



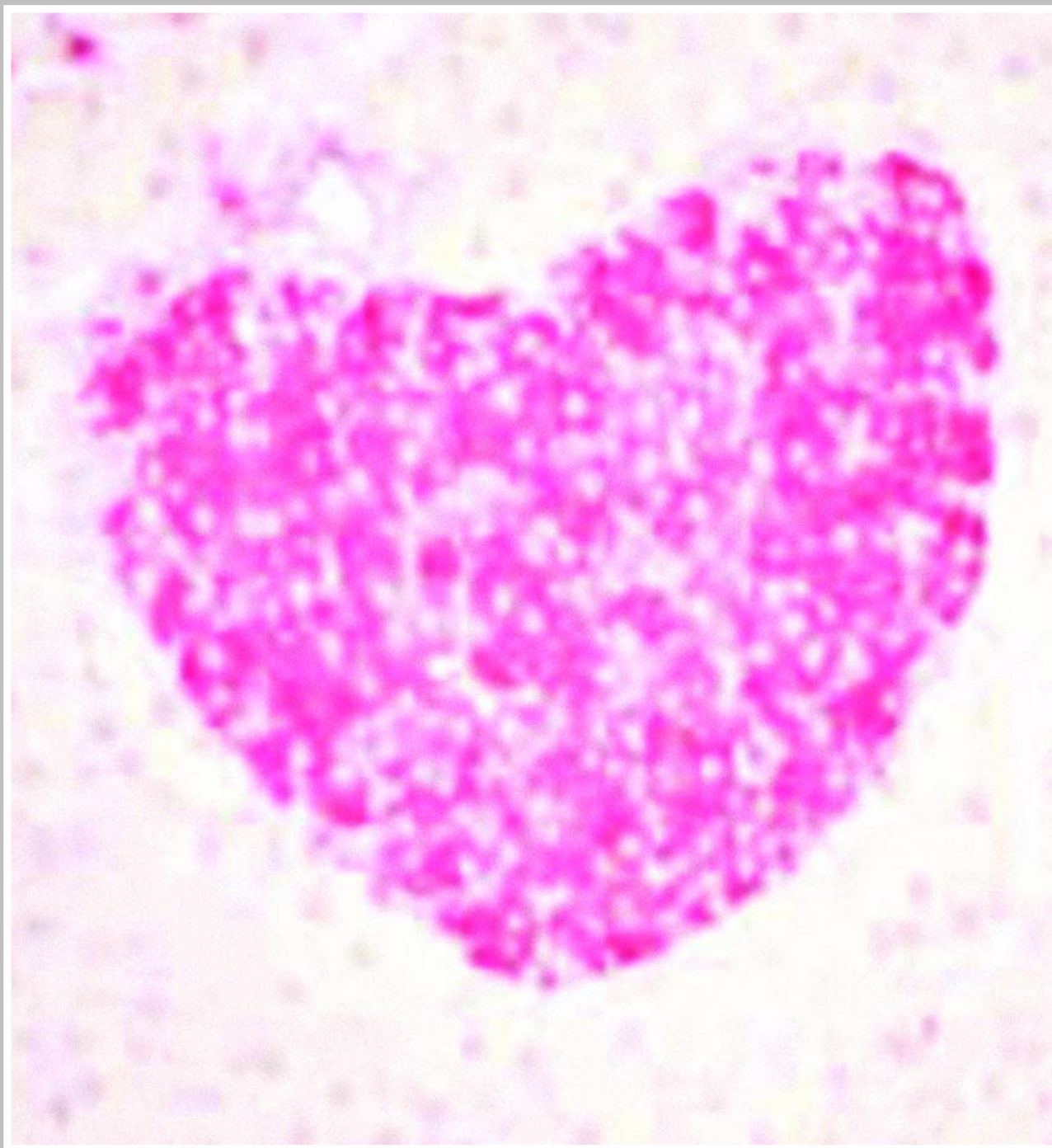
GENNAIO - FEBBRAIO N. 143



CARDIOLOGIA

NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



AMICI DELL'ANMCO

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

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

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



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

IN QUESTO NUMERO:

2 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

12 DALLA HEART CARE FOUNDATION

17 DAL CENTRO STUDI ANMCO

29 DALLE AREE

Malattie del Circolo Polmonare
Nursing - Prevenzione Cardiovascolare
Scopenso Cardiaco

40 DALLE REGIONI

Calabria - Friuli Venezia Giulia

45 CUORI ALLO SPECCHIO

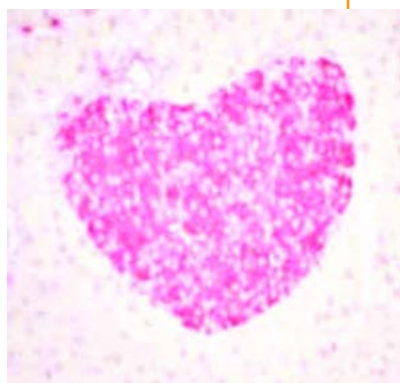
48 VIAGGIO INTORNO AL CUORE

50 FORUM

52 FIGURARE LA PAROLA

In copertina:

Isole di cellule endocrine pancreatiche colorazione immuno citochimica



INDICE:

2 ANMCO 2005: A TU PER TU CON IL PRESIDENTE IN 10 DOMANDE
di Francesco Bovenzi

5 RIMBORSABILITÀ DI STATINE, FIBRATI ED OMEGA-3-ETIL-ESTERI. OSSERVAZIONI SULLA NOTA 13 DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO
di Paolo Verdecchia

9 DAL CONGRESSO 2004 DELL'AMERICAN HEART ASSOCIATION
di Luigi Oltrona Visconti

12 NUMERI E CONSIDERAZIONI SULLE CARDIOLOGIE APERTE
di Franco Valagussa

14 UNA PICCOLA STORIA CHE FARÀ DIVENTARE GRANDE UN CUORE
di Giulia Salone

17 CONOSCERE IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE PER MIGLIORARE LA PRATICA CLINICA
di Francesca Caprari

30 RINNOVAMENTO NELLA CONTINUITÀ
di Giuseppe Favretto

32 UN SALUTO DAL CHAIRMAN USCENTE
di Domenico Miceli

34 MY POINT OF VIEW
di Carmine Riccio

37 AREA SCOMPENSO CARDIACO: BILANCIO DI DUE ANNI DI INTENSA ATTIVITÀ
di Giuseppe Cacciatore

40 NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta

42 LA CARDIOPATIA DA ANTRACICLINE
di Laura Massa, Chiara Lestuzzi, Elda Viel, Nereo Meneguzzo, Gianfranco Sinagra

45 INTERVISTA AL PROF. CARLO VECCHIO
di Francesco Chiarella

48 NICCOLÒ STENONE (COPENAGHEN 20.1.1638 - SCHWERIN 5.12.1686) ALLA CORTE DEI MEDICI
di Alessandro Berti

50 MEETING "LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN CARDIOLOGIA"
di Antonio Mafri

52 FIGURARE LA PAROLA
a cura di Francesco Bovenzi

ANMCO 2005: A TU PER TU CON IL PRESIDENTE IN 10 DOMANDE



Dott. Giuseppe Di Pasquale
Presidente ANMCO

1. Quanti sono, secondo te, gli Associati che conoscono bene l'ANMCO e partecipano attivamente alla vita associativa?

La mia impressione è che a fronte di una progressiva importante crescita numerica del numero di Soci (siamo oggi oltre 5000) non si è realizzato un aumento del livello di partecipazione attiva alla vita dell'ANMCO. Probabilmente non più della metà dei Soci conosce bene le attività dell'ANMCO e di questi solo una metà partecipa attivamente alla vita associativa.

Questo rientra sicuramente in un calo più generale osservabile oggi nel nostro Paese, dell'affezione per la partecipazione associativa, politica, sindacale e scientifica. L'obiettivo di un maggiore coinvolgimento dei Soci è uno dei punti principali delle linee programmatiche dell'attuale Consiglio Direttivo dell'ANMCO.

2. Dai tre convincenti motivazioni ad un Associato, che non si sente abbastanza coinvolto in ANMCO di sentirsi protagonista dell'Associazione.

La possibilità di partecipare attivamente agli studi clinici dell'ANMCO.

La possibilità di aderire al network dei Registri dell'ANMCO: dopo quello dello Scompenso Cardiaco (che quest'anno compie 10 anni), sono in fase di avvio quelli delle Sindromi Coronariche Acute e della Prevenzione Cardiovascolare.

Infine, l'opportunità di un coinvolgimento attivo nel ricco programma di lavoro delle diverse Aree dell'ANMCO. La propositività delle Aree è molto vivace, le attività sono veramente tante e c'è spazio per chiunque intenda essere coinvolto.

3. Giudichi una criticità dell'auspicabile rinnovamento o un punto di forza espressione di stabilità la presenza costante di alcune figure istituzionali in Organi e Organismi dell'Associazione?

La complessa articolazione funzionale degli Organi e Organismi dell'ANMCO rischia talora di creare confusione e sensazione di pesantezza burocratica. Alcuni meccanismi possono essere snelliti, ma soprattutto si deve evitare di replicare nelle Regioni strutture organizzative di Aree e Commissioni dell'ANMCO Nazionale. Il rinnovamento delle figure istituzionali è a mio parere fondamentale. È giusto ed auspicabile che coloro che hanno ricoperto un incarico istituzionale nell'ANMCO, lavorando bene, possano continuare, se sono disponibili ed hanno ancora energie, ad offrire il proprio contributo all'Associazione. Non è però indispensabile che per fare questo si debba necessariamente assumere nuovi incarichi istituzionali. In prospettiva, è necessario fare crescere un vivaio giovanile dal quale attingere per scegliere i titolari della squadra.

4. Credi che i tempi siano maturi perché "maggio-giugno e Firenze" possano ormai lasciare il posto a una nuova filosofia organizzativa del Congresso Nazionale?

A mio parere le dimensioni del Congresso Nazionale ANMCO 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. Inoltre mi sembra che esista un elevato gradimento per la sede di Firenze. Eventualmente potrebbe essere fatto un sondaggio conoscitivo in occasione del prossimo Congresso.

Per quanto riguarda poi la possibilità di organizzare gran parte del Congresso "in casa", credo che bisognerà rifletterci bene. È necessaria un'accurata valutazione delle risorse umane aggiuntive necessarie e verificarne la convenienza economica. Personalmente ho qualche perplessità al riguardo, soprattutto se tutto venisse realizzato in modo completo e improvviso. Proprio per evitare questo e per guidare gradualmente l'ipotizzabile cambiamento, già da quest'anno abbiamo iniziato a prendere in carico alcuni importanti passaggi dell'organizzazione congressuale.



N. 143 - gennaio/febbraio 2005

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

<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:

Pier Filippo Fazzini

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

Centro Servizi ANMCO srl

Stampa: Tipografia Calducci - Firenze



5. Sono sufficienti due anni ad un Presidente per pensare ad una svolta e caratterizzare un mandato che sia fatto di scelte forti?

Ritengo che due anni siano un periodo di tempo troppo breve per la realizzazione di molti obiettivi. Sono già trascorsi otto mesi dall'inizio del mio mandato e la sensazione è quella di avere appena iniziato a lavorare e del tempo che

scorre troppo veloce. Questo nonostante almeno 4-5 ore al giorno, parte delle ferie e tutti i fine settimana siano dedicati all'ANMCO. Non certo inferiore al mio è stato l'impegno di chi mi ha preceduto. Credo che un mandato triennale, come già avviene per la FIC, possa costituire un ragionevole compromesso tra stabilità ed opportunità di rinnovamento.

Qualcuno potrebbe obiettare che è difficile per un Presidente mantenere un ritmo così elevato per tre anni. A mio parere questo è possibile coinvolgendo maggiormente nell'operatività i due Vice Presidenti ed il Presidente Designato ed affidando deleghe significative a tutti i componenti del Consiglio Direttivo ANMCO. Mi sembra che tutto questo stia avvenendo. Da solo non sarei mai riuscito a mettere in cantiere tante iniziative.

Un altro punto importante che affronteremo, per dare maggior valenza al lavoro organizzativo e propositivo del Presidente e del Consiglio Direttivo, sarà quello di riqualificare professionalmente lo Staff di Segreteria. Da numerosi anni tutta la Segreteria svolge con impegno un importante lavoro di grande responsabilità, lo fa con professionalità, grande conoscenza ed efficienza. Un vero motore che guida le complesse articolazioni dell'ANMCO e che è capace di assicurare la necessaria continuità, a fronte del periodico rinnovamento dei Consigli Direttivi.

Ritengo sia opportuno nell'immediato, formalizzare un ruolo di maggiore responsabilità manageriale, anche alla luce del nostro ripensamento su una figura esterna di Direttore del Centro Servizi ANMCO.

6. Come è possibile conciliare in ANMCO una necessità associativa commerciale ("anima manageriale") con uno spirito di Associazione autonoma no-profit ("anima ippocratica"). E quanto le Aziende Farmaceutiche condizionano le scelte associative in tema di formazione e ricerca?

Credo che qui occorra essere molto concreti. La realizzazione di Formazione, Ricerca e nuovi servizi per i Soci richiede risorse. Le fonti storiche di sostegno nell'ANMCO derivano dal Congresso, dalle quote associative e dalle liberalità provenienti prevalentemente dalle Aziende Farmaceutiche. L'acquisizione di risorse attraverso fonti alternative potrà ridurre la "dipendenza" dall'Industria Farmaceutica. In prospettiva i fulcri strategici per l'acquisizione di risorse alternative a quelle storiche sono il Centro Servizi ANMCO (vendita di prodotti formativi realizzati da un Centro Formazione ben organizzato, consulenze svolte con il marchio di qualità dell'ANMCO come il progetto FISDE ecc.) e Heart Care Foundation.

Posso comunque affermare che i rapporti dell'ANMCO con le Aziende Farmaceutiche sono stati finora sempre caratterizzati da una non ingerenza dell'Industria nei contenuti scientifici degli eventi formativi e degli studi clinici che, grazie alla riconosciuta autorevolezza del nostro Centro Studi, abbiamo sempre potuto condurre in modo indipendente e con la completa proprietà dei dati.

La recente costituzione del Fondo Etico per la Ricerca rappresenta a mio parere una grande svolta politica. In prospettiva l'ANMCO potrà riuscire a finanziare, almeno in parte, quegli studi per i quali non esiste l'interesse da parte dell'Industria Farmaceutica.

7. Cosa è cambiato in ANMCO dall'istituzione di Heart Care Foundation?

Qualcosa è cambiato, ma molto resta ancora da fare. Gli obiettivi principali per



i quali era stata costituita la Fondazione sono quello dell'educazione sanitaria e promozione della salute in ambito cardiovascolare e quello del fundraising per la Ricerca. Qualcosa è migliorato per quanto riguarda la fidelizzazione dei Soci ANMCO alle iniziative di HCF. Il successo dell'iniziativa "Cardiologie Aperte" dello scorso ottobre ne è un buon esempio. Piuttosto deludente è stato invece finora il fundraising per la Ricerca con il reperimento di risorse da fonti diverse dall'Industria Farmaceutica. A mio parere il reperimento di fondi dovrebbe prevedere una coalizione delle diverse componenti della Cardiologia italiana insieme alle Associazioni di volontariato dei pazienti cardiopatici. Se continueremo ad andare ognuno per proprio conto tra qualche anno saremo ancora a chiederci perchè in Italia la gente è disponibile a versare soldi per i tumori e non per la Ricerca cardiovascolare.

8. La Federazione Italiana di Cardiologia è un semplice cartello o è già una forte realtà autonoma?

Il processo di sviluppo della FIC in questi anni è andato avanti con molte difficoltà e rallentamenti nonostante il generoso e caparbio impegno della presidenza di Luigi Tavazzi.

Qualche obiettivo è stato raggiunto: la rappresentatività unitaria della Cardiologia italiana nei confronti della Società Europea di Cardiologia, la politica unitaria per il sostegno dell'Italian Heart Journal, la preparazione e condivisione del Documento "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia". Molto resta ancora da realizzare: le interazioni collaborative con le Istituzioni Sanitarie, il coinvolgimento attivo della Cardiologia ospedaliera nell'insegnamento post-laurea, la convergenza delle Aree ANMCO e Gruppi di Studio SIC in progetti condivisi. Il clima federale e quello dei rapporti ANMCO-SIC sono attualmente molto buoni ed il nuovo Presidente della FIC Attilio Maseri è animato da un forte spirito di superamento delle logiche societarie. A mio avviso tuttavia in questo momento è opportuno non fare passi troppo lunghi che non avrebbero la condivisione da parte degli Organi Direttivi e soprattutto della base associativa di ANMCO e SIC. È necessario consolidare prima i risultati raggiunti e creare un clima di fiducia superando le reciproche diffidenze. Ricerca cooperativa, fundraising congiunto ed interazioni per le attività congressuali ed educazionali dovrebbero essere gli obiettivi da perseguire insieme ANMCO e SIC.

9. Le Società di Settore sono in continua crescita. Come proponi di guidare il cambiamento nei rapporti?

Il rapporto dell'ANMCO con le Società Mediche di Settore mi sembra molto buono. Una parte del Congresso è costruita con l'apporto delle Società di Settore; la partecipazione dei Soci ANMCO all'interno di esse è molto elevata.

L'ANMCO ha fortemente sostenuto la modifica dello Statuto FIC con la costituzione di un Consiglio Federale delle Società di Settore che è stato riunito per la prima volta il 24 gennaio scorso in un clima di grande cordialità e desiderio di lavorare intorno ad uno stesso tavolo. Ritengo che questo evento rappresenti un avvenimento molto importante per la Cardiologia italiana. Il Consiglio Federale avrà un potere deliberativo per i temi che riguardano Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia. A questo punto è necessaria una stretta interazione tra le Aree dell'ANMCO e le Società di Settore presenti nel Consiglio Federale della FIC. Se penso al settore aritmie, mi sembra che esista già un'ottima interazione tra l'Area Aritmie dell'ANMCO e l'AIAC. Analogamente l'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO interagisce positivamente con il GICR.

10. Cosa faresti per accrescere la partecipazione dei giovani in ANMCO?

Chiederei ai giovani cardiologi di iscriversi all'ANMCO, di acquisire conoscenza delle iniziative dell'ANMCO attraverso "Cardiologia negli Ospedali" ed il Sito WEB, di entrare in contatto con le Sezioni Regionali e le Aree partecipando alle periodiche riunioni spesso molto poco frequentate.

Incoraggerei inoltre chi ha delle buone idee in tema di Formazione, Congresso e Ricerca ad essere propositivo. Le attività sono molte e c'è spazio per chiunque abbia voglia di dedicare tempo ed energie all'ANMCO.



RIMBORSABILITÀ DI STATINE, FIBRATI ED OMEGA-3-ETIL-ESTERI. OSSERVAZIONI SULLA NOTA 13 DELL'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

La nota 13 dell'AIFA (tabella 1), recentemente pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (9-11-2004, Serie generale – n 272, pagine 21 e 22) disciplina la rimborsabilità di statine, fibrati ed omega-3-etil-esteri ai soggetti ad elevato rischio cardiovascolare, che quindi possono ottenere i maggiori benefici da questi trattamenti in termini di riduzione del rischio di complicanze cardiovascolari maggiori.

Alcuni importanti aspetti della nota 13, di notevole rilievo pratico, meritano un commento.

Anzitutto, viene chiarito il concetto che *“l'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale”*. Purtroppo, è noto che alcuni di questi farmaci, in particolare le statine, vengono spesso assunte in maniera discontinua, nonostante sia dimostrato in letteratura che la sospensione di questi farmaci può produrre effetti nocivi sia a livello coronarico (*Circulation* 2002; 105:1146), sia cerebrovascolare (*Stroke* 2003; 34:551).

Inoltre, la nota 13 ha anche il merito di chiarire che l'uso di statine, fibrati ed omega-3-etil-esteri dovrebbe essere *“inserito in un contesto più generale di controllo degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, etc.)”*. In altri termini, i nostri pazienti dovrebbero essere fortemente indotti a modificare in meglio le

proprie abitudini alimentari e di stile di vita, per poi passare ai farmaci solo se queste modifiche virtuose non hanno avuto successo.

La nota 13 ribadisce il concetto che *“la strategia terapeutica (incluso l'impiego delle statine) va definita sulla base della valutazione del rischio cardiovascolare globale”*. Il primo punto della nota recita che le statine, i fibrati e gli omega-3-etil-esteri sono rimborsabili nei soggetti con dislipidemie familiari. Il secondo punto recita che le statine sono rimborsabili nei soggetti con ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta solo se in presenza di un elevato rischio di eventi cardiovascolari maggiori (infarto miocardico, ictus cerebrale, morte cardiovascolare, ecc.). Il terzo punto recita che gli omega-3-etil-esteri sono rimborsabili in soggetti con pregresso infarto del miocardio (vedi studio GISSI Prevenzione: *Lancet* 1999;354:447-455).

Un punto centrale appare quello relativo alla rimborsabilità della statine nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare. **Quali sono i soggetti ad elevato rischio di sviluppare eventi cardiovascolari maggiori?** Secondo la nota 13, questi soggetti

| | |
|---|---|
| | <p>La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dislipidemie familiari: bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil, simfibrato; atorvastatina, fluvastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina; omega-3-trilicoidi - ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ in soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore [rischio a 10 anni \geq 20% in base alle Carte di Rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità] (prevenzione primaria); ▪ in soggetti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o pregresso infarto o diabete (prevenzione secondaria); <p>atorvastatina, fluvastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina;</p> <ul style="list-style-type: none"> - in soggetti con pregresso infarto del miocardio (prevenzione secondaria); omega-3-etil-esteri <p>Limitatamente all'utilizzazione degli alti dosaggi di atorvastatina (40 mg) e di rosuvastatina (40 mg), la prescrizione e la rimborsabilità sono consentite, solo su diagnosi e piano terapeutico di strutture specialistiche delle Aziende Sanitarie, allo scopo di una più adeguata valutazione della tollerabilità e del profilo di beneficio-rischio.</p> <p>L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale. Lo stesso, comunque, va inserito in un contesto più generale di controllo degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, etc.).</p> <p>La strategia terapeutica (incluso l'impiego delle statine) va definita in base alla valutazione del rischio cardiovascolare globale e non di ogni singolo fattore di rischio, facendo riferimento alle Carte di Rischio Cardiovascolare elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità all'interno del Progetto Cuore (www.cuore.iss.it). Le Carte del Rischio dell'ISS saranno sottoposte a continua verifica ed aggiornamento e sono collegate con un progetto di ricerca denominato RIACE (Rischio Assoluto Cardiovascolare-Epidemiologia) promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni per verificare nella pratica assistenziale della Medicina Generale la trasferibilità, l'applicabilità, i carichi assistenziali e gli esiti della prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria.</p> <p>Il riferimento all'età 69 anni nelle carte del rischio, si deve intendere 69 anni e oltre; per i nuovi trattamenti nei soggetti con più di 69 anni il medico valuta e definisce le condizioni e i fattori di rischio giustificativi dell'impiego delle statine.</p> |
| Ipolipemizzanti: | |
| Fibrati: | |
| - bezafibrato | |
| - fenofibrato | |
| - gemfibrozil | |
| Statine: | |
| - atorvastatina | |
| - fluvastatina | |
| - pravastatina | |
| - rosuvastatina | |
| - simvastatina | |
| Altri ipolipemizzanti ed ipotrigliceridizzanti: | |
| - omega-3-etil-esteri | |

Tabella 1. La nota 13 dell'AIFA. Versione 31 dicembre 2004

possono essere raggruppati sotto 4 categorie principali:

- **Pazienti con pregressi eventi cardiovascolari** (coronaropatia documentata oppure pregresso ictus cerebrale oppure arteriopatia obliterante periferica oppure pregresso infarto del miocardio). In sostanza, si tratta dei pazienti che a causa di un pregresso evento cardiovascolare sono classificabili come ad *alto rischio di sviluppare un successivo evento* (e sui quali è dunque importante fare prevenzione secondaria).
- **Pazienti con diabete mellito**, poiché il diabete mellito è già in sé una condizione ad elevato rischio di eventi cardiovascolari (tra le rassegne più recenti: Moreno PR, Fuster V. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:2293-2300). Pertanto, il suo trattamento è equiparabile alla prevenzione secondaria.
- **Pazienti con dislipidemie familiari.**
- **Pazienti in prevenzione primaria ad alto rischio.** Si tratta dei pazienti che, in assenza delle condizioni sopra riportate, presentano una probabilità di eventi cardiovascolari maggiori superiore al 20% nei prossimi 10 anni (più di una probabilità su 5 di sviluppare un evento nei prossimi 10 anni), con calcolo della probabilità eseguito mediante le carte del rischio e il punteggio individuale del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità (*Ital Heart J Suppl* 2004;5:177-185; www.cuore.iss.it).

La nota 13 presenta dunque aspetti di chiarificazione che possono risultare di indubbia utilità nella pratica clinica. Alcuni punti della nota, tuttavia, possono prestarsi a dubbi interpretativi secondo i principi della 'Evidence Based Medicine'. Alcune osservazioni su questi punti sono riportate sotto.

- **Definizione del concetto di "alto rischio" cardiovascolare.** Per quale ragione è stato scelto il valore 20% e non un altro valore? Se esaminiamo il documento *Adult Treatment Panel III (ATP III)*, sicuramente un punto di riferimento in questo settore (*JAMA* 2001;285:2486-2497) leggiamo che il valore del 20%, adottato per definire i soggetti più ad alto rischio sulla base delle carte del rischio coronarico di Framingham, **esprime il rischio di sviluppare nuovi eventi coronarici nei prossimi 10 anni in soggetti con cardiopatia ischemica cronica già documentata** ("*...a risk for major coronary events equal to that of established CHD, ie, >20% per 10 years...*"). In altri termini, i soggetti apparentemente sani oggetto della prevenzione primaria vengono definiti ad alto rischio dalle linee guida ATP III se il loro rischio di eventi coronarici eguaglia o supera quello dei pazienti con cardiopatia ischemica cronica nota. Emergono tuttavia 2 differenze importanti rispetto alla situazione italiana:

- i. il più basso rischio cardiovascolare nella popolazione italiana rispetto a quella nordamericana a parità di fattori di rischio;
- ii. la stima del rischio cardiovascolare totale (eventi coronarici sommati agli eventi cerebrovascolari) nelle carte del Rischio Italiane del Progetto CUORE, rispetto alla stima del solo rischio di eventi coronarici nelle carte del rischio di Framingham.

Pertanto, l'applicabilità del valore 20% nella realtà italiana potrebbe essere fonte di discussione. Proprio per approfondire, in futuro, questo aspetto, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha legato alla nota 13 il Progetto RIACE (*Risk Assessment Cardiovascular Epidemiology*), che ha lo scopo di valutare l'applicabilità del punteggio delle carte del rischio alla situazione italiana e di modificare, se necessario, il valore per la rimborsabilità di questi farmaci.

- **Il diabete mellito come fattore di rischio.** Tutti i pazienti diabetici godono della rimborsabilità di questi farmaci, essendo equiparati ai soggetti con coronaropatia documentata. Tuttavia, se si esaminano le carte del rischio del Progetto CUORE dell'Istituto Superiore di Sanità si può notare che alcuni soggetti diabetici mostrano un rischio a 10 anni di eventi cardiovascolari inferiore al 20%. In questo gruppo rientrano le donne diabetiche di età <60 anni, nelle quali il rischio a 10 anni non è mai, secondo le Carte del Rischio, superiore al 20%. Se consideriamo le donne diabetiche di età >60 anni, il loro rischio a 10 anni è superiore al 20% solo per una PA sistolica >170 mmHg associata a



D. Gargiulo, *La rivolta di Masaniello, Napoli*, Museo di San Martino

colesterolemia totale >291 mg/dl in assenza di fumo di sigaretta, oppure per una PA sistolica >170 mmHg associata a qualsiasi livello di colesterolemia, ovvero con una PA sistolica >150 mmHg associata a colesterolemia totale >252 mg/dl in presenza di fumo di sigaretta. Pertanto, le stesse Carte del Rischio del Progetto CUORE riportano un rischio cardiovascolare stimato inferiore al 20% in alcuni sottogruppi di pazienti con diabete. In ogni caso, è evidente che la gestione del rischio cardiovascolare nel paziente diabetico non si esaurisce con il solo controllo della colesterolemia, ma prevede il raggiungimento di obiettivi ben definiti in relazione alla pressione arteriosa, all'abitudine al fumo, al controllo glicemico, a quello del peso. In questo contesto, la stima del rischio è di aiuto al medico per armonizzare l'intervento con l'entità del rischio. Indipendentemente dalla rimborsabilità

dei farmaci, è comunque utile calcolare il rischio e le sue variazioni nel tempo nei pazienti diabetici mediante carte e punteggio individuale.

- **Numerosi fattori di rischio concomitanti in soggetti non diabetici.** Molti soggetti non diabetici presentano un rischio stimato, secondo le carte del Rischio Italiane, inferiore al 20% **anche in presenza di numerosi fattori di rischio concomitanti**. Ad esempio, rientrano in questo gruppo gli uomini non diabetici di età <50 anni, il cui rischio a 10 anni non risulta mai superiore al 20%, neppure in presenza di varie combinazioni di fattori di rischio. Rientrano in questo gruppo anche gli uomini non diabetici di età 50-59 anni, il cui rischio a 10 anni supererà il 20% solo per valori di PA sistolica >170 mmHg e colesterolemia >291 mg/dl nei non fumatori, ovvero, nei fumatori, per valori di PA sistolica >150 e colesterolemia >291 mg/dl, ovvero per PA sistolica >170 mmHg e colesterolemia >252 mg/dl. È chiaro che questa risulta essere la realtà Italiana secondo i risultati del progetto CUORE, anche se questo aspetto può essere fonte di discussione. È anche qui evidente che gli individui con rischio cardiovascolare compreso fra il 5% e il 19% a 10 anni **non debbono essere considerati come genericamente a basso rischio**, ma debbono essere comunque tenuti sotto controllo, anche mediante l'implementazione di adeguati stili di vita. Si potrebbe valutare la possibilità di abbassare il valore soglia del 20% per la rimborsabilità delle statine in questo gruppo di soggetti, anche sulla base delle considerazioni espresse nei paragrafi precedenti.
- **Soggetti di età >70 anni in prevenzione primaria.** Le carte del Rischio del Progetto Cuore non possono essere applicate ai soggetti di età superiore ai 70 anni poiché la popolazione da cui sono state tratte non era sufficientemente rappresentativa di questo importante strato di popolazione, peraltro in continuo aumento con il progressivo invecchiamento degli Italiani. In questo senso, la modifica alla nota 13 apportata in data 31-12-2004 (G.U. 30-12-2004, Serie Generale 305, pagina 100) recita che *“Il riferimento all'età 69 anni nelle carte del rischio, si deve intendere 69 anni e oltre; per i nuovi trattamenti nei soggetti con più di 69 anni il medico valuta e definisce le condizioni e i fattori di rischio giustificativi dell'impiego delle statine”*. Pertanto, si può interpretare la nota 13 in questo senso:
 - i. **Soggetti di età <70 anni già in terapia con statine (rimborsate per una condizione di alto rischio [>20% a 10 anni])**: la rimborsabilità delle statine dovrebbe continuare anche dopo il compimento del settantesimo compleanno (*“il riferimento all'età 69 anni nelle carte del rischio si deve intendere 69 anni e oltre...”*).
 - ii. **Soggetti di età >70 anni non ancora in terapia con statine**: la rimborsabilità di un trattamento con statine dovrebbe essere garantita nei

soggetti ad alto rischio [$>20\%$ a 10 anni], come se questi soggetti avessero un'età inferiore ai 70 anni (“il riferimento all'età 69 anni nelle carte del rischio si deve intendere 69 anni e oltre...”).

- iii. **Soggetti di età >70 anni non ancora in terapia con statine e con rischio cardiovascolare a 10 anni $<20\%$:** un trattamento di nuova istituzione con statine dovrebbe risultare giustificato, e quindi presumibilmente rimborsabile, solo nel caso che il medico ravvisi una condizione di alto rischio cardiovascolare (“...il medico valuta e definisce le condizioni e i fattori di rischio giustificativi dell'impiego delle statine...”).

La modifica alla nota 13 apportata in data 31-12-2004 sembra pertanto estendere non di poco i margini di prescrivibilità delle statine nei soggetti ultrasettantenni. In questo contesto, potrebbe essere opportuno specificare un po' più in dettaglio i criteri di valutazione e la tipologia delle strutture sanitarie cui spetta certificare “le condizioni e i fattori di rischio giustificativi dell'impiego delle statine” nei soggetti ultrasettantenni in prevenzione primaria sulla base del livello di rischio cardiovascolare. Al momento attuale non esistono studi recenti distribuiti su tutta l'Italia che permettano una accurata valutazione del rischio nei soggetti ultrasettantenni. Il progetto CUORE ha già incluso nelle sue coorti l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, il cui follow-up permetterà di ampliare la valutazione del rischio fino all'età di 74 anni. L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) sta iniziando una raccolta di dati osservazionali su vasta scala utilizzando una scheda clinica interamente residente su web (Minimal Data Set Prevenzione). Per ora, il medico dovrà valutare attentamente, nella fascia di età dei soggetti più anziani, le comorbidità, la performance fisica e cognitiva, l'età biologica, il numero di farmaci già assunti dal proprio assistito, sempre tenendo presente il principio che la terapia è efficace se assunta continuativamente.

- **End-points clinici e surrogati.** Secondo la nota, solo per la pravastatina e la simvastatina esistono studi di efficacia con risultati legati agli eventi cardiovascolari, e non soltanto alla riduzione del colesterolo. Tuttavia, lo studio ASCOT (eseguito con atorvastatina), è uno studio di efficacia con risultati legati agli eventi cardiovascolari maggiori (*Lancet* 2003;361:1149-1158). Esistono anche altri studi, eseguiti con atorvastatina, con risultati legati agli eventi cardiovascolari (tra i principali, gli studi CARDS, *Lancet* 2004;364:685-696 e PROVE-IT, *N Engl J Med* 2004;350:1495-1504). Pertanto, anche l'atorvastatina andrebbe inclusa tra le statine per le quali esistono dimostrazioni basate su eventi cardiovascolari.

Conclusioni. La nota 13 ha un ruolo importante nella definizione dei termini di intervento della Sanità Pubblica nella prevenzione delle malattie cardiovascolari. Nelle premesse generali delle “Note AIFA 2004” si stabilisce il principio che queste note possono essere soggette a revisioni periodiche, ovviamente basate su solidi dati di evidenza scientifica. Pertanto, accanto ad iniziative tese all'implementazione e validazione prospettica delle carte del rischio nella popolazione Italiana come il progetto RIACE, potrebbe essere utile un approfondimento di alcuni aspetti, tra i quali la **definizione del valore soglia per la diagnosi di alto rischio cardiovascolare sulla base della realtà epidemiologica Italiana**, verosimilmente diversa da quella nordamericana. Inoltre, nella definizione di alto rischio cardiovascolare dovranno essere presi in considerazione **altri indicatori di alto rischio di rilievo clinico usuale, primi fra i quali l'ipertrofia ventricolare sinistra all'elettrocardiogramma e la sindrome metabolica**. Infine, sulla base dei suggerimenti delle linee guida europee, andrebbero anche considerati altri indicatori di alto rischio (proteina C reattiva, placche aterosclerotiche carotidee, ipertrofia ventricolare sinistra all'ecocardiogramma, ecc., non dimenticando ovviamente i maggiori costi legati a tali esami diagnostici). Tutto questo rappresenta un primo passo per migliorare l'adeguatezza e la continuità delle terapie in prevenzione primaria e secondaria, che come dimostrato anche nella realtà italiana, risultano purtroppo al di sotto delle indicazioni contenute nelle linee guida internazionali.

DAL CONGRESSO 2004 DELL'AMERICAN HEART ASSOCIATION New Orleans, 7-10 novembre 2004



L'annuale Meeting dell'American Heart Association è stata la tradizionale occasione per vedere concentrata in pochi giorni una parte cospicua degli sforzi della Cardiologia Internazionale nel campo della ricerca clinica, di base, sulle popolazioni, ovvero le tre sezioni nelle quali sono stati suddivisi il programma del Meeting e i percorsi delle sedute congressuali a cui erano indirizzati i partecipanti.

Per quanto riguarda le sindromi coronariche acute, l'importanza di identificare i pazienti con un episodio acuto senza ST sopraslivellato che debbono essere avviati precocemente alla rivascolarizzazione, è stata valutata in un'analisi derivata dal GUSTO IV. Tra i 7.800 pazienti di questo trial i valori elevati all'ingresso di troponina T e BNP (Brain Natriuretic Peptide) individuavano coloro che ottenevano una riduzione della mortalità ad un anno con una procedura precoce di rivascolarizzazione.

Livelli elevati di PCR e di creatinina clearance predicavano la mortalità a un anno ma non indicavano un beneficio nell'effettuare angioplastica in fase acu-



John Coltrane, *A love supreme*

ta. I dati emersi da quest'analisi a posteriori possono essere un contributo al dibattito in corso su chi, e quando, tra i pazienti con sindrome coronarica acuta, deve eseguire la coronarografia nelle prime ore dell'episodio acuto.

Ancora riguardo alle sindromi coronariche acute, un netto accento è stato posto in varie occasioni durante il meeting sull'importanza della precocità di inizio e dell'intensità della terapia ipolipemizzante con statine. Il trial PRINCESS, sospeso per gli effetti collaterali del farmaco studiato, la cerivastatina, dopo l'arruolamento di 3.605 pazienti, ha evidenziato che la somministrazione precoce della statina, entro 48 ore dall'ingresso in Ospedale, riduce la ricorrenza di ischemia a cinque mesi.

Un'analisi del PROVE-IT presentata da Cannon ha dimostrato l'efficacia di dosi elevate di atorvastatina (80 mg) già a 30 giorni dall'inizio della terapia (con un inizio della divaricazione delle curve degli eventi dopo sette giorni) con una riduzione dell'endpoint combinato di morte, reinfarto, rivascolarizzazione urgente del 33%, suggerendo un effetto pleiotropico molto precoce di questi farmaci. Un'altra presentazione di dati provenienti dai 4.162 pazienti del PROVE-IT ha sottolineato come quattro mesi di atorvastatina ad alte dosi (11% della popolazione aveva LDL tra 26 e 40), non provocano una maggior incidenza di effetti collaterali (epatici, muscolari, neurologici, oculari) ma, una tendenza alla riduzione degli eventi coronarici, nonostante i sottogruppi studiati non avessero una consistenza numerica tale da poter trarre conclusioni definitive. Questa serie di comunicazioni ha avuto un rilievo particolare anche in relazione all'interesse suscitato dal recente aggiornamento delle Linee Guida Americane NCEP (National Cholesterol Education Program) nelle quali viene consigliato, specialmente nei pazienti a rischio più elevato, un atteggiamento farmacologico aggressivo della dislipidemia.

Per quanto riguarda la rivascolarizzazione coronarica dei pazienti diabetici, ha suscitato grande interesse la comunicazione dei risultati dell'ISAR-SWEET, un trial condotto su 701 pazienti diabetici pretrattati con bolo di 600 mg di clopidogrel e randomizzati ad abciximab o placebo. I risultati, definiti sorprendenti da alcuni commentatori, hanno dimostrato l'inefficacia di abciximab nel ridurre eventi clinici (morte e infarto) a un anno e la sua capacità di ridurre del 24% la restenosi angiografica; i commenti allo studio hanno sottolineato come, in linea con le evidenze dell'ISAR-RAECT, in una popolazione a relativamente basso rischio, non erano infatti inclusi nel trial pazienti con sindromi coronariche acute, l'effetto dei clopidogrel può aver parzialmente limitato l'effetto dell'abciximab sui risultati clinici.

Il messaggio che forse è emerso con più forza e continuità durante i lavori del Congresso è stato quello del valore del cambiamento dello stile di vita nel prevenire gli eventi cardiovascolari. Infatti, accanto a numerose sessioni indirizzate a discutere i risultati più recenti degli studi che hanno indagato molteplici aspetti dell'ottimizzazione del controllo dei valori pressori, del profilo glicemico e lipidico, sono state riportate interessanti evidenze sul valore preventivo dell'attività fisica, della dieta e della riduzione del peso corporeo.

A questo proposito si va affermando con maggiore solidità scientifica e clinica l'utilità di intervenire farmacologicamente sull'obesità: i risultati del Rio-North America, trial che ha randomizzato 3.040 pazienti obesi a due diversi dosaggi di rimonabant, 5 o 20 mg, verso placebo, ha dimostrato la riduzione del peso corporeo e il miglioramento del profilo metabolico a un anno con il trattamento attivo, specialmente con la dose più elevata.

Il rimonabant, nuova molecola che agisce sul sistema endocannabinoide, sem-

bra, secondo i risultati di questo e altri studi, ben tollerata, in quanto non associata, rispetto al trattamento placebo, a un rischio significativamente aumentato di ansia, depressione e nausea.

I commentatori hanno espresso apprezzamenti su questo tipo di approccio farmacologico all'obesità, che nello studio era associato in entrambi i gruppi a una dieta ipocalorica, concordando peraltro che anche se lo studio presentato era prospettico e su vasta scala, sono necessari altri dati per conoscere meglio il profilo di sicurezza del farmaco.

Per via della non univocità dei risultati di una serie di studi pubblicati negli ultimi anni sulle evoluzioni della terapia farmacologica dell'insufficienza cardiaca, la loro trasferibilità nella pratica clinica è rimasta non compiutamente definita.

A questo proposito ha visto un'audience molto numerosa la presentazione di una metanalisi che ha considerato gli studi multicentrici sui sartanici nello scompenso cardiaco con endpoint di mortalità nei quali sono stati arruolati più di 500 pazienti; l'utilizzo degli inibitori dell'angiotensina II nei 25.000 e più pazienti



Buono fruttifero del valore di 5 \$ dello Stato della Louisiana, 1873

degli studi esaminati (RESOLVD, ELITE, ELITE II, VAL-HeFT, CHARM, OPTIMAAL e VALIANT), non ha ottenuto, a differenza degli aceinibitori, una significativa riduzione di mortalità ma solamente una significativa riduzione della riospedalizzazione per un peggioramento dello scompenso.

I Chairman della sessione hanno commentato che, pur con i limiti delle metanalisi, questi dati indicano come non sia applicabile estesamente l'associazione di aceinibitori e sartanici e come siano necessari studi di non-inferiorità per valutare se gli inibitori dell'angiotensina II possono sostituire gli aceinibitori.

Il grande interesse suscitato nella comunità cardiologica dalle osservazioni sull'efficacia dei defibrillatori impiantabili ha avuto un altro momento rilevante con la presentazione di un'analisi sugli aspetti economici di questa strategia terapeutica. I dati esposti derivano dallo studio SCD-HeFT che ha dimostrato in 2.521 pazienti con scompenso cardiaco in Classe NYHA 2-3, tutti trattati con terapia medica piena, che l'aggiunta di un ICD riduce del 23% la mortalità a cinque anni.

L'impianto dei defibrillatori utilizzati nello studio, con caratteristiche che li rendeva meno dispendiosi di altri in commercio (singolo catetere, monocamerale, con sola funzione di scarica elettrica), comporterebbe un costo, sulla base dei cinque anni della durata dello studio, di 33.200 dollari circa per ogni anno di vita guadagnata. Questo valore viene considerato dagli esperti di questo genere di valutazioni accettabile in quanto inferiore a 50.000 dollari per anno di vita guadagnata, il parametro di riferimento che equivale al costo di un anno di dialisi nell'insufficienza renale avanzata.

I limiti di quest'analisi sono stati indicati in discussione nell'alta probabilità che nella pratica clinica del mondo reale vengano utilizzati apparecchi più costosi di quelli studiati e che comunque la loro applicazione su larga scala nei pazienti scompensati, rimane al momento economicamente insostenibile per ottenere lo scopo prefissato, considerando che la morte improvvisa si verifica negli Stati Uniti tra le 300.000 e le 400.000 volte all'anno.



NUMERI E CONSIDERAZIONI SULLE CARDIOLOGIE APERTE

La prima edizione, definibile come pilota, del programma **CARDIOLOGIE APERTE** si è svolta domenica 10 ottobre 2004, ed ha visto l'adesione e quindi l'attività di 158 Unità Operative di Cardiologia, che si sono messe a disposizione dei cittadini delle loro comunità, accettando l'invito a "farsi visitare".

Scopo dell'iniziativa era quello di rinsaldare il contatto tra i cardiologi e la loro

popolazione di riferimento, mirando a sottolineare il peso economico e sociale delle malattie cardiovascolari, ancora il primo killer nei paesi occidentali ed in crescita netta nei paesi in via di sviluppo; la possibilità e la potenzialità delle misure preventive e di controllo dei fattori di rischio; come creare confidenza con le emergenze del cuore (attacco cardiaco, morte improvvisa da arresto cardiaco) sapendo riconoscere la situazione, cosa fare e come farlo.

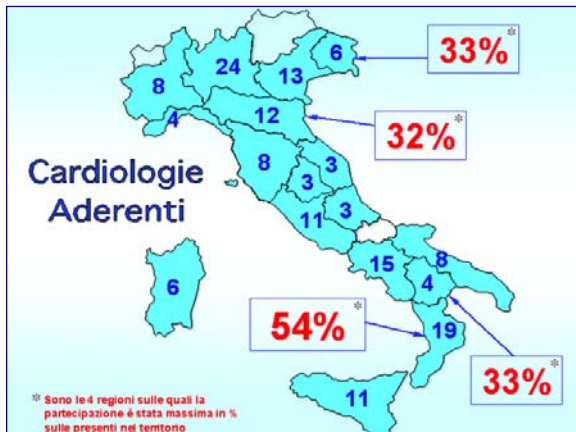
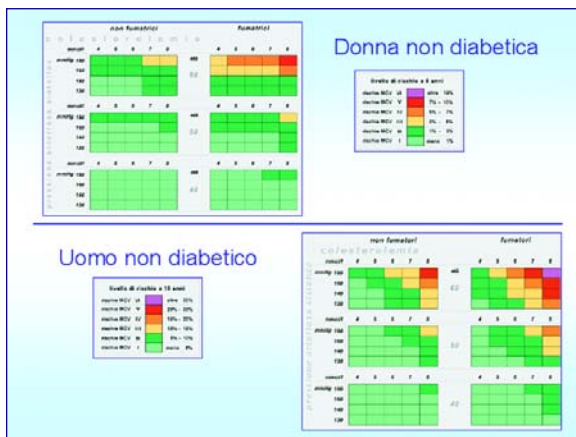
Il materiale messo a disposizione, oltre alle locandine di richiamo, era rappresentato da copie dell'opuscolo "Il cuore, il tuo vero motore" realizzato dal Ministero della Salute nell'ambito del 2004 anno del cuore con l'Alleanza per il Cuore; un CD contenente i 2 spot televisivi della campagna ministeriale, una breve presentazione di Heart Care Foundation, una serie di dia sull'attività fisica specie nei giovani, sui fattori di rischio e sulla carta del rischio cardiocerebrovascolare del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il formato della giornata e dell'"open day" era stato volutamente lasciato a discrezione, con sole indicazioni di massima, dando piena libertà di strutturare le iniziative secondo il proprio modo di vedere, chiedendo alla fine la compilazione di un questionario che permettesse di valutare le varie soluzioni adottate, oltre che raccogliere una serie di dati per consentire un'analisi di processo e di gradimento.

Ben 452 Cardiologi e 626 Infermieri delle strutture cardiologiche ANMCO sono stati coinvolti in vario modo accogliendo le persone affluite con diversa frequenza nelle varie sedi (media di 125 per sede), rispondendo ai loro quesiti, frequentemente organizzando anche momenti di incontro più formali in sale riunioni. Complessivamente la stima delle persone che hanno visitato le 158 strutture cardiologiche è stata di circa 20.000. Il gradimento dei partecipanti si è avvicinato al 100%. I Cardiologi hanno considerato la iniziativa un successo nell'80% delle sedi. Il 90% di loro si è dichiarato disponibile a ripetere l'esperienza, per lo più con cadenza annuale.

La maggiore percentuale di adesioni si è verificata in Calabria (54% delle unità operative cardiologiche), in Basilicata (33%), in





Hanno parlato di noi...

124 quotidiani a diffusione locale
 19 quotidiani a diffusione nazionale
 per un totale contatti:
5.800.000

9 uscite televisive nazionali e regionali
 per un totale contatti:
5.580.000

Ufficio Stampa Nazionale - Star Service Communication

Friuli-Venezia Giulia (33%) ed in Emilia-Romagna (32%). Hanno parlato della manifestazione: 124 quotidiani a diffusione locale, 19 quotidiani a diffusione nazionale, per un totale di contatti, secondo i dati di IAD, Auditel e Audiplus, di 5.800.000 per la carta stampata. 7 sedi regionali RAI hanno dedicato un servizio, anche replicato; inoltre vi sono stati passaggi sul TG4 e nella trasmissione "Uno mattina": il tutto per altri 5.580.000 contatti (dati comunicati dall'Ufficio Stampa Nazionale Star Service Communication, che ringrazio per la efficace collaborazione). Di seguito diamo alcuni dati di maggior dettaglio, derivati dal questionario pre/post che era stato inviato per una valutazione di processo e di gradimento:

- opinione positiva sulla proposta dell'iniziativa 95%
- interazione con la Direzione Generale dell'Ospedale 76%
- adesione: cardiologi 76%, infermieri 84%
- collaborazione di volontari 45%
- in alcune sedi sono stati eseguiti test diagnostici (in particolare colesterolemia, misurazione della pressione arteriosa, elettrocardiogrammi) ed in diverse sedi i visitatori ne hanno lamentato l'assenza. A questo proposito si era lasciata ampia facoltà di scelta, dando la prevalenza al colloquio tra personale cardiologico e cittadini, con intento di familiarizzazione ed educativo.

Ci sono ovviamente stati anche dei rilievi, a volte anche critici:

- scarsa pubblicizzazione centrale nazionale;
- occorre più materiale educativo da distribuire;
- molte persone si aspettavano "esami" (ECG, ECOCG);
- sarebbe stata necessaria una preparazione più lunga;
- parte dei materiali da proiettare erano troppo "tecnici";
- era bene avere il materiale con maggiore anticipo;
- evitare sovrapposizioni con altre manifestazioni;
- sono più efficaci le iniziative in piazza...;
- non di domenica...;
- mancanza del programma locale sulle locandine.

Alcune di queste osservazioni ci saranno utili per nuove iniziative.

Non sono mancati i commenti curiosi. Ne citiamo due per tutti:

- ... è una iniziativa interessante e divertente
- ... è un evento che fa bene al cuore!

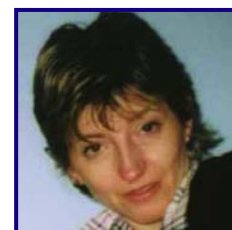
È anche utile sapere che il costo di tutto il materiale per l'operazione è stato contenuto in poco meno di 20.000 €, circa 1 € per visitatore.

I ringraziamenti di rito vanno a tutti coloro che hanno accolto l'invito ad "aprire" le cardiologie ed a tutti gli operativi. Un grazie particolare a Giulia, Angela... e rinforzi che si sono prodigate senza risparmio.

Complessivamente sono stati la maggioranza i giudizi favorevoli alla manifestazione. Per noi è importante che i Cardiologi e gli Infermieri dell'ANMCO si siano fatti protagonisti di una iniziativa della loro Fondazione e del Progetto Tutto cuore. È importante che un buon numero di cittadini abbia accolto l'invito dei Cardiologi ed abbia raccolto informazioni importanti per promuovere la propria salute.

E ora? Ora stiamo iniziando la preparazione della seconda edizione, per la quale proponiamo già la data: domenica 23 ottobre 2005. Ne riparlamo!

UNA PICCOLA STORIA CHE FARÀ DIVENTARE GRANDE UN CUORE



Ho pensato molto prima di scrivere questa storia, perché se da una parte mi spingeva a farlo la riconoscenza verso tutti coloro che l'hanno resa possibile, dall'altra sono consapevole che storie come questa ne esistono già tante.

Tutte hanno in comune un grande pregio: suscitare forti emozioni quando nel tempo ci si ripensa e quando le si racconta. Per questo motivo, per una promessa fatta a chi con me l'ha vissuta da vicino, non voglio rinunciare a scrivere di questa "avventura" che ha tanti protagonisti, ma uno in particolare: un piccolo Cuore.

Comincerò dall'inizio, come in una fiaba.

C'era una volta un piccolo Cuore... neanche a dirlo, la nostra storia comincia qui a Firenze, nella leggendaria via La Marmora, 36. Una sede nota a molti, una vera casa per noi che quotidianamente qui lavoriamo, una "famiglia" per tanti. Ero intenta nel lavoro presso la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari (HCF). Era già sera quel 7 dicembre quando risposi ad una telefonata, per me unica: una richiesta di aiuto. Chiamava l'ANMCO e la Fondazione una gentile signora Liana, quella che oggi chiamo il mio "Angelo", mai conosciuta prima. Inizialmente timorosa, poi più incalzante, mi spiegava con educata inquietudine il problema di una famiglia rumena dalle modeste possibilità economiche, residente a Bucarest. Alla loro bambina, la piccola Adriana, era stata diagnosticata una gravissima e complessa cardiopatia congenita. Per chi non avesse idea di cosa significhi vorrei riportare una frase che sintetizzava la sua condizione clinica che mi ha molto colpita: ha un cuore allo stato primordiale o meglio sembra il cuore di un anfibio.. un pesce? Queste parole non le dimenticherò facilmente. Ma andiamo per ordine.

Liana è una volontaria del centro ascolto della Caritas parrocchiale della "Chiesa della Sacra Famiglia dei Salesiani di Firenze". Lei cercava di farmi capire che alla piccina di otto mesi, era stata fatta una diagnosi che rappresentava una condanna a morte, rimanevano ancora pochi giorni di vita. Liana aveva disperatamente tentato già molte strade, contattato persone, istituzioni, lanciato appelli, ma mai aveva visto una luce o una chiara via d'uscita. Nessuno insomma le garantiva il trasferimento in Italia, un'adeguata assistenza e le cure del caso. Nessuno, in sintesi, poteva farsi carico di far arrivare Adriana dalla Romania, ricoverarla in un ospedale specializzato e sottoporla ad un difficile intervento al cuore. La motivazione fondamentale era legata all'indisponibilità economica.

La Romania non fa parte dell'Unione Europea, pertanto l'unica soluzione perseguibile sarebbe stata un'importante raccolta di fondi a garanzia della copertura delle cure. Fin qui sarebbe una storia di tutti i giorni, anche se ci sembrava impossibile realizzare una cosa del genere in così poco tempo. In definitiva, sentivamo che quello che ormai era divenuto il nostro invincibile tormento rappresentava l'ultima spiaggia di quel piccolo Cuore.

Non sicura, forse cercando una diversa motivazione, ho negato a me stessa prima e a Liana poi, una possibile soluzione razionale del caso. Capivo e cercavo di giustificare le altrui rinunce, comprendevo la estrema difficoltà di queste circostanze, ma il mio angelo insisteva e ripeteva: "non voglio credere che sia impossibile tentare qualcosa, per portarla in Italia e farla curare, a Bucarest hanno

detto che l'operazione sarebbe possibile solo all'età di 14 anni, ma non sarebbe arrivata mai a quell'età".

In pochi istanti, la mia iniziale perplessità svaniva. Era bastato pensare al mio bambino.....ed a quei genitori per i quali la cosa importante era vedere diventare grande quel "Cuore". Cosa fare? Come trovare i mezzi? Mentre ascoltavo Liana al telefono riuscivo sempre meno a concentrarmi su come avrei potuto spiegarle che HCF come fondazione di ricerca, non ha i mezzi per sostenere questi progetti, tipici delle organizzazioni umanitarie. Simili motivazioni valevano anche per l'ANMCO. Dentro di me sentivo crescere la consapevolezza di non rinunciare neanche a quel filo di speranza. Dovevo tentare qualcosa. E così le ho risposto: "mi lasci il telefono mi mandi la cartella della bambina, la richiamo tra un'ora".

Questa è la storia di un piccolo Cuore che batte,

ma con lui ha presto cominciato a battere forte anche il mio. Dove lavoro di cuore si parla tutti i giorni, ma non in questo modo, anche se qui tutte sappiamo che la parola cuore simboleggia quell'universale intreccio tra corpo e anima. Determinata ho ripreso il telefono, ho chiamato il mio amico Francesco. Lui mi ha ascoltato in silenzio, guidava, ma è bastato poco per capire che ci avrebbe dato l'anima in questa storia. Mi disse solo questo: "Giulia, non ti preoccupare, si farà, per prima cosa occorrerà cercare un Cardiocirurgo disponibile! Provo a cercarlo, dammi un giorno di tempo" "Sì, caro Dottore, gli ho risposto, ma non basta! La bambina sta a Bucarest e manca la disponibilità economica per farla entrare in Italia". A questo punto la sua risposta fu concisa, di quelle che non danno il minimo spazio ad una replica: "un passo alla volta!"

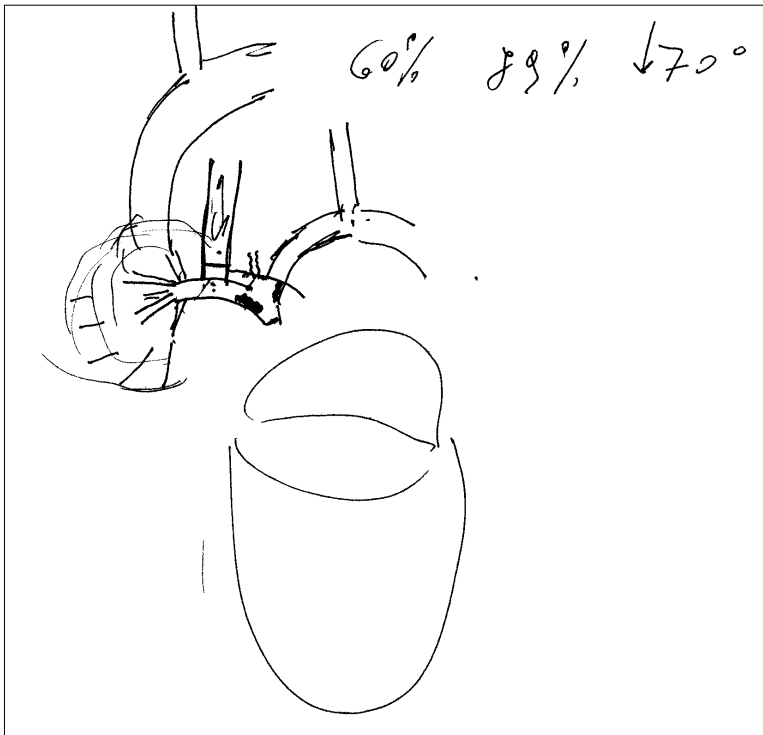
Così è stato, telefonate, contatti, promesse, la piccina è venuta in Italia e ricoverata in Puglia dal Prof. Paolo Arciprete, cardiocirurgo pediatrico che dirige il Dipartimento di Cardiocirurgia

Pediatria dell'Ospedaletto dei Bambini di Bari.

Ora capite perché questa storia appartiene ad un piccolo Cuore, alla giovane e splendida famiglia, ad un uomo semplice, dolcissimo, disponibile: Paolo Arciprete. Paolo prima di essere un importante cardiocirurgo dei bambini è un padre per tanti che hanno bisogno del suo aiuto. Paolo aveva compreso la nostra disperazione, l'aveva fatta sua, esprimendo la piena disponibilità, anche del suo gruppo, ad accoglierla nel reparto per operarla quanto prima.

Ho richiamato Liana, mio angelo, le ho spiegato che avevamo una piccola e concreta speranza. A questo punto si trattava di far arrivare in Italia Adriana, ci siamo divisi i compiti: io avrei dovuto trovare la strada per attivare il Servizio Sanitario Italiano attraverso il fondo umanitario, mentre lei avrebbe dovuto coinvolgere la sua comunità per assicurare la copertura delle spese logistiche ai genitori della bambina.

Merita un momento di attenzione e soprattutto un profondo ringraziamento, il parroco Don Gianni D'Alessandro che con tutti i suoi parrocchiani ha accolto questo accorato appello, raccogliendo in pochissimi giorni un'utile somma di denaro e nell'ambito della comunità Parrocchiale anche l'ospitalità alla famiglia. Al Ministero della Salute ho trovato, grazie a persone splendide, il mio interlocutore chiave. Mi piace chiamarla Dottoressa Anna, una donna sicuramente speciale. Su sua indicazione il 14 dicembre il Presidente della Fondazione dell'ANMCO Dott. Franco Valagussa, ha inviato una lettera al Ministro della Salu-



Schema dell'intervento - Disegno del Prof. Paolo Arciprete

te. La risposta non ha tardato ad arrivare. Un sogno! In pochissimi giorni il Ministro ha dato il suo benestare.

Da qui inizia il viaggio della speranza della famiglia di Adriana, arrivata a Bari il 27 dicembre 2004, mentre il mondo intero aveva negli occhi il disastro dello “tzunami”. Mi piace immaginare che tutti gli angeli di questa storia non si sono distratti pur consapevoli di quanto stesse accadendo.

Don Gianni De Roberto, Vicario della V vicaria di Bari, insieme a Don Lino, Francesco, Lucia e tutta la comunità della parrocchia di San Marcello di Bari hanno accolto Adriana, la mamma Raluca e il papà Sorin, semplicemente, con grande calore umano, affetto, solidarietà, amicizia, fratellanza, come amavano ricordare “non più di come Maria ha accolto Gesù”.

Ci sono voluti molti giorni per preparare Adriana all'operazione. Durante questo periodo comunità diverse, confessioni diverse hanno costantemente assicurato appoggio nella preghiera.

Finalmente è arrivato il 24 gennaio. Un lunedì più lungo del solito, era il giorno scelto per l'intervento. Avevamo aspettato tanto quel momento per dare un senso a quello che avevamo messo in moto. Devo dire che Liana ed io siamo state certamente fortunate. A me piace pensare che dall'alto qualcuno ci guidava, come sempre accade nelle difficoltà della vita, qualcuno che ci permetteva, tra alti e bassi, di pensare solo che tutto poteva andare nel migliore dei modi. Questa operazione è stata la prima di altri successivi interventi a completamento. La piccina, infatti, tornerà presto in Romania, ma tornerà a farsi operare nel mese di giugno dal Professor Arciprete.

Questa lettera vuol rappresentare un sincero ringraziamento, fatto dal profondo del cuore di tutti, a coloro che Adriana l'hanno conosciuta di persona, in fotografia o solo attraverso questo mio racconto.

Capirete perché adesso, prima di lasciarvi andare, io vorrei soffermarmi un momento per ringraziare alcune persone. L'ordine è sparso, ma ognuna di esse ha avuto un ruolo fondamentale e silenzioso.... dote quest'ultima piuttosto rara: Francesco Bovenzi, il Vice Presidente Organizzativo dell'ANMCO, che non mi ha lasciata sola un attimo ed ha creduto per primo che qualcosa si poteva tentare.

Franco Valagussa, il Presidente della Fondazione, che mi ha dato fiducia e mi ha aiutato ad andare avanti.

Giuseppe Di Pasquale, Presidente dell'ANMCO, che amabilmente mi ascolta; Francesco Chiarella, Presidente eletto dell'ANMCO, che ha voluto fosse una storia da raccontare.

Paolo Arciprete il Cardiocirurgo pediatrico che ogni madre vorrebbe incontrare per le sue doti di umanità.

Fiorella Carpinelli, Funzionaria del Ministero, che mi ha dato i giusti consigli per muovermi nei rivoli di un ministero.

Anna Camera che mi ha ascoltato e senza il cui aiuto Adriana non sarebbe mai arrivata in Italia.

Il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, che ha creduto in questo nostro disperato appello.

In fondo, ma non per ultimi, le mie Colleghe ed i miei Colleghi, perché hanno un grande “Cuore”.

Chi volesse sostenere con un contributo la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari – **Heart Care Foundation ONLUS** per continuare ad assistere Adriana può usufruire dei seguenti metodi:

- Conto Corrente Postale 24411506 intestato ad
Heart Care Foundation ONLUS (Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze) - **causale: aiuti ad Adriana**
- Bonifico Bancario C.C. n.21243 CRF Ag. 1 di Firenze ABI 6160 CAB 02801 intestato ad
Heart Care Foundation ONLUS - **causale: aiuti ad Adriana**

CONOSCERE IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE SANITARIE PER MIGLIORARE LA PRATICA CLINICA

Negli ultimi anni, una nuova disciplina si è diffusa, soprattutto fuori dai confini Italiani, con l'obiettivo di supportare i processi decisionali nell'ambito delle politiche economiche. Questa disciplina va sotto il nome di Health Technology Assessment (HTA), ovvero valutazione della tecnologia sanitaria.

La HTA è il campo multidisciplinare di programmazione che studia le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dello sviluppo, della diffusione e dell'uso della tecnologia sanitaria. Si tratta di un'area di valutazione estremamente ampia, non solo per i numerosi aspetti che coinvolge, ma anche per l'ampiezza dell'ambito che la "tecnologia sanitaria" circoscrive. Essa infatti è rappresentata da farmaci, dispositivi medicali, procedure e approcci clinici e d'igiene comportamentale utilizzati per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione di una condizione di salute.

Le tecnologie hanno effetti sulla salute dei pazienti (e dei famigliari) ed effetti non sanitari (ad esempio, economici, organizzativi) che ricadono sul sistema sanitario. Le valutazioni di tipo HTA possono essere svolte a livello micro, meso e macro. Il primo è rappresentato dalla pratica clinica del singolo professionista che valuta l'utilizzo, ad esempio, di una procedura su di un paziente: sarà questa procedura efficace per questo paziente?. Il secondo rappresenta la prospettiva dell'azienda sanitaria od ospedaliera, che svolge un ruolo di programmazione in un ambito geografico e demografico definito: quante cardiochirurgie sono necessarie per coprire il fabbisogno del territorio di riferimento? Infine, il livello macro è quello di un sistema sanitario nel suo complesso (regionale o nazionale): i defibrillatori impiantabili sono costo-efficaci? Qual è il loro fabbisogno regionale?

Negli attuali sistemi sanitari, sempre più complessi, cresce l'esigenza d'informazioni, sia da parte di chi svolge il ruolo di finanziatore, sia da parte dell'erogatore. In questa complessità si collocano le valutazioni HTA che costituiscono il ponte fra scienza e programmazione, producono e sintetizzano le informazioni necessarie al livello decisionale (micro, meso o macro) per mantenere una tecnologia o sostituirla con una nuova.

In estrema sintesi, il processo di produzione di una valutazione HTA si estrinseca nelle seguenti fasi:

- Identificazione dei problemi di salute e delle priorità
- Definizione del quesito di ricerca (Sicurezza? Efficacia? Fabbisogno? Appropriatazza? Equità? Efficienza?)
- Ricerca, review, sintesi, formulazione dell'evidenza
- Analisi del contesto
- Raccomandazioni ai decisori (programmazione sanitaria, linee guida, ecc.)
- Disseminazione
- Implementazione
- Analisi dell'impatto

Le valutazioni HTA producono raccomandazioni ai decisori, i quali prenderan-

no decisioni che dipendono dal contesto socio-politico, dai valori che sottono alle linee di governo, dalle priorità, dalle risorse disponibili.

Nel mondo sono più di 40 le agenzie di HTA, per lo più create ad hoc dai governi dei relativi paesi con l'obiettivo di referenziare il processo di razionalizzazione della spesa sanitaria. Sono molti, tuttavia, coloro che attribuiscono a questa disciplina una valenza ben più ampia.

Nonostante la HTA si sia sviluppata altrove, anche in Italia oggi essa suscita interesse crescente ad ogni livello. Dal 2003 esiste il Network Italiano di HTA, che ha l'obiettivo di diffondere i principi e le metodologie HTA, per la gestione delle tecnologie biomediche, nelle organizzazioni sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale. Vi hanno aderito regioni, aziende sanitarie ed ospedaliere, Università. Non solo, quest'anno l'Italia ospiterà il Congresso Internazionale di HTA: HTAI 2005 dal 20 al 22 giugno a Roma (www.htai.org). L'obiettivo di questa edizione è ambizioso: portare la HTA nella pratica clinica. Per realizzare un simile obiettivo è necessario realizzare l'incontro tra decisori e professione medica per far scaturire il dibattito necessario a portare la HTA negli ospedali e nei processi di programmazione sanitaria. Parallelamente al Congresso sarà realizzato un corso tenuto da esperti internazionali appartenenti ad importanti agenzie di HTA, per approfondire i concetti, i metodi e gli ambiti di applicazione di questa disciplina.

Questo Congresso rappresenta un'occasione di scambio e di crescita professionale unica ad oggi nel panorama italiano per medici, manager e decisori politici dell'ambito sanitario.



Immagine elaborata al computer

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 i Dirigenti di Struttura Semplice
- € 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 i Dirigenti di Struttura Semplice
- € 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

BASILICATA

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

CALABRIA

Dott. MARIO CHIATTO - Presidio Ospedaliero - Via Viccinelli - 87075 Trebisacce (CS) - tel. 0981/5091-509263 - e-mail: 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

EMILIA ROMAGNA

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

LAZIO

Dott. FABRIZIO AMMIRATI - Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinetti, 20 - 00135 Roma - tel. 06/33061-33062467 - e-mail: 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

LOMBARDIA

Dott. ANTONIO MAFRICI - Osp. Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 MILANO - tel. 02/64442308 - e-mail: 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

MOLISE

Dott. EMILIO MUSACCHIO - Ospedale Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 Campobasso - tel. 0874/4091-409319 - e-mail: 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

P.A. BOLZANO

Dott. WERNER RAUHE - Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 BOLZANO - tel. 0471/909950 - e-mail: 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.aps.tn.it

PUGLIA

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

SARDEGNA

Dott. GIAMPAOLO SCORCU - Ospedale San Michele Brotzu - Via Peretti - 09134 CAGLIARI - tel. 070/539517-510 - e-mail: giampaolo.scorcu@tin.it

SICILIA

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

TOSCANA

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

VENETO

Dott. GIORGIO RIGATELLI - Divisione di Cardiologia - Via Giannella, 1 - 37045 Legnago (VR) - tel. 0442/632299-632111 - e-mail: giorgiorigatelli@yahoo.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 _____

LUOGO DI NASCITA _____ 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 di struttura complessa Dirigente di struttura semplice
- Ricercatore - Borsista - Specializzando Ambulatoriale 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):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR) | <input type="checkbox"/> Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF) | <input type="checkbox"/> Malattie del miocardio e del pericardio (MMP) |
| <input type="checkbox"/> Biologia cellulare del cuore (BCC) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e prevenzione (EPR) | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC) |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia (FCA) | <input type="checkbox"/> Cardiopatie valvolari (CAV) | <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia (CCN) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR) | <input type="checkbox"/> Informatica (INF) | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca (INC) |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (ECO) | <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica (CPO) |
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed elettrostimolazione (AES) | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica (IPR) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica (CCL) |
| | | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute (SCA) |

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, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina, 58.

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, tel. 02/26433068 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT).

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 Generale _____

FELLOWSHIP ANMCO

Il 28 febbraio 2005 scade il termine per la presentazione delle domande

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO.
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale,
 - partecipando come Autore o Co-autore a 5 pubblicazioni scientifiche su riviste censite dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni, oppure:
 - documentando la partecipazione attiva a Congressi nazionali od internazionali come Relatore (Autore o Co-Autore di comunicazioni o presentazioni orali o poster) in 5 occasioni negli ultimi 5 anni, oppure:
 - documentando l'attività continuativa di Revisore per una rivista cardiologica recensita dall'Index Medicus negli ultimi 5 anni.
3. Fellowship in campo organizzativo-gestionale.
Vengono sospese le procedure di accesso alla Fellowship in campo organizzativo-gestionale. Gli Associati ANMCO attualmente titolari di questo tipo di Fellowship continuano a mantenere questo titolo a tempo indeterminato.

Domanda di ammissione alla Fellowship

La domanda di accesso alla Fellowship in campo scientifico-didattico-editoriale va corredata dai seguenti documenti:

- a - modulo apposito, debitamente compilato;
- b - due fotografie, formato tessera;
- c - curriculum vitae completo;
- d - attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- e - lista sintetica dei soli titoli delle 5 pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a Congressi internazionali, abstracts a Congressi nazionali, capitoli di libri;
- f - lista delle relazioni inviate con segnalazione Convegno relativo, degli ultimi 5 anni;
- g - segnalazione dei campi di particolare interesse in cui il candidato si ritiene esperto e delle attività che è disposto a svolgere (tali campi sono dettagliati nel modulo e si possono operare fino a 2 scelte);
- h - lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow; l'elenco dei Fellow sarà pubblicato su ogni numero di Cardiologia negli Ospedali o su apposita pubblicazione;
- i - indicazioni delle lingue straniere eventualmente conosciute con precisazione del livello di conoscenza (eccellente, buona, mediocre) sia per la lingua scritta che parlata.

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

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro il **28 febbraio** dell'anno in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Mantenimento della Fellowship

Il Fellow ANMCO non in regola con la quota di iscrizione all'ANMCO per l'anno solare in corso viene sollecitato dalla segreteria entro il 30 giugno dello stesso anno.

Qualora la quota di iscrizione non pervenga in Segreteria entro il 31 dicembre dello stesso anno, l'Associato perde il titolo di Fellow e dovrà ripresentare la domanda ex-novo nel caso desideri richiedere ancora tale riconoscimento. Ciò viene notificato all'associato Fellow nella lettera di sollecito.

Aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow

Ad intervalli di 5 anni, i Fellow in campo scientifico-didattico-editoriale saranno invitati a trasmettere in Segreteria una sintesi delle attività scientifiche svolte dal Fellow nell'ultimo quinquennio. Sarà richiesta una lista di:

- pubblicazioni scientifiche su riviste censite dall'Index Medicus (Autori, titolo della pubblicazione, rivista, anno, volume, prima ed ultima pagina, in formato Vancouver);
- interventi come Relatore a Congressi nazionali ed internazionali (Autori, titolo della presentazione, Convegno, anno e pagine degli Atti se disponibili);
- riviste recensite su Index Medicus per le quali il Fellow ha svolto attività di Revisore (lista riviste ed anni nei quali è stata svolta attività di Revisore);
- studi clinici ANMCO ai quali il Fellow ha partecipato.

Il costante aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow faciliterà l'Associazione nell'utilizzo dei Fellow sulla base delle specifiche competenze.

Commissione giudicante

La Commissione giudicante è composta da 7 membri e si riunisce una volta l'anno, in primavera, così che la nomina dei nuovi Fellow avvenga durante il Congresso Nazionale.

Viene convocata dal Presidente dell'ANMCO ed ha facoltà di decidere se sono presenti almeno 5 membri; la decisione è a maggioranza assoluta (4 voti favorevoli).

I membri sono:

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

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

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

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Indirizzo lavorativo:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

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

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE _____

Lingue conosciute _____

Livello di conoscenza: ECCELLENTE BUONO MEDIOCRE

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow; | <input type="checkbox"/> viste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri; | <input type="checkbox"/> curriculum vitae completo; |
| <input type="checkbox"/> lista sintetica dei soli titoli delle 5 pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre ri- | <input type="checkbox"/> attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato; | <input type="checkbox"/> lista delle relazioni invitate con segnalazione convegno relativo, degli ultimi 5 anni; |
| | | <input type="checkbox"/> due fotografie a colori formato tessera |

Campi di interesse in cui il candidato si ritiene esperto (massimo 2)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR) | <input type="checkbox"/> Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF) | <input type="checkbox"/> Malattie del miocardio e del pericardio (MMP) |
| <input type="checkbox"/> Biologia cellulare del cuore (BCC) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e prevenzione (EPR) | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC) |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia (FCA) | <input type="checkbox"/> Cardiopatie valvolari (CAV) | <input type="checkbox"/> Cardiocirurgia (CCH) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR) | <input type="checkbox"/> Informatica (INF) | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca (INC) |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (ECO) | <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica (CPO) |
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed elettrostimolazione (AES) | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica (IPR) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica (CCL) |
| | | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute (SCA) |

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, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina, 58.

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

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre as-

sociazioni, 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, tel. 02/26433068 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT).

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

• Si ricorda che il termine di presentazione delle domande è il 28 febbraio 2005 •



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

Are ANMCO chi è interessato?

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

COGNOME _____ NOME _____

- Socio ANMCO Non Socio Dirigente di struttura complessa Dirigente di struttura semplice
 Infermiere Altro

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO _____

Nome del Primario _____

Sono interessato alla seguente Area:

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

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 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, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina, 58.

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 curano 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, tel. 02/26433068 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT).

- 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 _____



ANMCO 2005

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

1-4 giugno 2005

FIRENZE, Fortezza da Basso - Viale Strozzi, 1



INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

EVENTI SEMINARIALI

Incontri di un'ora dove si privilegeranno gli aspetti formativi, a carattere fortemente interattivo, con uno-tre coordinatori. Gli eventi saranno predisposti per la conservazione per il "Centro Formazione ANMCO" e si articoleranno nelle seguenti modalità:

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

Controversie: pro e contro su argomenti di attualità

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

Clinical Round: presentazione e discussione di casi clinici con snodi decisionali

Live Session: procedure cardiologiche invasive dal vivo

MINIMASTER

Corsi teorico-pratici di 6 ore di clinical competence in Cardiologia.

Saranno a numero chiuso ed è necessaria la pre-iscrizione, con una quota di 300 Euro a corso.

Ogni evento è riservato a 50 persone e predisposto per la conservazione per il "Centro Formazione ANMCO".

Per l'iscrizione si prega di utilizzare la scheda allegata e di inviarla al Centro Servizi ANMCO (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze) entro il **6 Maggio 2005**. Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti e per l'assegnazione varrà la data del timbro postale. A coloro che resteranno esclusi dal MiniMaster prescelto verrà offerta la possibilità di partecipare ad un altro corso, oppure verrà restituita interamente la quota versata.

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

SESSIONI PLENARIE

- Gli Studi Clinici dell'ANMCO
- La Continuità Assistenziale in Cardiologia
- Scopenso Cardiaco: Hot Topics
- Cardiochirurgo e Cardiologo a confronto
- Convention delle UTIC: gestione delle Sindromi Coronariche Acute nel paziente ad alto rischio

e ancora...

- Simposi Tradizionali
- Simposi Congiunti con altre Società Scientifiche
- Incontri con i Medici di Medicina Generale (venerdì 3 e sabato 4 Giugno)
- Comunicazioni Orali e Poster
- Simposi e Letture Satellite
- Simposio su innovazioni tecnologiche in Cardiologia
- Luncheon Panel
- Eventi a cura di Heart Care Foundation - ONLUS:
 - Tutela del cuore nell'ambito dell'industria alimentare
 - Come la comunità fa fronte all'attacco cardiaco

RIUNIONI DI AREA

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

CREDITI FORMATIVI ECM

È stata inoltrata al Ministero della Salute richiesta per i crediti formativi ECM - Educa-

zione Continua in Medicina. I crediti assegnati verranno indicati sul programma finale.

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

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

ASSEMBLEA DEI SOCI ANMCO

L'Assemblea dei Soci ANMCO si svolgerà venerdì 3 Giugno dalle ore 11.15 alle ore 14.45. Si ricorda che per partecipare all'Assemblea occorre essere in regola con le quote associative.

Verrà data la possibilità di consumare uno "snack".

EVENTO "TUTTI INSIEME"

Si svolgerà la sera di venerdì 3 Giugno 2005. Per l'adesione si prega di utilizzare la scheda di iscrizione allegata.

ISCRIZIONI

La quota di iscrizione al Congresso è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il 29 Aprile 2005. La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Gli annullamenti dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso. L'iscrizione al Congresso sarà possibile fino al **6 Maggio 2005**; dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale. Le pre-iscrizioni ai MiniMaster saranno subordinate all'iscrizione al Congresso. Le iscrizioni verranno accettate fino al raggiungimento del numero massimo previsto per ciascun MiniMaster.

L'elenco dei MiniMaster con pre-iscrizione si trova sulla scheda di iscrizione allegata.



XXXVI Congresso Nazionale di Cardiologia ANMCO 2005

1-4 giugno - Firenze, Fortezza da Basso

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Cod. Fiscale/P. IVA _____

(Assolutamente indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti ECM)

ISCRIZIONI (IVA 20% inclusa)

| | Quota entro il 28/4/2005 | Quota dal 29/4 al 6/5/2005 | Quota al Congresso |
|--|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Soci ANMCO, SIC, ANCE, ARCA, SICP, SICCH, SICOA | € 250 | € 280 | € 350 |
| Non soci | € 310 | € 360 | € 420 |
| Giovani Medici (nati dopo il 1/1/75) | € 150 | € 180 | € 240 |
| MiniMaster | € 300 | € 300 | - |
| Evento "Tutti insieme" | € 60 | € 72 | € 96 |

Desidero iscrivermi al seguente MiniMaster

- La comunicazione in medicina
- Cardiovascular imaging: update in clinical Cardiology
- Lo stroke: cosa deve sapere il cardiologo
- Catheter ablation

Allego le seguenti quote:

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

mediante assegno N. _____

della Banca _____

intestato a Centro Servizi ANMCO srl con dicitura "non trasferibile".

"Ai sensi del D. Lgs. 196/03 si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni in materia sanitaria. I Suoi dati verranno utilizzati per l'espletamento delle procedure contabili relative al pagamento della quota di iscrizione e potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerLa aggiornata circa le nostre prossime iniziative scientifiche e comunicati a terzi, in tal caso, al fine di poterLe inviare ogni pubblicazione anche su CD Rom inerente la Manifestazione Congressuale. A tale ultimo fine potranno essere comunicati anche alla Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari ONLUS - Heart Care Foundation. Lei ha comunque il diritto di opporsi a tale trattamento. Titolari del trattamento sono ANMCO e Centro Servizi ANMCO srl con sede in Firenze, Via A. La Marmora, 36 e nei loro confronti Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del citato D. Lgs. 196/03. La mancata accettazione al trattamento dei Suoi dati comporta l'impossibilità di gestire la Sua iscrizione alla manifestazione e l'invio dei materiali e delle pubblicazioni ad essa inerenti".

Data _____ Firma _____



CARDIONURSING ANMCO 2005

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

2-4 giugno 2005

FIRENZE, Fortezza da Basso - Viale Strozzi, 1



INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

CARDIONURSING ANMCO 2005

Nel 2005 il Cardionursing, ormai divenuto tradizionalmente il più importante Convegno nazionale della categoria degli Infermieri di Cardiologia, si svolgerà a cavallo dell'attivazione dei corsi di Laurea Specialistica in quasi tutte le sedi universitarie italiane. Le continue ristrutturazioni del Servizio Sanitario Nazionale e i cambiamenti nei contenuti delle cure rendono molto ampia la gamma di posizioni e competenze dell'Infermiere con Laurea Specialistica: dalla direzione dei Servizi Aziendali al coordinamento di un Dipartimento o Unità Complessa o di una équipe, al case management, al coordinamento dell'aggiornamento del personale e della formazione permanente, al ruolo di formatore, di docente e di tutor. Occupare queste posizioni richiede il possesso di competenze trasversali e di conoscenze specifiche e la capacità di applicarle a diversi contesti.

Questo, che segna pertanto un ulteriore passo avanti per gli Infermieri, in un percorso culturale di livello sempre più avanzato, verrà tenuto presente, insieme con le idee e le proposte già discusse in un seminario svoltosi in seno al Cardionursing 2004 e a quelle che verranno fuori dalle delegazioni regionali, nella selezione e nella scelta degli argomenti che il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing proporrà in discussione nelle tre giornate in cui si articolerà il Congresso.

La struttura del Cardionursing ricalcherà, in linea generale, la formula, ormai collaudata, dei Seminari, Simposi, Controversie e MiniMaster, ed anche per quest'anno è confermata una Sessione Plenaria in comune con i Cardiologi.

MINIMASTER

Corsi di approfondimento teorico-pratici della durata di 6 ore per promuovere tematiche su aspetti professionali ed organizzativi del nursing.

I MiniMaster sono suddivisi in 2 parti.

I corsi sono riservati a 50 persone ciascuno ed è necessaria una pre-iscrizione con una quota di 100 Euro ognuno. Per l'iscrizione si prega di utilizzare la scheda allegata e di inviarla al Centro Servizi ANMCO (Via La Marmorata, 36 - 50121 Firenze) entro il **6 Maggio 2005**. Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti e per l'assegnazione varrà la data del timbro postale. A coloro che resteranno esclusi dal MiniMaster prescelto verrà offerta la possibilità di partecipare ad un altro corso, oppure verrà restituita interamente la quota versata. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il 29 Aprile 2005. La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Per gli annullamenti dopo tale data non è previsto alcun rimborso.

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

SEMINARI

Sessioni di un'ora ciascuna, focalizzate su argomenti di attualità in tema di nursing in Cardiologia. Le Comunicazioni selezionate fra gli abstract ricevuti saranno integrate con le sessioni seminariali.

RIUNIONE DI AREA

La riunione dell'Area Nursing ANMCO si

svolgerà giovedì 2 Giugno dalle ore 18.00 alle ore 19.00.

EVENTO "TUTTI INSIEME"

Si svolgerà la sera di venerdì 3 Giugno 2005. Per l'adesione si prega di utilizzare la scheda di iscrizione allegata.

CREDITI FORMATIVI ECM

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

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

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

ISCRIZIONI

La quota di iscrizione al Congresso è di 30 ed è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il 29 Aprile 2005.

La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Gli annullamenti dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso.

L'iscrizione al Congresso sarà possibile fino al **6 Maggio 2005**; dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale.

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

L'elenco dei MiniMaster con pre-iscrizione si trova sulla scheda di iscrizione allegata.



XXXVI Congresso Nazionale di Cardiologia CARDIONURSING ANMCO 2005

2-4 giugno - Firenze, Fortezza da Basso

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Cod. Fiscale/P. IVA _____

(Assolutamente indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti ECM)

Qualifica: Infermiere Tecnico di Cardiologia Fisioterapista

ISCRIZIONI (IVA 20% inclusa)

| | Quota entro il 28/4/2005 | Quota dal 29/4 al 6/5/2005 | Quota al Congresso |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Quota iscrizione | € 30 | € 30 | € 30 |
| MiniMaster | € 100 | € 100 | - |
| Evento "Tutti insieme" | € 30 | € 36 | € 48 |

Desidero iscrivermi al seguente MiniMaster

- Corso di elettrocardiografia avanzata
- L'infermiere nel laboratorio di ecocardiografia: compiti, competenze e prospettive
- Cardiologia preventiva e riabilitativa
- Presidi e tecniche per la gestione delle vie aeree in terapia intensiva cardiologica
- Il paziente cardioperato: problemi assistenziali

Allego le seguenti quote:

Quota di iscrizione _____ € _____

Evento "Tutti insieme" n. persone _____ € _____

Quota MiniMaster _____ € _____

TOTALE € _____

mediante assegno N. _____

della Banca _____

intestato a Centro Servizi ANMCO srl con dicitura "non trasferibile".

"Ai sensi del D. Lgs. 196/03 si informa che i dati a Lei riferiti sono stati assunti dal titolare presso terzi o direttamente dall'interessato, al fine di promuovere l'organizzazione di convegni in materia sanitaria. I Suoi dati verranno utilizzati per l'espletamento delle procedure contabili relative al pagamento della quota di iscrizione e potranno essere registrati anche su supporto informatico al fine di tenerLa aggiornata circa le nostre prossime iniziative scientifiche e comunicati a terzi, in tal caso, al fine di poterLe inviare ogni pubblicazione anche su CD Rom inerente la Manifestazione Congressuale. A tale ultimo fine potranno essere comunicati anche alla Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari ONLUS - Heart Care Foundation. Lei ha comunque il diritto di opporsi a tale trattamento. Titolari del trattamento sono ANMCO e Centro Servizi ANMCO srl con sede in Firenze, Via A. La Marmora, 36 e nei loro confronti Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del citato D. Lgs. 196/03. La mancata accettazione al trattamento dei Suoi dati comporta l'impossibilità di gestire la Sua iscrizione alla manifestazione e l'invio dei materiali e delle pubblicazioni ad essa inerenti".

Data _____ Firma _____

COMITATI DI COORDINAMENTO AREE ANMCO 2005-2006

AREA ARITMIE

Chairman: Maurizio Lunati (Milano)
Co-Chairman: Giuseppe Inama (Crema)
Comitato di Coordinamento: Vincenzo Ciconte (Catanzaro), Roberto Mantovan (Treviso), Carlo Menozzi (Reggio Emilia), Antonio Vincenti (Monza - MI)
Referente Area Chirurgica: Stefano Benussi (Milano)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/aritmie

AREA CHIRURGICA

Chairman: Claudio Zussa (Venezia - Mestre)
Co-Chairman: Claudio Grossi (Cuneo)
Comitato di Coordinamento: Pino Fundarò (Milano), Ugolino Livi (Udine), Maurizio Gentile (Pedara - CT), Luigi Martinelli (Genova)
Consulenti: Alessandro Mazzola (Teramo), Alessandro Pardini (Terni)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/chirurgica

AREA EMERGENZA-URGENZA

Chairman: Cesare Greco (Roma)
Co-Chairman: Gianni Casella (Bologna)
Comitato di Coordinamento: Lorenzo Borgo (Genova), Maurizio Del Pinto (Perugia), Patrizia Maras (Trieste), Zoran Olivari (Treviso)
Consulenti Scientifici: Claudio Fresco (Udine), Stefano Savonitto (Milano)
Consulente per le tematiche di rete e clinical competence: Claudio Cuccia (Brescia)
Consulente per le problematiche del dolore toracico: Filippo Ottani (Forlì)
Referente Area Chirurgica: Carlo Antona (Milano)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/emergenza

AREA INFORMATICA

Chairman: Antonio Di Chiara (Udine)
Co-Chairman: Luigi Badano (Udine)
Comitato di Coordinamento: Francesco Antonio Benedetto (Reggio Calabria), Giancarlo Casolo (Firenze), Pier Camillo Pavesi (Bologna), Giuseppe Trocino (Monza - MI)
Consulenti tecnico-scientifici: Gianfranco Mazzotta (Genova), Walter Pitscheider (Bolzano), Christian Pristipino (Roma), Paola Vaghi (Tradate - VA)
Referente Area Chirurgica: Paolo Magagna (Vicenza)

Comitato G8 - Cardio ANMCO

Coordinatori: Antonio Di Chiara (Udine), Gianfranco Mazzotta (Genova)
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: Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Per la cardiologia nucleare: Marco Mazzanti (Ancona)
Per le SCA: Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman: Giuseppe Favretto (Motta di Livenza - TV)
Co-Chairman: Carlo D'Agostino (Bari - Carbonara)
Comitato di Coordinamento: Chiara Arcangeli (Firenze), Giovanna Mureddu (Nuoro), Andrea Rubboli (Bologna), Giovanni Tortorella (Reggio Emilia)
Consulenti: Franco Casazza (Milano), Stefano Ghio (Pavia), Pietro Zonin (Rovigo)
Referente Area Chirurgica: Andrea Maria D'Armini (Pavia)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman: Vincenzo Cirrincione (Palermo)
Co-Chairman: Giuseppe Rosato (Avellino)
Comitato di Coordinamento: Franco Ingrilli (Palermo), Loredano Milani (San Donà di Piave - VE), Luciano Moretti (Ascoli Piceno), Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Consulenti: Ignazio Catalano (Palermo), Francesco Mazzuoli (Firenze), Giuseppe Pinelli (Bologna), Pier Antonio Ravazzi (Alessandria), Gino Tosolini (Udine)
Referente Area Chirurgica: Domenico Mercogliano (Alessandria)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/management

AREA NURSING

Chairman: Quinto Tozzi (Roma)
Co-Chairman: Paolo Bonomo (Cagliari)
Comitato di Coordinamento: Maria Teresa Capalbi (Potenza), Claudio Coletta (Roma), Armando Francesconi (Sassuolo - MO), Renata Rebaudo (Pietra Ligure - SV)
Consulenti: Paola Di Giulio (Torino)
Referente Area Chirurgica: Antonio Vicentini (Milano)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman: Carmine Riccio (Caserta)
Co-Chairman: Furio Colivicchi (Roma)
Comitato di Coordinamento: Piero Clavario (Arenzano - GE), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Stefania De Feo (Verona), Stefano Urbinati (Bologna)
Consulente Editoriale: Maurizio Abrignani (Trapani)
Consulente per la formazione: Massimo Ugucioni (Roma)
Referente Area Chirurgica: Paolo Ferrara (Avellino)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman: Andrea Di Lenarda (Trieste)
Co-Chairman: Fabrizio Oliva (Milano)
Comitato di Coordinamento: Guido Gigli (Rapallo - GE), Andrea Mortara (Monza - MI), Giovanni Pulignano (Roma), Luigi Tarantini (Belluno)
Consulenti: Gianfranco Alunni (Perugia), Gabriele Castelli (Firenze), Giuseppe Di Tano (Messina), Alessandro Filippi (Mozzanica - BG), Giuseppina Majani (Montescano - PV), Giovanni Mathieu (Pinerolo - TO)
Medical Writer: Renata De Maria (Milano)
Referente Area Chirurgica: Ettore Vitali (Milano)
www.anmco.it/ita/attivita/aree/scompenso



RINNOVAMENTO NELLA CONTINUITÀ

Con il 31 dicembre 2004 si è chiuso il I biennio di vita dell'Area Malattie del Circolo Polmonare, ultima nata tra le Aree ANMCO.

Sono passati infatti appena 2 anni e mezzo da quando, era il 13 luglio 2002, il Consiglio Nazionale ratificava formalmente l'istituzione di questa nuova Area dedicata alle Malattie del Circolo Polmonare.

L'Area è stata costituita su iniziativa, promossa e fortemente voluta, del Dott. Pietro Zonzin che ne è stato Chairman per questi primi 2 anni.

E quelli che Pietro Zonzin, nel Notiziario del luglio/settembre 2002, scriveva essere gli scopi dell'Area rimangono tutt'ora particolarmente attuali:

1. sensibilizzare la comunità cardiologica alle patologie del circolo polmonare (troppo spesso erroneamente considerate dal cardiologo come marginali ai suoi interessi culturali e pratici);
2. aggregare i Centri di Cardiologia che si interessano, curano e seguono queste patologie;
3. collaborare con altri Gruppi di Studio e Società Scientifiche che coltivano interessi analoghi.

Sono stati 2 anni di intenso lavoro per il Chairman e per tutto il Comitato di Coordinamento dell'Area.

In questo breve periodo è stata creata una rete di Referenti Regionali ANMCO, presenti ora in tutte le regioni italiane, che hanno il fondamentale compito di sviluppare e promuovere localmente la conoscenza degli aspetti culturali di queste patologie, molto più frequenti di quello che comunemente si ritiene.

Molti sono stati, e sempre molto partecipati e intensi, i Simposi, Convegni, Corsi di Aggiornamento organizzati in questi 2 anni su temi di Embolia Polmonare e Ipertensione Arteriosa Polmonare. È stato anche grazie a questo impegno organizzativo che questi aspetti clinici cominciano a non essere più considerati dai cardiologi italiani temi "da carbonari".

Sono stati promossi Simposi congiunti su questi specifici argomenti con l'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri), con l'ARCA (Associazione Regionale Cardiologi Ambulatoriali), con la FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Italiani).

È stata creata una rete di collegamenti con altri Gruppi di Studio e Società Scientifiche che condividono interessi culturali analoghi e in particolare si stanno facendo sempre più stretti e proficui i rapporti di collaborazione con il Gruppo di Studio della SIC su "Circolazione Polmonare e funzione ventricolare destra" guidato attualmente dal Prof. Mario Morpurgo.

È in corso di avanzata preparazione un DATA BASE per l'inquadramento del paziente con embolia polmonare in fase acuta e nel follow-up e sta per partire un'indagine prospettica osservazionale a valenza nazionale su quelli che sono gli attuali percorsi diagnostici e terapeutici seguiti nei pazienti con embolia polmonare acuta.

Sono tuttora in fase di implementazione le Linee Guida su "Profilassi, diagnosi e terapia della tromboembolia polmonare" elaborate dalla Commissione ANMCO-SIC e pubblicate su *Ital Heart J Suppl* 2001, 2: 1341-56. Con l'anno 2005, anche l'Area Malattie del

CONSULTA ANCHE:

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

Circolo Polmonare ha costituito il nuovo Comitato di Coordinamento che avrà il non facile compito di continuare a sviluppare quello che il Dott. Zonzin ha così bene iniziato. Il suo contributo di lavoro e di entusiasmo continuerà comunque ad essere presente e di stimolo per la crescita ulteriore dell'Area. Obiettivo primario rimane certamente ancora quello di incrementare

il numero dei medici che desiderano condividere le problematiche di queste patologie. Chiunque fosse interessato ad iscriversi all'Area può utilizzare il modulo riportato a pag. 29, scaricabile anche dal sito WEB ANMCO all'indirizzo www.anmco.it/ita/attivita/aree/circolo, oppure richiederlo a Simonetta Ricci della Segreteria delle Aree ANMCO.



Arteriografia Polmonare Gold Standard nell'Embolia Polmonare



UN SALUTO DAL CHAIRMAN USCENTE

Negli ultimi quattro anni ho avuto il privilegio di partecipare attivamente, dapprima come Co-Chairman di Fabrizio Ammirati e successivamente come Chairman, alla crescita esponenziale che si è verificata nell'Area Nursing: un fermento di iniziative e una partecipazione da parte degli Infermieri di Cardiologia veramente sorprendenti, che ha determinato, in occasione dell'ultimo Cardionursing, la presenza di circa 3.000 Infermieri a Firenze.

L'Area Nursing sta vivendo un momento di particolare fervore dovuto a più motivi:

1. La crescita culturale della categoria, giunta ora al traguardo della laurea specialistica.
2. La sensibilità dell'ANMCO nel promuovere e fare proprie numerose iniziative culturali dedicate agli Infermieri.
3. L'attività dei Comitati di Coordinamento che si sono succeduti negli anni, che ha permesso di ottenere alcuni risultati rilevanti tra cui il notevole incremento numerico degli iscritti dell'Area (attualmente 2.800) e l'aumento del numero dei Corsi Formativi, oltre all'ormai annuale "esplosione partecipativa" al Cardionursing, dove è da rilevare che il successo attiene non solo alla consistenza numerica ma soprattutto ai contenuti svolti, all'entusiasmo dei partecipanti e al ruolo primario sostenuto dagli Infermieri.

Sulla base di tale successo, infatti, tutti i convegni locali di Cardiologia e particolarmente quelli annuali regionali prevedono, ormai, uno spazio dedicato agli Infermieri a testimonianza di una realtà e di una esigenza ampiamente recepita dai Soci che hanno l'opportunità di organizzare riunioni scientifiche.

Abbiamo assistito ad una fase storica favo-

revole per lo sviluppo della professione infermieristica che a questo punto spinge e, in un certo senso, obbliga gli Infermieri ad una maggiore consapevolezza sul piano culturale e professionale. Il processo di aziendalizzazione che mira alla appropriatezza e alla qualità, ma soprattutto, alla ottimizzazione delle risorse materiali e umane, ha bisogno di un ruolo dell'Infermiere più attuale, e cioè più aderente ai carichi di lavoro richiesti nei vari settori di un dipartimento cardiologico (ambulatori dedicati, Pronto Soccorso, ecocardiografia, day-hospital, degenza, terapia intensiva, emodinamica, elettrofisiologia, riabilitazione): pertanto la professione infermieristica si deve caratterizzare oggi per una maggiore specificità, competenza e professionalità.

Il prossimo futuro impone una moderna ridefinizione ed una reale integrazione dei rispettivi ruoli (Cardiologo e Infermiere) attraverso un adeguamento all'attuale bisogno assistenziale che sempre fa rilevare una elevata componente specialistica e tecnologica anche per gli Infermieri.

È auspicabile per i prossimi anni una sempre maggiore coesione degli Infermieri tale da permettere e promuovere la crescita dell'Area e uno sviluppo culturale omogeneo del Nursing di Cardiologia su tutto il territorio italiano, dove nel frattempo stanno prendendo corpo le delegazioni regionali, in alcune realtà già in forma avanzata e con brillanti risultati in termini di operatività e propositività.

Nei prossimi mesi verranno anche sviluppate iniziative rivolte agli infermieri promosse dalla Heart Care Foundation (HCF), la Fondazione per la lotta alle Malattie Cardiovascolari dell'ANMCO.

CONSULTA ANCHE:

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



Tavola del XV sec. - La pratica medica in ospedale

L'HCF ha, tra i suoi obiettivi, quello di coinvolgere il più possibile gli Infermieri nel promuovere la cultura della prevenzione sia primaria che secondaria alle malattie cardiache. Del resto, la collaborazione con l'Area Prevenzione è stata senza dubbio, unitamente a quella con l'Area Scompenso, fra le più proficue dell'attività del Comitato di Coordinamento uscente.

L'altro obiettivo, al quale stiamo negli ultimi mesi lavorando alacremente, è il completamento del Manuale Cardionursing, che contiamo di presentare al Cardionursing 2005. Il nuovo Chairman dell'Area, Quinto Tozzi, che ha collaborato con me in questo ultimo biennio nella conduzione dell'Area, ha tutti i requisiti che occorrono per proseguire e incrementare l'impegno dell'ANMCO verso gli Infermieri.

Un saluto e un augurio di buon lavoro dunque a Quinto Tozzi e Paolo Bonomo e al nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area, senza trascurare un ringraziamento non dovuto ma veramente sentito ai componenti del Comitato di Coordinamento che ho avuto il privilegio di guidare, a Claudio Coletta per l'entusiastica e sempre competente collaborazione, a Giulietta Ferranti, Rossella Gilardi, Lucia Sabbadin, Antonio Vicentini e Tiziana Maietta. Un ringraziamento particolarissimo lo devo a Paola Di Giulio

per i suoi preziosi consigli spesso richiesti con frequenti e talvolta quotidiani contatti telefonici in ore antelucane, per avermi indicato sempre la strada giusta da seguire sempre con discrezione e indiscutibile competenza. Un saluto va anche a Simonetta Ricci, a Simona Saracco e a tutta la Segreteria ANMCO per la preziosa collaborazione all'attività dell'Area.

Ma il principale ringraziamento lo devo proprio agli Infermieri, per tutto quello che, attraverso tutte le occasioni di incontro, hanno saputo trasmettermi anche inconsapevolmente con la loro sempre entusiastica affettuosa e calda partecipazione. Per parte mia non ho mai trascurato di rispondere personalmente a tutte le richieste che sono pervenute in Segreteria dai singoli Infermieri da ogni parte d'Italia, proprio allo scopo di far sentire sempre viva la presenza dell'ANMCO, e questo mi ha anche consentito di conoscere e, quando è stato possibile, di valorizzare professionalità che chiedevano un coinvolgimento nelle nostre iniziative. Credo che questa sia un'azione fondamentale da tenere sempre presente da parte degli organismi centrali della nostra associazione e specificamente per gli Infermieri. Perciò chiudo con un augurio e una esortazione a tutti gli Infermieri che sempre con grande emozione ho visto riempire fino ai posti in piedi le aule di tutti i convegni a cui sono stato invitato come Chairman in qualsiasi parte d'Italia, affinché continuino a mantenere la stessa tendenza mostrata finora rispondendo agli inviti dell'ANMCO e a rimanere coesi per meglio interscambiare le proprie esperienze che sono vissute in realtà lavorative spesso molto differenti: la circolazione delle idee e delle esperienze è infatti una ricchezza assoluta che l'ANMCO e l'Area Nursing con le loro iniziative promuovono e si adoperano per renderle fruibili ed è perciò una opportunità da non perdere mai.

MY POINT OF VIEW



Ci siamo. Dopo 4 anni di doveroso praticantato è giunto il momento di “fare il Chairman”. Nel contesto del mandato conferitomi dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO è stata opportunamente sottolineata la necessità di perseguire una maggiore integrazione tra i vari attori della prevenzione cardiovascolare. Personalmente ho sempre avuto grandi difficoltà nel comprendere le capziose discussioni sulla differenza tra prevenzione e riabilitazione. Ritornando indietro nel tempo, credo che la mia passione per la medicina sia nata probabilmente proprio dalla voglia di comunicare con le persone, cercando di aiutarle a prevenire un peggioramento del loro stato di salute, nel rispetto di una qualità di vita soddisfacente.

Ho poi avuto la possibilità di realizzare questo mio modo di interpretare l'atto medico operando, fortunatamente, nell'ambito delle strutture di Cardiologia dell'Ospedale di Caserta, dove, grazie alla lungimiranza di Carmine Chieffo, sin dal 1982 la Cardiologia Preventiva e Riabilitativa si sono integrate a formare un'unica Unità Operativa e dove, come ha da sempre sostenuto Corrado Tritto, altra figura carismatica della cardiologia ospedaliera, “fa prevenzione chi si occupa di riabilitazione; deve tener conto delle possibilità della riabilitazione chi si interessa di prevenzione”.

Pertanto il mio concetto di Area Prevenzione non può non prescindere da alcuni punti semplici e basilari (il “ricomincio da tre” di un mio conterraneo illustre):

1. la naturale integrazione con il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR)

2. la stretta collaborazione con l'Heart Care Foundation

3. il contatto continuo con l'Istituto Superiore di sanità per la costruzione ed il mantenimento di un Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare permanente.

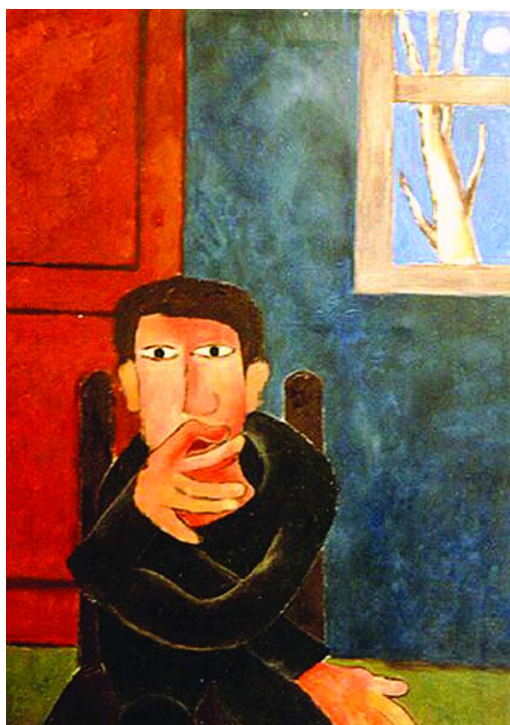
E proprio l'integrazione di queste forze dovrà costituire l'obiettivo del prossimo biennio.

In particolare ho molto a cuore i rapporti con il GICR che ritengo il prioritario interlocutore di tutte le iniziative di prevenzione cardiovascolare. Molto si è fatto in questi due anni: siamo partiti da zero e la prima cosa importante è stato riunirci attorno ad un tavolo per cominciare a delineare i possibili scenari di collaborazione. Da lì è nata l'idea delle Commissioni Congiunte per l'elaborazione delle Linee Guida per il paziente ad alto rischio e per il paziente in prevenzione secondaria, i cui risultati sono stati presentati a Roma in occasione della III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari.

Ma molto si potrà ancora fare. Sono già stati approvati i Corsi Clinico Pratici di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa, organizzati congiuntamente dall'Area Prevenzione Cardiovascolare e il GICR, e che saranno inseriti nel Piano Annuale Formativo del 2005. Insieme verrà realizzata la Campagna formativa sulla diffusione dei contenuti della III Conferenza che si svolgerà nel secondo trimestre del 2005 in 80 città italiane e che si va ad aggiungere alle numerose altre Campagne Educative, già in cantiere, curate dall'Area Prevenzione Cardiovascolare. Mi auguro che nel corso di questo biennio si potrà realizzare quella che Carlo Schwei-

CONSULTA ANCHE:

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



ger definisce “casa comune”, di cui facciamo parte tutte le componenti del mondo della prevenzione dall'Epidemiologia alla Riabilitazione, ognuna fondamentale nel suo ruolo, indispensabili tutte insieme a garantire il risultato finale: realizzare un percorso di continuità assistenziale che garantisca ottimizzazione delle cure in relazione alle effettive necessità epidemiologiche.

E in questo mi rifaccio a quanto ha più volte espresso Gian Luigi Nicolosi: bisogna passare dalla competizione alla collaborazione, considerando che esistono e devono esistere strutture diverse in grado di intercettare il paziente nelle varie fasi della sua malattia.

Ma se questi sono punti su cui non credo ci possa essere discussione, su altri credo che varrebbe la pena di riflettere. A mio giudizio è giunto il momento di affrancarsi dal concetto della prevenzione basata sul semplice intervento sui fattori di rischio CV e di provare ad ampliare il campo con altre ipotesi di applicazione, quali ad esempio: la prevenzione della morte improvvisa

o la prevenzione della evoluzione della cardiopatia ischemica verso lo scompenso. Credo che, al di là dello specifico ruolo dell'Area Prevenzione, siano questi alcuni ambiti in cui l'Area ha il dovere di offrire la sua collaborazione alle altre Aree o Gruppi di Studio, per definizione coinvolti, per realizzare progetti congiunti e condivisi di ricerca, di formazione e/o di intervento.

In questo biennio inoltre si dovrebbe, il condizionale purtroppo è d'obbligo, realizzare finalmente la Rete dei Centri di Prevenzione, collegati via Web e uniti da un percorso comune, organizzato in un Minimal Data Set. La Rete, finalmente a regime, ed il Registro di Prevenzione ad essa collegato contribuiranno alla costruzione di un patrimonio di dati inestimabile per l'ANMCO, pertanto il MDS potrà diventare uno strumento di lavoro veloce ed affidabile che consentirà a tutti i centri che si occupano di prevenzione di parlare con uno stesso linguaggio.

Ma l'Area Prevenzione vuole essere fortemente presente sul territorio, dove sicuramente gli interventi, per risultare maggiormente efficaci, devono essere commisurati alle diverse realtà regionali. A questo proposito nei prossimi giorni sarà inviata una lettera ai Presidenti Regionali ANMCO invitandoli ad identificare, tra gli Associati, un Referente Regionale per le iniziative dell'Area, con il compito, tra l'altro, di segnalare le iniziative che ritiene più idonee nella sua Regione, alle quali l'Area Prevenzione garantisce sin da ora il suo incondizionato appoggio.

Ritengo che le cose da fare siano tante, i progetti da completare ed avviare talmente numerosi da richiedere la consulenza di persone competenti in specifici settori. Mi è sembrato giusto quindi ricorrere all'esperienza di Massimo Uguccioni coinvolgendolo nella gestione del settore della formazione e di Maurizio Abrignani, che ci potrà

CONSULTA ANCHE:

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

essere di grande aiuto per le iniziative editoriali.

Tra i rimpianti per le cose non fatte vi è sicuramente il Sito dell'Area. È una straordinaria occasione di comunicazione e di incontro tra gli iscritti all'Area Prevenzione o anche tra i semplici curiosi del WEB, non colta e a cui bisogna assolutamente porre rimedio. Immagino un Sito agile, di facile navigazione in cui si possano trovare tutte le notizie sull'attività dell'Area, le iniziative di formazione con il materiale presentato ai Corsi in forma di slides, il last minute degli articoli più interessanti su argomenti di pertinenza preventivologica. Anche per questo settore credo che sia giusto utilizzare risorse dedicate ed esperte in informatica.

Vanno consolidati i legami con l'Area Nursing che già in questo biennio hanno determinato risultati brillanti, quali Corsi di Formazione e Minimaster congiunti sul "ruolo nursing in prevenzione", sempre ricchi di partecipazione e contributi. Mi sembra quindi opportuno identificare una figura nursing che affianchi il Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione come Referente per



Massimo Troisi

le iniziative che si terranno per gli infermieri, i terapeuti della riabilitazione ed i tecnici di Cardiologia.

Ma per la buona riuscita di questo biennio c'è bisogno della collaborazione di tutti coloro che sono interessati. Sono gradite proposte, suggerimenti e, perché no, critiche che ci aiuteranno a capire in che direzione e con quali risultati ci stiamo muovendo.

Sono infine convinto che sia indispensabile, affinché l'intero progetto si realizzi, l'appoggio di tutti i componenti della Segreteria ANMCO. La collaborazione, la pazienza e i segnali di affettuosa amicizia che mi hanno sempre dimostrato, mi rendono sicuro di poter contare ancora sul loro aiuto. A loro prometto di cercare di non arrivare, come al solito, sempre all'ultimo minuto dell'ultimo giorno e qualche volta anche oltre.

Un affettuoso arrivederci ai compagni di avventura di questi due anni: Cristina Maria Castello, Pompilio Faggiano, Mariagrazia Sclavo. Riuscire a realizzare anche solo in parte i risultati raggiunti nello scorso biennio sarebbe un grande traguardo.

Il nuovo Comitato di Coordinamento nasce all'insegna della continuità: avrò il piacere di avere come Co-Chairman Furio Colivicchi, di cui ho apprezzato in questi due anni le doti umane e professionali e a cui mi auguro di essere in grado di trasmettere "l'arte del Chairman", così come a loro volta hanno fatto con me Sergio Pede e Massimo Uguccione, con i quali ho condiviso tante iniziative, la maggior parte felicemente realizzate, e con i quali nel tempo si è consolidata una sincera amicizia e ai quali va il mio ringraziamento.

Un benvenuto ed un "iamme a fatica" a Stefania De Feo, Piero Clavario, Alberto Genovesi Ebert e Stefano Urbinati, scelti non solo in base ai loro curriculum professionali, ma anche alla conoscenza diretta delle loro doti caratteriali, grazie alle quali sono sicuro di riuscire a creare un gruppo affiatato.

AREA SCOMPENSO CARDIACO: BILANCIO DI DUE ANNI DI INTENSA ATTIVITÀ

Conclude il suo mandato il quinto Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco



L'attività dell'Area Scompenso nel biennio 2003-2004 si è articolata come di consueto in numerosi settori. In particolare questi due anni si sono caratterizzati per l'intensa vitalità culturale ed un continuo fermento organizzativo in tema di attività formativa. Si sono svolte infatti tre importanti manifestazioni formative, a carattere nazionale, rivolte a tutte le figure professionali impegnate nella diagnosi, nell'assistenza e nella terapia dei pazienti con scompenso cardiaco.

Due anni caratterizzati da intensa vitalità culturale ed un continuo fermento organizzativo in tema di attività formativa

La prima di queste, lo "Scompenso Cardiaco a Funzione Sistolica Conservata", ha riguardato un tema poco conosciuto, ma di forte impatto epidemiologico e clinico. L'iniziativa

che ha visto nuovamente insieme la nostra Associazione scientifica e la FADOI in un progetto di aggiornamento sullo scompenso cardiaco di grande portata, ha avuto un taglio prevalentemente pratico ed ha coinvolto in modo prioritario le figure professionali specialistiche (cardiologi, internisti e geriatri ospedalieri e del territorio) che maggiormente sono impegnate nella gestione dei pazienti affetti da questa patologia. La seconda iniziativa, progettata e realizzata congiuntamente con l'Area Management & Qualità, ha avuto come tema fondamentale il "Management Organizzativo ed Assistenziale dei pazienti con Scom-

Il Comitato di Coordinamento ed il Comitato Editoriale uscenti:

Chairman:

Giuseppe Cacciatore

Co-Chairman:

Andrea Di Lenarda

Comitato di Coordinamento:

**Gianfranco Alunni, Gerardo Ansalone,
Gianfranco Misuraca, Fabrizio Oliva**

Comitato Editoriale:

**Giovanni Pulignano,
Guido Gigli, Renata De Maria**

penso Cardiaco".

Al fine di diffondere in modo capillare e generale i principi ispiratori e le linee di condotta che emergono dal documento "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia" è stata organizzata una serie di conferenze in tutta Italia che ha avuto lo scopo di fare il punto sugli aspetti organizzativo-gestionali e clinici della patologia, ma

anche di presentare una esemplificazione di modello gestionale basato su rete integrata dei servizi territoriali ed ospedalieri, nel trattamento di una patologia cardiaca cronica quale lo scompenso cardiaco.

L'ultima iniziativa formativa è il progetto educativo sul beta-blocco nello scompenso cardiaco denominato **BRING OUT: Beta-blockers Implementation Program In Out-patient with heart failure**. Il progetto che prevede una serie di conferenze in tutta Italia, mette in atto interventi indirizzati a tutte le figure professionali impegnate nella gestione dei pazienti con scompenso cardiaco, in modo da "portare fuori" dall'ambito ultraspecialistico la cultura del beta-blocco nello scompenso cardiaco, incrementandone in modo appropriato l'utilizzo secondo quanto consigliato dalle Linee Guida e dalla buona prassi clinica.

La campagna educativa nazionale sul beta-blocco nello scompenso cardiaco è stata prevalentemente rivolta alle figure professionali che non hanno ancora maturato un

Tutte le iniziative hanno avuto un significativo successo di pubblico che ha sempre dimostrato un vivo interesse ed evidente entusiasmo per la bontà della manifestazione

sufficiente grado di confidenza con tale strumento terapeutico.

Tutti i progetti hanno richiesto un importante sforzo organizzativo da parte dei rispettivi comitati scientifici: i programmi educazionali scientificamente ineccepibili, divulgati su tutto il territorio nazionale ad un'ampia platea di medici, sono stati realizzati in modo da fornire messaggi efficaci,

che potessero avere una ricaduta nella pratica clinica quotidiana.

Tutte le iniziative hanno avuto un significativo successo di pubblico che ha sempre dimostrato un vivo interesse e si è spesso dichiarato entusiasta per la bontà della manifestazione.

È doveroso un sincero ringraziamento ai Presidenti Regionali ed ai Soci ANMCO che nelle varie città si sono impegnati in prima persona per la buona riuscita delle manifestazioni locali.

La progettazione e la realizzazione di queste tre Campagne Educazionali, il cui altissimo profilo scientifico è stato ovunque ampiamente apprezzato, ha impegnato sia l'attuale che il precedente Comitato di Coordinamento in un importante sforzo organizzativo: tutte e tre le manifestazioni infatti sono state il frutto di collaborazione di numerosi colleghi, appartenenti anche ad altre discipline.

Proprio questo è lo spirito dell'Area e più in generale dell'ANMCO, che prevede uno stretto legame tra tutte le componenti della nostra Associazione. Il biennio 2003-2004 inoltre si è caratterizzato per l'avvio di importantissimi studi scientifici: primi tra tutti il GISSI-HF, ulteriore esempio di sforzo collaborativo di tutte le componenti della Cardiologia Italiana, e l'AREA IN-CHF, entrambi giunti quasi al termine delle fasi di arruolamento dei pazienti.

Questi due trial, che si inseriscono pienamente nella tradizione culturale dell'Area Scompenso Cardiaco, daranno importanti risposte a quesiti di ordine terapeutico e fisiopatologico. Infine va ricordato il Registro dello Scompenso Acuto, studio di tipo osservazionale, di cui sono già stati forniti i risultati preliminari e di cui sono in corso ulteriori e più approfondite analisi.

La risposta entusiastica delle Unità Operative di Cardiologia del nostro paese a questo studio ha consentito di raccogliere una messe di informazioni su circa tremila pazienti del mondo reale ricoverati per scompenso cardiaco acuto che non ha pari nella letteratura internazionale.

L'attività editoriale in questo biennio si è prevalentemente concentrata su un volume dedicato alla prevenzione dello scompenso, che vedrà la luce nei prossimi mesi ed una monografia sullo scompenso cardiaco negli anziani che verrà pubblicato tra breve sull'*Italian Heart Journal*. Tutte e due le iniziative editoriali hanno richiesto un imponente sforzo organizzativo che è stato prevalentemente sostenuto dal Comitato Editoriale cui va un sincero ringraziamento per la pazienza e la tenacia dimostrata in ogni momento. L'*Italian Network on Congestive Heart Failure (IN-CHF)* ha continuato a crescere: l'arruolamento dei pazienti da parte dei centri è costante e continuo. Per venire incontro alle necessità dei tempi è stata apportata una sostanziale modifica al software: i dati saranno raccolti mediante l'uso di un programma (HCF-SCOL) che consente di registrare le informazioni in tempo reale, mediante una connessione alla rete Internet, su un Server centrale ubicato presso il Centro Studi ANMCO a Firenze.

Il nuovo software è in distribuzione in questi mesi ai centri che ne fanno richiesta. Il 2005 sarà il decimo anniversario di attività dell'*IN-CHF*: l'Area Scompenso non ha dimenticato questa ricorrenza e già il Comita-

CONSULTA ANCHE:

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

to uscente ha programmato una giornata che non vuole essere certamente di celebrazione ma di approfondimento, di critica ai problemi già noti e di proposizione di nuovi ambiti di attività e ricerca.

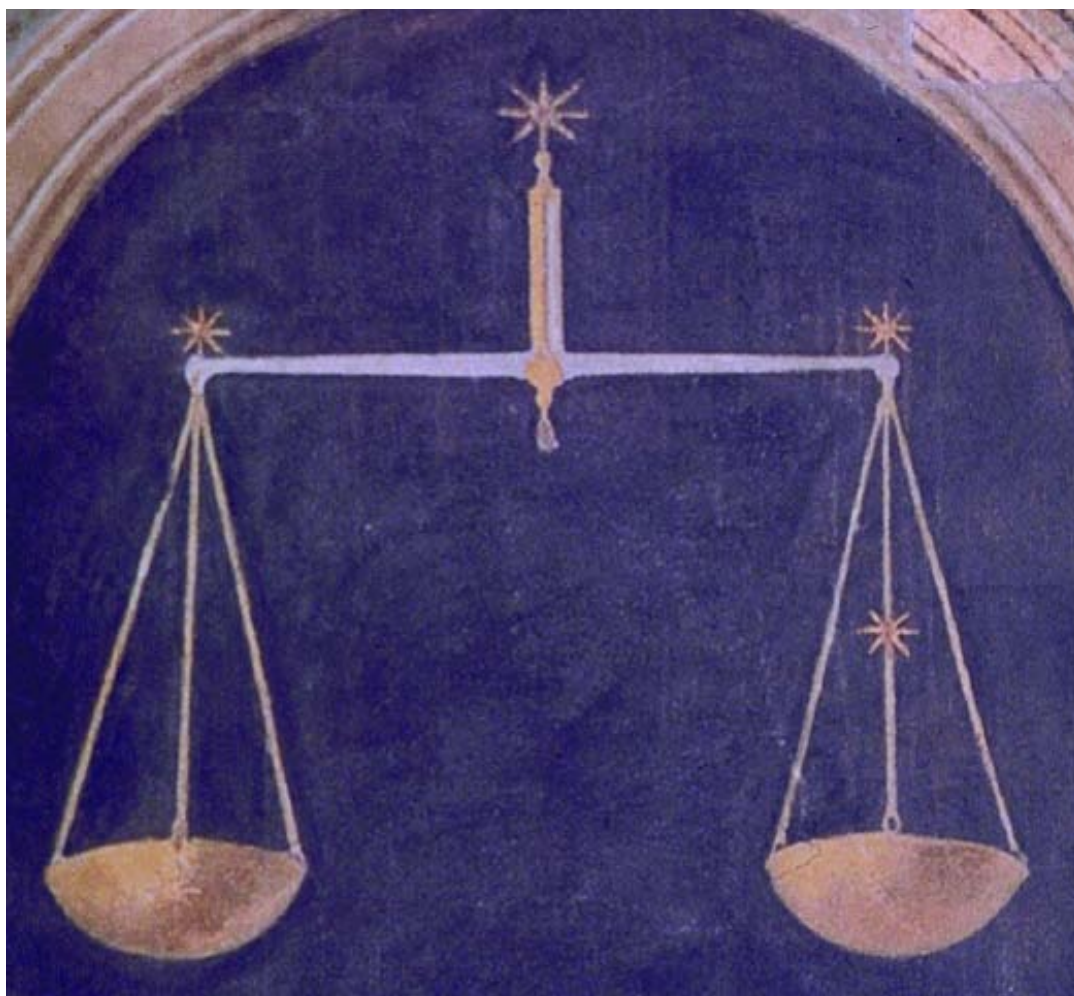
Credo che l'attività svolta in questi due anni non sia stata inferiore rispetto a quella di altri Comitati di Coordinamento: molti progetti sono stati condotti a termine, molti altri sono stati solo pensati e non realizzati per vari motivi.

Di certo ciò che ha caratterizzato il Comitato di Coordinamento ed il Comitato Editoriale che ho avuto l'onore di guidare è stato un mirabile entusiasmo, una dedizione instancabile allo spirito ANMCO, che certo

non dimenticherò. A tutti debbo esprimere la mia più profonda gratitudine.

Un ringraziamento particolare va inoltre al Centro Studi, che coordina in maniera esemplare tutte le nostre iniziative, alla Segreteria delle Aree che ci ha supportato in maniera perfetta in ogni momento ed ha pazientemente rimediato alle nostre immancabili dimenticanze.

Infine un caro saluto a Maurizio Porcu che mi ha preceduto in questo splendido impegno, un sincero augurio di buon lavoro ad Andrea Di Lenarda e Fabrizio Oliva ed al nuovo Comitato di Coordinamento, che continueranno nei prossimi anni in questo entusiasmante cammino.



Palazzo della Ragione di Padova - Parete settentrionale - I segni zodiacali - Bilancia

NEWS DALLA CALABRIA

di Marilena Matta



La città di Cosenza ha ricevuto, nell'ambito della giornata dedicata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, il riconoscimento "**Città del Cuore**", per essersi distinta, insieme ad altre ottantaquattro città italiane, nella prevenzione dei disturbi cardiaci.

"Si tratta di un riconoscimento importante – ha commentato il Sindaco Eva Catizone, nel ricevere la targa dal Dott.

Mario Chiatto, Presidente della Sezione ANMCO Calabria – che premia tutte quelle persone che hanno lavorato per realizzare questa giornata e che quotidianamente si adoperano in campagne di sensibilizzazione a tutela della salute pubblica".

Il primo cittadino di Cosenza ha sottolineato **il ruolo attivo dei Comuni** nell'ambito della prevenzione e l'attenzione che bisogna rivolgere alle giovani generazioni.

"È necessario investire sui giovani – ha concluso – per costruire il futuro".

"La presenza di tanti giovani e la collaborazione tra soggetti diversi che contribuiscono a migliorare la qualità della vita – ha commentato Giuseppe Trebisacce, Pro-rettore dell'Unical – sono i punti di forza di questa lodevole iniziativa".

A conclusione della giornata il Dott. Franco Boncompagni ha portato il saluto del Consiglio Direttivo ANMCO.

La giornata di oggi, promossa, nell'ambito dell'Anno del Cuore, dall'ANMCO e dalla Heart Care Foundation ONLUS, con il patrocinio dell'Associazione Volontari Italiani Sangue (AVIS) e del



Corso di laurea in Scienze dell'Educazione dell'Unical, **ha visto due momenti.**

Nel Salone di Rappresentanza del Comune dalle 9.00 alle 15.00 il personale dipendente del Comune ha potuto sottoporsi ad uno screening sui fattori di rischio cardiovascolari attraverso valutazione clinica e determinazione della colesterolemia.

La Città dei Ragazzi, dove si è svolta anche la consegna della targa, ha visto il susseguirsi di ap-



puntamenti dedicati ai più giovani, presenti in gran numero.

“Bambini e adolescenti – ha ricordato infatti il vicesindaco Maria Francesca Corigliano – acquisiscono in famiglia spesso cattive abitudini, nocive per il cuore”. Gli alunni del Circolo Didattico S. Pertini di Cosenza sono stati protagonisti de **“La famiglia dei fattori di rischio”, atto unico di Pasquale Carelli.**

I bambini hanno dato vita a una rappresentazione teatrale dal titolo **“La Famiglia dei rischio”.**

Un video dal titolo **“L'Amico Cuore”** è stata invece l'occasione per affrontare il problema con gli studenti e animare un vivace dibattito su come modificare errati stili di vita, il dibattito è stato coordinato dal Dott. Pasquale Cariello e dalla Dott.ssa Marilena Matta.

A Cetraro consegna della targa **“Città del Cuore”** al Sindaco con Convegno al Palazzo del Trono sul ruolo delle Associazioni di Volontariato nelle Malattie dell'apparato cardiocircolatorio.

L'ANMCO Regionale della Calabria ha stilato un programma di lavoro 2004-2006 dando ampio interesse allo Scompensamento Cardiaco Area della Cardiologia

che presenta, rispetto ad altri settori, una serie di peculiarità soprattutto per la necessità di realizzare una gestione integrata, senza una soluzione di continuità, tra la medicina ospedaliera e la medicina del territorio.

Sono state realizzate nella nostra Regione **due iniziative** a carattere nazionali:

30 ottobre a Cosenza progetto BRING OUT.

È un progetto che riguarda l'utilizzo dei beta-bloccanti nello scompensamento cardiaco. Hanno partecipato al convegno che si è svolto a Cosenza nei locali dell'Hotel Excutive medici di base, internisti, cardiologi e infermieri che si dedicano all'ambulatorio per lo scompensamento.

Il Dott. Chiatto, a conclusione dei lavori, ha ringraziato il Dott. Misuraca della Cardiologia di Cosenza che, come componente del Comitato di Coordinamento dell'Area Scompensamento ha contribuito a far sì che questo evento si svolgesse nella nostra Regione.

Il 6 novembre 2004 a Catanzaro è stata realizzata una Riunione scientifica indetta dalla ANMCO e dalla federazione delle Associazioni dei dirigenti internisti ospedalieri (FADOI), delle sezioni calabresi, sul tema **“Lo Scompensamento Cardiaco con funzione Sistolica Conservata”.**

La Riunione è stata organizzata dai Presidenti regionali Dott. M. Chiatto e B. Maddaffari su proposta del Dott. D. Galasso Primario della II Divisione di Medicina Interna dell'ospedale Pugliese di Catanzaro, e ha visto una qualificata partecipazione di cardiologi e internisti Calabresi, affluiti molto numerosi.

I relatori, i moderatori e i partecipanti hanno assicurato con un dibattito molto interattivo il successo della giornata e della iniziativa.

Nel corso della Riunione il Dott. Galasso, per conto della FADOI, ha consegnato una targa ricordo al Dott. M. Bucceri, Primario medico di Trebisacce.



LA CARDIOPATIA DA ANTRACICLINE

Si può curare o si deve prevenire?

di Laura Massa, Chiara Lestuzzi, Elda Viel, Nereo Meneguzzo, Gianfranco Sinagra

Numerosi farmaci antineoplastici hanno dimostrato essere estremamente efficaci nel curare diversi tipi di tumore. Tuttavia il loro elevato potere terapeutico è associato anche ad attività tossica verso alcuni tessuti sani dell'organismo, tra cui il cuore.

I chemioterapici più noti storicamente, ma anche i più usati, sono le antracicline, antibiotici citostatici che inibiscono la sintesi degli acidi nucleici legandosi alle catene del DNA ed impedendo la normale attività del RNA e delle DNA polimerasi. L'effetto tossico a livello del muscolo cardiaco sembrerebbe però imputabile alla perossidazione dei lipidi e alla generazione di radicali liberi attraverso la formazione di complessi con il ferro.

Le antracicline possono indurre una cardiopatia ipocinetica con conseguente sviluppo di scompenso cardiaco congestizio

Le antracicline, tra cui ricordiamo la doxorubicina, l'epidriamicina, la daunomicina, il mitoxantrone, possono indurre una cardiopatia ipocinetica con conseguente sviluppo di

scompenso cardiaco congestizio. Alcuni studi hanno evidenziato un danno tossico anche subclinico a livello del miocardio^{1,2}, documentato da alterazioni della fase diastolica o da deflessioni della funzione sistolica del ventricolo sinistro, senza evidenza clinica di scompenso cardiaco. L'incidenza della cardiotossicità subclinica può superare il 30%, mentre le forme clinicamente evidenti sono molto più rare: 1-3% nel complesso dei pazienti trattati, anche se possono raggiungere il 10-15% in sottogruppi particolari che ricevono dosaggi elevati³.

Esiste infatti una dose massima consigliata delle diverse antracicline, al di sopra della quale, il rischio di sviluppare una cardiopatia ipocinetica aumenta linearmente con la dose del farmaco (tabella 1).

Alcuni pazienti, probabilmente più predisposti, possono comunque sviluppare tossicità anche a dosaggi più bassi (<400 mg/m² di doxorubicina)⁴.

La cardiotossicità da antracicline non è un problema irrilevante poiché, per il prolungamento della sopravvivenza dei pazienti oncologici, aumenta sempre più il numero di soggetti che possono sviluppare recidive tardive o secondi tumori e quindi cardiotossicità da nuovi trattamenti.

Le condizioni predisponenti lo sviluppo di una cardiopatia da antracicline sono:

- elevata dose cumulativa del chemioterapico
- associazione con altri farmaci citotossici (per esempio ciclofosfamide)⁴
- elevata concentrazione ematica del farmaco⁵

Tabella 1

| <i>Dosi massime consigliate (mg/m²)[*]</i> | |
|--|------|
| Adriamicina (doxorubicina) | 550 |
| Epidriamicina | 1000 |
| Daunomicina | 600 |
| Zorubicina | 1900 |
| Mitoxantrone | 160 |

** al di sopra di questi dosaggi il rischio cardiotossico è elevato*

- precedente esposizione a radioterapia del mediastino o emitorace sinistro⁶
- età giovane (< 15 anni) o avanzata (> 65 anni)⁷
- precedente cardiopatia⁸
- sesso femminile⁹
- presenza di fattori di rischio cardiovascolare¹⁰.

La tossicità da antracicline può essere precoce (durante la terapia) o tardiva (settimane o mesi, eccezionalmente anni dopo la fine della chemioterapia). Quella

Evitare di superare le dosi tossiche indicate per i diversi tipi di antracicline

cl clinicamente rilevante è la tossicità tardiva, poiché determina un danno strutturale a livello del muscolo cardiaco che successivamente può evolvere ulteriormente verso un rimodellamento sfavorevole del ventricolo sinistro, con caratteristiche non differenti da quelle di altri tipi di cardiopatia ipocinetica.

La biopsia endomiocardica evidenzia vacuolizzazione del citoplasma e degenerazione mitocondriale fino alla perdita delle miofibrille e alla fibrosi perivascolare¹¹. Possono essere osservati segni e sintomi classici di scompenso cardiaco congestizio, associati ad evidenza strumentale di alterazione della funzione sisto-diastolica del ventricolo sinistro, in genere in presenza di normali dimensioni delle camere cardiache e normali spessori delle pareti miocardiche.

La prevenzione della cardiotoxicità da antracicline è un aspetto molto importante, ma ancora poco sviluppato.

Gli studi finora condotti hanno proposto alcuni metodi preventivi:

- evitare di superare le dosi tossiche o ridurre il dosaggio, se prevista associazione con altri farmaci cardiotoxici o con irradiazione del mediastino o emitorace sinistro;
- ridurre la concentrazione ematica del farmaco prolungando il tempo di infusione;
- usare formulazioni liposomiali come carriers delle antracicline per limitare l'effetto tossico sui tessuti sani¹²;
- associare chelanti del ferro (dexrazoxano) che riducano la formazione di radicali liberi¹³.

Il monitoraggio cardiologico permette di cogliere la cardiotoxicità nelle fasi iniziali e instaurare un adeguato trattamento

Tuttavia alcune di queste metodiche per prevenire la tossicità delle antracicline non ha dimostrato la stessa efficacia in vivo (liposomi), altre hanno dato effetti collaterali come mielodepressione o flebiti nel sito di iniezione (dexrazoxano).

Il monitoraggio cardiologico, mediante valutazione clinica, ecocardiografica o con radionuclidi della funzione di pompa ventricolare sinistra, è d'importanza fondamentale poiché permette di cogliere un'eventuale cardiotoxicità nelle fasi iniziali e quindi instaurare un adeguato trattamento. In accordo con l'oncologo si può valutare la modifica della terapia antineoplastica e l'inizio di terapia con ACE-inibitori o beta-bloccanti.

Questi farmaci, infatti, anche nella cardiopatia ipocinetica da antracicline, hanno dimostrato un effetto benefico in termini di morbidità e mortalità, con possibile reversibilità della disfunzione ventricolare sinistra^{3,14-16}.

L'esperienza del nostro gruppo di ricerca su una popolazione di 68 pazienti con cardiopatia da antracicline, seguiti presso il CRO di Aviano e confrontata con una popolazione di 136 pazienti con cardiomiopatia dilatativa idiopatica arruolati nel Registro delle Malattie del Muscolo Cardiaco di Trieste è stata incoraggiante.

I dati raccolti hanno dimostrato che l'evoluzione della cardiopatia da antracicline è favorevole in termini di miglioramento strumentale (riduzione delle dimensioni

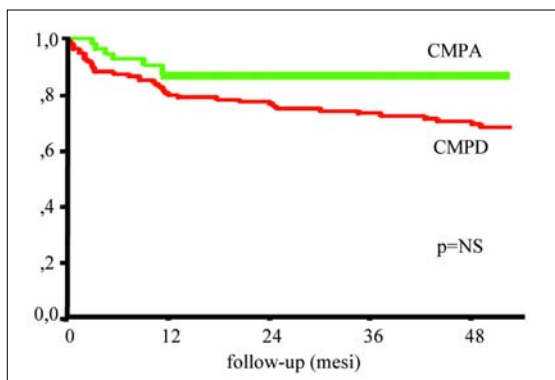


Figura 1 - Sopravvivenza libera da eventi cardiovascolari

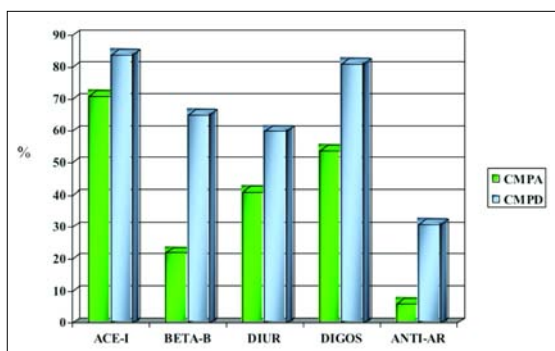


Figura 2 - Uso di ACE-inibitori e beta-bloccanti

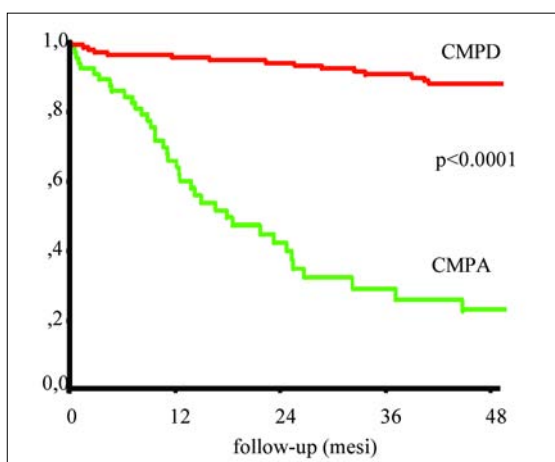


Figura 3 - Sopravvivenza totale

LEGENDA:

CMPA: cardiopatia da antracicline
 CMPD: cardiomiopatia dilatativa idiomatica
 ACE-I: ACE-inibitori
 BETA-B: beta-bloccanti
 DIUR: diuretici
 DIGOS: diossina
 ANTI-AR: antiaritmici

e incremento della funzione di pompa del ventricolo sinistro) e di sopravvivenza libera da eventi cardiovascolari (Fig. 1).

Tutto questo nonostante l'impiego meno frequente e i dosaggi più bassi di ACE-inibitore e beta-bloccante (Fig. 2).

La mortalità totale dei pazienti con cardiopatia da antracicline rimane elevata, ma ciò è correlato alla malattia neoplastica (Fig. 3). Un dato rilevante emerso dalla nostra esperienza è che i pazienti con cardiopatia da antracicline sembravano essere poco compromessi dal punto di vista clinico-strumentale al momento della prima osservazione. Ciò potrebbe essere in relazione alla diagnosi precoce, conseguenza dello stretto follow up cardiologico dei pazienti in trattamento con antracicline.

Dunque, nella nostra esperienza, la cardiopatia da antracicline, soprattutto se diagnosticata precocemente, può essere efficacemente trattata con farmaci convenzionali e ha una prognosi relativamente buona.

BIBLIOGRAFIA

1. Limat S, Demesmay K, Voillat L, et al. Ann Oncol 2003; 14:277-281.
2. Sorensen K, Levitt G, Bull C, et al. J Clin Oncol 1997; 15: 61-68.
3. Jensen BV, Skovsgaard T, Nielsen SL. Ann Oncol 2002 May; 13(5): 699-709.
4. Watts RG. Am J Hematol 1991; 36: 217-8.
5. Wojtacki J, Lewicka-Nowak E, Lesniewski-Kmak K. Med Sci Monit 2000; 6(2): 411-20.
6. De Vita V, Hellman S, Rosenberg S. Cancer: Principles and practice of oncology. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1997; 2739-47.
7. Allen A. Semin Oncol 1992; 19: 529-42.
8. Hochster H, Wasserheit C, Speyer J. Curr Opin Oncol 1995; 7: 304-9.
9. Lipshultz SE, Lipsitz SR, Mone SM et al. N Engl J Med 1995; 332: 1738-43.
10. Moreb JS, Oblon DJ. Cancer 1992; 70: 2637-41.
11. Cummings J, Willmott N, Smyth J. Eur J Cancer 1991; 27: 532-5.
12. Berry G, Billingham M, Alderman E, et al. Proc Am Soc Clin Oncol 1996; 16: 303.
13. Hasinoff BB. Agents Action 1990; 29: 374-81.
14. Jensen BV, Nielsen SL, Skovsgaard T. Lancet 1996; 347: 297-99.
15. Keefe DL. Semin Oncol. 2001 Aug; 28 (4 Suppl 12): 2-7.
16. Okumura K, Jin D, Takai S, Miyazaki M. Jpn J Pharmacol. 2002; 88: 183-88.



Intervista al Prof. Carlo Vecchio

di FRANCESCO CHIARELLA

Prof. Vecchio, lei ha dedicato all'ANMCO tanti anni di lavoro appassionato. Quali sono state le motivazioni di questa sua scelta?

Fin da quando, dopo una dozzina d'anni di pratica di medicina generale nell'Istituto di Patologia Medica a Pavia, cominciai ad occuparmi in modo esclusivo di cardiologia, ero convinto della necessità che, anche in Italia, sorgesse e si sviluppasse una rete di strutture cardiologiche indipendenti ed autonome dalla medicina interna. Per ragioni epidemiologiche e logistiche, ed in quel momento anche culturali, ritenevo che i nodi di tale rete avrebbero dovuto avere sede d'obbligo negli Ospedali ed in particolare negli Ospedali pubblici. Questa esigenza era interpretata al meglio dai fondatori dell'ANMCO che nel suo Statuto avevano posto la collocazione certificata in istituzioni ospedaliere, pubbliche ed autonome come condizione *sine qua non* per i propri iscritti. Associarmi a loro e con loro lavorare mi fu naturale; trovarmi in un ambiente culturale tanto motivato e coerente con i miei pensieri fu incentivante a continuare.

La sua presenza attiva ai diversi livelli della vita dell'Associazione è durata per oltre 25 anni. Quali cose le sono più care di quel lungo periodo?

Senza dubbio il veder crescere l'ANMCO e (mi si perdoni l'immodestia) l'aver contribuito a questa crescita. Sono stati anni di fervore intellettuale e di tensione emotiva. È stata per me una "bella storia", con molti motivi di gratificazione e solo qualche piccola amarezza, causata in genere dal non riuscire sempre a far intendere, tutte ed a tutti, le ragioni delle decisioni di volta in volta prese.

Ho vissuto l'ANMCO come la casa di tutti i cardiologi degli Ospedali italiani e come la mia casa; quella dove ho incontrato uomini di qualità spesso non comuni e dove mi è stato possibile fare di alcuni di essi gli amici che ancora conservo.

Credo che questa sia la cosa da tenere più cara!

Essendo stato uno dei primi Presidenti dell'ANMCO, pensa di poter distinguere le caratteristiche dei diversi Presidenti che nel tempo l'hanno guidata?

Ritengo utile, o almeno interessante, una opinione non tanto sulle caratteristiche dei diversi Presidenti, quanto su ciò che distingue i differenti periodi del loro lavoro.

Devo però correggere una inesattezza contenuta nella domanda: io non sono stato tra i primi Presidenti dell'ANMCO, ai quali soli spetta il riconoscimento di "fondatori". Sono quelli cui si deve la nascita dell'Associazione intorno ai principi che ho già delineato ed il suo radicamento nel mondo cardiologico del nostro Paese. Ad essi va il merito di aver reso evidenti e comprensibili le ragioni dell'aggregazione e la loro necessità ed utilità per i singoli gruppi che si stavano formando e per la cardiologia italiana nel suo complesso.

Appartengo ad un secondo gruppo di Presidenti, venuti dopo, cui credo vada riconosciuta l'opera di consolidamento dell'ANMCO, da allora sempre più protagonista della crescita della cardiologia italiana. Sono persone che si sono spese in faticose "visite" nelle varie sedi ospedaliere del Paese, laddove si riscontrava utile l'intervento dei dirigenti associativi a rendere palesi ed operanti condizioni motivanti l'adesione all'ANMCO. In questa fase di crescita, gli studi GISSI che si sono svolti in quegli anni, hanno avuto un ruolo sostanziale nel far maturare in noi tutti il comune senso di appartenenza e nel darci coscienza della capacità e possibilità di svolgere una funzione culturale essenziale per tutta la cardiologia italiana (compresa quella di area universitaria).

Ne è seguita una terza fase che chiamerei di sviluppo, durante la quale si è venuta determinando la necessità di costruire ed organizzare i servizi dell'Associazione e di creare strumen-

ti a carattere burocratico che la ponessero in grado di corrispondere efficacemente ai compiti sempre più complessi e numerosi che l'ANMCO si andava proponendo.

E infine l'ultima, la fase contemporanea, definibile come la fase della complessità in cui i maggiori problemi sorgono nella conduzione delle relazioni con le autorità sanitarie di Governo, con le Associazioni Internazionali e nella gestione (non solo funzionale, ma anche economico-finanziaria) della grande compagine organizzativa che l'ANMCO è diventata ed in cui si articolano le sue svariate attività. È una creatura in cui chi, come me, ha vissuto i suoi primi decenni di vita stenta poco a riconoscersi, ma che testimonia le capacità degli uomini che l'hanno guidata e portata ad essere una tra le più rilevanti realtà associative mediche, culturali ed organizzative, del nostro Paese.

A parer suo, la crescita della struttura burocratico-organizzativa dell'ANMCO ha attenuato il senso di appartenenza cui lei ha mostrato di dare tanta importanza nella storia dell'Associazione?

Forse sì! Questo appare naturale per un'organizzazione cresciuta tanto e tanto rapidamente; credo tuttavia che i dirigenti attuali dell'Associazione se ne debbano preoccupare.

Lei è stato anche Direttore del Giornale Italiano di Cardiologia. Quale è stata per lei l'importanza di questa esperienza?

La direzione del GIC è stata tra le cose più appassionanti ed emozionanti della mia vita. Avevo accettato l'incarico con molte incertezze e timori, e questi (anche se ho sempre cercato di non darlo a vedere) mi hanno accompagnato lungo gli interi tre anni del mandato. Quando ci penso li avverto ancora!

Mi ero proposto tre obiettivi: portare l'uscita del GIC (che usciva a quel tempo con alcuni mesi di ritardo) alla parità cronologica, abbreviare il più possibile i tempi redazionali (tra l'arrivo dei testi in redazione e la pubblicazione o, malauguratamente, la ricasazione), arricchire il giornale di contributi culturali diversi da quelli specificatamente tecnici (attinenti cioè alla storia della Cardiologia, alla bioetica, alla filosofia, alla sociologia della nostra professione). Ho raggiunto ambedue i primi obiettivi, con il prezioso aiuto dei collaboratori della Redazione e dei tanti revisori e ne sono molto gratificato. Il terzo non mi è riuscito se non in minima parte. Ne conservo il rammarico.

Così come mi resta nell'animo il cruccio per la volontaria perdita del GIC da parte dell'ANM-



Il Prof. Carlo Vecchio

CO. Mi è parsa a suo tempo una gratuita rinuncia ad una parte non secondaria della propria identità. Resto convinto che sia stato un errore!

Prof. Vecchio, nella sua storia professionale, Lei più di una volta si è trovato "a cominciare da capo". Ci vuol dire a cosa si riferiva?

Mi riferivo al fatto, che per tre volte mi sono trovato ad avviare reparti cardiologici in Ospedali diversi, partendo da zero: la prima volta come aiuto, le altre due avendone la responsabilità completa come primario.

Vuol ricordare con noi queste sue piuttosto singolari vicende?

Lo faccio volentieri perché in qualche modo esse possono vedersi come icone illustrative del processo di nascita e di crescita di strutture cardiologiche autonome nei nostri Ospedali. Possono cioè leggersi in senso storico generale, non solo personale.

Nel marzo del 1969, l'amministrazione del Policlinico di Pavia conferì al Prof. Bobba l'incarico

co di dar vita ad una Divisione di Cardiologia. Insofferente al clima, ad un tempo autoritario e servile dell'Università di allora, accolsi il suo invito a seguirlo e lasciai l'Istituto di Patologia Medica. Era assolutamente un fatto nuovo e inconsueto che in un Ospedale interamente clinicizzato, in cui la direzione dei vari reparti era riservata per norma ai clinici universitari, nascesse una struttura con dirigenza e personale medico ospedaliero. Questa nascita fu vivacemente contrastata dalla totalità dei Clinici pavesi ed i primi anni per noi furono davvero difficili. Eravamo però un gruppo molto unito e fortemente motivato a dimostrare di saper fare. Può suonare retorico oggi, ma avevamo scommesso il nostro personale futuro insieme al futuro della "nostra Divisione". Così in pochi anni la Divisione di Cardiologia di Pavia si guadagnò la considerazione e il prestigio di cui ancora gode.

Quando e perché Lei si allontanò da Pavia?

Quando nel 1976, mi fu offerta l'opportunità di un'avventura intellettuale entusiasmante: quella di costruire e dirigere una Divisione di Riabilitazione Cardiologica a Montescano, sui colli dell'Oltrepò. A quel tempo la riabilitazione del cardiopatico era pressoché sconosciuta in Italia; esistevano, isolate e limitate esperienze, circondate da un ampio scetticismo. Le istituzioni di maggior esperienza erano nel nord e nell'est europeo. Prima di accettare l'incarico andai per un breve stage in Ungheria, a Balatonfüred, ed in Germania, a Bad Krozingen. Non imparai molto, ma capii che c'era molto da fare e come farlo. Insieme a tre volenterosi (Franco Cobelli, Cristina Opasich, Jole Assandri) iniziammo a lavorare in quel campo. Credo si possa dire che in Italia la cultura e la pratica della Riabilitazione in Cardiologia abbiano a Montescano una parte delle loro radici.

Fu un'esperienza culturale e personale importante per tutti noi. Lì io compresi ciò che stavo per dimenticare, affascinato dagli aspetti tecnici che il progresso poneva in prima linea nella pratica cardiologica: *non è un buon medico, chi non sa ascoltare.*

Se sono stato un buon medico, ho imparato ad esserlo a Montescano.

Ma anche questa esperienza si è conclusa con un abbandono e con l'inizio di una storia nuova.

È vero! Nell'82 fui invitato a mettere in piedi una Divisione di Cardiologia a Genova. Anche qui si trattava di incominciare da zero. Era però l'occasione di porre a frutto l'esperienza

fatta in precedenza in due situazioni diverse. È nato così all'Ospedale Galliera una delle prime strutture cardiologiche ospedaliere italiane in cui il trattamento dei malati acuti si poteva continuare e completare con la riabilitazione, svolta in regime ambulatoriale, e proseguire con programmi controllati di prevenzione secondaria. Ricominciare da capo non fu facile, ma ebbi l'opportunità (cosa oggi impossibile) di costruire una squadra, andando a sceglierne i componenti, a seconda delle specifiche competenze, in giro per l'Italia. Fui fortunato, non sbagliai quasi nulla: coloro che avevo potuto scegliere si mostrarono nel tempo capaci, motivati, solerti. Questa è stata la maggior ragione del successo anche di questa "impresa". A dimostrarlo sta il fatto che molti di loro dirigeranno ora Divisioni di Cardiologia in Ospedali della Liguria. Uno di essi sarà il prossimo Presidente dell'ANMCO. Non mi pare cosa da poco!

Per finire, Prof. Vecchio, quali suggerimenti può dare per il futuro dell'ANMCO?

Da alcuni anni vivo estraneo al mondo ospedaliero ed ho abbandonato la pratica della Medicina. Ciò impedisce ragionevolmente di dare suggerimenti fuori dal generico.

Solo mi pare utile una considerazione, forse ovvia, ma pertinente. Oggi la cardiologia ha di fronte a sé un pericolo grave: quello della frammentazione in distinte sub-specialità, derivante proprio da alcuni degli elementi che hanno determinato il suo tumultuoso sviluppo tecnico e conoscitivo. Ciò pone a rischio la sua unitarietà culturale e strutturale, tanto da far apparire proponibili il distacco e l'autonomizzazione di alcune sue parti così come il riassorbimento delle sue componenti funzionali e operative entro altri e diversi contesti organizzativi (Divisioni di Medicina Generale, Dipartimenti d'immagini, Reparti di Medicina d'urgenza). È un rischio che si configura in forme differenti nei grandi e nei piccoli Ospedali, ma che affiora, o peggio si concretizza, sia negli uni che negli altri.

Ciò è in categorica contraddizione con le ragioni della nascita e dello sviluppo dell'ANMCO ed è mia opinione che contrastare questo rischio sia uno dei compiti principali dei suoi attuali e futuri dirigenti. Torna qui il tema della necessità di ridare ai cardiologi degli Ospedali la coscienza di una comune appartenenza culturale e associativa che ha caratterizzato l'ANMCO che io ho conosciuta ed a cui ancora mi sento legato.

Il tempo passa, il ricordo è storia

Con grande piacere offriamo ai Lettori nelle pagine di *Viaggio intorno al Cuore*, il primo di alcuni inediti interventi di Alessandro Berti sulla storia della Medicina. Storie coinvolgenti, a tratti entusiaste che hanno reso possibile il progresso delle conoscenze al punto che oggi, questi racconti rappresentano la nostra storia, ma ancor più quella dell'uomo.

Francesco Bovenzi, Gennaro Santoro

Niccolò Stenone (Copenaghen 20.1.1638 - Schwerin 5.12.1686) alla Corte dei Medici

di Alessandro Berti - Console Generale Onorario di Danimarca

Pochi sanno che nella Cappella di destra del transetto della Basilica di San Lorenzo a Firenze è sepolto Niccolò Stenone (Niels Stensen per i danesi, Nicolaus Steno per gli studiosi).

Lo sanno invece molti pellegrini cattolici del Nord della Germania (Amburgo e Schwerin) dove, l'oggi Beato, Stenone morì in odore di Santità a soli 49 anni.

Abbiamo cominciato a parlare di Stenone dalla fine della sua vita e ne completiamo il quadro non senza dimenticarci che, fra non molto, Niccolò Stenone, se pur nato luterano, si convertì a Firenze, al cattolicesimo prendendo poi gli ordini sacerdotali e diventando poi Vescovo di Titiopoli.

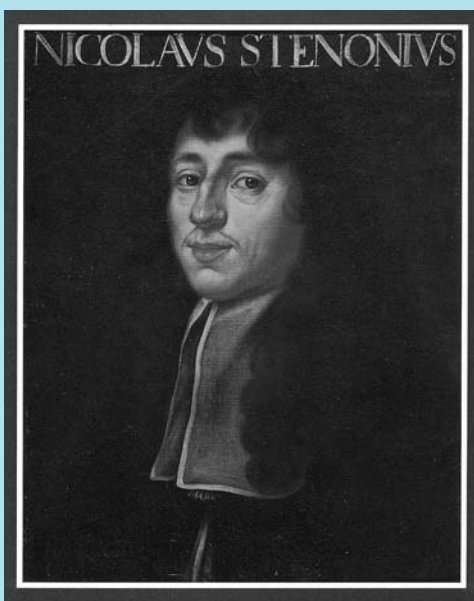
Ma ricominciamo da capo a raccontare della vicenda e delle scoperte che resero Niccolò Stenone uno dei più grandi scienziati del '600.

Nessuno ricordava, o tutti ignoravano, dati i "secoli" trascorsi da quel lontano 1686, che le spoglie mortali di Niccolò Stenone per ordine del Granduca di Toscana Cosimo III (suo grande amico ed estimatore) furono portate a Firenze dal veliero "San Bernardo" in una cassa contenente "libri" e che per volontà dello stesso Granduca furono tumulate nelle Cappelle Medicee dove furono poi "riscoperte" nel 1953 e trasferite come si è detto nel transetto della Basilica di San Lorenzo.

Molti medici conoscono invece Niccolò Stenone per la sua fama di anatomico patologo anche se il suo interesse e le sue ricerche si estesero nel corso di tutta la sua breve vita alla geologia e alla mineralogia tanto da considerarlo il padre della moderna "geologia", così si giustifica la lapide sotto il suo monumento eretto dinanzi l'Università di Copenaghen che suona: "Nicolaus Steno, anatomicus, Geologiae fundator; servus Dei".

Stenone prende le mosse nella facoltà di medicina di Copenaghen ed ebbe come Maestro il Prof. T. Bartolin specializzato nello studio sulla circolazione del sangue nonché dei vasi linfatici e appassionato dissezionatore (arte in cui Stenone risulterà un vero Maestro e che gli consentirà di pervenire alle sue più famose "scoperte").

Nel 1660 troviamo Stenone in Olanda ed è qui che le ricerche di Stenone danno i primi importantissimi risultati. Il 7 aprile del 1660 dissezionan-



Ritratto di Niccolò Stenone, Ignoto del XVII secolo, Firenze Galleria Uffizi

do una pecora scopre il dotto principale della "ghiandola parotidea" il c.d. "dotto di Stenone" documentato poi anche sull'uomo.

Ed è sempre in quel periodo che Stenone approfondisce lo studio sulle ghiandole linfatiche e dei loro vasi, sui muscoli, sul cervello e sul cuore. È del 1661 la dissertazione "Intorno alle ghiandole e ai dotti salivari provenienti da queste e finora sconosciuti", dove Stenone approfondisce le sue ricerche sulle ghiandole ai loro dotti, e ai suoi vasi linfatici.

Ne scopre di nuove (del naso e della bocca) studia a fondo il sistema lacrimale e definisce la funzione fisiologica della lacrima (umidificare occhio e palpebra) nonché la funzione stessa delle "ghiandole". Ma se la scoperta più nota di Stenone resta - come si è già ricordato - quella del "canale della ghiandola parotide" - doctus stenonianus - (e anche a questa scoperta fatta a soli 22 anni, seguì una polemica col suo Professore di Leyda Gerardo Blasius che avutone notizia dall'allievo tentò di appropriarsene!), di ben altra importanza furono le sue scoperte e dissertazioni sui "muscoli" e sul "cuore".



Frontespizio del volume Nicolai Stenonis de Musculis et glandulis observationum specimen cum epistolis duabus anatomicis. Edito a Copenaghen nel 1664 ristampata ad Amsterdam nello stesso anno e nuovamente pubblicato a Leida nel 1683. Firenze Biblioteca della Facoltà di Medicina

Stenone infatti - spazzando via tutte le precedenti affermazioni quasi dogmatiche ed in parte accettate anche da Cartesio ed Harvey - (che lo definivano come sorgente di calore di spiriti vitali) definisce il cuore come "nient'altro che un muscolo". Nel trattato "De musculis et glandulis abservationum specimen" pubblicato a Copenaghen nel 1664 e dedicato a Re Federico II di Danimarca si legge: "Alcuni vollero indicare come sede del calore naturale, il trono dell'anima se non addirittura l'anima stessa; salutarono il cuore come fosse il Re, come il Sole, ma quando avrai esaminato attentamente la cosa, non troverai altro che un muscolo".

A conclusione di una lunga quanto accurata analisi sui vari muscoli (intercostali, esterni, elevatori delle coste, sacro lombari, ecc.) sulla loro struttura, sulle varie parti che li compongono, sulle fibre e sulle membrane, così conclude: "Tutto quello che è stato detto sui muscoli, se viene applicato al cuore, è sufficiente a dimostrare la premessa iniziale che, cioè il cuore è realmente un muscolo. In tutta la sostanza del cuore non c'è altro all'infuori di: arterie, vene, nervi, fibre, membrane; ma nemmeno del muscolo c'è qualcosa di più. Non nomino né il grasso né le ossa, non li troviamo nel cuore e neppure nei muscoli".

"Quanto si dice a proposito del parenchima, distinto dalle fibre, non lo si deve a quanto sia stato percepito dagli anatomici, ma alla loro fantasia".

"L'aspetto esteriore del cuore, liberato dalla membrana e dalle fibre, fa sembrare, a prima vista, che il decorso di tutte le fibre sia uguale dovunque, vale a dire, obliquo dalla base all'apice. Solo che, se si separano le parti carnose una dall'altra, appare chiaro che soltanto poche raggiungono l'apice. Ne consegue che le prime, ovvero solo un piccolo numero, procedono dalla base sotto le successive, improvvisamente si girano e vengono a dirigersi a sinistra sotto le altre. Così la fibra che segue, scende sempre un pochino più lunga verso il basso, prima di piegarsi; ma s'incurva ugualmente sotto la successiva che può a sua volta piegarsi solo nel punto in cui si era spinta quella immediatamente precedente".

E così conclude: "nel cuore non manca nulla di quello che è proprio del muscolo e nulla si trova nel cuore che non ci sia anche nel muscolo".

Ritengo con queste poche parole non certo di aver esaurito il racconto delle tante scoperte di Stenone, sarebbe interessante ripercorrere le ricerche Stenoniane in materia di geologia e mineralogia: sono sicuro che ne varrà la pena.

MEETING "LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN CARDIOLOGIA"

di Antonio Mafri

Si è tenuto a Viareggio il 20 novembre 2004 il meeting congiunto tra l'ANMCO e l'Associazione di studi giuridici Melchiorre Gioia, della quale fanno parte i medici legali, incentrato sul rischio professionale in cardiologia. Il convegno, che l'attuale Consiglio Direttivo ha fortemente sostenuto, nasce dal reciproco interesse delle due società verso questa sempre più attuale problematica professionale.

Da una parte, l'Associazione Melchiorre Gioia ha manifestato l'interesse di approfondire con la nostra Associazione le problematiche cardiologiche, sia cliniche che organizzative, in modo da conoscere meglio e in maniera più aggiornata e diretta l'attuale gestione del paziente cardiopatico.

Dall'altra parte, l'ANMCO ha ritenuto interessante proseguire e approfondire un discorso iniziato già due anni fa (nell'ambito del Congresso Nazionale 2003 e 2004 sono stati organizzati simposi sul rischio professionale e il risk management) utilizzando la competenza e l'esperienza dei medici legali, molti dei quali anche consulenti di importanti gruppi assicurativi operanti in Italia, per iniziare un'opera di "alfabetizzazione" e sensibilizzazione dei cardiologi nei confronti di questi aspetti non secondari della nostra pratica clinica quotidiana.

Il meeting (organizzato dal Dott. Giovanni Cannavò, segretario della Melchiorre Gioia e dal Dott. Antonio Mafri per l'ANMCO) si è tenuto all'Hotel Astor di Viareggio ed ha occupato un'intera giornata di lavori; vi hanno partecipato una ventina di cardiologi e oltre sessanta medici legali.

Erano presenti il presidente dell'Associazione Melchiorre Gioia, Prof. Alessandro Chini e, per l'ANMCO, il Presidente eletto, Dott. Francesco Chiarella.

Dopo i saluti di rito dei rappresentanti delle due Associazioni, si è dato l'avvio ai lavori della prima sessione con una lettura introduttiva del meeting, che ha sottolineato l'importanza di instaurare e favorire la reciproca comprensione per collaborare insieme e per meglio affrontare il problema della responsabilità professionale nelle sue varie facce, compresa quella assicurativa.

Nella prima sessione, coordinata dal Prof. Chini e dal Dott. Mafri, si è discusso sulle problematiche medico-legali relative alla pratica cardiologica e cardiocirurgica; sono state prese in considerazione le aree a maggior rischio quali il pronto soccorso (con un apprezzato intervento preordinato del Dott. Tanzi) e la diagnostica ambulatoriale (Dott. Mafri). Per la diagnostica invasiva e la cardiocirurgia hanno tenuto interventi preordinati il Dott. Giannantoni e il Prof. Chini sull'inquadramento medico-legale e le problematiche connesse all'evoluzione del fenomeno, agli orientamenti recenti della giurisprudenza e alla stipula di specifiche assicurazioni per la responsabilità professionale.

Nella seconda sessione (coordinatore cardiologo il Dott. Francesco Chiarella, coordinatore medico legale il Dott. Marco Rindi) si è affrontato il problema di come ridurre il rischio professionale in cardiologia, prendendo spunto dagli interventi preordinati tenuti dal Dott. Rindi e dai colleghi cardiologi Domenico Gabrielli di Ancona (controllo di qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici) e Maria Teresa Manes di Cosenza (valore e limiti delle linee guida).

Nel pomeriggio si è tenuta la terza sessione, dal titolo "Il consenso tra etica, diritto e necessità pratiche di gestione del paziente" coordinata dal Dott. Gennaro Santoro di Firenze, per i cardiologi e dal Dott. Luigi Mastroberoberto, consulente di Direzione UNIPOL di Bologna, per i medici legali che hanno svolto i due interventi preordinati.

Sono stati affrontati i problemi legati alla modalità di acquisizione del consenso (con particolare riferimento alla qualità e quantità delle informazioni da dare); al valore e limiti del consenso informato e agli aspetti specifici del consenso nell'urgenza, nella cardiologia interventistica e nella cardiocirurgia.

Tutte e tre le sessioni hanno suscitato un notevole interesse sia tra i cardiologi che tra i medici legali, e gli interventi liberi hanno confermato quanto sia importante e improcrastinabile sviluppare una più approfondita conoscenza delle rispettive problematiche e quanto potrà essere proficuo avviare una collaborazione stabile tra

le due Associazioni: infatti, dallo scambio di esperienze ed operando su progetti di comune interesse, si potranno sprigionare quelle sinergie culturali e scientifiche necessarie anche a contrastare lo sviluppo ingiustificato di una ricerca di responsabilità professionale che può diventare destabilizzante per il sistema assistenziale.

Le conclusioni sono state ovviamente di tipo interlocutorio e, in pratica, rappresentano un possibile programma di collaborazione futura incentrato su alcuni aspetti ben determinati:

- collaborazione nell'implementare programmi di alfabetizzazione ed approfondimento delle problematiche giuridiche correlate alla professione, e di risk management;
- collaborazione per la stesura di linee guida peritali (sia per i medici legali che per i cardiologi coinvolti in attività di consulenza) riguardanti le problematiche cardiologiche;
- collaborazione per la definizione più precisa dei confini della validità e/o coerenza delle linee guida cliniche internazionali e perciò dei comportamenti da tenere nelle diverse realtà operative (Pronto Soccorso, degenza, ambulatorio, diagnostica invasiva, ecc.) e condizioni cliniche;
- collaborazione per la stesura di formule di consenso informato concordate;
- istituzione di un registro (o di un'indagine conoscitiva) promosso dall'ANMCO che, in maniera anonima, possa fornire informazioni circa il contenzioso medico-legale che riguarda i cardiologi e i cardiocirurghi, per avere un quadro reale e affidabile dell'entità e della qualità del problema (ad oggi poco noto agli stessi medici legali e ai dirigenti di compagnie assicurative). Il "tasso di sinistrosità" è un importante e discriminante elemento per determinare le quote dei contratti assicurativi, sia degli ospedali che dei singoli professionisti;
- stesura di elenchi regionali di cardiologi ANMCO esperti nelle varie sottospecialità cui i medici legali della Melchiorre Gioia possano far riferimento per avere pareri specialistici di alto profilo da contrapporre ai periti di parte e a quelli dei tribunali (che spesso sono tuttologi e perciò generici, imprecisi e, spesso, non aggiornati).

Un programma ambizioso, ma alla portata della nostra Associazione, un programma che ha una valenza culturale nuova e differente da quella dell'ambito cui siamo abituati ad operare, ma che ha anche una valenza pratica non indifferente, dal momento che anche in Italia il contenzioso verso i medici è in costante crescita e i cardiologi, anche se ad oggi non sembrano costituire una categoria ad alto rischio (ma mancano dati numerici precisi a livello nazionale), sono tra gli specialisti che più facilmente possono incorrere in incidenti di percorso: l'attività di pronto soccorso, la diagnostica invasiva e non invasiva, la terapia percutanea transcateretere e l'aritmologia interventistica, la stessa assistenza al paziente costituiscono momenti a rischio, indipendentemente dall'aver commesso o meno un qualche errore.

L'attuale Consiglio Direttivo è convinto della bontà di questa operazione per le possibili positive ricadute anche pratiche, ed ha proposto, per il prossimo Congresso Nazionale, un evento formativo da tenere assieme all'Associazione Melchiorre Gioia nella giornata inaugurale.

VI

ANMCO
ASSOCIAZIONE
MELCHIORRE GIOIA
MEDICO-GIURIDICA

**CORSO DI QUALIFICAZIONE
ED AGGIORNAMENTO
IN MEDICINA ASSICURATIVA**

Viareggio
18-19-20 novembre 2004

**HOTEL
ASTOR**

VIAREGGIO
V. CARDUCCI N° 54
TEL: 0584 50301
FAX: 0584 55181

Figurare la Parola

a cura di Francesco Bovenzi



*“Non è un cuore,
è un sandalo
di pelle di bufalo
che cammina senza
stancarsi, cammina
senza spaccarsi
va avanti
su strade di sassi”.*

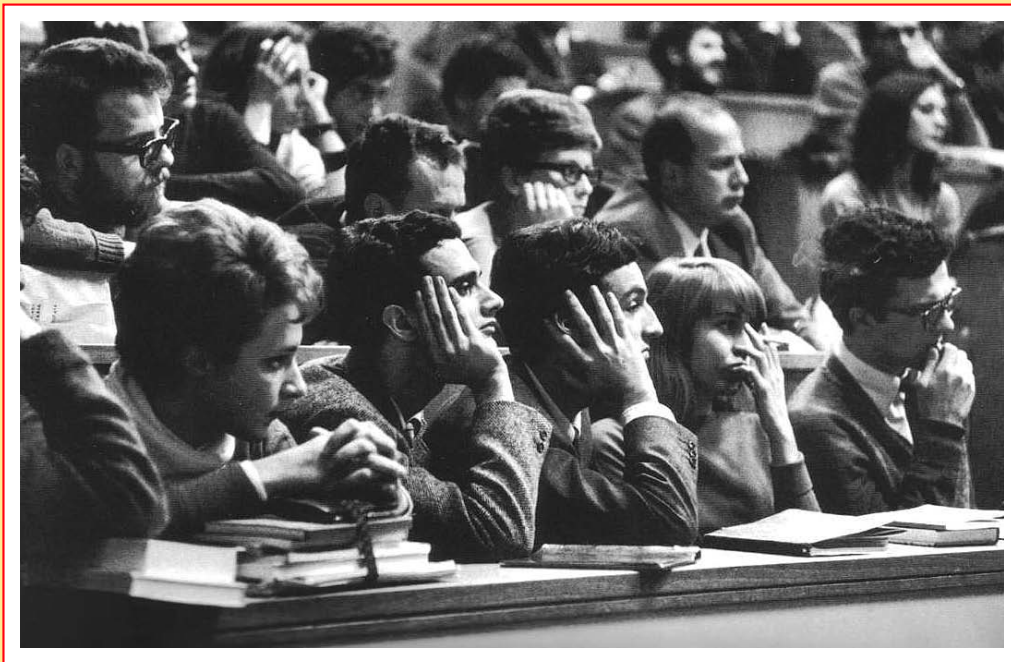
(NAZIM HIKMET)

*“Che strana forma
di vita ha questo
mio cuore
vive di vita perduta
che gli darei in
regalo,
Cuore indipendente,
cuore che non
comando
vive sperduto tra la
gente
sanguinando
ardentemente, cuore
indipendente”.*



(AMALIA RODRIGUES)

1-4 giugno



ANMCO ♥ 2005

Chi informa

Chi ascolta

Chi forma



XXXVI Congresso Nazionale ANMCO

