici è sostanzialmente attribuibile ad un'iperplasia intimale che potrebbe esser quindi ridotta con l'utilizzo di stent a rilascio di farmaco. Recenti trials hanno infatti dimostrato un evidente miglioramento dei risultati di rivascolarizzazione nei diabetici sottoposti ad impianto di stent medicato. I risultati dello studio FREEDOM, che valuterà l'utilizzo di stent medicati vs bypass in pazienti diabetici con malattia multivasale, ci aiuteranno a migliorare la scelta terapeutica in questo sottogruppo di pazienti ad alto rischio.

## PROBLEMATICHE NEL TRATTAMENTO DELLE TACHICARDIE VENTRICOLARI (TV) SOSTENUTE

*Moderatori: P. Bocconcelli, D. Capobianco*

*Relatori: R.F.E. Pedretti, G. Chiarandà, E. Bersaglia, N. Bottoni*

I pazienti che hanno presentato episodi di tachicardia ventricolare sostenuta o fibrillazione ventricolare, in assenza di cause organiche reversibili, sono ad alto rischio di recidive e di morte improvvisa.

I farmaci antiaritmici di classe I non sono efficaci o addirittura sono dannosi nella prevenzione della morte improvvisa ed il loro utilizzo andrebbe pertanto evitato. L'amiodarone può essere una buona alternativa all'impianto di un defibrillatore in prevenzione secondaria nei pazienti con tachicardia ventricolare sostenuta tollerata e con una frazione di eiezione  $>$ del 35%.

I Beta-bloccanti sono efficaci nella riduzione della morte improvvisa e della mortalità totale dopo un infarto miocardico acuto e nei pazienti con scompenso cardiaco ed andrebbero pertanto prescritti a tutti i pazienti purché non controindicati o mal tollerati.

I pazienti che si presentano con una tachicardia ventricolare stabile, emodinamicamente ben tollerata e con una patologia cardiaca sottostante, presentano una percentuale di mortalità simile ai pazienti che esordiscono con una tachicardia ventricolare sintomatica.

Le tachicardie ventricolari stabili potrebbero essere infatti il segnale di un substrato elettrofisiologico capace di produrre aritmie maligne. La terapia con defibrillatore impiantabile, che si è dimostrata utile nel ridurre la mortalità nei pazienti con tachicardie ventricolari instabili, stando a queste ipotesi, potrebbe ridurre la mortalità anche nei pazienti che esordiscono con tachicardie ventricolari stabili.

L'ablazione come terapia primaria trova indicazione nelle tachicardie ventricolari idiopatiche, in quelle da rientro branca-branca e nell'ambito di pazienti ischemici con tachicardie ventricolari lente ed incessanti. L'uso dell'ablazione dopo impianto di defibrillatore dovrebbe essere proposto solo in caso di frequenti interventi dello stesso.

È consigliato l'impianto di un defibrillatore dopo eventuale procedura di ablazione nei casi di inducibilità di tachicardie ventricolari, anche non cliniche, al termine della stessa, in pazienti con frazione di eiezione inferiore a 35%; mentre è sconsigliato nei casi in cui dopo la procedura di ablazione si ottiene una completa non inducibilità di tachicardie ventricolari, anche non cliniche, in pazienti con frazione d'eiezione maggiore del 35%.



## CARDIONURSING 2004: È GIÀ TEMPO DI BILANCI (E DI QUALCHE RIFLESSIONE)

*Il Cardionursing 2004 è stato il più  
numeroso dall'istituzione dell'Area Nursing  
ANMCO*

**S**i è appena concluso il Cardionursing 2004, i ricordi sono ancora vividi, le sensazioni ancora forti (basti pensare alla sala Cavaniglia gremita da oltre 2.000 partecipanti) e le energie dei molti che hanno contribuito alla sua realizzazione ancora forse da recuperare.

Gli obiettivi che ci eravamo proposti per il Cardionursing 2004 credo siano stati oggettivamente raggiunti; le aspettative dei partecipanti, si spera, anche. A questo riguardo i questionari ECM ci daranno utili indicazioni in proposito.

Come tutti gli eventi formativi anche il Cardionursing 2004 per non essere una mera e sterile esercitazione accademica deve avere per i suoi partecipanti delle ricadute reali nell'ambito della propria realtà lavorativa quotidiana sia in termini culturali che di nuovi strumenti operativi; ognuno cioè deve tornare a casa più ricco di conoscenze teoriche e con degli strumenti operativi pratici da mettere in atto (nuove tecniche, nuovi aspetti organizzativi, nuove esperienze, ecc.) nella propria realtà operativa.

In altri termini credo sia utile al termine di un Congresso, in genere tipicamente nella strada del ritorno, chiedersi in un momento di calma e cercare di individuare dentro di noi, se la partecipazione ai lavori ci ha realmente lasciato qualche cosa di nuovo, se, in qualche modo, ci siamo "arricchiti" rispetto a prima. Uno dei migliori indicatori di questa realtà interiore è il grado di entusiasmo ed il numero e l'entità dei cambiamenti che cercheremo di apportare nella nostra realtà operativa quotidiana.

Il Cardionursing 2004 è stato un grande evento formativo che, per quanto grande, non può aver ovviamente affrontato tutti i temi del nursing cardiologico ma solo una sua piccola parte individuata tra quelli che, al momento della sua progettazione, furono ritenuti dal Comitato di Coordinamento dell'Area anche in base alle segnalazioni raccolte, i bisogni formativi prioritari.

Parimenti accadrà anche nel Cardionursing 2005 con un ulteriore sforzo per l'individuazione di più specifici bisogni formativi tramite l'utilizzo anche dei suggerimenti emersi dal Simposio: "Prepariamo insieme il Cardionursing 2005" e le proposte che, si spera anche sulla spinta di questo articolo, giungeranno in questo periodo all'Area Nursing.

Nel cercare di redigere un bilancio provvisorio del Cardionursing 2004 è forse doveroso iniziare dagli aspetti da migliorare individuati dalle varie critiche (quasi tutte costruttive) che abbiamo raccolto.

Il grande numero dei partecipanti (circa 3.500 iscritti) ha creato qualche difficoltà prontamente risolta dalla efficiente organizzazione del Congresso che pubblicamente ringraziamo.

C'è stata qualche delusione per la mancata distribuzione di panini all'ora di

*Evidente la costante crescita culturale dei  
contenuti delle relazioni e delle  
comunicazioni e poster*



pranzo: la scelta in questo caso è stata dettata dalle ristrettezze economiche (taglio di oltre il 50% dei fondi destinati al Cardionursing 2004) e dalla necessità di evitare la confusione e la calca dello scorso anno.

Alcune moderazioni e relazioni potevano, forse, essere ancora più brillanti e



professionali: a questo riguardo è importante precisare che moderare e relazionare in pubblico è una delle attività professionali più difficili e che in parte esulano dalle stesse competenze scientifiche e si spostano su quelle relazionali e sulle attitudini personali. A questo specifico riguardo in ambito di nursing cardiologico abbiamo assistito in questi ultimissimi anni (con una media di circa cento infermieri moderatori e relatori), ad un bellissimo fenomeno di crescita culturale e delle capacità formative relazionali di un numero sempre maggiore di infermieri di Cardiologia; è evidente che occorrono

ancora dei tempi fisiologici non brevissimi affinché questo fenomeno si diffonda e si rafforzi ulteriormente.

Da alcuni Minimaster alcuni si aspettavano dei contenuti più esaustivi e completi: purtroppo si tratta di “mini” master che affrontano solo alcuni aspetti, in prevalenza e per necessità teorici, di alcune branche della cardiologia clinica o strumentale; per esigenze formative diverse e più approfondite l'ANMCO e l'Area Nursing mettono a disposizione dei prodotti formativi, anche decentrati e più estesi come contenuti, con un orientamento anche pratico tenendo comunque presente che in alcune metodiche non si può prescindere da strumenti formativi più avanzati quali il training operativo con tutoraggio.

Gli aspetti positivi sono diversi; la loro individuazione è in parte soggettiva ed in massima parte proviene dai riscontri, ricevuti sia in tempo reale che a posteriori, dai partecipanti al Cardionursing.

Come già detto precedentemente i Cardionursing di questi ultimi anni sono stati tutti progressivamente migliori dei precedenti non per la maggiore o minore “bravura” dei rispettivi coordinamenti ma per la crescita culturale degli infermieri

di Cardiologia che ha consentito contenuti oggettivamente migliori e quindi maggiore potenzialità formativa. La grande crescita culturale, dimostrata dai contenuti scientifici delle relazioni e, soprattutto, delle comunicazioni e dei poster, nonché dalla notevole padronanza espositiva di numerosi relatori, è verosimilmente il più importante obiettivo che è stato raggiunto non solo nell'ultimo ma in tutte le precedenti edizioni del Cardionursing.

Tra gli elementi che hanno maggiormente colpito osservatori esterni all'Area, e quindi oggettivamente più veritieri, troviamo la curiosità e l'entusiasmo. Elementi positivi, evidenti e contagiosi indicatori palesi delle enormi, ed in parte poco conosciute, potenzialità di una professione per molti aspetti diversa da come forse tanti (e sicuramente troppi) credono sia il nursing cardiologico oggi. Per concludere una proiezione al futuro: il Comitato di Coordinamento dell'Area sta già lavorando ai temi del Cardionursing 2005 che approfondirà sia classici che nuovi argomenti e cercherà di porre le basi operative di quello che sarà uno degli obiettivi del prossimo biennio: la crescente e reale integrazione tra le professionalità medica ed infermieristica.

*Elemento caratteristico del Cardionursing 2004 è stato l'entusiasmo dei partecipanti*

## COME PUÒ LA ROUTINE CLINICA QUOTIDIANA COINCIDERE CON LA RICERCA

**N**egli ultimi anni, con i progressi fatti nel campo della salute pubblica, si è assistito ad un sensibile aumento dell'aspettativa di vita con circa i 2/3 di tale aumento dovuti alla riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari. Nonostante ciò esiste, comunque, un "gap" fra quelle che sono le evidenze prodotte dagli studi clinici controllati e quelli che sono i risultati ottenuti nella pratica clinica quotidiana. Dobbiamo quindi chiederci quanto della ricerca viene perso nel passaggio al mondo reale dei pazienti, perché questo accade e cosa possiamo fare per colmare questo gap.

Al primo quesito è semplice rispondere riportando un paio di esempi:

- Nel 1981 i risultati del Beta Blockers Heart Attack Trial dimostravano il beneficio del trattamento con Beta Bloccanti nei pazienti ospedalizzati per infarto (1). Nel 1996 i beta bloccanti erano prescritti solo nel 62.5% di questi pazienti (2).
- L'efficacia dell'aspirina nella prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari è fuori discussione (3) ma nel 2000, negli Stati Uniti, tale farmaco era prescritto solo in poco più di 1/3 dei pazienti senza controindicazioni (4).

Molto, dunque, va perso nel passaggio dalla ricerca alla pratica clinica e se noi non applichiamo le scoperte scientifiche alla pratica clinica rischiamo il fallimento dei nostri doveri verso il paziente e verso la società. Le motivazioni di questo gap possono essere diverse: qualità delle evidenze, organizzazione sanitaria operante nel Paese, comportamento dei medici, compliance dei pazienti; in ogni caso, sembra necessario trovare degli approcci in grado di cambiare questa situazione.

Recentemente nell'ambito dello studio ALLHAT è stato dimostrato che un attento monitoraggio del paziente e un'appropriata gestione dei dosaggi dei farmaci è in grado di aumentare la percentuale dei pazienti con un controllo pressorio soddisfacente dal 27 al 66%. La partecipazione alla ricerca sembra quindi in grado di migliorare gli aspetti pratici della cura dei malati e l'identificazione del ricercatore clinico con il professionista sanitario che dispensa le cure è un momento fondamentale per la diffusione e comunicazione delle nuove conoscenze.

### ***In che modo la ricerca clinica può essere anche un momento importante di allargamento delle evidenze scientifiche?***

Recentemente, durante un incontro, un ricercatore dello studio GISSI HF ha spiegato che per capire quanti pazienti il suo gruppo sarebbe stato in grado di arruolare e seguire accuratamente aveva fatto, con i propri collaboratori, una stima della prevalenza dello scompenso nel territorio di competenza del suo centro, aveva considerato quanti di questi pazienti venivano seguiti nell'ambito della medicina generale invece che della cardiologia, aveva stimato la percentuale di quanti avrebbero rifiutato il consenso e di quanti avrebbero presentato criteri di esclusione, oltre naturalmente, a valutare l'impegno che la conduzione del trial avrebbe comportato per il personale del proprio centro. Questo tipo di valutazione conoscitiva della propria realtà contiene tutti gli elementi che spiegano come la ricerca aiuti a svolgere in modo efficiente ed efficace il lavoro quotidiano:

- Permette di conoscere meglio la propria realtà ed i conseguenti bisogni assistenziali.



**Assistenza a un malato. Tacuinum sanitatis. Nationalbibliotek, Vienna**

- Forma l'abitudine a fornire al paziente informazioni affidabili, corrette e facilmente fruibili rispetto ai benefici e rischi che una terapia o un esame diagnostico possono comportare.
- Tende a far stabilire una sorta di "alleanza" che permette un'adesione elevata alle terapie limitando la perdita di beneficio legata alla scarsa compliance e rafforzando i collegamenti fra medico, paziente e le altre figure sanitarie coinvolte (infermieri ecc.).

La partecipazione ad un qualsiasi tipo di studio clinico, inoltre comporta, in modo assolutamente spontaneo e naturale, un aggiornamento scientifico che va ad influire positivamente sul comportamento del ricercatore anche nella cura dei propri pazienti. L'esperienza nel leggere i lavori ed i risultati degli studi è importante per l'acquisizione di una capacità critica di lettura dei risultati stessi e permette di individualizzare le raccomandazioni in base alle caratteristiche cliniche di ciascun paziente.

Infine la collaborazione e gli scambi con altri ricercatori aumenta il livello di "responsabilizzazione" dei medici probabilmente attraverso un semplice meccanismo di confronto.

### ***Cosa possono fare le Società Scientifiche?***

Alcune Associazioni come l'AHA hanno sviluppato programmi di interventi sia intraospedalieri che territoriali, come "Get with the guidelines" e "Heart Profiler" che rappresentano un passaggio dallo sviluppo di Linee Guida all'aiuto ai medici ed ai pazienti a metterle in atto. L'esperienza degli studi GISSI e di altri studi quali BRING UP 1 e 2 ci ha insegnato, tuttavia, che il coinvolgimento diretto nella ricerca è più efficace della disseminazione più o meno passiva di Linee Guida. Un progetto di ricerca ammesso che ponga un quesito clinicamente rilevante e che sia impostato in maniera pragmatica, diventa parte integrante della pratica clinica quotidiana. Il coinvolgimento del maggior numero di centri possibile fa sì, poi, che il trasferimento dei risultati, se efficaci, sia praticamente automatico. La programmazione e organizzazione di buoni studi non è però il solo compito che deve prefiggersi una organizzazione scientifica: la mancanza di risorse economiche per garantire personale collaborante e le difficoltà nell'iter amministrativo burocratico dell'approvazione degli studi sono problemi che possono essere affrontati insieme ai ricercatori nell'ottica di creare una collaborazione proficua. A questo proposito è fondamentale prima di tutto la conoscenza delle realtà locali in termini di iter di approvazione contrattuale e di seguito in termini di gestione dei fondi che vengono erogati per la conduzione degli studi. Una volta venuti a conoscenza delle diverse situazioni sarà possibile, da parte delle Società Scientifiche, programmare interventi di sensibilizzazione su organismi specifici quali le amministrazioni locali o consulenze sulla gestione appropriata dei fondi, in modo tale da creare le basi stabili per un lavoro di ricerca tesa soprattutto a far crescere la cultura medica generale e la qualità delle cure.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Beta Blocker Heart Attack Study Group. The beta blocker Heart attack Trial. JAMA 1981;246: 2073-4
2. The state of managed care quality. Washington,DC: National Committee for Quality Assurance,1997
3. Awtry EH, Loscalzo J Aspirin.Circulation 2000;101:1206-18
4. Stafford RS, Radley DC The underutilization of cardiac medications of proven benefit, 1990 to 200. J Am Coll Cardiol 2003; 41: 56-61



## L'OTTOBRE DEL PROGETTO TUTTOCUORE

**L'**ottobre del 2004, l'Anno del Cuore, si annuncia come assai importante per il Progetto Tutto cuore che vedrà la manifestazione "Roma e le Città del Cuore" e la prima edizione della iniziativa "Cardiologie Aperte", vero e proprio "open day" che deve evidenziare come cardiologi e infermieri delle Cardiologie ospedaliere sono a disposizione dei cittadini per rispondere alle loro richieste e per renderli consapevoli del rischio cardiovascolare globale e sensibilizzarli al rapido riconoscimento delle emergenze cardiache.

È ovvio che il successo di entrambe le iniziative dipenderà totalmente dalla disponibilità e dalla partecipazione attiva dei cardiologi insieme agli infermieri.

### ROMA E LE CITTÀ DEL CUORE

Nasce da un accordo di collaborazione tra HCF-Progetto Tutto cuore e CO.NA.Cuore come rappresentante delle Associazioni di volontariato di Cardiopatici e di Amici del Cuore. L'idea è di dare un riconoscimento a tutte le Associazioni che durante l'anno del cuore, meglio se con la collaborazione dei cardiologi, realizzeranno iniziative per la comunità tese alla promozione di uno stile di vita "salvacuore" e della confidenza con le emergenze del cuore.

Così i rappresentanti delle Associazioni e delle città attive si troveranno sabato 9 ottobre a Roma, nella Sala della Protomoteca in Campidoglio, dove verrà loro consegnata dal Sindaco o da un suo delegato la Targa di Città del Cuore.

Al di là della manifestazione questo primo accordo vuole segnare anche una intenzione di collaborazione reciproca di HCF e volontariato rappresentato dal suo coordinamento a livello nazionale, quello che viene definito efficacemente dal presidente Prof. Spinella come "il popolo del cuore". È infatti indispensabile a mio parere che si instauri un rapporto su progetti per la realizzazione della cardiologia di comunità e per un potenziamento dei reciproci risultati.

### 10 OTTOBRE "LE CARDIOLOGIE APERTE"

Sarà la prima edizione, e quindi in versione pilota, di una iniziativa che rientra nel Progetto Tutto cuore-HCF e che ha l'obiettivo di rinsaldare il legame tra le Cardiologie ospedaliere e le loro comunità. La trama è assai semplice e ricalca quella dell'"open day" realizzato da diverse istituzioni in diverse versioni.

Come deciso dal Consiglio di Amministrazione di HCF le Cardiologie aderenti dovranno:

1. annunciare con locandine affisse in città ed in ospedale con almeno due settimane di anticipo l'evento;
2. assicurarsi della autorizzazione, e ancor meglio della condivisione da parte della Direzione Generale e Sanitaria dell'Azienda;
3. creare un gruppo operativo con un responsabile designato, che dovrà essere segnalato alla Segreteria di HCF ([heartcarefound@heartcarefound.org](mailto:heartcarefound@heartcarefound.org)) e suo tramite al Referente Regionale HCF;

4. provvedere ad arruolare cardiologi ed infermieri, ed eventuali volontari, necessari a coprire i turni;
5. predisporre il percorso all'interno dell'ospedale e della Unità Operativa di Cardiologia;
6. compilare un semplice questionario conclusivo che ha lo scopo di raccogliere dati ed indicazioni per le edizioni successive;
7. definire il formato e gli orari della iniziativa.

Il **formato indicativo** della manifestazione può essere quello di seguito descritto:

- “apertura” ore 10 – ore 18 (con 3 turni di personale costituito da 2 cardiologi, 1-2 infermieri e volontari per turno);
- percorso che preveda anche la visita a qualche laboratorio inattivo nella giornata festiva, evitando aree di degenza;
- eventuale incontro ogni 2 ore in un'aula a disposizione con breve presentazione seguita da discussione libera;
- distribuzione di materiale cartaceo su rischio cardiovascolare globale (dalla campagna Ascolta il tuo Cuore, Usa il Cervello) e opuscolo “Il Cuore il tuo Vero Motore” dell'Alleanza per il Cuore 2004.

Naturalmente ogni Unità Operativa di Cardiologia potrà disegnare un formato diverso e inserire momenti e materiali locali. Importante è che i cardiologi, insieme agli infermieri e dove possibile anche a volontari di Associazioni collegate alla Cardiologia locale, si mettano a disposizione dei cittadini che vorranno visitare la struttura.

HCF garantirà tramite la sua Segreteria:

- il sostegno informativo;
- l'aiuto dei Referenti Regionali;
- l'invio di lettera esplicativa ai Responsabili delle Unità Operative di Cardiologia e di avviso ai Direttori Generali e Sanitari

(da recapitare direttamente dai Responsabili);

- l'invio del materiale da distribuire e delle locandine da affiggere;
- il recupero dei questionari finali completati.

Come potete vedere sarà un ottobre importante e caldo per la Fondazione. Se volete seguirci consultate il sito **tuttocuore.it**.

LONDRA 23 GIUGNO 2004

Cara Signora Giulia Solone

Ci chiamiamo Silvia e Giovanni e il 24 luglio 2004 celebreremo il nostro matrimonio.

Per quest'occasione, invece delle consuete bomboniere, abbiamo pensato di fare una donazione di £ 600.00 (circa 850 euro) alla Fondazione Italiana per la lotta alle Malattie Vascolari omlus.

Abbiamo scelto di devolvere questi soldi alla vostra associazione in quanto la mamma di Giovanni, Carla, soffre di disfunzioni cardiovascolari e purtroppo ci ha lasciati l'anno scorso. È per noi un modo di averla vicina nel giorno del nostro matrimonio.

Le saremo grati se potesse gentilmente verificare che la somma sia stata correttamente depositata sul vostro conto corrente Bancario.

L'accredito è stato fatto a partire da una Banca inglese (NATWEST) di Londra, dove viviamo entrambi, il 23/06/2004. Dovreste riceverlo circa 10 giorni dopo queste date.

La nostra donazione non è molto, ma speriamo di cuore che possa essere di un qualche aiuto.

Cordialmente

Silvia Giovanni

SILVIA BELLO e GIOVANNI SANGUINETI  
48 (5) NEVERN SQUARE  
SW5 9PF LONDON  
UK



## MART di ROVERETO

La nuova sede del Mart di Rovereto – inaugurato il 15 dicembre 2002 – è in Corso Bettini. Al museo si arriva camminando lungo un viale, che tra due palazzi settecenteschi porta ad uno spazio aperto: una grande piazza centrale, che come una moderna agorà può ospitare 1.200 persone. La piazza, coperta da una cupola di vetro e acciaio, è quindi anche il punto di raccordo tra il Mart e la città di Rovereto.

Il progetto è opera dell'architetto ticinese Mario Botta – autore tra l'altro del Museum of Modern Art di San Francisco – e dell'ingegnere di Rovereto Giulio Andreoli. La struttura del museo, che si articola su quattro piani, può vantare nel suo primo anno di vita oltre 210.000 visitatori e fino all'inizio dell'estate 2004 circa 330.000 visitatori.

Le sale espositive occupano una superficie di 12.000 mq, di cui 6.000 dedicati all'arte del XX e XXI secolo e più di 5.000 occupati da aree per lo studio e la ricerca, la didattica ed i servizi di supporto (book-shop, caffetteria, punto informativo, sala conferenze). Il Mart non è solo un museo: è anche un centro di ricerca, un polo culturale complesso, che ospita tutto l'anno esposizioni, dibattiti, convegni, spettacoli musicali, e che attira gente comune e studiosi da tutto il mondo.



## ANMCO incontra l'arte

CulturANMCO 2004 in collaborazione con il Mart

### Programma 2004 MartRovereto



#### Mostra Evento Autunno 2004:

**Joan Miró, pittore e scultore.**

**Opere dalla Fondazione Maeght**

11 settembre - 28 novembre 2004

Organizzata in collaborazione con lo State Russian Museum di San Pietroburgo e la Fondation Maeght di Saint-Paul de Vence, in Francia. 120 opere del grande artista catalano, reso inconfondibile da una rappresentazione della realtà leggera, gioiosa e fantastica, eppure ricca di insospettati richiami all'inconscio e al mondo dei sogni.

#### **Il laboratorio delle Idee. Figure e immagini del '900** (Collezione Permanente)

30 aprile 2004 - 20 novembre 2005

#### **Transavanguardia. La collezione Grassi**

15 maggio - 5 settembre 2004

#### **Medardo Rosso. Le origini della scultura moderna**

28 maggio - 22 agosto 2004

#### **Carol Rama**

11 settembre - 21 novembre 2004

#### **Mostra Evento Autunno 2004:**

**Joan Miró, pittore e scultore. Opere dalla Fondazione Maeght**

11 settembre - 28 novembre 2004

#### **Mostra Evento 2005:**

**Il Bello e le Bestie. Meditazioni sul divenire animale**

11 dicembre 2004 - 8 maggio 2005



**MartRovereto**

Corso Bettini, 43  
38068 Rovereto (TN)

Call Center 800 - 397760

Tel + 39 0464 438887

[www.mart.trento.it](http://www.mart.trento.it)

[info@mart.trento.it](mailto:info@mart.trento.it)

Apertura:

lunedì chiuso

tutti i giorni 10-18

venerdì 10-21

## 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 tramite:

- bollettino di c/c postale (n. c/c postale 16340507 intestato a ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
- carta di credito (utilizzando il modulo sottoriportato)

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 2004 - 2006

### ABRUZZO

Dott. ANGELO VACRI - Ospedale Civile San Massimo - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE) - tel. 085/8271-8276215 - e-mail: [angelougo.vacri@tin.it](mailto:angelougo.vacri@tin.it)

### BASILICATA

Dott. FRANCESCO SISTO - Ospedale Regionale S. Carlo - Via P. Petrone - 85100 Potenza - tel. 0971/613563 - e-mail: [sistopz@tiscali.it](mailto:sistopz@tiscali.it)

### CALABRIA

Dott. MARIO CHIATTO - Presidio Ospedaliero - Via Viccinelli - 87075 Trebisacce (CS) - tel. 0981/5091-509263 - e-mail: [compama@libero.it](mailto:compama@libero.it)

### CAMPANIA

Dott. MARINO SCHERILLO - Ospedale G. Rummo - Via Pacevecchia, 53 - 82100 BENEVENTO - tel. 0824/57679-689 - e-mail: [marino.scherillo@ao-rummo.it](mailto:marino.scherillo@ao-rummo.it)

### EMILIA ROMAGNA

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

### FRIULI VENEZIA GIULIA

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

### LAZIO

Dott. FABRIZIO AMMIRATI - Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinetti, 20 - 00135 Roma - tel. 06/33061-33062467 - e-mail: [fabammirati@libero.it](mailto:fabammirati@libero.it)

### LIGURIA

Prof. SERGIO CHIERCHIA - Ospedale Civile - Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova - Tel. 010/5552236-2841 - e-mail: [sergio.chierchia@Hsanmartino.liguria.it](mailto:sergio.chierchia@Hsanmartino.liguria.it)

### LOMBARDIA

Dott. ANTONIO MAFRICI - Osp. Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO - tel. 02/64442308 - e-mail: [amafri@tin.it](mailto:amafri@tin.it)

### MARCHE

Dott. MARCELLO MANFRIN - Osp. Cardiologico G.M. Lancisi - c/o Polo Osped. Torrette - 60122 Ancona - tel. 071/5965320-348 - e-mail: [manfrinmar@libero.it](mailto:manfrinmar@libero.it)

### MOLISE

Dott. EMILIO MUSACCHIO - Ospedale Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 Campobasso - tel. 0874/4091-409319 - e-mail: [cardiologiab@virgilio.it](mailto:cardiologiab@virgilio.it)

### PIEMONTE VALLE D'AOSTA

Dott. ANGELO SANTE BONGO - Ospedale Maggiore della Carità - Corso Mazzini, 18 - 28100 Novara - tel. 0321/373336-243 - e-mail: [a.s.bongo@libero.it](mailto:a.s.bongo@libero.it)

### P.A. BOLZANO

Dott. WERNER RAUHE - Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 BOLZANO - tel. 0471/909950 - e-mail: [werraubz@yahoo.it](mailto:werraubz@yahoo.it)

### P.A. TRENTO

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

### PUGLIA

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

### SARDEGNA

Dott. GIAMPAOLO SCORCU - Ospedale San Michele Brotzu - Via Peretti - 09134 CAGLIARI - tel. 070/539517-510

### SICILIA

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

### TOSCANA

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

### UMBRIA

Dott. GERARDO RASETTI - Ospedale Civile Santa Maria - Via Tristano da Joannuccio - 05100 Terni - tel. 0744/2051 - 205274 - e-mail: [g.rasetti@aosp terni.it](mailto:g.rasetti@aosp terni.it)

### VENETO

Dott. GIORGIO RIGATELLI - Divisione di Cardiologia - Via Giannella, 1 - 37045 Legnago (VR) - tel. 0442/632299-632111 - e-mail: [jackyheart@vodafone.it](mailto:jackyheart@vodafone.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:**

- Divisione di Cardiologia \*
- Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto \*
- Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto \*
- Divisione Medicina \*
- Altro \* \_\_\_\_\_
- Divisione di Cardiochirurgia \*
- Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto \*
- Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto \*
- CNR

\* Accreditamento (da compilare **se struttura privata**):  SI  NO

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

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

**Presidio:**

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

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

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

**Qualifica:**

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

**In quiescenza:**

**Non di ruolo:**

**Non compilare**

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

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



## CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

### Generale (non più di due):

- Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico
- Biologia cellulare del cuore
- Farmacologia in Cardiologia
- Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia
- Ecocardiografia
- Aritmologia ed elettrostimolazione

- Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra
- Epidemiologia e prevenzione
- Cardiopatie valvolari
- Informatica
- Aterosclerosi, emostasi e trombosi
- Iperensione arteriosa sistemica
- Malattie del miocardio e del pericardio
- Emodinamica e Cardiologia Interventistica

- Cardiocirurgia
- Insufficienza cardiaca
- Cardiologia Pediatrica
- Cardiologia Clinica
- Sindromi Coronariche Acute

### 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 Cardiovascolare - AP      | <input type="checkbox"/> Area Scopenso Cardiaco - 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. 196/2003 (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. 196/2003. 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. 196/2003, 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 ai sensi della L. n. 196/2003, 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);
- Milano, Via Olgettina, 58 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Ospedale San Raffaele - Università Vita-Salute San Raffaele).

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 Presidente Regionale \_\_\_\_\_

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

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

## COMITATI DI COORDINAMENTO AREE ANMCO 2003-2004

### AREA ARITMIE

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

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

### AREA CHIRURGICA

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

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

### AREA EMERGENZA-URGENZA

*Chairman:* Cesare Greco (Roma)  
*Co-Chairman:* Cesare Greco (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:* Gianni Casella (Bologna),  
 Claudio Cuccia (Brescia), Claudio Fresco (Udine),  
 Filippo Ottani (Vicenza)  
*Comitato Scientifico Editoriale:* Cesare Baldi (Salerno),  
 Irene Bossi (Milano), Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV),  
 Stefano De Servi (Legnano - MI), Francesco Liistro (Arezzo),  
 Patrizia Maras (Trieste)

*Referenti per le problematiche relative alle reti di emergenza - urgenza:*  
 Alessandro Capucci (Piacenza), Maurizio Marzegalli (Milano)  
*Consulente Scientifico:* Stefano Savonitto (Milano)

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

### AREA INFORMATICA

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

### Comitato G8 - Cardio ANMCO

*Coordinatori:* Gianfranco Mazzotta (Genova),  
 Antonio Di Chiara (Udine), Giancarlo Carini (Bologna)  
*Per l'ecocardiografia:* Luigi Badano (Udine)  
*Per l'ergometria:* Roberto Tramarin (Pavia)  
*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:* Marco Mazzanti (Ancona)  
*Per le sindromi coronariche acute:*  
 Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)

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

### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

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

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

### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

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

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

### AREA NURSING

*Chairman:* Domenico Miceli (Napoli)  
*Co-Chairman:* Quinto Tozzi (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:*  
 Paolo Bonomo (Cagliari),  
 Giulietta Ferranti (Bentivoglio - BO),  
 Rossella Gilardi (Milano), 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](http://www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing)

### AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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

*Consulente Editoriale:* Pompilio Faggiano (Brescia)

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

### AREA SCOMPENSO CARDIACO

*Chairman:* Giuseppe Cacciatore (Roma)  
*Co-Chairman:* Andrea Di Lenarda (Trieste)  
*Comitato di Coordinamento:* Gerardo Ansalone (Roma),  
 Gianfranco Misuraca (Cosenza), Fabrizio Oliva (Milano),  
 Gianfranco Alunni (Perugia)

*Comitato Scientifico Editoriale:* Giovanni Pulignano (Roma),  
 Luigi Tarantini (Belluno), Guido Gigli (Rapallo - GE)  
*Medical Writer:* Renata De Maria (Milano)

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



## NOVITÀ DALL'AREA

### L'AREA E LA FORMAZIONE

In questi ultimi mesi l'Area Malattie del Circolo Polmonare si è fatta promotrice di due importanti eventi formativi. Il primo è stato il corso intramurario ANMCO svoltosi a Firenze il 29 aprile dal titolo "**L'ipertensione Polmonare. Background e percorso diagnostico-terapeutico**", che ha visto la partecipazione di un gruppo ristretto di Cardiologi ita-

liani fortemente interessati alle problematiche dell'ipertensione polmonare. Il secondo è stato il convegno "**L'embolia e l'ipertensione polmonare**" svoltosi a Rovigo il 10 giugno, cui hanno partecipato più di 150 colleghi cardiologi, pneumologi, radiologi ed internisti coinvolti nella gestione di tali patologie, provenienti dal Triveneto e dalle Regioni limitrofe.

Iniziative di questo genere non sono "da vetrina", ma sono di vitale importanza per

**Eventi formativi a Firenze e Rovigo**

### L'EMBOLIA E L'IPERTENSIONE POLMONARE

-ROVIGO-

Giovedì 10 giugno 2004

Aula Magna della Cittadella Socio Sanitaria dell'Azienda USSSL 18



### CONVEGNO

promosso da



ANMCO - Regione Veneto  
Area Malattie del Circolo Polmonare

con il patrocinio di



REGIONE VENETO  
AZIENDA USSSL 18  
ROVIGO



CONSULTA ANCHE:

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

**Un simposio, un Focus on, una sessione di comunicazioni al Congresso di maggio**

l'Area Malattie del Circolo Polmonare, che si interessa di due malattie di cui una, l'ipertensione Polmonare, è una malattia rara, spesso misconosciuta e non correttamente trattata. La seconda, l'Embolia Polmonare, rara non lo è per niente, anzi è di grande rilevanza epidemiologica, però si caratterizza per approcci terapeutici estremamente disomogenei, vuoi per il diverso retroterra culturale di chi se ne occupa (internisti, pneumologi, cardiologi, reumatologi) vuoi per le diverse risorse tecnologiche locali. L'obiettivo dell'Area Malattie del Circolo Polmonare è di attuare una formazione finalizzata all'utilizzo ed all'implementazione delle Linee Guida e di corretti percorsi diagnostico-terapeutici.

In ultima analisi è fondamentale riuscire a suscitare un maggior interesse da parte dei cardiologi nei confronti di queste due patologie che troppo spesso vengono considerate di pertinenza "non cardiologica" e sviluppare collegamenti proficui con le altre discipline.

#### **L'AREA AL CONGRESSO NAZIONALE ANMCO**

Al Congresso Nazionale di maggio gli argomenti propri dell'Area hanno trovato espressione in un importante Simposio dal titolo "**Embolia polmonare: stratificazione prognostica e strategie terapeutiche**" in cui sono stati messi in luce gli aspetti inerenti il ruolo degli indicatori clinico-strumentali nella distinzione tra paziente critico, non critico e paziente con disfunzione ventricolare destra e sul dilemma tra terapia eparinica o trombolitica in questa ultima categoria. Sono state poi date le indicazioni per una terapia non farmacologica e sono

state presentate le strategie per una corretta prevenzione primaria e secondaria. Ed inoltre in un *Focus on* dal titolo: "**Imaging radiologico e nucleare nella diagnostica dell'embolia polmonare**" in cui si è parlato di vantaggi e limiti della medicina nucleare e delle nuove tecniche radiologiche utilizzabili per la diagnosi di questa patologia; infine in una sessione di comunicazioni su "**Embolia polmonare: diagnosi e stratificazione prognostica**".

#### **L'AREA E LA RICERCA**

Dopo opportuni commenti e suggerimenti da parte del Comitato Scientifico ANMCO è stato approvato dal Consiglio Direttivo la proposta di uno studio osservazionale denominato BLITZ-EP, sull'iter diagnostico e terapeutico dei pazienti con embolia polmonare acuta in Italia.

#### **IPERTENSIONE POLMONARE: MALATTIA RARA**

Nel 2001 il Ministero della Sanità ha elaborato il regolamento di istituzione della Rete Nazionale delle Malattie Rare. Lo scopo principale è quello di affrontare i diversi problemi connessi con queste patologie che pur essendo "rare" (prevalenza inferiore a 5 casi su 10.000 abitanti) e spesso "orfane" (cioè prive di attenzione e di risorse) costituiscono però nel loro insieme circa il 10% delle patologie umane, e ciò motiva interventi di sanità pubblica comuni e coordinati. Per i pazienti il beneficio è l'esenzione dalla partecipazione al costo delle relative (e spesso molto onerose) prestazioni sanitarie. Purtroppo l'ipertensione polmonare non è ancora in questo elenco. Per sollecitare l'iniziativa siete tutti pregati di inserire i vostri pazienti affetti da ipertensione polmonare nel Registro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità. Informazioni e schede di arruolamento al sito [www.malattie.rare.iss.it](http://www.malattie.rare.iss.it)

**Opportuno inserire nel Registro Nazionale Malattie Rare dell'ISS tutti i pazienti con ipertensione polmonare**

## BRINGOUT: BETA-BLOCKER IMPLEMENTATION PROGRAM IN OUT-PATIENT WITH HEART FAILURE

*Un'indispensabile campagna di educazione sanitaria rivolta ad estendere i vantaggi di questo trattamento all'ampia popolazione di pazienti con scompenso cardiaco seguiti al di fuori del ristretto ambito degli ambulatori cardiologici ospedalieri*

**N**ei paesi sviluppati lo scompenso cardiaco è una condizione clinica gravata da prognosi severa, elevata prevalenza e alti costi di gestione. Nel nostro Paese, dal 1996 al 2001, i ricoveri per scompenso (DRG 127) sono aumentati del 40% ed i costi per la gestione dei pazienti con scompenso sono stimabili in circa 680 milioni di euro per anno.

La prognosi dei pazienti con scompenso cardiaco può essere migliorata attraverso un trattamento combinato con ACE inibitori, beta-bloccanti ed antialdosteronici.

Numerosi studi randomizzati hanno dimostrato l'efficacia dei betabloccanti nel trattamento dello scompenso cardiaco cronico. In associazione con gli ACE inibitori

questi aumentano la sopravvivenza a medio-lungo termine e riducono le ospedalizzazioni; migliorano la funzione ventricolare, i parametri emodinamici, la qualità di vita. I beta-bloccanti sono risultati efficaci anche in alcuni sottogruppi particolari quali i soggetti con disfunzione sistolica grave e scompenso avanzato e quelli con disfunzione sistolica secondaria ad infarto miocardico, anche in assenza di segni clinici di scompenso. Dati preliminari sembrerebbero indicare un effetto favorevole del carvedilolo in pazienti con scompenso cardiaco e funzione sistolica conservata.

Nella grande maggioranza dei casi il tratta-

mento beta-bloccante può essere condotto con grande sicurezza, a patto di rispettare semplici accorgimenti al momento della selezione dei pazienti, nelle fasi iniziali della terapia e durante gli incrementi di dosaggio. Lo conferma l'esperienza degli ambulatori specialistici appartenenti alla rete IN-CHF, nei quali si è registrato un progressivo incremento dell'uso dei beta-bloccanti la cui percentuale d'impiego è passata da un iniziale 8% del 1995 al 53% nell'analisi condotta nel 2002 su circa 20.000 pazienti, con percentuali ragguardevoli di utilizzo anche nei sottogruppi di pazienti anziani ed in quelli con maggiore compromissione funzionale.

Questi dati si riferiscono a pazienti seguiti in ambito specialistico mentre, a causa della recente introduzione nella pratica clinica per lo scompenso cardiaco e per il timore di possibili effetti negativi che possono derivare da un trattamento condotto senza adeguata conoscenza di indicazioni, controindicazioni, modalità di titolazione, la grande maggioranza dei medici impegnati nel trattamento dello scompenso (cardiologi, internisti, geriatri), e a maggior ragione i medici di famiglia, non hanno ancora raggiunto un significativo grado di confidenza con questa terapia.

Sembrano confermare questa impressione i dati dello studio TEMISTOCLE nel quale si è osservata una significativa differenza nell'impiego dei beta-bloccanti tra i pazienti ricoverati rispettivamente in reparti medici e cardiologici: la prescrizione di un trattamento con beta-bloccanti è risultata si-

*L'iniziativa formativa BRING OUT rappresenta un importante tassello della strategia condotta ormai da anni dall'Area Scompenso dell'ANMCO nella proposizione di modelli organizzativi di gestione integrata dello scompenso cardiaco*

CONSULTA ANCHE:

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

gnificativamente più bassa nelle medicine e nelle geriatrie sia durante la fase di degenza che alla dimissione dall'ospedale.

***Nella grande maggioranza dei casi il trattamento beta-bloccante può essere condotto con grande sicurezza***

Non sono disponibili dati relativi ai pazienti "curati" nell'ambito della medicina generale, ma è verosimile che i pazienti gestiti esclusivamente dai medici di famiglia ricevano un trattamento con beta-bloccanti in una percentuale ancora minore di quella dei pazienti ricoverati nei reparti medici ospedalieri.



D'altra parte i dati osservati negli studi BRING UP I e II confermano come sia possibile avviare e condurre con sicurezza un trattamento beta-bloccante in ambito esclusivamente ambulatoriale, anche in pazienti anziani o in soggetti con grave compromissione funzionale (grave disfunzione sistolica e classe NYHA III-IV, purché in fase di stabilità), ma con un prezzo particolarmente gravoso per gli ambulatori specialistici che si trovano a dover valutare lo stesso paziente da tre a cinque volte nell'arco dei due-tre mesi necessari a raggiungere una dose adeguata, per effettuare controlli relativamente semplici e sostanzialmente finalizzati al rilievo di nuovi sintomi e segni di ritenzione idrica, dei valori di pressione arteriosa e frequenza cardiaca.

Per questi motivi è necessario avviare una campagna di educazione sanitaria che consenta di estendere i vantaggi del trattamento con beta-bloccanti ai pazienti (e sono la maggioranza) che vengono seguiti al di fuori del ristretto ambito degli ambulatori cardiologici ospedalieri.

È l'obiettivo principale del progetto BRING OUT che si propone di attuare interventi differenziati, indirizzati a tutte le figure professionali impegnate nella gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco (specialisti ospedalieri e del territorio, cardiologi-internisti-geriatri, medici di medicina generale, infermieri professionali), in modo da **portare fuori** dall'ambito ultraspecialistico la cultura del beta-blocco nello scompenso cardiaco.

Il progetto prevede, in una prima fase, una serie di riunioni a carattere regionale o macroregionale che si terranno in 15 sedi distribuite su tutto il territorio nazionale. Ad ogni riunione parteciperanno circa 100 medici.

La prima si è tenuta a Perugia lo scorso giugno con un ottimo successo: la partecipa-

CONSULTA ANCHE:

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

***Gli studi BRING UP I e II confermano come sia possibile avviare e condurre con sicurezza un trattamento beta-bloccante in ambito esclusivamente ambulatoriale, anche in pazienti anziani o in soggetti con grave compromissione funzionale***

zione e la discussione sono state molto animate ed hanno consentito di mettere a fuoco e di chiarire gli aspetti tradizionalmente considerati più critici dai medici per cui tale terapia non è al momento familiare.

Le altre giornate si svolgeranno tra ottobre e dicembre secondo un calendario già in gran parte definito.

Le riunioni si articolano nell'arco di una giornata secondo un programma stabilito dal Comitato Scientifico, in modo da uniformare il messaggio; una prima sessione sarà dedicata ad aspetti di tipo clinico ed epidemiologico ed una seconda sessione di tipo interattivo, sarà dedicata alla esposizione di casi clinici riguardanti alcuni aspetti critici della conduzione della terapia con betabloccanti.

I contenuti delle relazioni a fronte di un elevato ed ineccepibile valore scientifico, mantengono un taglio pratico che ben si addice al carattere educativo dell'iniziativa formativa.

Particolare attenzione viene rivolta alla formazione degli infermieri che rivestono un ruolo essenziale nella gestione del paziente con scompenso cronico e che, se ben addestrati, possono attivamente contribuire alla sorveglianza dei pazienti durante la fase di incremento del dosaggio

e nella gestione cronica della terapia.

Un numero consistente di infermieri parteciperà alle riunioni regionali, mentre gli infermieri intervenuti al Congresso ANMCO hanno ricevuto un CD destinato alla loro formazione.

La seconda fase del progetto sarà indirizzata alla formazione a distanza in modo da raggiungere un numero il più elevato possibile di medici.

L'iniziativa formativa BRING OUT rappresenta un importante tassello della strategia condotta ormai da anni dall'Area Scompenso dell'ANMCO nella proposizione di modelli organizzativi che consentano una vera gestione integrata dello scompenso cardiaco, attraverso il coinvolgimento di tutte le figure professionali interessate al trattamento dei pazienti.



**Vittorio Corcos, Sogni, 1896**



## NEWS DALLA CALABRIA

di Marilena Matta



### Learning Center ANMCO - Area Nursing: Corso di aggiornamento per Infermieri Professionali

A Cetraro Marina presso la Colonia di S. Benedetto si è svolta anche quest'anno la 2ª Edizione del Corso per Infermieri professionali dal titolo **“La Cardiopatia Ischemica: dalla Prevenzione alla Riabilitazione”**, responsabili del corso il Dott. F. Boncompagni, il Dott. M. Chiatto e la Dott.ssa M. Matta. È il secondo anno che a Cetraro gli infermieri professionali di UTIC, di Cardiologia, del Territorio, di Medicina Generale e di strutture Riabilitative di tutta la Calabria si danno appuntamento per discutere di tematiche finalizzate a favorire lo sviluppo della professione infermieristica e a formare personale motivato e aggiornato. Nel corso si è voluto tracciare **il ruolo dell'infermiere professionale** nella prevenzione con riconosciuta volontà dell'infermiere di Cardiologia di diffondere messaggi sui fattori di rischio e sugli stili di vita. Si è discusso del ruolo dell'infermiere nel trasporto protetto del paziente cardiopatico verso strutture dove eseguire una PTCA primaria e del ruolo dell'infermiere nelle Riabilitazioni cardiologiche anche con l'aiuto di nuove modalità di assistenza come la **Telecardiologia** e il consulto telefonico.



Cetraro, Colonia S. Benedetto, 1960

*Corso di aggiornamento dal titolo “Dalla Prevenzione alla Riabilitazione”. Ruolo dell'infermiere di Cardiologia nella prevenzione, nelle strutture riabilitative e nel trasporto protetto*

Anche quest'anno Cetraro vede insieme cardiologi e infermieri di Cardiologia che si confrontano su tematiche sempre più attuali; ci auguriamo che per l'Area Nursing, Cetraro possa diventare un appuntamento annuale dove definire novità e aggiornamenti.

### 7-8 maggio 2004 Roseto Capo Spulico - Hotel Cala Castello

Il GICR (Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva) sezione calabrese, ha riproposto quest'anno **“Le Giornate Cardiologiche Alto Ionio”**, presidente il Dott. Mario Chiatto. Al Convegno della durata di due giorni, hanno partecipato circa 450 figure professionali provenienti da tutt'Italia, e per gli argomenti trattati sono convenuti non solo Cardiologi, ma anche Internisti, MMG, e Fisiatri. La novità di quest'anno è stata anche una giornata dedicata all'Area Nursing, infatti era inserito un Corso di aggiornamento di 50 infermieri. Dato il recente aumento dell'età media, ampio spazio è stato dedicato allo **Scompenso Cardiaco e alla Riabilitazione** del paziente cronico **con patologia cardiovascolare**. Un argomento così attuale ha trovato la sua giusta collocazione in una giornata tutta dedicata a una patologia cronica che oggi più che mai viene



studiata sia nella diagnosi, sia come modelli operativi da applicare per fornire al paziente cronico il principio della **continuità assistenziale**.

Nel Convegno si è rimarcato il concetto della gestione del paziente cardiopatico cronico già siglato nella **bozza a cura della Federazione Italiana di Cardiologia** e si è rilevato come la continuità assistenziale deve avere un nodo centrale in tutti i disegni organizzativi e progettuali per favorire il più possibile **l'integrazione organica tra ospedale e territorio**.

Questa organizzazione non può prescindere dalla presenza dell'infermiere il cui ruolo deve essere valorizzato negli Ambulatori dedicati, nei Day Hospital e nelle Home care.

Anche per il tema della **Cardiopatìa Ischemica** è stato tracciato un piano per stratificare il rischio nei giovani con familiari cardiopatici ed è stato fatto il punto sulle procedure interventistiche che hanno cambiato l'evoluzione e la clinica delle SCA. I **percorsi riabilitativi** del paziente scompensato e del cardiopatico cronico sono stati segnati facendo riferimento anche alla riduzione delle giornate di degenze per ridurre i costi della spesa sanitaria sottolineando anche la carenza di strutture riabilitative nel nostro territorio.

Per i Cardiologi Calabresi questo convegno si è rivelato un appuntamento importante per l'aggiornamento professionale e ci auguriamo che il Presidente del Convegno, Dott. Mario Chiatta, possa organizzare fra due anni una terza edizione. Avremo così l'occasione di incontrarci amici e personale interessato che hanno come unico obiettivo quello di diffondere e divulgare la cultura cardiologica in Calabria.

*Convegno organizzato dal GICR della durata di due giornate dedicate allo Scompenso Cardiaco e ai modelli assistenziali e alla Cardiopatìa ischemica per stratificare il rischio nei giovani con familiari cardiopatici*

### **RINNOVO DIRETTIVO REGIONALE ANMCO CALABRESE**

Anche in Calabria si è rinnovato il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO. Le elezioni si sono svolte a Lamezia Terme e l'assemblea dei Soci ha eletto il Dott. Mario Chiatta di Trebisacce, il Dott. Enzo Amodeo di Reggio Calabria, il Dott. Fausto Lamensa di Castrovillari, il Dott. Francesco Cassadonte di Catanzaro, il Dott. Saverio Salituri di Rossano, il Dott. Giampiero Maglia di Vibo Valentia. Nella seduta di sabato 27 aprile 2004 il Direttivo ha eletto alla Presidenza Regionale dell'ANMCO il Dott. Mario Chiatta e come Segretario il Dott. Giampiero Maglia.

Un ringraziamento al Direttivo precedente ed in particolar modo al Presidente uscente Dott. Giuseppe Zampaglione per il lavoro svolto in questi anni e un augurio di buon lavoro al Direttivo e al Presidente neoeletti.

### **RINNOVO CARICA DI CONSIGLIERE NAZIONALE ANMCO**

Il Dott. Francesco Boncompagni è stato rieletto Consigliere Nazionale ANMCO, e riconfermato Editor del Notiziario "Cardiologia negli Ospedali".

Anche a lui rinnoviamo le nostre congratulazioni e auguriamo buon lavoro.

### **CONFERIMENTO DELLA FELLOWSHIP ANMCO**

È stato nominato Fellow ANMCO il Dott. Gianfranco Misuraca, congratulazioni!

## CONVEGNO REGIONALE: “L’ASSISTENZA INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO NELLO SCOMPENSO CARDIACO CRONICO”

di Roberto Chiozza



**C**on due obiettivi, il primo confrontare e discutere in ambito regionale le diverse esperienze di gestione del paziente con scompenso cronico e proporre comportamenti per quanto possibile comuni, il secondo stimolare da parte degli organi istituzionali (Aziende e Regione) interesse e disponibilità di risorse, la Cardiologia di Gorizia, diretta dal Dott. Dìran Igidbashian, ha organizzato il 5 giugno un incontro regionale su un tema sempre più rilevante, in particolare in un’area geografica caratterizzata da alta prevalenza della patologia in questione (correlata soprattutto a un’elevata percentuale di popolazione anziana).

L’interesse dell’iniziativa è fondato su due aspetti peculiari: l’interdisciplinarietà, con presenza di Cardiologi, Internisti, Medici di Medicina Generale, Infermieri Professionali di area Cardiologica, Medica e Territoriale (Distretti); il carattere prevalentemente organizzativo-gestionale.

Sono state presentate e discusse le principali e diverse iniziative in atto, dall’Ambulatorio dedicato allo Scompenso, presente e sviluppato in alcune realtà (Udine) più che in altre, a progetti di integrazione con il territorio, con il coinvolgimento dei MMG e degli Infermieri dell’ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), realtà presenti a Trieste, Gorizia e Monfalcone, ancora in fase progettuale altrove. Di grande interesse la partecipazione dei colleghi Sloveni (Dott. Klemenc) che hanno illustrato le loro esperienze, peraltro legate essenzialmente all’attività dei Medici territoriali che operano in modo associato.

La Dott.ssa Albanese di Udine ha presentato i dati di un’indagine sull’attività delle Cardiologie regionali nel campo dello scompenso, effettuata sotto l’egida dell’ANMCO, nonché un Opuscolo di carattere educativo dedicato al paziente con scompenso cronico, suscitando grande interesse. L’opuscolo è stato adottato da tutti i centri regionali come materiale informativo-educativo. L’esperienza territoriale più significativa è stata quella del Centro Cardiovascolare di Trieste, gestita e illustrata dal Dott. Franco Humar. La più qualificata e impegnativa (assistenza domiciliare di pazienti con scompenso severo) quella attuata dal Dott. Di Lenarda della Cardiologia Ospedaliera di Trieste.

Interessanti anche i progetti di integrazione Ospedale-territorio attuati dalle Cardiologie di Gorizia (Dott. Chiozza e Dott.ssa Giuliano) e di Monfalcone (Dott. Zilio). Pordenone ha in corso un progetto focalizzato prevalentemente sul coinvolgimento dei MMG, coordinato dalla Dott.ssa Piazza.

Altre Unità Operative (Palmanova e Tolmezzo) sono ancora in fase di progetti, peraltro interessanti.

Bella la Tavola Rotonda Infermieristica, che ha fatto emergere il ruolo fondamentale dell’Infermiere Professionale (ospedaliero e territoriale) nella gestione dei pazienti cronici. Non è mancato un interessante intervento sulle possibilità offerte dalla Telemedicina (Dott. Igidbashian). Un ampio dibattito ha fatto emergere le criticità ancora presenti, legate soprattutto a carenze di risorse, non certo di progettualità. Tutta la giornata è stata coordinata e moderata in modo magistrale dal Dott. Gianfranco Sinagra, Presidente Regionale ANMCO.

L’interesse dell’iniziativa è stato sottolineato dalla presenza e dall’intervento del Direttore dell’Agenzia sanitaria Regionale, Dott. Tosolini.

Un bell’incontro quindi, che speriamo sia foriero di una maggiore disponibilità delle Istituzioni nei confronti di una patologia in continua espansione e che solo con progetti di integrazione assistenziale e di “home hospital” potrà trovare assistenza adeguata ad un costo sopportabile.

## LA RETE GENOVESE PER L'INFARTO ACUTO

di Sergio Chierchia



I dati della letteratura sono concordi nel riconoscere che, nell'infarto transmurale (STEMI), la riduzione del ritardo preospedaliero è uno strumento indispensabile per migliorare l'efficacia della terapia riperfusiva, sia che essa si basi su interventi farmacologici o che si giovi dell'approccio interventistico. Peraltro, perché un tale obiettivo sia realizzato, è necessario disporre di un'efficiente rete di intervento territoriale, strettamente interfacciata con le strutture ospedaliere e capace di identificare precocemente il paziente con STEMI. Prerequisito fondamentale per questo è che il paziente con dolore toracico possa essere sottoposto il più precocemente ad un ECG a 12 deviazioni e che questo possa essere immediatamente interpretato in modo affidabile.

Il progetto di Genova si è sviluppato su questi presupposti con lo scopo di rendere tempestivamente disponibile, per il maggior numero di pazienti con STEMI ad alto rischio, l'angioplastica primaria. Il sistema si basa su una stretta collaborazione tra 118, due laboratori di cardiologia interventistica attivi 24 ore per 365 giorni, e un centro di coordinamento situato presso l'UTIC del San Martino. Il progetto, discusso e condiviso da tutte le strutture cardiologiche dell'area metropolitana, si articola sui seguenti punti:

- Utilizzo di automediche del 118 con personale medico e paramedico a bordo, dotate di elettrocardiografo a 12 deviazioni in grado di trasmettere il tracciato elettrocardiografico via GSM al centro di riferimento; ciò permette di formulare una diagnosi pre-ospedaliera di infarto miocardico acuto con ST sopralivellato.
- Contestuale stratificazione prognostica con riconoscimento dei casi di infarto miocardico ad alto rischio grazie alla trasmissione di alcuni dati clinici quali: età, pressione arteriosa, classe Killip, frequenza cardiaca, ecc.
- Immediata attivazione dell'équipe (presente in servizio o in pronta disponibilità) del laboratorio di Cardiologia Interventistica di turno e trasferimento protetto del paziente direttamente presso la sala di cateterismo, bypassando il DEA e l'UTIC.
- Trasferimento dei pazienti a basso rischio presso la più vicina UTIC.

La stratificazione prognostica viene effettuata contestualmente alla diagnosi, utilizzando un sistema a punteggio che costituisce una semplificazione del sistema proposto da Hathaway et al. (JAMA 1998) e derivato dai dati del GUSTO-I. Esso si correla con lo schema proposto dai ricercatori dello studio TIMI ed ha il vantaggio di potersi avvalere dell'analisi automatica del tracciato elettrocardiografico, comprendente il calcolo della somma della deviazione assoluta del tratto ST e della durata del complesso QRS.

Una fase fondamentale del progetto è stata quella di affiancare, nelle fasi iniziali, un cardiologo al personale del 118. Si sono inoltre organizzate riunioni di addestramento ed un corso di elettrocardiografia. Infine, per verificare e migliorare l'operatività del sistema e per poter meglio comprendere e ottimizzare i protocolli proposti, il cardiologo ha spesso operato in affiancamento al personale del 118 sulle automediche durante la loro normale attività.

Essenzialmente, il protocollo sviluppato prevede che nei casi di sospetta Sindrome

Coronarica Acuta si proceda nel seguente modo:

- ECG non diagnostico: trasporto al PS/DEA dell'ospedale più vicino
- ECG ischemico con ST non sopralivellato: trasporto al PS/DEA dell'ospedale più vicino o presso l'UTIC di riferimento
- ECG con ST sopralivellato (basso o medio rischio, non controindicazioni alla fibrinolisi): trasporto all'UTIC di riferimento
- ECG con ST sopralivellato con controindicazione fibrinolisi o alto rischio: trasporto al laboratorio di Cardiologia Interventistica per l'effettuazione di studio coronarografico ed eventuale PTCA primaria.

Dopo un'iniziale fase pilota si è deciso di estendere i criteri di selezione per l'approccio invasivo e attualmente vengono considerati pazienti ad alto rischio anche quelli in cui il TIMI RISK SCORE è >4. Poiché tale schema attribuisce un punteggio elevato all'età, si è deciso di considerare come pazienti ad alto rischio, indipendentemente dall'età, anche quelli che presentino almeno una delle seguenti caratteristiche:

- Sopralivellamento di ST in almeno 5 derivazioni (periferiche e/o precordiali)
- IMA anteriore
- Recidiva di IMA eterosede
- Pregresso by-pass aorto-coronarico.

Il protocollo, la cui fase sperimentale è iniziata nel maggio 2002 è oggi operativo su tutto il territorio dell'ASL genovese (area metropolitana e parte della provincia). Al 31 dicembre 2003 erano stati trasmessi gli ECG di 145 pazienti con STEMI. Di questi, 80 (55%) sono stati considerati ad alto rischio (HR) e 65 (45%) a basso rischio (LR); 67 (46%) pazienti HR sono stati sottoposti a coronarografia e 63 (43%) ad angioplastica. Due pazienti (1,3%) sono deceduti prima del ricovero e 11 trattati con fibrinolisi. Dei 65 pazienti a basso rischio 32 (22%) sono stati sottoposti a coronarografia e 28 (19%) a PTCA primaria. Un paziente è deceduto prima dell'arrivo in ospedale. Tutti gli altri sono stati sottoposti a trombolisi. L'attività è andata progressivamente aumentando e, nei primi sei mesi di quest'anno essa si è attestata su una media di 15 STEMI al mese di cui 10 trattati con PTCA.

La relativa esiguità del campione non ci permette considerazioni attendibili che riguardino gli effetti sulla mortalità. È interessante però valutare i dati della tempistica. Il tempo medio intercorso tra l'esordio dei sintomi e la chiamata del 118 è stato di 131 minuti. Quello trascorso dalla telefonata alla trasmissione dell'ECG è stato di 14 minuti. Quello infine intercorso tra la trasmissione e il primo gonfiaggio è stato inferiore all'ora (57 minuti).

I dati si prestano ad una serie di considerazioni:

1. L'esistenza di un efficiente modello organizzativo consente la valutazione diagnostica precoce e, contestualmente, la stratificazione del rischio già in fase preospedaliera.
2. Questo tipo di approccio permette di selezionare, già sull'ambulanza, il miglior percorso terapeutico e di ridurre drasticamente il tempo precoronarico.
3. Il tempo che intercorre tra i sintomi e la chiamata è ancora troppo lungo (superiore alle due ore), un ritardo inaccettabile.
4. Anche nella nostra esperienza, in accordo con i dati del Blitz, solo un terzo dei pazienti con sospetta SCA si rivolge al 118.

Queste considerazioni ci hanno convinto della necessità di estendere la rete a tutta l'area dell'emergenza metropolitana collegando al sistema anche i PS/DEA e le UTIC cittadine. Il progetto di cui andiamo giustamente orgogliosi è stato possibile per lo spirito di collaborazione di tutti e per il superamento dei vari "localismi" che ha consentito la costruzione di una vera squadra che opera in modo sinergico avendo, come solo obiettivo, l'interesse del paziente.

**PROGRAMMA DEL BIENNIO 2004-2006***di Antonio Mafrici*

Il 24 aprile 2004 si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Regionale della Lombardia che per il biennio 2004-2006 sarà così composto:

- Presidente: Dott. Antonio Mafrici (Milano)
- Segretario: Dott. Vittorio Giudici (Seriata-BG)
- Tesoriere: Dott. Massimo Romanò (Vigevano)

- Consiglieri: Dott. Soccorso Antonio Capomolla (Pavia), Dott. Maurizio Lunati (Milano), Dott. Mario Orlandi (Lodi), Dott. Enrico Passamonti (Cremona).  
Rappresentante HCF il Dott. Franco Cobelli (Pavia).

È motivo di grande soddisfazione aver composto un Consiglio Regionale che coinvolge rappresentanti di varie provincie e, tra questi, molti sono i nomi nuovi di Soci che hanno deciso di partecipare attivamente a questa esperienza.

**Programma del biennio 2004-2006**

Il Consiglio, riunito in data 24 giugno 2004 ha varato il programma per il biennio 2004-2006.

È stato confermato l'appoggio a tutte le iniziative già avviate dal precedente Consiglio, e che riguardano eventi formativi sulle SCA e sullo Scompenso (questi ultimi facenti parte di un programma nazionale dell'Associazione).

È stata confermata la volontà di proseguire e rafforzare la politica dei rapporti con le autorità regolatorie regionali, in particolare per quanto riguarda il Piano per le Malattie Cardio-cerebro-vascolari che, redatto sulla scorta del documento FIC "Struttura e organizzazione funzionale della cardiologia" è, al momento, al vaglio delle autorità regionali stesse.

È intenzione dell'Associazione proporre che venga istituita una commissione per l'applicazione del piano, della quale facciano parte Soci ANMCO, scelti tra quelli che hanno già contribuito alla sua stesura o che hanno già lavorato con le autorità regionali per progetti di tipo cardiologico.

Con un occhio al futuro, il nuovo Consiglio Regionale ha delineato altri importanti obiettivi da perseguire nel prossimo biennio ed in particolare:

- Migliorare i rapporti con gli Associati: è un problema prioritario, testimoniato dalla ridotta attitudine dei Soci a partecipare alle attività dell'Associazione, assemblee elettorali ed elezioni nazionali comprese. Sarà innanzi tutto fatto il censimento dei Soci (con gli elenchi centrali), la valutazione della loro posizione associativa e della loro partecipazione (attiva o passiva) al Congresso Nazionale, quindi si passerà ad una sollecitazione diretta, attraverso i referenti provinciali, istituiti già dal precedente Consiglio ed il cui ruolo dovrà essere molto pragmatico, e gli eventuali referenti aziendali (già l'Associazione Nazionale aveva chiesto di individuare referenti aziendali nel 2000), che potrebbero essere il vero collante tra centro e periferia.

Lo scopo è quello di constatare l'umore dei Soci, raccogliere proposte e critiche, valutare la disponibilità e favorire la partecipazione alle attività comuni. Contestualmente, andrà fatta opera di reclutamento per aumentare il numero effettivi.

vo dei Soci e delle adesioni alle Aree e regolarizzare le differenti posizioni (con particolare riferimento alle quote associative arretrate).

- Eseguire un censimento aggiornato, entro la fine dell'anno in corso, delle strutture cardiologiche e delle loro dotazioni tecnologiche, della loro organizzazione, delle eventuali "reti" attivate (ufficiali o meno), dei rapporti col 118, delle iniziative organizzative, culturali o scientifiche avviate o in corso di attivazione.

Molta importanza sarà data alla valutazione degli organici (personale infermieristico e medico).

In questo contesto si cercherà di individuare colleghi "giovani" da coinvolgere attivamente nelle iniziative associative regionali.

- Costituire gruppi di lavoro multidisciplinari, sia con altri specialisti sia con cardiologi di altre società di settore e con i cardiocirurghi) per la programmazione di iniziative di tipo organizzativo (anche nei confronti delle autorità regolatorie

regionali), culturale e formativo o di ricerca in ambito regionale, per la valutazione, in senso propositivo, di dati amministrativi regionali o provenienti da registri o survey già eseguite o in corso.

Questo sarà un punto chiave del programma: la Regione Lombardia per popolazione, dotazione di strutture e attrezzature, capacità professionali ed esperienze già avviate è in grado di poter affrontare autonomamente una serie di iniziative di ampio respiro e interesse, o di svolgere un ruolo pilota per quelle nazionali. È ovvio che le iniziative locali non saranno mai in conflitto con eventuali iniziative, della stessa natura, di carattere nazionale promosse dall'Associazione.

- Realizzare eventi formativi di adeguato livello e organizzati in maniera tale da poter essere facilmente replicati in più sedi e con l'attiva partecipazione di Soci diversi.

Inoltre, è desiderio di questo Consiglio, anche in considerazione di quanto emerso alla riunione degli Stati Generali di aprile 2004, cercare di ottimizzare l'offerta formativa e culturale, adoperandosi per evitare lo svolgersi di più eventi in contemporanea o a breve distanza di tempo e di luogo, organizzati da Associati ANMCO o da altre Società di settore.

- Avviare iniziative per il coinvolgimento dei medici di medicina generale sulla base di progetti locali, finalizzati all'interscambio culturale, alla conoscenza dei problemi specifici e comuni, alla ricerca di soluzioni "personalizzate" in ambito locale. La partecipazione dei medici di medicina generale a progetti di ricerca è pratica già avviata.
- Coinvolgere il personale infermieristico in iniziative formative e di ricerca, vista l'entusiastica adesione al Congresso Nazionale. Da valutare la costituzione di un'Area Nursing regionale per la valutazione delle problematiche organizzative peculiari della nostra Regione.
- Promuovere adeguatamente l'azione di HCF che, in Regione Lombardia, dovrà saper muoversi in collaborazione con le numerose Associazioni già costituite e molto attive.



Milano, 1960

## L'ANMCO PUGLIA E LE AUTORITÀ POLITICHE REGIONALI

di Francesco Bovenzi



**O**rganizzato dall'ANMCO Puglia, si è svolto a Bari il 7 luglio un importante incontro tra i Direttori delle Cardiologie e le Autorità regionali.

Sono intervenuti il Presidente della Regione Puglia On. Raffaele Fitto, l'Assessore alla Sanità Dott. Salvatore Mazzaracchio, quello del Bilancio Dott. Rocco Palese e il Direttore del-

l'ARES Puglia Dott. Mario Morlacco.

Gianfranco Ignone ha illustrato i prevalenti bisogni assistenziali dell'organizzazione cardiologica regionale.

Come Vice Presidente Nazionale ho portato il saluto dell'ANMCO, presentando il documento della FIC "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia": irrinunciabile guida alla programmazione sanitaria regionale e strumento di dialogo dei Cardiologi italiani con le Istituzioni.

A partire dalle comuni riflessioni sul rapido evolversi delle tecniche e tecnologie applicate alla Cardiologia, pena il rischio di generare disuguaglianze nelle erogazione delle cure, è apparso indispensabile l'impegno di tutti verso un adeguamento della politica sanitaria di riordino ospedaliero e di organizzazione territoriale.

Dal costruttivo confronto sulle problematiche denunciate, sono emerse come prioritarie:

- la carenza delle dotazioni organiche;
- l'ottimizzazione ed il bisogno di omogeneità delle risorse;
- la subdola frammentazione dell'assistenza cardiologica in settori più generalisti;
- la carenza di una logica cardiologica dipartimentale;
- l'inderogabile necessità di attivare le reti integrate per macroaree, al fine di consentire un miglior utilizzo nelle emergenze delle indispensabili procedure interventistiche (come l'angioplastica primaria).

Il Presidente della Regione On. Raffaele Fitto ha preso atto delle carenze logistiche e organizzative emerse dal confronto, ha promesso il personale e tempestivo impegno nel cercare una soluzione ed, infine, ha accolto l'invito ad istituire un'apposita Commissione Cardiologica e Cardiocirurgica Regionale.



San Nicola di Bari





## Intervista al Prof. Eligio Piccolo

di SABINO SCARDI

Ho conosciuto il Prof. Eligio Piccolo alla fine degli anni '60 quando iniziai a frequentare le periodiche riunioni della Triveneta di Cardiologia. Si stabilì subito un feeling che portò successivamente ad una calda e solida amicizia che si è ulteriormente cementata nel tempo. Molto proficua fu per me la collaborazione che ebbi con Lui dal 1985 al 1987, quando, Direttore del Giornale Italiano di Cardiologia, mi volle al Suo fianco nel Comitato di Redazione. Questa esperienza è stata di grande utilità per la mia maturazione culturale nel campo editoriale. Per tutti questi motivi quando l'amico Francesco Boncompagni mi ha chiesto di intervistare una personalità cardiologica del Triveneto ho subito pensato ad Eligio Piccolo.

Il Prof. Eligio Piccolo è stato tra i padri fondatori della cardiologia ospedaliera italiana fin dai tempi della sua esperienza all'Ospedale di Massa Marittima di ritorno dalla lunga permanenza nell'Istituto di Cardiologia di Città del Messico. Successivamente si trasferì alla cardiologia di Mirano e nel 1987 a Mestre dove creò dal nulla la prestigiosa divisione cardiologica nell'Ospedale Umberto I°.

### Eligio, raccontaci gli inizi

“Gli inizi, caro Sabino, sono quelli di un giovane che ritorna da un altro mondo, dove aveva imparato tante cose, che forse pensava anche di trasmettere, e che si reinseriva nel nostro Paese mondo, dove i filtri, passa alto e passa basso come si usava in certi apparecchi, cercavano di appiattire ogni 'esuberanza'. Non che mi fossi spaventato, l'entusiasmo e le energie c'erano tutte, ma le circostanze mi obbligarono a cercare di guadagnare qualcosa di più delle 17.500 lire che mi dava l'Università. Accettai quindi di mettere in piedi un primariato medico in Maremma e con orgoglio posso dire di esserci riuscito. Dopo 4 anni ritornai nel Veneto, a Mirano, dove quasi subito mi diedero la fiducia di organizzare una divisione di cardiologia, che nel comprensorio mancava. Non è stato facile per-



Il Dott. Sabino Scardi

ché avevo contro quasi tutti, compresi i responsabili ufficiali dell'ANMCO Regionale. Sono contento di non aver serbato rancore e che la storia mi abbia dato ragione. Il passaggio poi a Mestre, dove c'era solo un servizio di cardiologia, è stata una decisione politica. Per me andava bene anche una Mirano più in grande, più adeguata alle necessità. Non vorrei però dare

l'impressione che tutto ciò sia merito mio. Nemmeno per sogno. Lo devo ad amministratori intelligenti e ai miei bravi collaboratori, che hanno creduto in me e hanno portato avanti un lavoro di squadra eccezionale.”

### Cosa ricordi della tua Presidenza all'ANMCO?

“L'esperienza nel Comitato Direttivo dell'ANMCO è stata da me vissuta con molto entusiasmo e direi anche con qualche velleità, come quella di cercare un modus vivendi con la SIC. I tempi forse erano prematuri, ma ho visto purtroppo che anche i miei successori, certamente più bravi e con un'ANMCO fortificata dal grande sviluppo culturale, non hanno avuto successi che ci lascino del tutto tranquilli e sereni.”

### Con la tua Direzione hai dato una svolta alla gestione del Giornale Italiano di Cardiologia. Parli di questa esperienza

“Non parlerei di svolta, lasciamola ai politici. Ho solo cercato di essere degno di chi mi aveva preceduto. Ho messo in piedi un gruppo editoriale di persone che stimavo e che erano disponibili per un lavoro impegnato. Sulle linee insomma delle riviste più serie, anche se non potevamo pretendere quello che oggi si chiama l'“impact factor”. Però è stato un lavoro serio, collaborativo, aiutati da revisori attenti e capaci. Avere accanto persone culturalmente preparate, come te, Thiene, Nicolosi, Padrini, Barbaresi, Ambrosio, Buonanno e alcuni miei collaboratori, è stato un privilegio oltre che un grande vantaggio.”



*Il Prof. Eligio Piccolo*

**Nonostante il pensionamento come procede la tua vita?**

“Anche in questa fase della mia vita mi ritengo assistito dalla fortuna. Ho ancora molti malati che mi danno la fiducia. Mi piace continuare lo studio e tenermi aggiornato. Scrivo, come sai, su Cuore e Salute, per spiegare ai non addetti ai lavori come funziona la nostra circolazione, le ultime novità sulle conquiste della medicina e i progressi della terapia e della prevenzione. Prati e Fontanini dicono che siamo letti volentieri e che dobbiamo cercare di non deluderli. Per me è un impegno molto piacevole. Continuo anche l'insegnamento universitario della mia vecchia passione, l'elettrocardiografia e le aritmie. Insomma non ho tempo per annoiarmi e le spianate verdi dei campi di golf sono sempre la mia palestra fisica e il luogo preferito per stare con gli amici.”

**La tua scuola opera attivamente nelle Divisioni cardiologiche di Mestre, Mirano, Conegliano, Dolo e Chioggia. Credo che per te questo sia motivo di grande soddisfazione e di orgoglio**

“Non vorrei ripetermi, ma quanto abbiamo fatto è merito soprattutto dell'entusiasmo e dell'intelligenza dei miei collaboratori. Dice il Talmud 'I miei maestri mi hanno dato la conoscenza, ma essi sono stati superati dai miei

studenti'. Questa è anche la mia realtà.”

**E per concludere vorrei conoscere la tua opinione sull'attuale gestione dell'ANMCO e sul futuro della Cardiologia Italiana**

“Se devo essere sincero, oggi guardo all'ANMCO come colui che partito dal suo paesello quando era una piccola entità rurale vi ritorna molti anni dopo e lo trova ingrandito, pieno di industrie, di semafori e di tanti edifici. E allora gli viene in mente una famosa canzone di Gaber 'Com'è grande la città...'. Sono in ammirazione di tanti colleghi che vi hanno lavorato per inventare e portare avanti gli Studi che ci hanno dato prestigio in campo internazionale, dell'organizzazione complessa del Centro Studi e di tante altre iniziative.

Per il futuro della Cardiologia Italiana non ho dubbi che continuerà sulla traccia delle capacità culturali e organizzative che si è data. Le uniche ombre sono i personalismi, che mantengono separate la ricerca e l'insegnamento, l'Università e gli Ospedali, le varie sottospecialità e le organizzazioni di categoria. Ma, tutto sommato, essendo questo un male tipicamente italiano e inguaribile, forse, prendendo il buono che si genera sempre dai vari contrasti, ne potrà avere un vantaggio anche la Cardiologia con la C maiuscola.”



## Intervista al Prof. Vincenzo Ceci

di ANGELA BEATRICE SCARDOVI

Il prof. Vincenzo Ceci, primario della UOC di Cardiologia dell'Ospedale S. Spirito di Roma dal 1990, è stato insignito della Targa d'Oro alla carriera durante l'ultimo Congresso Nazionale ANMCO a Firenze. Mi è stato assegnato il compito d'intervistarlo e di ricostruire con lui le tappe fondamentali della sua carriera che lo ha portato ad ottenere questo prestigioso riconoscimento. Ho accettato con grande piacere questo incarico in quanto il Prof. Ceci non è soltanto il Primario della Divisione di Cardiologia dove lavoro da ormai cinque anni ma è anche un amico carissimo al quale mi lega un profondo affetto. L'incontro con il Professore è avvenuto in un caldo pomeriggio di luglio nel salotto della sua bella casa situata nel centro storico di Roma alla presenza di sua moglie Marinetta, noto medico rianimatore e signora dotata di grande umanità e personalità. Questo luogo familiare, dove si svolgono attualmente anche le riunioni del Comitato di redazione della rivista "Giornale di Riabilitazione" diretta dal Professore, e la presenza di Marinetta hanno contribuito a rendere informale il nostro incontro.

### **Professore, come si è accostato alla Cardiologia e come è evoluto il Suo rapporto con l'Ospedale?**

Mi sono laureato in Medicina presso l'Università di Bari e mi sono successivamente trasferito a Roma iscrivendomi alla Scuola di Specializzazione in Cardiologia diretta dal Prof. Condorelli. Luigi Condorelli era un grande clinico ed un grande maestro ed il mio interesse per la Cardiologia nacque proprio dalla stima e dall'ammirazione che avevo per lui. Quegli anni di studio e di pratica trascorsi accanto al Prof. Condorelli sono stati fondamentali per la mia formazione ed hanno fatto crescere in me l'interesse per la ricerca scientifica. Dopo aver conseguito il diploma di Specializzazione fui assunto presso l'Ospedale S. Camillo come assistente cardiologo nella Terapia Intensiva post-cardiochirurgica diretta dal Prof. Chidichimo. Successivamente mi trasferii presso l'Unità Coronarica dello stesso Ospedale che, all'epoca, era diretta da un altro grande clinico, il Prof. Masini. Anche a quest'ultimo devo molto della mia formazione e del mio interesse scientifico.

### **Quali sono le origini della Sua passione per la Cardiologia Riabilitativa?**

Il mio interesse per la Cardiologia Riabilitativa nacque negli anni Ottanta mentre ero in servizio presso l'Unità Coronarica dell'Ospedale S. Camillo. L'interesse fu suscitato dalla lettura di un libro divulgativo che trattava il tema della Riabilitazione, scritto da un Primario Canadese, Terence Kavanagh. Il libro aveva un titolo intrigante: "Attacco al cuore? Contrattacco! Un programma pratico per la salute cardiaca" ed ancora oggi è presente nella libreria della mia casa. All'epoca in Italia erano presenti solo pochissimi centri che iniziavano a dedicarsi a questo tipo di terapia ed erano localizzati prevalentemente nell'Italia Settentrionale. Anche a Roma stava nascendo la prima esperienza. In generale nel mondo della Medicina vi era una generale mancanza di cultura sull'argomento con conseguente disinteresse e scetticismo. Intuendo l'utilità di tale terapia per il reinserimento sociale del cardiopatico decisi di creare un Centro dedicato. Dopo essermi recato per un brevissimo periodo presso il Centro Riabilitativo di Veruno per verificarne l'organizzazione, inaugurai un Centro di Riabilitazione Cardiologica ambulatoriale presso la Clinica Aurelia Hospital, che già allora era convenzionata con il Sistema Sanitario Nazionale. Dal 1990 trasferii questa esperienza presso l'Ospedale S. Spirito, che ancora oggi costituisce uno dei pochi Centri esistenti di Terapia Riabilitativa Cardiologica ambulatoriale.

### **Secondo Lei dal momento in cui ha iniziato ad occuparsi di Cardiologia Riabilitativa ad oggi cosa è cambiato?**

Negli ultimi 20 anni il panorama e le opportunità della Cardiologia riabilitativa sono cambiate moltissimo. Come ho detto in precedenza all'inizio la gran parte dei medici era scettica circa l'utilità di tale terapia che spesso veniva anche considerata pericolosa per la salute del malato. Col passare del tempo, grazie al tenace lavoro di un numero sempre crescente di cardiologi che vi hanno creduto e vi si sono dedicati, la situazione è cambiata radicalmente. Si può senz'altro affermare che attualmente la cultura della riabilitazione è un dato di fatto universalmente riconosciuto.



**Il Prof. Vincenzo Ceci**

**Secondo Lei quali sono gli sviluppi futuri della Cardiologia Riabilitativa in Italia?**

La Riabilitazione è una forma di Prevenzione secondaria ed il futuro di essa è legato molto anche alle scelte politiche che si faranno in futuro in ambito di Sanità per i programmi di Prevenzione.

**Professore, ci racconti che situazione trovò quando iniziò la Sua attività di Primario presso l'Ospedale Santo Spirito di Roma e come poi sia nata l'attuale Unità Operativa.**

Quando iniziai la mia attività di Primario presso l'Ospedale S. Spirito di Roma, nel 1990, la Cardiologia era costruita semplicemente da un Servizio che si occupava di effettuare elettrocardiogrammi per i malati ricoverati nei vari reparti. Vi lavoravano 5 cardiologi ed era disponibile un solo ecocardiografo. In pochi anni, grazie all'aiuto dei cardiologi con i quali avevo instaurato un ottimo rapporto di collaborazione ed al sostegno di amministratori illuminati, riuscii a costruire una vera e propria Divisione di Cardiologia. Nel 1994, infatti, fu inaugurata l'Unità Coronarica, due anni dopo la Terapia Subintensiva e nel 2000 l'Emodinamica. Grazie a queste strutture la Cardiologia del S. Spirito è cresciuta notevolmente. Attualmente vi lavorano 20 cardiologi; l'Emodinamica è particolarmente attiva e ormai da due anni è in vigore il programma per l'angioplastica primaria; l'unità per la cura dello scompenso cardiaco ha portato avanti progetti

innovativi di collaborazione con il territorio secondo un moderno concetto di rete; i laboratori d'indagini strumentali lavorano secondo rigorosi criteri di qualità; l'Unità Coronarica e la Terapia Subintensiva agiscono in rispetto a protocolli diagnostico-terapeutici dettati da Linee Guida, con costante verifica mediante audit interni di quanto svolto; gli ambulatori dedicati alle diverse patologie sono finalizzati alla presa in carico da parte dell'Ospedale delle fasi più delicate delle malattie cardiache nel periodo che segue la fase acuta. Insomma, ritengo di avere messo in piedi una buona orchestra che lavora in armonia ed il cui pregio è il senso di responsabilità e lo spirito di squadra di medici, infermieri, tecnici e fisioterapisti che permette che tutto vada bene avanti anche in mia assenza.

**Vede oggi ancora importante il ruolo del cardiologo clinico in un contesto di specializzazione avanzata?**

Al giorno d'oggi, a mio avviso, il ruolo del cardiologo clinico conserva tutta la sua importanza per indirizzare una corretta ricerca nelle forme più avanzate di cardiopatia, per operare un lavoro di sintesi ma soprattutto per instaurare un rapporto di tipo umano con il malato. Oggi la figura del clinico è forse ancora più importante di prima perché l'alta specializzazione tende ad avere un punto di vista molto settoriale della patologia ed è quindi indispensabile la presenza di una figura capace di valutare il malato nella sua globalità.

## DAL XXXV AL PRIMO CONGRESSO DELL'ANMCO. RIFLESSIONI DI UNO CHE C'ERA

di Sabino Scardi

Il XXXV Congresso della nostra Associazione, a mio parere, ha raggiunto quest'anno il top del successo. Del resto le cifre parlano chiaro: 6330 iscritti di cui 2968 medici e 3362 infermieri, 5 sessioni plenarie, un simposio sugli studi clinici dell'ANMCO, 2 update, 34 eventi seminariali, 28 simposi tradizionali, di cui 8 congiunti con varie associazioni cardiologiche o di altre specialità, 4 minimaster, una tavola rotonda, 2 eventi dell'Heart Care Foundation, 247 sessioni di comunicazioni, 344 sessioni poster, 13 simposi satellite, 6 letture satellite, 3 luncheon panel. Sembrava di essere... all'American College.

Tornando a Trieste, alla stazione di Mestre, mentre rileggevo il programma congressuale, sono stato colto da amarcord sul primo Congresso Nazionale Scientifico che l'ANMCO tenne proprio a Venezia nel marzo del 1970. Giunto a casa ho cercato in biblioteca gli atti di quel Congresso (410 pagine, Editore Zambeletti Milano), alquanto polverosi. Presidente della nostra Associazione era il compianto Prof. Giorgio Feruglio, che nell'introduzione rilevava **"il Congresso è arrivato al momento giusto, come conseguenza di un'esperienza già matura e significativa"**. Riflessione giustissima perché l'organizzazione del primo Congresso coronava un lavoro che il Prof. Feruglio insieme ad altri pochi volenterosi portava avanti dal 1963 quando fu costituita l'ANMCO.

Il carissimo Giacomo Binda, animatore dell'assise, nella premessa poneva l'accento sul contributo degli allora leaders della Cardiologia Ospedaliera Italiana (Vittorio Puddu, Fausto Rovelli, Vincenzo Masini, Arrigo Poppi ecc.), e il lavoro svolto localmente dal Prof. Bellini, cardiologo a Venezia. Efficace e molto educativa l'affermazione in chiusura: **"da parte mia, penso di aver**



**adempito l'incarico affidatomi e di poter quindi rientrare disciplinatamente nei ranghi"**. Questa affermazione dovrebbe far riflettere alcuni nostri colleghi che da anni passando da un incarico all'altro sono ancora al loro posto...

Ma... tornando al Primo Congresso, il salone della Fondazione Cini era gremito da circa 200 cardiologi (sic!) senza sponsor, pochissimi gli stand di ditte farmaceutiche (le vecchie Recordati, Malesci, Farmitalia-Carlo Erba, Zambeletti, Squibb Ciba Geigy, Bayer) e di elettromedicali (Cardioline, Battaglia Rangoni ecc.).

L'atmosfera che regnava nella sala era quella delle grandi occasioni, permeata nello stesso tempo da una sensazione d'incertezza sulla reale riuscita della manifestazione. Avvertivo la stessa sensazione che attanaglia gli attori della compagnia teatrale alla prima della recita.

Infatti, era la prima volta che gli Ospedalieri s'impossessavano della cultura del



mondo universitario a quei tempi rappresentato soprattutto dai Prof. Luigi Condorelli e Cesare Dogliotti.

A differenza dei Congressi della Società Italiana di Cardiologia caratterizzati da lunghe (anche tre ore) e monotone relazioni della "Scuola", il nostro apparve subito più dinamico ed agile. Nei due giorni della manifestazione non Simposi, non Tavole Rotonde, non Relazioni: furono presentate invece 139 comunicazioni in aula sui più svariati temi della cardiologia del tempo. I contributi più numerosi furono presentati dagli Ospedali di Milano (soprattutto Niguarda), Roma (soprattutto S. Camillo), Ferrara, Trieste, Udine, Firenze, Bologna, Forlì, Torino, Bergamo, Ancona, Legnano, Verona, Napoli. Erano presenti però anche Centri più piccoli come: Castelfranco Veneto, Monza, Salerno, Tradate, Treviso, Savona, Pavia, Passirana, Pieve di Cento, Sanremo, Mandello Lario, Magenta, Asti, Fasano del Garda, Perugia, Lecco, Chieti, Venezia, Lucca, Varese, Terni, Brescia.

I temi delle comunicazioni, di grande interesse all'epoca, soprattutto di elettrocardiografia, vettrocardiografia, fonocardiografia, cardiopatie congenite e reumatiche,

non mancavano accenni all'emodinamica e alle prime coronarografie, alle Unità Coronariche, ai pacemaker, alla cardiocirurgia, all'epidemiologia, all'ergometria, alle prime esperienze di teleelettrocardiografia e di ecocardiografia e udite udite l'impiego dello spironolattone nella terapia dell'insufficienza circolatoria cronica congestizia.

Numerosi i casi clinici, per inciso, io comunicai per la prima volta in Italia 5 casi di malattia del nodo del seno che all'epoca la definii, alla francese, "malattia aritmica atriale". Questo amarcord alla Fellini, potrà sembrare pleonastico per molti degli attuali nostri Soci, tuttavia deve far riflettere anche loro che il progresso scientifico non si raggiunge in breve tempo. Le tematiche del nostro ultimo Congresso di elevato livello scientifico sono la prova che alcune verità degli anni passati sono state smentite dai fatti grazie ai progressi della ricerca clinica controllata.

Nello stesso tempo è doveroso ricordare **quelli** che con mezzi modesti hanno aperto la strada alla moderna cardiologia che oggi si trova ad affrontare altre problematiche. Intelligente l'affermazione di Alessandro Boccanelli (cui facciamo i complimenti per la manifestazione) "**l'importante caratterizzazione tecnologica della moderna cardiologia non può risolvere solo i problemi acuti ma deve proporre soluzioni moderne a problemi antichi che stanno diventando epidemia (scompenso cardiaco, fibrillazione atriale ecc.)**".

A questa riflessione aggiungo una mia proposta.

Il 2004-Anno del Cuore deve vedere i cardiologi ospedalieri italiani protagonisti anche della prevenzione cardiovascolare attraverso l'organizzazione in sede locale di manifestazioni dirette a diffondere una corretta educazione ed informazione sanitaria alla popolazione non solo malata ma anche a quella apparentemente sana. La Heart Care Foundation dovrebbe dedicare parte del suo impegno a questo progetto.

## XXXV CONGRESSO ANMCO E LE DONNE: QUESTE SCONOSCIUTE. QUANDO IL CONGRESSO SI TINGERÀ DI ROSA? *Camici rosa all'attacco*

di Marilena Matta e Maria Teresa Manes

Anche quest'anno il Congresso ha riscosso grande successo con la presenza di circa **6.500 partecipanti** tra l'Area Nursing e Area Medica (partecipanti medici 2969 - 3362 partecipanti nursing). **La Fortezza da Basso** austera e imponente è stata popolata in quei giorni di una vivacità di colori tutta femminile: **580** femmine area medici, e **2469** femmine Area Nursing.

**Notevole partecipazione delle donne cardiologo al Congresso ANMCO ma scarsa partecipazione come relatrici dei simposi, nelle moderazioni, nelle sessioni di comunicazioni orali e nelle sessioni poster. Analisi dei dati forniti dal Centro studi ANMCO e riflessioni sull'inchiesta concordata con Cardiologia negli Ospedali sulla partecipazione femminile ai ruoli attivi dirigenziali**

Ma qualche riflessione a chi ha partecipato a tanti congressi ANMCO si impone se non altro per analizzare i dati sconcertanti che ci fornisce il Centro Studi sulla **partecipazione delle donne cardiologo**. Infatti tante (580) erano le donne nelle sale del Congresso, ma aimè erano solo mere auditrici in sala perché poche erano le donne relatrici ai simposi, alle moderazioni delle sessioni, delle comunicazioni orali e dei poster.

I dati sono questi:

**Simposi: Relatrici 13/141; Moderatrici 3/66**

**Sessioni di comunicazioni orali e poster: Moderatrici 9/79**

Questi dati si associano a quelli presentati dal **Dott. Steffenino** in merito alla presenza femminile nelle **Presidenze Regionali (2/18)**, nei **Direttivi (0/13)** e **Consiglieri Regionali 9/112** e **Comitati di Coordinamento delle Aree (10/64)**.

Lo scenario rosa non è da meno nel **potere politico-economico nazionale** infatti il rapporto è ancora impari con il mondo maschile: **le donne manager sono il 16%**, **le donne parlamentari appena il 10%** il tutto in una società costituita per oltre il 51% da donne.

Riconosciamo che è finito il tempo del pregiudizio nei confronti della donna, ma allora analizzando i dati è spontanea la domanda: **perché questo divario?**

La donna ha completamente modificato il proprio ruolo negli anni avocando a sé responsabilità professionale e di carriera maggiore, attivissima sul mondo del lavoro senza peraltro rinunciare ad altri ruoli che le competono nell'ambito familiare.

Spesso si trova a dover svolgere tanti ruoli con il medesimo impegno ed entusiasmo: madri, donne medico e ricercatrici. E questo comporta spesso enorme dedizione con sforzi molto gravosi. Ma la storia di ogni donna-professionista è peculiare e tipica per ognuna, ed è difficile individuare un profilo generale che la caratterizzi.

Abbiamo perciò, quest'anno, concordandolo con "**Cardiologia negli Ospedali**", voluto rivolgere alle congressiste **domande relative al ruolo dirigenziale e alle responsabilità** nonché alle **difficoltà** eventuali che si possono generare in ambienti di lavoro che da anni sono appannaggio di predominio maschile.

**Il nostro scopo** era anche di capire se nell'Associazione esiste una forbice non irrilevante e del tutto anacronistica tra partecipazione femminile alla vita professionale, sociale e culturale e una adeguata partecipazione ai ruoli attivi dirigenziali. Si sono ricostruite **varie categorie: donne che** cercano di conciliare i vari impegni con sforzo elevato trovando spesso ostacoli per il raggiungimento dei propri obiettivi professionali in ambito familiare e lavorativo; **donne che** hanno raggiunto alti profili di professionalità deprivandosi totalmente di altri obiettivi ed infine **donne che** hanno raggiunto ottimi risultati equilibrando carriera-famiglia.

Poiché lo **scenario** che si presenta è veramente vario, le analisi lasciano spazio a qual-



"Pacchiana calabrese"  
fine 1800 inizi 1900

---

**Grande partecipazione delle donne cardiologo nelle sale del Congresso come mere auditrici e scarsa partecipazione come relatrici e moderatrici**

---

(circa due-tre anni) che ben si sposa con il concetto di "spazi di libertà delle donne" in cui attraverso i servizi sociali le donne hanno più possibilità di dedicarsi serenamente al lavoro. Questo servizio offerto dall'ANMCO altro non è che un segno di rispetto dei diritti di persone impegnate a vivere un momento importante di crescita professionale come il "Congresso Nazionale".

**Ma questo può bastare?**

Non è certamente gratificante per le donne ANMCO l'essere mere uditrici in sala costretti a rivestire ruoli marginali secondari e passivi mentre il potere de-

---

**Cercare di trovare una spiegazione a questa forbice non irrilevante e del tutto anacronistica tra partecipazione femminile alla vita professionale, sociale e culturale e una adeguata partecipazione ai ruoli attivi dirigenziali**

---

Il voler sottolineare questa carenza dell'ANMCO non vuol essere perciò semplice polemica, né ricerca di protagonismo specie in un'epoca contestataria ormai lontana e superata.

Per far meglio le congressiste intervistate hanno formulato **alcune proposte** che abbiamo il piacere di divulgare:

- Obbligatorietà di un rappresentante femminile nelle delegazioni regionali; questo potrebbe essere il primo importante passo verso un ruolo attivo.
- Dare il giusto valore e la meritata visibilità a donne ANMCO che attualmente rappresentano autorità scientifiche-culturali di rilevanza nazionale e internazionale.
- Assegnazione di relazioni e moderazioni congressuali rispettando a parità di valenza scientifica un rapporto numerico equilibrato.

Come è già stato asserito nell'ambito di una Associazione a carattere culturale è gradito esprimere idee ed osservazioni in toni consoni moderati e pacati, ma **la proposizione del femminile**, così definita dalla Dott.ssa Sclavo, non può essere questuante, timida, dimessa, alla ricerca di una giustificazione per esserci. Siamo certi che l'Associazione ANMCO ci aiuterà a tracciare un percorso verso la parità, verso una società in cui non conterà più essere donne o uomini, ma conteranno le **qualità della persona** perché le donne e gli uomini avranno raggiunto in concreto le **pari opportunità**.

che commento: i dati numerici sono sicuramente insufficienti perché l'adesione all'ANMCO è molto aumentata negli ultimi decenni.

Oggi le congressiste possono tranquillamente seguire i lavori congressuali usufruendo del **baby club**, creazione recente (circa

decisionale, organizzativo e propositivo rimangono di appannaggio maschile (questo in base ai dati numerici). Forse però è tempo che **parliamo** comunque in termini **meno astratti**, fare un po' meno teoria e parlare un po' di più di cose concrete; anche cercare di capire perché le donne non riescono a essere presenti e conquistare spazi dirigenziali. Premesso che **le statistiche europee** ci dicono che **le donne italiane** in generale sono quelle che lavorano di più in termine di ore tra lavoro dentro casa e fuori casa e che **gli uomini italiani** sono quelli che collaborano di meno, per andare verso la parità dobbiamo anche chiederci se la nostra presenza a livello periferico sia tale da essere ascoltabile. Il **consenso** si matura nelle assemblee, nei direttivi, nelle riunioni della base: siamo sicuri che nelle assemblee elettive le donne cardiologo sono presenti e incidere nelle scelte? Essere obiettivi e fare le analisi con senso critico vuol dire anche stimolare l'ANMCO a essere più vicina alle donne specie nelle attività organizzative e congressuali nonché nei programmi di ricerca scientifica.



**La Dott.ssa Marie Curie, Bettman Archive, New York**



**Gauguin, Donne Tahitiane con fiori di mango, 1899**





Eugenio Viti, *Il libro bianco*, 1929

# Figurare la Parola

a cura di Francesco Bovenzi



Antica Farmacia

*“Non si costruisce saggezza introducendo nel pensiero i diversi residui di tutte le filosofie umane, più di quanto non si costruisca buona salute trangugiando tutti i fondi di bottiglia di una vecchia farmacia”.*

(VICTOR HUGO)

*“Se non vuoi vedere più di ciò che è visibile, tu non vedrai nulla”.*

(RUTH BERNHARD)



Angiografia selettiva di una coronaria di destra ed IVUS della stessa



M A G G I O 2 0 0 4 G I U G N O N . 1 3 9



# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

*Si scrive*

**ANMCO**

*Si pensa*

**CARDIOLOGIA**

*Si legge*

**CULTURA**

**A** MICI DELL'ANMCO

AstraZeneca • Aventis • Boehringer Ingelheim  
Pfizer Italiana • Roche • Sanofi-Synthelabo • Servier Italia

