



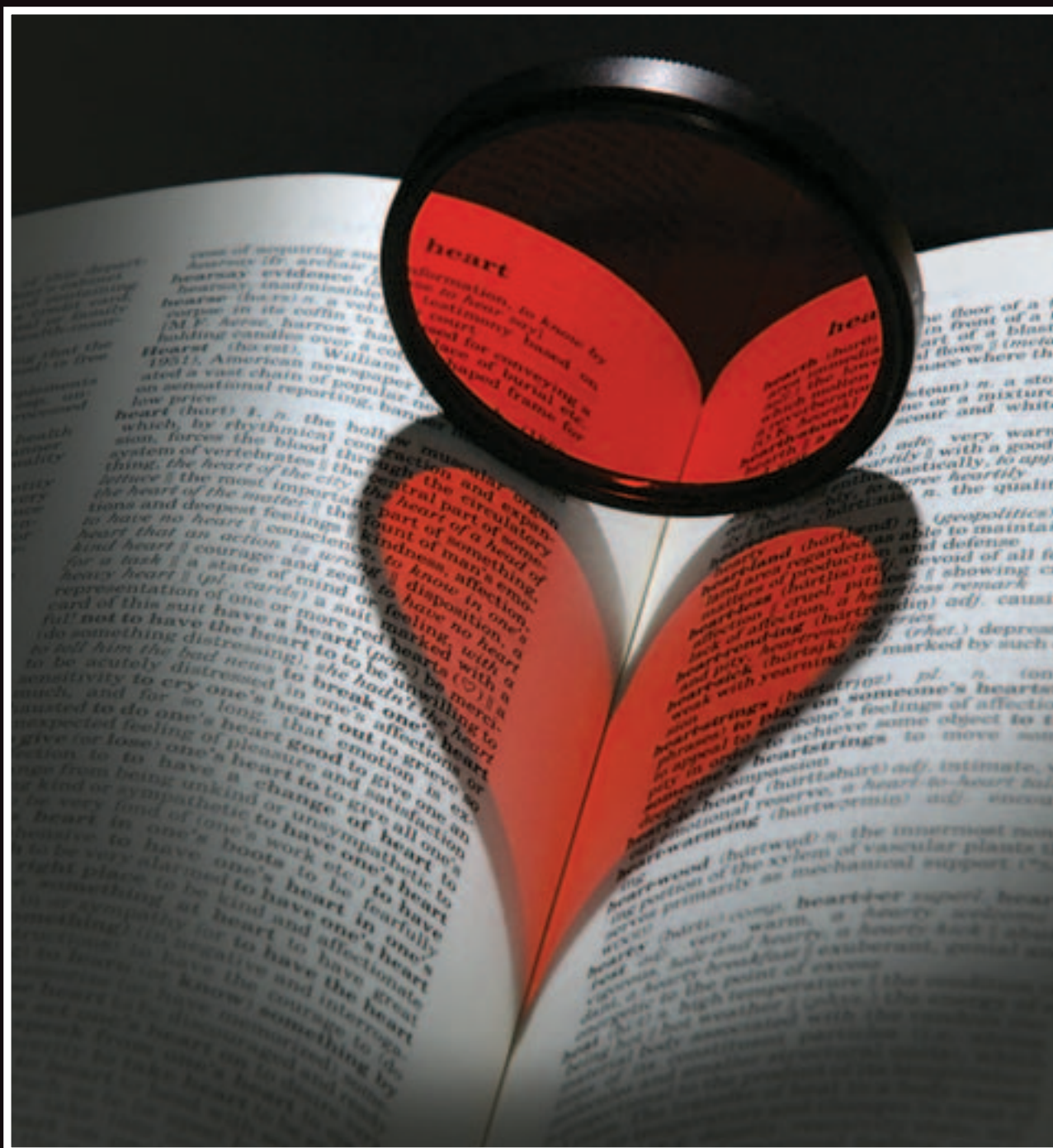
MARZO - APRILE N. 144



CARDIOLOGIA

NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



AMICI DELL'ANMCO

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

Spec. in A.P. - Art. 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 Insetto Redazio-



***Liberati dal peso
delle tue conoscenze...***



***... condividile con noi, partecipando al
XXXVI Congresso Nazionale ANMCO***

1-4 giugno 2005



IN QUESTO NUMERO:

- 2 DAL PRESIDENTE
- 4 DAL CONSIGLIO DIRETTIVO
- 6 DALLA HEART CARE FOUNDATION
- 11 DALLE AREE
Informatica - Nursing
Scompensato Cardiaco
- 34 DALLE REGIONI
Basilicata - Calabria
Friuli Venezia Giulia
Molise - Veneto
- 46 CUORI ALLO SPECCHIO
- 51 VIAGGIO INTORNO
AL CUORE
- 54 FORUM
- 56 FIGURARE LA PAROLA

In copertina
il vocabolo Heart: foto Web



INDICE:

- | | |
|---|--|
| <p>2 FINALMENTE IL NUOVO G8-CARDIO ANMCO
<i>di Giuseppe Di Pasquale</i></p> <hr/> <p>4 VIENI A SCOPRIRE UN'INTERESSANTE NOVITÀ NEL CONGRESSO ANMCO 2005
<i>di Claudio Cavallini</i></p> <hr/> <p>6 GIORNATE DEL CUORE DI TRIESTE
<i>di Sabino Scardi</i></p> <hr/> <p>12 DAL REGISTRO DELLE UTIC AL G8-CARDIO-WEB, AGLI STANDARD INTERNAZIONALI DI INTEGRAZIONE DEI SISTEMI TECNICO-INFORMATICI
<i>di Antonio Di Chiara</i></p> <hr/> <p>15 IL NUOVO COMITATO DI COORDINAMENTO DELL'AREA NURSING PER IL 2005-2006
<i>di Quinto Tozzi</i></p> <hr/> <p>17 IL PROGRAMMA DELL'AREA SCOMPENSO CARDIACO PER IL BIENNIO 2005-2006
<i>di Andrea Di Lenarda e Fabrizio Oliva</i></p> <hr/> <p>23 SCOMPENSO CARDIACO: REALTÀ, CONOSCENZE E PERCEZIONI SULL'ATTIVITÀ DEDICATA, LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E IL BETA-BLOCCO
<i>di Gianfranco Alunni e Renata De Maria</i></p> <hr/> <p>34 RETE INTEROSPEDALIERA PER LE PRESTAZIONI CARDIOLOGICHE DELLA REGIONE BASILICATA
<i>di Francesco Sisto</i></p> | <p>36 L'ANMCO REGIONALE DELLA CALABRIA HA STILATO IL PROGRAMMA 2004-2006
<i>di Marilena Matta</i></p> <hr/> <p>38 L'INSUFFICIENZA RENALE NEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO: UNA PROBLEMATICHE EMERGENTE
<i>di Alberto Pivetta, Marco Merlo, Andrea Di Lenarda, Luigi Tarantini, Gianfranco Sinagra</i></p> <hr/> <p>41 IPERGLICEMIA ACUTA DURANTE INFARTO DEL MIOCARDIO, FENOMENO O EPIFENOMENO?
<i>di Mario Siniscalchi, Filomena Baldini, Emilio Musacchio</i></p> <hr/> <p>44 NOTIZIE DAL CONSIGLIO DELL'ANMCO VENETO
<i>di Giorgio Rigatelli</i></p> <hr/> <p>46 INTERVISTA AL PROF. JEREMIAH STAMLER
<i>di Giovanni Gregorio</i></p> <hr/> <p>51 L'IMPORTANZA DI PARLARE AL CUORE
<i>di Francesco Bovenzi</i></p> <hr/> <p>52 SEMPRE A PROPOSITO DI NICCOLÒ STENONE
<i>di Alessandro Berti</i></p> <hr/> <p>54 PIÙ SPAZIO AI GIOVANI NELL'ANMCO
<i>di Francesco Bovenzi</i></p> <hr/> <p>56 FIGURARE LA PAROLA
<i>a cura di Francesco Bovenzi</i></p> |
|---|--|



FINALMENTE IL NUOVO G8-CARDIO ANMCO

Il progetto “**G8-Cardio ANMCO**” è ormai giunto a compimento. Non si è trattato di un semplice restyling ma di un faticoso lavoro con la scelta di una nuova strategia che ha portato al trasferimento sul WEB della precedente versione “client server” con i necessari aggiornamenti tecnologici.

Il progetto di rinnovamento del G8-Cardio ANMCO è iniziato nel 2002 con la decisione operata dal Consiglio Direttivo e dall'Area Informatica dell'ANMCO che Internet fosse la strada da privilegiare. L'altro obiettivo prioritario è stato quello di creare una positiva saldatura tra il progetto G8 ed i Registri dell'ANMCO, che in prospettiva vorremmo che diventassero il vero “networking system” nazionale della Cardiologia ospedaliera.

Il lavoro è proseguito nel 2003 con l'accurata scelta di un partner tecnologico che offrì garanzie di elevata qualità. La scelta di MedArchiver si è rivelata particolarmente felice.

Sotto l'efficace coordinamento dell'Area Informatica è avvenuta la riscrittura e l'aggiornamento dei “verticali” (i programmi specifici per ogni settore cardiologico) da parte dei Responsabili indicati dall'ANMCO e dalle Società di Settore (Comitato G8-Cardio ANMCO). Uno step fondamentale è stata l'individuazione di quelle variabili considerate fondamentali per descrivere i diversi percorsi di diagnosi e cura che vanno a costituire i Minimal Data Set (set minimo di dati per Registro e/o prestazione erogata, indispensabili per possibili elaborazioni statistiche e/o indagini epidemiologiche).

Il lungo e lungimirante percorso iniziato nel lontano 1996 ha portato alla creazione di un patrimonio scientifico, i Minimal Data Set, primo passo per la creazione di uno standard clinico e gestionale della Cardiologia nazionale, in anticipo rispetto ad altre Società Scientifiche estere.

Il nuovo “**G8-Cardio WEB**” fornisce alla Cardiologia italiana la possibilità di dotarsi di uno strumento informatico idoneo alla realizzazione dei Registri o di survey permanenti. Contemporaneamente si propone come strumento informatico integrato per la gestione clinica del paziente cardiologico nei diversi ambiti di cura, potenzialmente estremamente utile in quelle Strutture non dotate di sistemi informativi clinici dedicati alla Cardiologia.

La moderna tecnologia con la quale è realizzato permette una fruibilità ed una potenzialità di utilizzo fino a ieri impensabile, e di fatto, crea una vera rete di comunicazione tra le Strutture cardiologiche che lo utilizzeranno. Basti pensare alla possibilità di condividere facilmente tra diversi Centri le informazioni cliniche dello stesso paziente, la possibilità di segnalare on-line errori o suggerimenti, e vederli implementati senza la necessità di reinstallare il programma. Inoltre, in rispetto alla normativa della privacy e in base a specifici progetti di ricerca, la raccolta centralizzata dei dati renderà di molto più efficiente la realizzazione dei Registri.

Il “**G8-Cardio WEB**” verrà utilizzato tra breve per primo dai Centri della Pre-



N. 144 - marzo/aprile 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 588784 - 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





venzione ed il suo utilizzo è già iniziato nell'ambito del progetto di screening cardiovascolare FISDE.

La stretta collaborazione con il Centro Studi ha portato a realizzare ex-novo il verticale per la raccolta dei dati dei pazienti ricoverati con sindrome coronarica acuta, che verrà utilizzato per il Registro IN-ACS Outcome svolto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e per il più ampio registro globale IN-ACS Registry.

Lo sforzo economico della nostra Associazione ed i fondi ricavati acquisiti attraverso gli Sponsor per lo Studio IN-ACS Outcome permetteranno di fornire a oltre 200 Strutture cardiologiche ospedaliere il G8-Cardio WEB. La priorità verrà data ai Centri che parteciperanno ai Registri (Prevenzione, IN-ACS

Outcome e Registry) e quindi le eventuali licenze rimanenti alle Strutture che lo utilizzeranno per soli scopi gestionali clinici. La durata del contratto di fornitura del servizio da parte di MedArchiver è di due anni, e successivamente dovrà essere rifinanziato, attraverso il proseguimento dei progetti di ricerca, o anche dai singoli Centri che volessero utilizzarlo indipendentemente.

I Responsabili dei Centri che utilizzeranno il G8-Cardio WEB per la gestione clinica, dovranno, congiuntamente alle Direzioni Generali sottoscrivere la loro approvazione alle modalità di gestione dei dati sensibili proposte. Indipendentemente infatti dalla peculiarità della trasmissione dei dati via WEB, la normativa attuale sulla privacy in ambito sanitario prevede che, a lato delle garanzie sulla gestione tecnica della Struttura, esista un titolare di dati clinici (Direttore Generale che eventualmente delega il Responsabile della Struttura cardiologica). Per quanto riguarda invece i Centri che utilizzeranno il sistema soltanto nell'ambito di specifici progetti di ricerca (Registri), questi dovranno solo ottenere l'autorizzazione dal proprio Comitato Etico, analogamente ad ogni altro studio di ricerca clinica, dal momento che i dati sensibili anagrafici non verranno raccolti centralmente.

L'Area Informatica sta approntando sul Sito WEB dell'ANMCO un percorso per permettere agli Associati di testare l'applicativo. Verranno inoltre messe a disposizione delle demo sull'uso, i manuali per l'installazione del software, oltre alla documentazione relativa alla normativa sulla privacy.

Il percorso di strutturazione di un software richiede tempo e collaborazione nel segnalare ogni eventuale disfunzione ed errore da correggere. L'invito rivolto ad ogni Centro che si doterà del G8-Cardio ANMCO è quello di immettere il maggior numero di dati nell'Archivio informatico e di lavorare a pieno ritmo, evidenziando tutti gli errori ed i possibili miglioramenti da apportare al software. A conclusione di questa breve presentazione di un lungo e complesso percorso desidero ringraziare tutti quelli che hanno reso possibile la realizzazione di questo ambizioso progetto. Un ringraziamento particolare va a Gianfranco Mazzotta past Chairman dell'Area Informatica che, con il prezioso supporto di Antonio Di Chiara, ha coordinato con entusiasmo, competenza e caparbia un lavoro difficile per il raggiungimento di un obiettivo strategico della nostra Associazione. Per finire, un particolare apprezzamento per il lavoro svolto dal nostro Centro Studi e per il contributo competente di Walter Pitscheider importante interfaccia con l'Azienda MedArchiver, vero Partner tecnologico dell'ANMCO in questo progetto e non semplice fornitore di committenza.

VIENI A SCOPRIRE UN'INTERESSANTE NOVITÀ NEL CONGRESSO ANMCO 2005



Durante il prossimo Congresso Nazionale ANMCO verranno presentati, in due distinte Sessioni, casi in diretta di cardiologia interventistica realizzati in collaborazione con il SICI-GISE: la prima Sessione sarà dedicata a interventi di rivascolarizzazione coronarica percutanea, la seconda a procedure di interventistica non coronarica.

Iniziative di questo tipo non rappresentano certamente una novità nell'ambito di eventi specificamente disegnati per un pubblico selezionato di cardiologi interventisti; sono molto più rari in un contesto organizzativo destinato alla globalità dei cardiologi ospedalieri quale è il nostro Congresso.

Al di là della ricerca di elementi di curiosità e di novità, questa scelta è nata dalla volontà di riunire figure professionali di diversa estrazione attorno ad argomenti, quelli appunto delle procedure interventistiche, i cui aspetti decisionali troppo spesso vengono demandati in maniera esclusiva e acritica, in una sorta di "abdicazione", agli addetti ai lavori.

In questa ottica la nostra iniziativa toccherà in maniera soltanto marginale i punti più squisitamente tecnici delle procedure (la cui conoscenza è comunque importante in ottica di valutazione costo o rischio/beneficio dell'intervento),

Live Session

PROCEDURE DI INTERVENTISTICA CORONARICA

2 giugno 2005, 8.00/9.30, Sala Leonardo



mentre lascerà ampio spazio alla discussione degli aspetti clinici (analisi critica delle indicazioni all'intervento, valutazione dei risultati, terapia farmacologica a lungo termine, tipologia di follow-up). I casi saranno trasmessi via satellite da due centri di cardiologia interventistica (Treviso e Firenze), e durante i vari momenti delle procedure vi sarà ampio spazio per la discussione che coinvolgerà operatori, discussant e tutti i cardiologi presenti.

L'iniziativa ci è sembrata decisamente interessante; il suo successo dipenderà, ancora una volta, dalla capacità di ciascuno di noi di animare e di stimolare la partecipazione e la discussione.

Quindi: un appuntamento da non perdere!

Live Session

PROCEDURE DI INTERVENTISTICA CARDIOLOGICHE PER LA PREVENZIONE DELLO STROKE

3 giugno 2005, 18.00/19.30, Sala Michelangelo



"...È un pò come se ci fosse stata una minuscola frana nel mio cervello. C'è un senso che ho perso - non del tutto, no, non del tutto, ma certo troppo. Una parte della mia vita persa..."

Raymond Carver



GIORNATE DEL CUORE DI TRIESTE

Per questo numero di "Cardiologia negli Ospedali" Heart Care Foundation ha scelto di pubblicare il bel contributo di Sabino Scardi sulla iniziativa delle Giornate del Cuore 2004 a Trieste.

Il Friuli Venezia Giulia è certo terra privilegiata per quel che riguarda la cultura della prevenzione cardiovascolare e le strategie di popolazione. Lo è tuttavia perchè molto si è seminato e nel caso specifico perchè Sabino Scardi, insieme ai suoi collaboratori, da molti anni compie opera di sensibilizzazione della città attraverso l'azione continua dello Sweet Heart.

Vorrei che questo esempio positivo di cardiologia di comunità, accompagnato anche da una utile raccolta dati che servono per orientare il percorso successivo, trovi imitatori in ogni area o regione. È giusto tuttavia sottolineare che certi risultati si ottengono dopo anni di faticosa applicazione e con la costante attenzione al progresso ed alle evidenze della prevenzione cardiovascolare e mantenendo un contatto "totale" con la comunità locale.

Franco Valagussa
Presidente Heart Care Foundation ONLUS



INTRODUZIONE

Gran successo a Trieste e in provincia della manifestazione Le Giornate del Cuore organizzate, su invito dell'Heart Care Foundation dell'ANMCO, dal Centro Cardiovascolare di Trieste in collaborazione con l'ALLEANZA TRIESTINA DEL CUORE costituita da tutte le associazioni di volontariato a favore dei cardiopatici: Amici del Cuore, Club Sweet Heart-Dolce Cuore, Cuore Amico di Muggia, Gruppo Volontari Duino-Aurisina-Santa Croce e con la collaborazione tecnico-scientifica di Fondazione Pfizer.

Numerosi Enti Locali e Industrie Farmaceutiche hanno messo a disposizione i fondi economici, il materiale educativo e le apparecchiature sanitarie. Ringraziamo in particolare la Roche Instruments.

Queste giornate hanno voluto ricordare alla Città e alla sua provincia che il 2004 è stato dichiarato Anno del Cuore dal Ministero della Salute per sensibilizzare la popolazione sulla gravità ed attualità del rischio cardiovascolare e promuovere la cultura della prevenzione cardiovascolare.

Le giornate triestine del Cuore si sono svolte nei giorni 23 e 24 ottobre 2004 per offrire ai cittadini della provincia l'opportunità di accedere ad un test di valutazione del Rischio Globale.

PROGRAMMA DELLE ATTIVITÀ

La manifestazione è stata preceduta il giorno 22 da un Convegno dedicato al personale infermieristico e agli assistenti sanitari del Friuli Venezia Giulia sul-



l'opportunità di utilizzare il personale non medico nella prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica a cui hanno partecipato 182 infermieri e assistenti sanitari della Regione.

Il 23 ottobre si è svolto il Simposio sulla Prevenzione Cardiovascolare dedicato alla popolazione preceduto dal saluto delle Autorità. Il Simposio ha visto interventi in qualità di relatori di Paolo Da Col (Direttore Sanitario della ASS1), Bartolo Zingone (Primario Cardiocirurgo del Polo Cardiologico di Cattinara), Franco Valagussa (Presidente della Heart Care Foundation), Sabino Scardi (Primario del Centro Cardiovascolare).

Alla fine del Simposio la Signora Rosanna Illy (consorte del Governatore Regionale Dott. Riccardo Illy) e il Presidente della Commissione Regionale Sanità Dott. Sergio Lupieri hanno tagliato il classico nastro che dava accesso al PERCORSO DELLA SALUTE.

Questo era costituito da una serie di 11 gazebo in ciascuno dei quali erano misurati: il peso corporeo, la massa corporea, la colesterolemia, la glicemia, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, l'attività fisica, il fumo (con spirometria e determinazione del monossido di carbonio), previa compilazione di un questionario sulle abitudini di vita dell'utente.

Alla fine del percorso, nello stand della Fondazione Pfizer i dati erano immessi nel software dei computers di 4 postazioni, con cui si derivava il rischio globale individuale a 10 anni in base alla carta italiana del rischio elaborata dal Ministero della Salute.

Seguiva poi un colloquio con il Cardiologo che consegnava al cittadino i risultati del check-up e, in base alla situazione di rischio, consegnava il materiale educativo opportuno ideato da Fondazione Pfizer.

Ulteriori suggerimenti erano dati al cittadino se il suo rischio a 10 anni superava il 20%, da condividere col suo medico curante.

Domenica 24 ottobre si è svolta "La camminata del cuore" aperta a tutta la cittadinanza per le strade della città di Trieste e delle cittadine di Muggia e San Dorligo.

Oltre che nella piazza principale di Trieste sono stati allestiti gazebo anche nelle cittadine di Muggia, S Dorligo della Valle, Aurisina, Opicina, anche questi dotati di postazione informatica con analogo software di calcolo e raccolta dei dati.

Alla fine delle manifestazioni, sono stati valutati ben 1.107 cittadini con età media di 64 anni (minima 14 massima 95), che hanno aderito su base volontaria. I dati sono stati inseriti in forma anonima.

Non sono stati raccolti dati circa gli eventuali trattamenti farmacologici, il controllo dell'errore random (mediante il campionamento) e di quello sistematico (mediante il controllo dei bias) non rientravano nello spirito dell'iniziativa.

I dati raccolti dalle varie postazioni sono stati quindi accorpati ed analizzati in maniera aggregata.

Le variabili categoriche sono state descritte mediante frequenze e grafici a torta (sesso, fumo, diabete, scolarità, professione), mentre le variabili continue mediante media, deviazione standard ed istogrammi. Le variabili colesterolo totale, pressione sistolica e BMI sono state categorizzate secondo i cut-off di riferimento: Colesterolo (2), Pressione Arteriosa (3), BMI (4).

Dall'analisi sono stati esclusi tutti i pazienti che riferivano di avere avuto in precedenza un evento cardiovascolare maggiore (IMA o Ictus).

In accordo con lo spirito dell'iniziativa non è stata effettuata alcuna valutazione inferenziale.

RISULTATI

La tabella I riassume le caratteristiche dei cittadini che hanno aderito all'iniziativa.

Tabella I

	maschi	femmine	totale
	503	604	1.107
Età, anni; media (DS)	60.7 (14.2)	62.7 (13.1)	61.8 (13.6)
Colesterolo totale, mg/dl; media (DS)	200.6 (44.7)	209.7 (45.9)	205.6 (45.6)
Pressione Sistolica, mmHg; media (DS)	142.8 (20)	140.3 (21.8)	141.4 (21.1)
*Pressione Diastolica, mmHg; media (DS)	83.8 (12.2)	82.4 (13.7)	83 (13.1)
*BMI, kg/m ² ; media (DS)	26.3 (3.5)	25.4 (4.1)	25.8 (3.9)
Diabete n (%)	52 (10.3)	32 (5.3)	84 (7.5)
Fumo n (%)	69 (13.7)	58 (9.6)	127 (11.4)

* i valori di Pressione Diastolica e BMI si riferiscono a 747 osservazioni

La figura 1 descrive la distribuzione dell'età dei cittadini partecipanti. Listogramma dei maschi in azzurro, è posto in secondo piano rispetto a quello delle femmine (rosa trasparente). Il più giovane ha 14 anni ed il più anziano 95. La mediana complessiva (maschi e femmine) è di 64 anni: ciò significa che il 50% dei cittadini aveva almeno 64 anni.

La figura 2 descrive la distribuzione delle classi dei livelli di colesterolo totale rilevati nei maschi e nelle femmine.

Il 18% dei maschi era portatore di livelli plasmatici superiori a 240 mg/dl; la percentuale saliva al 25% nelle femmine. Una percentuale simile di maschi e femmine aveva livelli compresi tra 200 e 240 mg/dl.

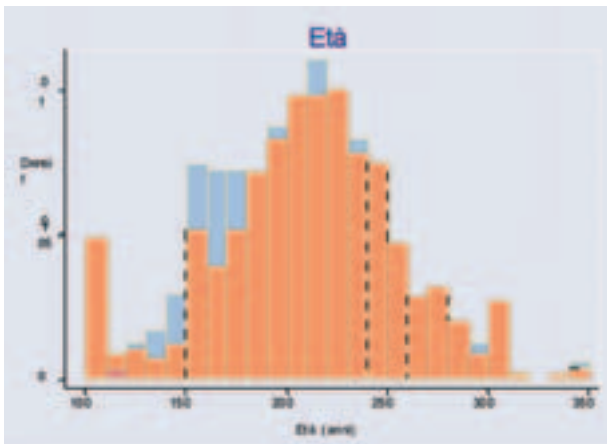


Figura 1

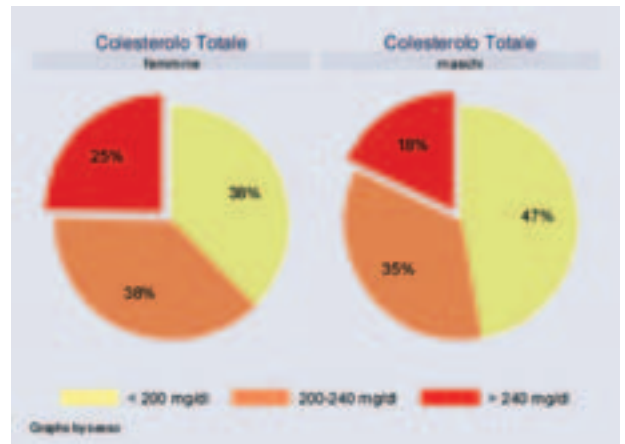


Figura 2

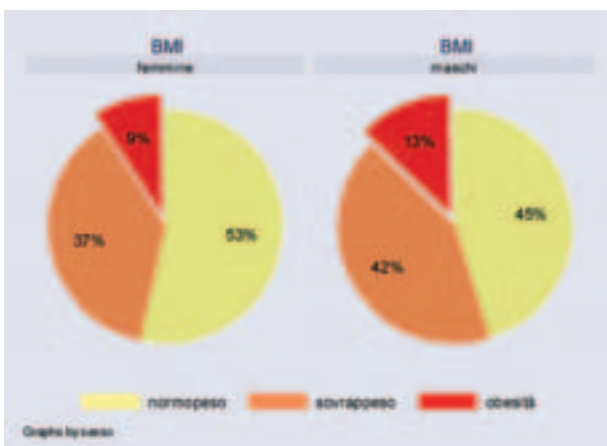


Figura 3



Figura 4a

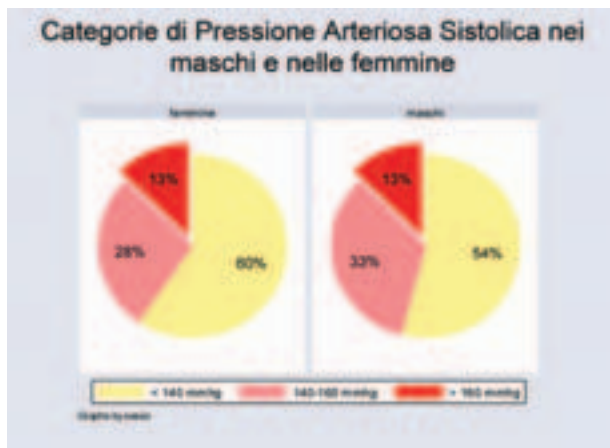


Figura 4b

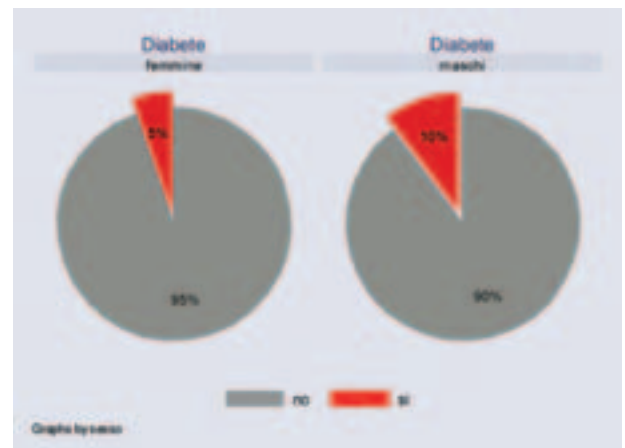


Figura 5

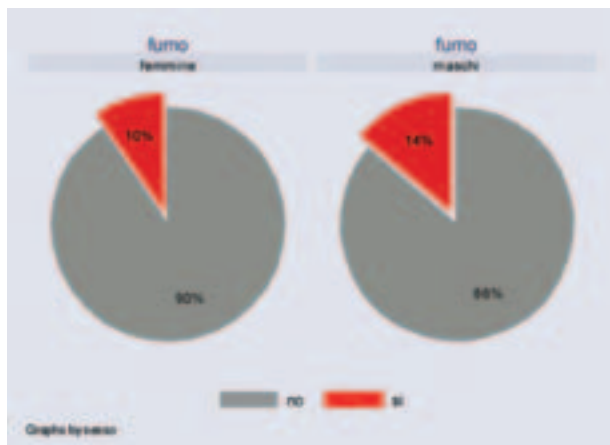


Figura 6

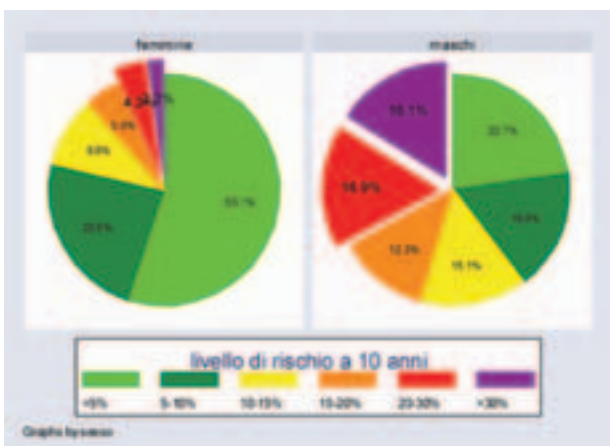


Figura 7

La figura 3 mostra la distribuzione delle classi di BMI nei maschi e nelle femmine. Circa la metà dei cittadini aveva Indici di Massa Corporea compatibili con un peso normale ($\text{BMI} < 25 \text{ Kg/m}^2$), mentre il 40% dei soggetti mostrava indici compatibili con sovrappeso ($\text{BMI} 25\text{-}30 \text{ Kg/m}^2$). Il 13% delle femmine ed il 9% dei maschi avevano valori di BMI compatibili con obesità ($\text{BMI} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$).

Le figure 4a e 4b mostrano la distribuzione dei livelli di Pressione Sistolica e Diastolica classificati in base ai criteri indicati dal European Society of Hypertension. In base a tali criteri il 19% dei soggetti aveva livelli pressori ottimali o comunque normali, mentre circa il 64% aveva valori alterati. L'alterazione più frequente era l'Ipertensione lieve (PAS 140-159 o PAD 90-99 mmHg) che interessava il 42% dei partecipanti. Il 10% dei soggetti mostrava livelli compatibili con Ipertensione severa (PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110 mmHg). Il 33% dei soggetti con Pressione Diastolica normale (PAD < 90 mmHg) mostrava livelli compatibili con Ipertensione sistolica isolata (PAS ≥ 180 mmHg).

La figura 5 descrive la prevalenza complessiva del diabete (riferito) che è stata pari al 7,5%. Tra i maschi la percentuale dei diabetici è stata del 10%; circa la metà tra le femmine (5%).

La figura 6 descrive la prevalenza del fumo di sigaretta tra i partecipanti. Complessivamente l'11,4% dei soggetti ha riferito di fumare; percentuale lievemente maggiore nei maschi (14%) rispetto alle femmine (10%).

La figura 7 infine, descrive la distribuzione del rischio globale calcolata mediante l'algoritmo delle carte italiane del rischio (1). Complessivamente il 18,5% dei partecipanti ha mostrato un valore $\geq 20\%$. La percentuale maggiore di soggetti con un rischio $\geq 20\%$ è stata rilevata nei maschi (33%), nelle donne invece la percentuale è risultata del 6,5%.

DISCUSSIONE

Compatibilmente con lo scopo ed i limiti di questa indagine può essere tentato qualche confronto con i valori descritti nella recente pubblicazione dell'Istituto Superiore di Sanità (1), almeno nella fascia d'età compresa tra i 65 e 74 anni della popolazione del Nord-Est. In questo studio è emerso che il 64% dei

partecipanti aveva valori di pressione arteriosa alterati compatibili con Iper-tensione lieve, moderata o grave. Nello studio dell'ISS sono descritti come iper-tesi (Borderline e Iper-tesi) circa l'80% dei soggetti.

Per quanto riguarda il colesterolo totale, confrontando i nostri dati con quelli dell'ISS, le percentuali di borderline (200-240 mg/dl) sono molto simili sia tra i maschi che tra le femmine; e sono pure simili le percentuali di ipercolesterole-mici (> 240 mg/dl) sia tra i maschi che tra le femmine.

La percentuale di diabetici (10.3 e 5.3% per maschi e femmine) è risultata infe-riore a quella riportata dallo studio ISS (17 e 12% per maschi e femmine). Tale diversità è verosimilmente dovuta al fatto che i criteri diagnostici nello studio ISS si basavano sul valore glicemico > 126 mg% o sulla assunzione di una tera-pia ipoglicemizzante mentre nella nostra indagine la diagnosi di diabete mellito è stata riferita dai pazienti. Ammesso che la risposta dei pazienti sia corretta, è da ipotizzare che la differenza rifletta la quota di diabete sommerso o non dia-gnoscato.

A parziale conforto di questa ipotesi vi è anche il dato del fumo di sigaretta che è abbastanza simile: 13,7 e 9,6% nei maschi e nelle femmine rispettivamente nella nostra indagine e 17 e 10% rispettivamente nello studio ISS.

CONCLUSIONI

In conclusione, dall'indagine è emerso che il 9% delle donne e il 14% degli uo-mini sono risultati fumatori, il 5% delle donne e il 10% dei maschi avevano il diabete mellito anamnestico, il 38% delle donne e il 35% degli uomini aveva-no una colesterolemia superiore a 200 mg e ben il 25% delle donne e il 18% degli uomini un valore superiore a 240 mg/dl. Solo il 60% delle donne e il 54% degli uomini avevano valori desiderabili di pressione arteriosa, mentre il 39% di tutto il campione è risultato in soprappeso e il 10% francamente obeso.

Pertanto con tutti i limiti insiti nelle iniziative di questo tipo è da sottolineare l'elevato valore di molti fattori di rischio in molti cittadini che hanno ade-rito all'iniziativa. In base alla Carta Italiana del Rischio Cardiovascolare il 45% delle donne e il 78% degli uomini del campione esaminato ha una probabilità di sviluppare un evento cardiovascolare a 10 anni del 5%, mentre il 2% delle donne e ben il 16% degli uomini una probabilità decisamente elevata (supe-riore al 30%).

Ciò richiede uno sforzo congiunto da parte delle Autorità Sanitarie e soprat-tutto dei cittadini per un maggior impegno nella lotta ai fattori di rischio car-diovascolare utilizzando adeguati stili di vita e a volte anche i farmaci per com-battere quella che è ancora definita la principale malattia del terzo millennio. Ho il dovere di ringraziare il personale delle Associazioni di Volontariato, tut-to il personale medico ed infermieristico che volontariamente hanno profuso energie per la realizzazione, in una giornata di bora triestina, di questa prima iniziativa di così ampio spettro nella provincia di Trieste.

Un grazie particolare al Dott. Giovanni Pescarin e al Dott. Giovanni Bader del-la Fondazione Pfizer per le elaborazioni statistiche dei risultati.

BIBLIOGRAFIA

1. Osservatorio Cardiovascolare Italiano. *Ital Heart J* 2004; 5 (Suppl 3): 94S-101S
2. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Educa-tion Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; Vol 285, No. 19
3. European Society of Hypertension–European Society of Cardiology guideli-nes for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension* 2003; 21:1011–1053
4. Osservatorio Cardiovascolare Italiano. *Ital Heart J* 2004; 5 (Suppl 3): 49S-92S

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),
 Davide Terranova (Padova), Paola Vaghi (Lissone - MI)
Referente Area Chirurgica: Paolo Magagna (Vicenza)

Comitato G8 - Cardio ANMCO

Coordinatori: Antonio Di Chiara (Udine),
 Gianfranco Mazzotta (Genova)
Per l'aritmologia: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Per la cardiologia nucleare: Marco Mazzanti (Ancona)
Per l'ecocardiografia: Luigi Badano (Udine)
Per l'emodinamica: Leonardo Paloscia (Pescara)
Per l'ergometria: Roberto Tramarin (Pavia)
Per la prevenzione: Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Per la risonanza magnetica: Peter Knoll (Bolzano)
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 Zonzin (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 (Peschiera del Garda - VR),
 Stefano Urbinati (Bologna)
Consulente Editoriale: Maurizio Abrignani (Trapani)
Consulente per la formazione: Massimo Ugucconi (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

DAL REGISTRO DELLE UTIC AL G8-CARDIO WEB, AGLI STANDARD INTERNAZIONALI DI INTEGRAZIONE DEI SISTEMI TECNICO-INFORMATICI



Presentando con piacere il programma del nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Informatica, non posso non pensare a quell'evento causale, e casuale al tempo stesso, che mi ha portato fin qui (Fig. 1).

ne e all'evoluzione delle idee, che ha visto la crescita informatica dell'Associazione. La migrazione sul "Web" del G8-Cardio ANMCO versione client-server è conclusa. L'impresa è stata portata a termine grazie

al bagaglio culturale (informatico e di semantica clinica) che gli ideatori del "vecchio" G8 avevano avuto la lungimiranza di formare, alla continuità di conduzione del progetto all'interno dei Consigli Direttivi e dei Comitati di Coordinamento dell'Area Informatica, e alle attuali possibilità tecnologiche che Medarchiver, il partner al quale ANMCO ha affidato questo progetto, ha saputo sfruttare al meglio.

Le caratteristiche distintive di questo strumento sono molte, ma ritengo che le principali siano costituite dalla ubiquitaria usufruibilità



Figura 1

G8-CardioWeb

Sono passati sette anni dall'invito del Prof. Nicola Mininni (allora Chairman dell'Area Emergenza-Urgenza) e del Dott. Marco Tubaro (allora Coordinatore della Commissione per le Tecnologie dell'Informazione, divenuta poi Area Informatica) a partecipare al nascente **Registro delle UTIC** (Fig. 2).

La partecipazione a quell'iniziativa, e al successivo **Progetto RUTA** coordinato dal Dott. Pietro Zonzin, mi ha permesso di imparare molto e di contribuire in una ideale e continua staffetta alla realizzazio-

ne grazie all'installazione e all'utilizzo tramite Internet; dalla possibilità di avere accesso all'analisi dei propri dati (sia in maniera più semplice attraverso la creazione di analisi personalizzate, che attraverso una più difficile interrogazione professionale dei propri dati nel database); dalla realizzazione di un sistema di helpdesk-on-line (<http://www.medarchiver.com/helpdesk-anmco>) presente oltre che sul programma anche sul nostro Sito, attraverso il quale è possibile far pervenire le osservazioni su errori, suggerimenti, chiarimenti, creare

CONSULTA ANCHE:

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

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
(A.N.M.C.O.)
SEDE NAZIONALE: 00121 FIRENZE - Via La Marmora, 34 - Tel. 055 571796 - Fax 055 579334

Area Emergenza-Urgenza
Chairman: Prof. N. Minassi

Commissione per le Tecnologie dell'Informazione
Coordinatori: Dott. M. Tuhoro

Al Responsabili di UTIC ANMCO

OGGETTO: PROGETTO INFORMATICO DELL'ANMCO "REGISTRO DELLE UTIC"

Cari amici,
L'Area Emergenza-Urgenza, da me presieduta, in collaborazione con la Commissione per le Tecnologie dell'Informazione, sta realizzando un Registro Informativo delle Unità Coronariche dell'ANMCO. Il progetto, che coinvolgerà più di 100 UTIC dell'ANMCO, avrà la durata di 1 anno e consisterà nella creazione di una rete informatica delle UTIC in Internet, nella fornitura di software dedicati, di un modulo, dell'abbonamento a Internet, del sottoscrivere di card e di un congruo numero di card cardiologiche da consegnare ai pazienti. Obiettivi dello studio sono la raccolta delle informazioni cliniche più importanti sui pazienti ricoverati in UTIC per 1 anno e la validazione clinica di un sistema di gestione di dati clinici mediante card elettronica. La tua UTIC è stata selezionata dall'ANMCO per l'importanza che riveste nel panorama cardiologico italiano e per l'interesse da te dimostrato per la ricerca scientifica dell'ANMCO. Accetto trovarti un modulo di autorizzazione per la partecipazione al Registro; se pensi di poter aggiungere questo impegno al tuo lavoro, già così intenso, ti pregherei di voler resistere, alla segreteria dell'ANMCO, il modulo, debitamente compilato, con la massima cortese sollecitudine, per consentirci di organizzarci, la più presto possibile, un primo meeting per lo studio. Per ulteriori informazioni, puoi contattare il dott. Marco Tuhoro, dell'Ospedale San Camillo di Roma, coordinatore della Commissione per le Tecnologie dell'Informazione dell'ANMCO (tel. 06-538480, fax 06-4708574, e-mail: marcoruhoro@tin.it). Ringraziandoti anticipatamente per la gentile collaborazione, ti dirò i più cordiali saluti.

Prof. Nicola Minassi

RISPOSTA da spedire per fax al N° 055-579334

Nome e Cognome: P.M. FIORETTI

Denominazione del Centro: ISTITUTO CARDIOLOGIA OSP. S. M. MISERE CORDIA

Medico di riferimento per il Registro: DR. ANTONIO DI CHIARA

tel. fax, e-mail: 0432/552459 FAX 0432/482353

sono interessato a partecipare al progetto Registro delle UTIC

non sono interessato a partecipare al progetto Registro delle UTIC

Figura 2

gli account per nuovi utenti ed implementare in maniera immediata le modifiche e correggere gli errori.

La standardizzazione dei dizionari clinici (i Minimal Data Set), offre la possibilità non solo teorica per altri sistemi informatici (alcune Aziende Ospedaliere sono già in azione) di uniformarsi ad un unico modello: questo rappresenta il vero valore aggiunto scientifico (possibilità – extracontrattuale – di interfacciamento con i sistemi informatici

aziendali e con le diverse cartelle cliniche). È altresì compresa nel contratto la possibilità da parte dei Centri che utilizzavano il precedente G8-Cardio del recupero dei propri dati. Stiamo implementando sul Sito WEB dell'Associazione (www.anmco.it/ita/attivita/aree/informatica/demog8/) dei servizi dedicati che comprendono la possibilità di testare il programma (viene però richiesto di dotarsi delle login e password ANMCO personali). Si tratterà di demo animate che esemplificheranno l'utilizzo dell'applicativo corredate dalla relativa manualistica. Il successo dell'intera operazione sarà però nelle mani dei singoli utilizzatori, e legato alla qualità e quantità dei dati che alimenteranno i Registri e al perenne contributo al lavoro di affinamento dello strumento per la pratica clinica.

Al prossimo Congresso ANMCO riproporremo la realizzazione di uno Stand G8-Cardio Web per l'addestramento e di mini-sessioni educazionali sull'intero progetto.

Standard informatici in Cardiologia

Dopo aver creato i dizionari clinici, il passo successivo è quello di crea-

re delle modalità operative standardizzate che leghino l'attività amministrativa a quella clinica-strumentale e che permettano di sfruttare appieno l'Information Technology in ambito clinico cardiologico.

Come clinici abbiamo espresso molte volte il desiderio di non dovere digitare più volte il nome del nostro paziente sulla strumentazione, di poter reperire "in rete" (ospedaliera, ma anche sul territorio) i referti sanitari se non addirittura l'imaging re-

CONSULTA ANCHE:

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



lativo, o addirittura di ricevere sui sistemi di refertazione i dati provenienti dalla strumentazione.

La realizzazione di questo sogno passa attraverso la creazione di procedure di comunicazione e di condivisione dei dati standardizzati secondo protocolli amministrativi, clinici e informatici.

Un consorzio internazionale, con divisioni nazionali, preposto alla integrazione dei diversi standard tecnologici esistenti (DICOM, HL-7, XLM, ...) in ambito sanitario (nato primariamente per la radiologia) è **IHE - Integrating the Healthcare Enterprise** (invito a visitare il sito <http://www.ihe.net/>).

IHE Italia (consulente del Ministero della Salute per il progetto dei "mattoni" per quanto riguarda il sistema informativo sanitario) è un Comitato al quale siedono su base volontaria rappresentanti delle Aziende di elettromedicali ("vendors") e delle

Associazioni mediche o di amministratori informatici ("users") che collaborano a realizzare standard di integrazione nell'intero percorso di cura del paziente.

ANMCO è stata vista come un partner scientifico molto importante per iniziare lo sviluppo in ambito cardiologico. Il 21 marzo 2005 a Milano il Project Manager di **IHE-Italia**, Prof. Claudio Saccavini, ha ufficialmente aperto il "dominio" di Cardiologia al quale l'ANMCO siederà. È nostra intenzione, in occasione della riunione degli Iscritti all'Area al prossimo Congresso, dare ampio approfondimento all'argomento e alle nuove prospettive di sviluppo.

Integrazione delle Reti

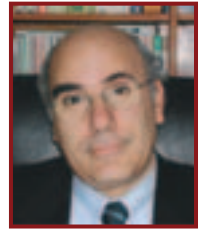
Puntando alla realizzazione di esperienze pilota, l'Area intende proporre progetti pratici che vedono la Rete Informatica come mezzo di interconnessione tra ospedale e territorio e tra diversi ospedali. Il Comitato di Coordinamento dell'Area sta pensando ad esempi di integrazione ospedale - territorio per quanto riguarda la lettera di dimissione, il tele-consulento su imaging avanzato (ad esempio immagini di cardio-Rmn, G. Casolo), la gestione domiciliare della terapia anticoagulante (C. Pavesi, G. Trocino).

Una maggiore partnership tra ANMCO-Area Informatica e partner tecnologici (vedi sopra) dovrebbe garantire una crescente collaborazione in termini di idee e risorse, nell'ambito di progetti dedicati.

Rapporto con gli Iscritti

Il desiderio di informare il più possibile i Soci ANMCO passa attraverso uno sviluppo delle pagine del Sito ANMCO dedicate all'Area Informatica (editor F.A. Benedetto, L. Badano) richiamate attraverso la Newsletter ANMCO a tutti i Soci. Il Sito si doterà di contenuti informativi e formativi (pratici, culturali).

IL NUOVO COMITATO DI COORDINAMENTO DELL'AREA NURSING PER IL 2005-2006



Si è insediato a gennaio il nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing composto da:

Q. Tozzi (Chairman, Roma), P. Bonomo (Co-Chairman, Cagliari),
M.T. Capalbi (Potenza), A. Francesconi (Sassuolo),
C. Coletta (Roma), R. Rebaudo (Pietra Ligure-SV),
P. Di Giulio (Consulente, Torino),
A. Vincentini (Referente Area Chirurgica, Milano)

L'outcome (l'efficacia delle cure) dei nostri pazienti cardiologici dipende fondamentalmente da tre fattori principali tra loro strettamente interdipendenti: **la clinica, l'assistenza e l'organizzazione.**

La carenza di uno solo di essi è in grado di condizionare negativamente l'outcome complessivo vanificando in parte la qualità degli altri fattori. È per questo fondamentale motivo che ognuno di questi elementi assume una fortissima valenza strategica nella gestione delle strutture cardiologiche.

L'Area Nursing è, in questa ottica, lo strumento operativo ed organizzativo finalizzato al raggiungimento di questa parte della vision e della mission dell'ANMCO.

In quest'ottica le linee di attività dell'Area sono essenzialmente focalizzate su quattro elementi principali: **Attività Congressuale, Attività Formativa,**

Attività Educativa, Attività di Ricerca tutte variamente interdipendenti e tutte finalizzate, ovviamente, al **miglioramento della qualità** dell'assistenza fornita ai pazienti cardiologici.

Ogni ambito di attività è molto ricco di iniziative e, non potendo scendere dettagliatamente nei particolari, si invita a consultare il Sito Web dell'ANMCO.

Tra i vari argomenti che verranno maggiormente e più approfonditamente affrontati in questo biennio una rilevanza particolare ha la gestione del **rischio clinico** con particolare riguardo a tutti gli aspetti di pertinenza infermieristica riguardanti la sicurezza del paziente.

Ciò per gli evidenti motivi di ordine etico nonché per le sempre maggiori ricadute che questi argomenti hanno nell'attività assistenziale quotidiana.

Non occorrono complessi e costosissimi strumenti di ricerca per affermare che la realtà professionale infermieristica italiana (così come moltissime altre attività sanitarie e non) è fortemente variegata e con tipica distribuzione "a macchia di leopardo". Obiettivo prioritario di una società scientifica non può che essere quello di colmare da un lato le carenze e stimolare, in apparenza paradossalmente dall'altro, i centri migliori ad esserlo ancora di più. Strumenti essenziali di questo processo sono la formazione e la ricerca sia negli aspetti professionali che organizzativi.

In questa ottica tutte, o quasi, le attività dell'Area Nursing hanno una ricaduta formativa diretta od indiretta. La formazione è infatti intesa come un potentissimo strumen-

Il nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing dell'ANMCO rispecchia anche quest'anno una sostanziale uniformità geografica e vuole continuare ad essere, come consolidato costume dell'ANMCO, un elemento di continuità con i precedenti Coordinamenti ed al contempo portare nuovi elementi di carattere formativo, organizzativo e professionale

CONSULTA ANCHE:

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

to operativo finalizzato al miglioramento delle competenze professionali e dell'organizzazione che ad esse necessariamente sottende.

La formazione non può, e non deve, essere solo una sterile fabbrica di crediti ECM ma uno strumento per risolvere specifici problemi assistenziali ed organizzativi (i cosiddetti bisogni formativi) al fine di migliorare la qualità delle prestazioni fornite ai nostri pazienti.

Se consideriamo che tutte le professioni sanitarie hanno oggi, ed avranno sempre di più in futuro, la necessità di adeguare i propri modelli professionali, clinici, assistenziali ed organizzativi alla velocissima evoluzione del "mondo reale" in cui svolgiamo quotidianamente la nostra attività potrebbe essere molto utile che ognuno di noi, oltre a considerare i cam-

biamenti che dovrebbero fare gli altri, spenda qualche minuto del proprio tempo a considerare quali altri cambiamenti sarebbe utile apportare alla propria attività professionale ed alla relativa organizzazione.

Le associazioni professionali e le società scientifiche nascono infatti anche per supportare concretamente i propri iscritti in questi difficili momenti di cambiamento. Una delle caratteristiche peculiari dell'Area Nursing è stata in questi ultimi anni la vertiginosa **crescita degli iscritti**. A questo ha fatto seguito una altrettanta grande e ben più importante **crescita culturale** degli Infermieri di Cardiologia come dimostrato dai contenuti delle comunicazioni e dei poster presentati ai Cardionursing di questi ultimi anni.

Questa è la conferma che la strada intrapresa è essenzialmente quella giusta. L'entusiasmo dei partecipanti è per noi una delle maggiori gratificazioni ed uno dei maggiori incentivi a continuare.

Le linee di attività dell'Area sono focalizzate in quattro elementi principali:
Attività Congressuale,
Attività Formativa,
Attività Educativa,
Attività di Ricerca



Giacomo Balla, *Idealismo Ottimismo Futurismo*, 1913

IL PROGRAMMA DELL'AREA SCOMPENSO CARDIACO PER IL BIENNIO 2005-2006

Un'intensa attività formativa, editoriale e di ricerca caratterizzerà l'attività dell'Area Scompenso nel prossimo biennio. Uno dei momenti centrali sarà la Consensus Conference sui Modelli Gestionali, a cui parteciperanno tutte le professionalità coinvolte nella gestione dello scompenso cardiaco

Il nostro principale obiettivo è riuscire a creare un maggiore coinvolgimento delle realtà periferiche non solo attraverso la partecipazione agli eventi formativi ma anche all'attività di ricerca

Il nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco succede a quello presieduto da Giuseppe Cacciatore e composto da Gianfranco Alunni, Gerardo Ansalone, Andrea Di Lenarda, Gianfranco Misuraca, Fabrizio Oliva, affiancato dal Comitato Editoriale costituito da Renata De Maria (Medical Writer), Guido Gigli, Giovanni Pulignano e Luigi Tarantini a cui vanno i più sentiti ringraziamenti per il competente ed intenso lavoro compiuto. Anche in questo biennio l'Area Scompenso ha l'obiettivo ambizioso di mantenere elevato il profilo delle iniziative formative, editoriali e scientifiche che ha caratterizzato la sua attività nei precedenti mandati. I componenti del nuovo Comitato di

Coordinamento dell'Area sono Andrea Di Lenarda (Chairman), Fabrizio Oliva (Co-Chairman), Guido Gigli, Andrea Mortara, Giovanni Pulignano, Luigi Tarantini con la consulenza di Gianfranco Alunni, Gabriele Castelli, Giuseppe Di Tano, Alessandro Filippi, Giuseppina Majani, Giovanni Mathieu, Ettore Vitali e Renata De Maria (Medical Writer).

La presenza di consulenti di altre discipline, coerentemente con quanto sostenuto e scritto dal precedente Coordinamento (Mangia R. et al. per l'Area Scompenso. *È tempo di organizzare una "nuova" lotta allo scompenso cardiaco? Ital Heart J Suppl. 2003; 4: 232-6*), vuole essere un segnale di attenzione verso le altre figure che si dedicano quotidianamente alla gestione del paziente con scompenso cardiaco, nello spirito di una collaborazione multidisciplinare sempre più forte sia nella pratica clinica che in quella culturale e scientifica.



Confronto, schemi geometrici di Villard, Leonardo Dürer

GLI OBIETTIVI PER IL BIENNIO 2005-2006

L'Area Scopenso ritiene che uno dei principali obiettivi del prossimo biennio debba essere il maggiore coinvolgimento delle

realità periferiche nelle attività nazionali sulla tematica dello scopenso cardiaco. Questo obiettivo nasce dalla percezione di un progressivo distacco di una parte dei Soci ANMCO.

Con questo scopo abbiamo inviato una Newsletter agli iscritti all'Area con il pro-

gramma del prossimo biennio ed una prima analisi dei risultati dei Questionari raccolti nel 2004 sulle Strutture Ospedaliere Dedicare e

La partecipazione attiva al Congresso Nazionale deve comunque rimanere un momento centrale di incontro, discussione e proposta sulle iniziative dell'Area

sui Modelli Gestionali per la cura dei pazienti con scopenso cardiaco. Inoltre abbiamo pensato di identificare un Referente Regionale, in accordo con i rispettivi Presidenti, per poter facilitare ed intensificare i contatti ed il coinvolgimento delle realtà periferiche.

La partecipazione attiva al Congresso Nazionale deve comunque rimanere un momento centrale di incontro, discussione e proposta sulle iniziative dell'Area. Il timore è che stia lentamente perdendo questa funzione. In particolare, la riunione degli iscritti all'Area al Congresso Nazionale deve recuperare il suo ruolo attraverso una discussione aperta alle proposte di tutti, in uno spazio temporale centrale delle giornate congressuali.

Così come si dovrà favorire una maggiore partecipazione alle Sessioni di Comunicazioni, momento fondamentale per raccogliere e discutere le idee ed i progetti più interessanti e per stimolare un maggiore coinvolgimento dei colleghi interessati. Il nuovo Comitato di Coordinamento ha cominciato a lavorare intensamente concentrando principalmente la sua attività su alcuni punti che espongo brevemente.

CONSENSUS CONFERENCE SUI MODELLI GESTIONALI NELLO SCOPENSO CARDIACO

Questo ambizioso progetto avviato in collaborazione con l'Area Management & Qualità è nato nel 2004 con l'organizzazione dei Workshop Regionali ispirati al documento "Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia".

L'obiettivo è preparare un documento ANMCO che fissi i principi cardine che devono ispirare l'organizzazione della gestione del paziente con scopenso cardiaco, in stretta collaborazione tra ospedale e territorio e tra cardiologi, internisti, MMG ed infermieri, nel rispetto delle specificità locali. Con questo obiettivo è stato formulato un

INFO UTILI

- Per iscrivervi all'Area Scopenso Cardiaco dell'ANMCO potete andare alla pagina <http://www.anmco.it/download/aree/MODAREE.pdf> del Sito WEB dell'Associazione e scaricare l'apposito format. Se sei già iscritto all'Area, ma non hai comunicato il tuo indirizzo di posta elettronica o nel frattempo è cambiato comunicalo scrivendo un messaggio e-mail all'indirizzo aree@anmco.it potrai ricevere in questo modo le Newsletter dall'Area Scopenso Cardiaco!
- La Heart Failure Association della Società Europea di Cardiologia invita tutti gli interessati ad iscriversi all'Associazione. L'iscrizione è gratuita e non necessita della presentazione da parte di colleghi già iscritti. Per iscriversi basta compilare ed inviare il form che potete scaricare dal Sito della Società Europe di Cardiologia all'indirizzo <http://www.escardio.org/bodies/associations/HFA/membership.htm>.

CONSULTA ANCHE:

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



Canto del Mare, Nicola De Maria

primo passo metodologico con l'identificazione delle diverse tipologie di pazienti, delle figure professionali coinvolte, dei relativi percorsi gestionali.

I passi successivi prevedono la formazione dei diversi Gruppi di Lavoro che cominceranno a raccogliere ed elaborare i dati della letteratura e le esperienze nazionali emerse dai recenti Workshop Regionali. Ci auguriamo che al progetto e su questo punto in particolare possano portare un decisivo contributo i Referenti Regionali dell'Area.

Un primo momento di verifica è previsto nel mese di giugno con una discussione generale sul materiale raccolto e sulla prima fase di elaborazione del documento. La presentazione dei contenuti e del documento finale è prevista dal Piano Annuale Formativo ANMCO per il 4-5 novembre 2005 con un evento extramurale a Roma.

EVENTI FORMATIVI

Nel 2004 sono state organizzate tre importanti iniziative nazionali che hanno avuto una diffusione regionale o macroregionale: il Forum di aggiornamento multidisciplinare organizzato congiuntamente da ANMCO e FADOI su "Scompenso Cardiaco con Funzione Sistolica Conservata", il progetto educativo di implementazione del beta-blocco nello scompenso cardiaco *Bring-out (Beta-blockers Implementation proGram In Out-patient with heart failure)* e l'iniziativa progettata e realizzata congiuntamente con l'Area Management & Qualità sul "Management Organizzativo ed Assistenziale dei pazienti con Scompenso Cardiaco".

Grazie anche all'impegno dei Presidenti Regionali e di molti Soci ANMCO, queste iniziative hanno visto la partecipazione di un vasto pubblico multidisciplinare che ha dimostrato forte interesse per l'elevato profi-

Numerose ed impegnative le attività in programma, dalla Consensus Conference sul Disease Management, alle Campagne Formative Nazionali, all'attività editoriale e di ricerca

lo scientifico e le numerose ricadute pratiche nella gestione del paziente reale.

Per il 2005 sono stati approvati tre *Progetti Formativi ANMCO* ed in particolare uno rivolto a *Medici internisti ospedalieri* (Coordinatore Dott. Fabrizio Oliva), uno a *Medici di Medicina Generale* ed uno sulla *Morte Improvvisa* rivolto a *Cardiologi Clinici* (Coordinatore Dott. Andrea Di Lenarda). Per ognuno dei tre progetti un Comitato Esecutivo avrà il compito di curare il format ed i contenuti delle riunioni che verranno organizzate a livello regionale o macroregionale nel prossimo autunno.

Inoltre per il 24 e 25 giugno prossimi è stata organizzata una *giornata celebrativa della Rete IN-CHF*, che coinvolge 200 centri italiani e costituisce ormai da 10 anni il Registro ANMCO dello scompenso cardiaco.

L'evento si terrà a Perugia e coinvolgerà tutti i Centri aderenti alla rete. Con questo evento l'Area Scompenso vuole intensificare i contatti e la discussione con i centri periferici in modo da mantenere alto il livello di interesse e di attività della rete. Un ampio spazio sarà dedicato anche ad una tavola rotonda coinvolgente i referenti dei centri che più hanno contribuito al Registro, anche con interventi preordinati.

Con questo evento l'Area Scompenso vuole intensificare i contatti e la discussione con i centri periferici in modo da mantenere alto il livello di interesse e di attività della rete. Un ampio spazio sarà dedicato anche ad una tavola rotonda coinvolgente i referenti dei centri che più hanno contribuito al Registro, anche con interventi preordinati.

INIZIATIVE EDITORIALI E RASSEGNA BIBLIOGRAFICA

Per quanto riguarda la produzione editoriale mi preme innanzitutto ricordare 2 importanti iniziative da poco concluse. Sull'*Italian Heart Journal* è stato pubblicato alla fine del 2004 una interessante e completa review su "*Lo scompenso cardiaco negli anziani*" a cura di Giovanni Pulignano e Donatella Del Sindaco.

Inoltre è in corso di imminente pubblicazione il libro "*La prevenzione nello scompenso*

cardiaco" (Pensiero Scientifico Editore) a cura di Luigi Tarantini. Il volume, nato dalla collaborazione tra Area Scompenso Cardiaco e Area Prevenzione Cardiovascolare, rappresenta un prezioso strumento di analisi dello scompenso cardiaco nella nuova logica della prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) e del trattamento precoce della malattia, seguendone il suo "percorso" naturale.

Tra i progetti in cantiere c'è la rassegna editoriale sugli "*Snodi critici del trapianto cardiaco*" curata da Fabrizio Oliva che si propone, a distanza di 20 anni dall'inizio dell'attività di trapianto di cuore in Italia, un update su attuali indicazioni, protocolli terapeutici, complicanze e risultati a distanza di quello che rimane il gold standard terapeutico per il paziente con insufficienza cardiaca refrattaria. Continuerà inoltre la "buona abitudine" di pubblicare sul Sito ANMCO le rassegne bibliografiche sui principali argomenti di interesse e attualità.

REGISTRI E RICERCA SCIENTIFICA

L'attività scientifica dell'Area Scompenso nello scorso biennio si è caratterizzata per la partecipazione a importanti studi nazionali come il GISSI-HF (terminato l'arruolamento il 28 febbraio 2005 con 7057 pazienti arruolati in 364 centri) l'AREA IN-CHF (fine arruolamento previsto per il 30 giugno 2005, attualmente 458 pazienti arruolati in 46 centri) ed a studi osservazionali come il BRING-UP 2 (follow-up completato con 2018 pazienti arruolati in 94 centri) ed il Registro Nazionale dei Pazienti con Scompenso Acuto (follow-up completato con 2807 pazienti arruolati in 206 centri).

Quest'ultimo rappresenta ancora una volta la capacità della comunità cardiologica ospedaliera italiana di rispondere numerosa alla necessità di aumentare le conoscenze in un ambito per molto tempo trascurato. I dati sono di imminente presentazione in

CONSULTA ANCHE:

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



un incontro dedicato anche alle nuove Linee Guida Europee sullo scompenso acuto, che si terrà a Bologna in data 11 aprile 2005. Studi in cui l'Area è profondamente coinvolta, già approvati dal Comitato Scientifico ANMCO ed avviati nei primi mesi del 2005 sono:

1) Il "Registro delle Cardiomiopatie Familiari", proposto e coordinato dalla Prof.ssa Arbustini, in collaborazione con l'Area Scompenso. Il progetto, cofinanziato dall'ANMCO, ha tra gli obiettivi principali quello di descrivere la prevalenza e la storia naturale della malattia, generare links con progetti europei, creare una DNA-te-

ca che preveda il possibile successivo utilizzo dei campioni, stimolare l'interesse e lo sviluppo delle conoscenze di genetica clinica nei Cardiologi dell'ANMCO.

2) Studio DYDA sulla "Prevalenza ed incidenza della disfunzione ventricolare sinistra nei pazienti diabetici senza cardiopatia" in collaborazione tra ANMCO e Associazione Medici Diabetologi (Chairman M. Comaschi, AMD, Co-Chairman A. Di Lenarda, ANMCO).

La prevalenza della disfunzione sistolica del VS, importante fattore di rischio cardiovascolare, tra i pazienti diabetici senza cardiopatia non è nota (Tarantini L et al. per lo SC del DYDA. Diabetes mellitus, left ventricular dysfunction and congestive heart failure. Ital Heart J Suppl. 2004; 5: 605-15). Obiettivi dello studio sono: valutare la prevalenza della disfunzione VS sistolica in 1.000 pazienti con diabete mellito tipo II senza cardiopatia nota arruolati in 40 Centri Diabetologici ed identificare la presenza di parametri clinici, biomorali, strumentali non invasivi predittivi di disfunzione VS sistolica. Un sottoprogetto coordinato da G.F. Mureddu analizzerà in particolare i soggetti diabetici con ipertensione e danno d'organo.

Un'altra proposta viene dal mondo nefrologico.

Si tratta di un progetto di rilevamento delle indicazioni e dell'utilizzo dell'ultrafiltrazione nelle cardiologie italiane con l'obiettivo di istituire successivamente un "Registro dell'Ultrafiltrazione" in Italia.

Come già accennato in precedenza la grande ricchezza del database dell'IN-CHF ha reso possibile la pubblicazione di numerosi abstract presentati a vari congressi nazionali ed internazionali e di alcune importanti pubblicazioni.

L'attività di ricerca scientifica è strettamente correlata all'attività del Network IN-CHF. Ormai sono 200 i centri che lavora-

CONSULTA ANCHE:

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



Albrecht Dürer, *Cristo fra i dottori*, 1510 ca, Lugano, Collezione Thyssen

no attivamente con trasferimento periodico dei dati al Centro Studi e sono oltre 20.000 i pazienti arruolati. Tutto ciò costituisce un'enorme banca dati, purtroppo con il limite dell'incompletezza delle informazioni in particolare nel follow-up. Lo sforzo portato avanti dal Centro Studi di completamento del follow-up ha portato indubbiamente risultati apprezzabili.

Tuttavia è da ribadire l'assoluta importanza per i centri di garantire la completezza delle informazioni almeno per quanto riguarda lo stato vitale dei pazienti. Indubbiamente, in assenza di nuovi progetti prospettici, da condurre secondo un protocollo definito, al quale potranno aderire i centri interessati, questo problema appare di difficile soluzione.

L'incontro di giugno a Perugia sarà in questo senso una occasione di importanza strategica per i ricercatori della Rete per proporre idee e soluzioni o formulare progetti di ricerca da portare avanti con l'Area ed il Centro Studi.

Le pubblicazioni dell'ANMCO si sono poi arricchite di importanti contributi derivanti

dagli studi osservazionali recentemente conclusi come il Bring-up ed il Temistocle. Sono in corso di pubblicazione i risultati del BRING-UP II ed in fase di analisi il sottoprogetto VAS sulla valutazione multidimensionale del paziente anziano.

Al tema della ricerca questo Comitato di Coordinamento dedicherà una attenzione particolare. Dal completamento del progetto già avviato sulla creazione di uno "score" del rischio per il paziente scompensato dal Registro IN-CHF, ad un approfondimento del contributo specifico alla diagnosi, gestione clinica e stratificazione prognostica dei nuovi markers come il BNP, alla progettazione di uno studio multicentrico nei pazienti anemici con severo scompenso cardiaco, alla partecipazione ad uno studio europeo sull'integrazione di informazioni clinico-strumentali per la creazione di supporti decisionali informatizzati nello SCC ad eziologia ischemica.

In particolare su questo punto rivolgiamo un caloroso invito a tutti quelli che desiderano portare il loro contributo a farsi avanti con le loro proposte, idee e professionalità. Saremo ben lieti di poterli inserire attivamente nelle diverse attività in corso.

In conclusione il lavoro da fare è impegnativo ed al tempo stesso stimolante per la varietà dei problemi che verranno affrontati.

Al nuovo Comitato di Coordinamento il ringraziamento per avere accettato l'invito ed un buon lavoro. A tutti gli interessati un caloroso invito a farsi avanti con le proprie idee, competenze, proposte ed anche critiche.

Del contatto con i colleghi della periferia, vi assicuro, sentiamo l'estremo bisogno.

Con l'entusiasmo che ha sempre caratterizzato l'Area Scompenso ed il vostro prezioso contributo affronteremo il gravoso compito di mantenere alto il livello qualitativo di tutte le iniziative alle quali ci dedicheremo.

SCOMPENSO CARDIACO: REALTÀ, CONOSCENZE E PERCEZIONI SULL'ATTIVITÀ DEDICATA, LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E IL BETA-BLOCCO

L'indagine conoscitiva nelle strutture cardiologiche italiane e le riflessioni nate dagli eventi formativi nazionali

IL QUESTIONARIO SULL'ATTIVITÀ DEDICATA ALLO SCOMPENSO NELLE STRUTTURE CARDIOLOGICHE NAZIONALI

Lo scompenso cardiaco (SC) è oggi una delle patologie più rilevanti per prevalenza, incidenza, prognosi infausta ed elevato costo sociale. Per valutare le potenzialità delle

strutture cardiologiche italiane nel percorso assistenziale di tutte le tipologie di pazienti affetti da SC, in linea con il documento "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia" (2003), il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso Cardiaco, in collaborazione con il Centro Studi ANMCO, ha organizzato una indagine conoscitiva con l'invio di un questionario sull'attività dedicata al trattamento ed al follow

up dei pazienti con scompenso cardiaco svolta nelle strutture cardiologiche italiane. Sono state contattate 861 strutture cardiologiche, 75% delle quali con degenza. Hanno risposto al questionario 593 centri (69%), 55% dei quali avevano **un'attività dedicata per lo scompenso cardiaco**. La percentuale di risposta da parte dei Centri contattati è risultata buona (69%) ed in linea con analoghe esperienze internazionali.

Le strutture cardiologiche che hanno risposto al questionario hanno dichiarato di svolgere attività dedicata allo scompenso in proporzione del 61% per le Cardiologie del Nord rispetto al 52% del Centro ed al 48% del Sud; tuttavia la distribuzione territoriale dei centri con attività dedicata è percentualmente sovrapponibile alla popolazione delle macroaree.

Le cardiologie di I livello rappresentano il 56% di tutte le strutture con attività dedicata, ma la frequenza di attività dedicata

L'Area Scompenso ha svolto una indagine conoscitiva sull'attività dedicata al trattamento ed al follow up dei pazienti con scompenso cardiaco svolta nelle strutture cardiologiche italiane



È necessario potenziare globalmente sul territorio nazionale l'attività dedicata allo scompenso soprattutto nelle strutture cardiologiche di I livello. La rete IN-CHF raccoglie oltre 1/3 dei centri con attività dedicata allo scompenso cardiaco e garantisce un facile accesso ai controlli clinici ed all'ecocardiografia

Dai seminari sul disease management dello scompenso cardiaco è emersa l'esigenza di una puntuale definizione e condivisione degli indicatori di qualità dell'assistenza al paziente scompensato

nelle cardiologie di I livello è del 48% rispetto al 74% delle cardiologie di livello superiore.

Da questi dati si evince la **necessità di potenziare globalmente sul territorio nazionale l'attività dedicata allo scompenso soprattutto nelle strutture di I livello**, in grado di fungere da primo snodo verso la medicina territoriale e da filtro per l'invio dei pazienti con maggiori necessità tecnologiche a cardiologie di livello superiore.

La rete IN-CHF raccoglie oltre 1/3 dei centri con attività dedicata allo scompenso cardiaco operanti in Italia. I 125 centri IN-CHF che hanno risposto al questionario sono distribuiti su tutto il territorio nazionale, in misura del 25% al Centro, del 28% al Sud e del 47% al Nord. L'87% delle strutture è dotato di posti letto, il 55% è nell'ambito di una struttura cardiologica di I livello.

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, il 75% dei centri è in grado di garantire controlli almeno quadrimestrali ai pazienti stabili, con una media di 9 sedute mensili, 8 visite con ECG per ogni seduta, 3 visite con ecocardiogramma. Il 73% dei centri IN-CHF ha personale dedicato. Fra le esigenze prioritarie per il funzionamento della struttura, al primo posto (63%) è identificata la carenza di organico, mentre **un facile accesso all'ecocardiografia è garantito nell'86% dei centri IN-CHF.**

SPUNTI DI RIFLESSIONE DAGLI EVENTI FORMATIVI NAZIONALI

I due eventi formativi nazionali relativi alle strategie gestionali per la continuità assistenziale e alla diffusione del trattamento beta-bloccante (il progetto BRING OUT) nello scompenso cardiaco hanno offerto lo spunto per comprendere la percezione delle criticità presenti in questi ambiti da parte delle diverse figure professionali sanitarie.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLO SCOMPENSO CARDIACO

L'ampia partecipazione ai 16 seminari macroregionali sul disease management dello scompenso cardiaco dedicati alle diverse professionalità sanitarie ha dimostrato l'interesse con cui è percepito il problema della continuità assistenziale per questa patologia e ha consentito di valutare il grado di adesione ai contenuti proposti analizzando le risposte fornite dai 1.617 partecipanti al questionario somministrato dopo i corsi.

Le aree di interesse valutate comprendevano competenze cliniche, appropriatezza del processo di cura e gestione integrata del malato con scompenso cardiaco.

La più elevata percentuale di adesione è stata relativa alle modalità di gestione integrata dello SC (95.6%), comprendenti l'identificazione nel team multidisciplinare del miglior modello gestionale, i rispettivi ruoli e compiti dell'ambulatorio per lo scompenso e del medico di famiglia. Aree di incertezza erano presenti nella conoscenza delle comorbidità (80.9% di risposte corrette) e dell'impatto dei ricoveri ospedalieri per SC (85.6%).

Mentre appaiono ben focalizzati nell'ambito dell'appropriatezza del processo di cura i criteri di ricovero in ambiente medico o cardiologico (93%), carente è risultata la condivisione degli indicatori di qualità del-

CONSULTA ANCHE:

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

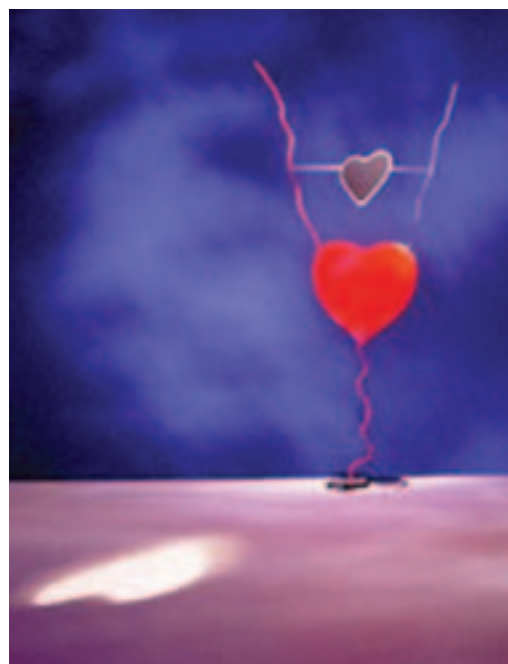
l'assistenza al paziente scompensato (75%), un argomento che merita senz'altro l'impegno dell'Area per le sue ricadute su un processo di cura omogeneo ed efficace e sull'assorbimento di risorse legate a questa patologia.

IL PROGETTO BRING OUT

Il progetto BRING OUT è nato dalla constatazione che i beta-bloccanti, cardine della terapia dello scompenso, sono ampiamente sottoimpiegati nella pratica clinica, soprattutto in ambiente non specialistico, sia per inadeguata conoscenza delle prove scientifiche di efficacia che per le percepite difficoltà nella selezione dei pazienti e nella gestione del trattamento. Nella rete IN-CHF l'utilizzo del beta-bloccante, stimolato dall'esperienza degli studi BRING-UP, ha raggiunto il 56% nel 2003. L'Area Scompenso ha messo a punto un programma formativo per diffondere la cultura del beta-blocco fra i professionisti sanitari non specialisti dello scompenso.

Il BRING OUT ha coinvolto 617 partecipanti fra cardiologi non specialisti dello scompenso, internisti, medici di medicina generale e infermieri di cardiologia in una serie di corsi residenziali. L'analisi delle risposte ai questionari somministrati prima e dopo i corsi consente di focalizzare le aree critiche per la diffusione di questo trattamento raccomandato.

Prima del Corso i risultati degli studi clinici sull'efficacia dei beta-bloccanti erano noti alla maggioranza dei partecipanti (89.9% di risposte corrette). La conoscenza teorica era in generale buona, soprattutto fra i car-



diologi, tranne che per **la rilevanza dei ricoveri per scompenso cardiaco nel nostro paese** (39.7%), in particolare fra i medici di medicina generale (22.8%).

La gestione corretta delle instabilizzazioni durante trattamento beta-bloccante è risultata poco chiara (39.2%), anche fra i cardiologi (44.5%).

Da questi dati si evince la necessità di sensibilizzare i professionisti sanitari non specialisti nello scompenso cardiaco sull'impatto dei ricoveri per questa patologia per il Servizio Sanitario, per impostare efficaci strategie di prevenzione delle riospedalizzazioni. Inoltre il BRING OUT suggerisce che futuri programmi formativi dovranno avere un taglio eminentemente pratico, con soluzione di casi simulati o pratica ambulatoriale diretta. La metodologia degli studi BRING-UP, imparare facendo, potrebbe essere la strategia formativa più efficace.

Le iniziative conoscitive e formative portate a termine dall'Area Scompenso nel 2004 hanno offerto spunti importanti per la pianificazione del programma del biennio 2005-2006.

Dal progetto BRING-OUT si evince che la rilevanza dei ricoveri per scompenso cardiaco nel nostro paese e la gestione corretta delle instabilizzazioni durante trattamento beta-bloccante è risultata poco chiara. Futuri programmi formativi sul beta-blocco nello scompenso dovranno avere un taglio eminentemente pratico, con casi simulati o pratica ambulatoriale diretta

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 Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- € 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 Responsabili di Struttura Semplice/Dirigenti
- € 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: _____

PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2004 - 2006

ABRUZZO - Dott. ANGELO VACRI

Ospedale Civile San Massimo - Via Battaglione Alpini - 65017 Penne (PE)
tel. 085/8271-8276215 - fax 085/8276392 - e-mail: angelougo.vacri@tin.it

BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

Ospedale Regionale S. Carlo - Via P. Petrone - 85100 Potenza
tel. 0971/613563 - fax 0971613003 - e-mail: sistopz@tiscali.it

CALABRIA - Dott. MARIO CHIATTO

Presidio Ospedaliero - Via Vicinelli - 87075 Trebisacce (CS)
tel. 0981/5091-509263 - fax 0981/500164 - e-mail: compama@libero.it

CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

Osp. G. Rummo - Via Pacevecchia, 53 - 82100 Benevento - tel. 0824/57679-689
fax 0824/57679 - 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 - fax 0522/296495 - e-mail: guiducci.umberto@asmn.re.it

FRIULI VENEZIA GIULIA - Dott. GIANFRANCO SINAGRA

Ospedale Maggiore - Piazza Ospedale - 34100 Trieste - tel. 040/399111
fax 040/761637 - 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 - fax 06/33062489 - e-mail: fabammirati@libero.it

LIGURIA - Prof. SERGIO CHIERCHIA

Ospedale Civile - Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova - tel. 010/5552236-2841
fax 010/5556846 - e-mail: sergio.chierchia@Hsanmartino.liguria.it

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

Osp. Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
tel. 02/64442308 - fax 02/64442818 - 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 - fax 071/5965032 - e-mail: manfrinmar@libero.it

MOLISE - Dott. EMILIO MUSACCHIO

Ospedale Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 Campobasso
tel. 0874/4091-409319 - fax 0874/409442 - e-mail: cardiologiab@virgilio.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott. ANGELO SANTE BONGO

Ospedale Maggiore della Carità - Corso Mazzini, 18 - 28100 Novara
tel. 0321/3733336-243 - fax 0321/34897 - e-mail: a.s.bongo@libero.it

P.A. BOLZANO - Dott. WERNER RAUHE

Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 Bolzano
tel. 0471/909950 - fax 0471/909977 - e-mail: werraubz@yahoo.it

P.A. TRENTO - Dott. ROBERTO BETTINI

Presidio Ospedaliero San Giovanni - Via Alpini, 11 - 38017 Mezzolombardo (TN)
tel. 0461/611111 - fax 0461/611199 - e-mail: bettini@tn.apss.tn.it

PUGLIA - Dott. GIANFRANCO IGNONE

Ospedale Perrino - SS Brindisi - Mesagne - 72100 Brindisi
tel. 0831/537466 - fax 0831/537778 - e-mail: ignonegf@libero.it

SARDEGNA - Dott. GIAMPAOLO SCORCU

Ospedale San Michele Brotzu - Via Peretti - 09134 Cagliari
tel. 070/539517-510 - fax 070/531400 - e-mail: giampaolo.scorcu@tin.it

SICILIA - Dott. MICHELE GULIZIA

Ospedale S. Luigi - S. Currò - Viale Fleming, 24 - 95125 Catania
tel. 095/7591111 - fax 095/506773 - e-mail: michele.gulizia@tin.it

TOSCANA - Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

Azienda Ospedaliera Careggi - V.le Morgagni, 85 - 50139 Firenze
tel. 055/4277285 - fax 055/241027 - e-mail: fmazzuo@tin.it

UMBRIA - Dott. GERARDO RASETTI

Ospedale Civile Santa Maria - Via Tristano da Joannuccio - 05100 Terni
tel. 0744/2051 - 205274 - fax 0744/205294 - e-mail: g.rasetti@aospertni.it

VENETO - Dott. GIORGIO RIGATELLI

Divisione di Cardiologia - Via Giannella, 1 - 37045 Legnago (VR)
tel. 0442/632299-632111 - fax 0442/632149 - e-mail: giorgiorigatelli@yahoo.it

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36
Tel. 055 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 Responsabile di struttura semplice Dirigente
- 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 _____



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
- Scenari Cardiaci: Hot Topics
- Cardiocirurgo e Cardiologo a confronto
- Convention delle UTIC: gestione delle Sindrome 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 _____



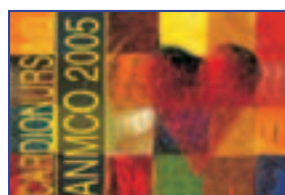


CARDIONURSING ANMCO 2005

**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

- Elettrocardiografia avanzata nelle sindromi coronariche acute
- L'infermiere nel laboratorio di ecocardiografia
- L'infermiere nel laboratorio di emodinamica
- La prevenzione in pazienti ad alto rischio cardiovascolare: come implementare i risultati mediante tecniche di counseling e di comunicazione

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 _____





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**
 Responsabile di struttura semplice **Dirigente** **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 _____

RETE INTEROSPEDALIERA PER LE PRESTAZIONI CARDIOLOGICHE DELLA REGIONE BASILICATA

di Francesco Sisto

È ormai definitivamente riconosciuta la necessità di una maggiore cooperazione tra le strutture ospedaliere al fine di migliorare la efficienza e l'appropriatezza degli interventi assistenziali a parità di risorse utilizzate. Tale modello organizzativo è raggiungibile mediante una razionalizzazione delle risorse disponibili basata sulla integrazione e sulla complementarietà funzionale tra le singole strutture mediante l'organizzazione di un sistema di **rete interospedaliera** in grado di spostare l'attenzione dal singolo intervento all'intero percorso assistenziale.

Nella Regione Basilicata sono presenti tutte le condizioni per la realizzazione di tale modello organizzativo a valenza regionale.

Nella Regione Basilicata sono presenti tutti i presupposti per realizzare concretamente una rete interospedaliera a valenza regionale

La Regione Basilicata ha, infatti, una popolazione di circa 600.000 abitanti su un territorio prevalentemente montagnoso di 9.992 Km² con bassissima densità abitativa (61 abitanti/Km²).

Sul territorio regionale è presente una unica azienda ospedaliera, a Potenza, dotata di UTIC, emodinamica interventistica, cardiocirurgia, aritmologia interventistica e riabilitazione. Tale struttura svolge il ruolo di Hub nei confronti delle

altre tre UTIC dislocate strategicamente nel territorio regionale (v. Figura). In una di esse, a Matera, la UTIC è da pochissimo dotata di emodinamica al momento non interventistica.

Per la particolare olografia della Regione, in gran parte montagnosa, i collegamenti sono difficili e le 3 UTIC non dotate di emodinamica interventistica distano mediamente 100 Km dalla struttura Hub. Tale distanza rende ragione del fatto che la PTCA primaria sia appannaggio pressoché esclusivo dei pazienti che risiedono in Potenza o zone limitrofe.

Nella Regione l'avvio "ufficiale" del 118 è storia del tutto recente, ma in realtà, da un punto di vista funzionale, la rete è già operativa da alcuni anni

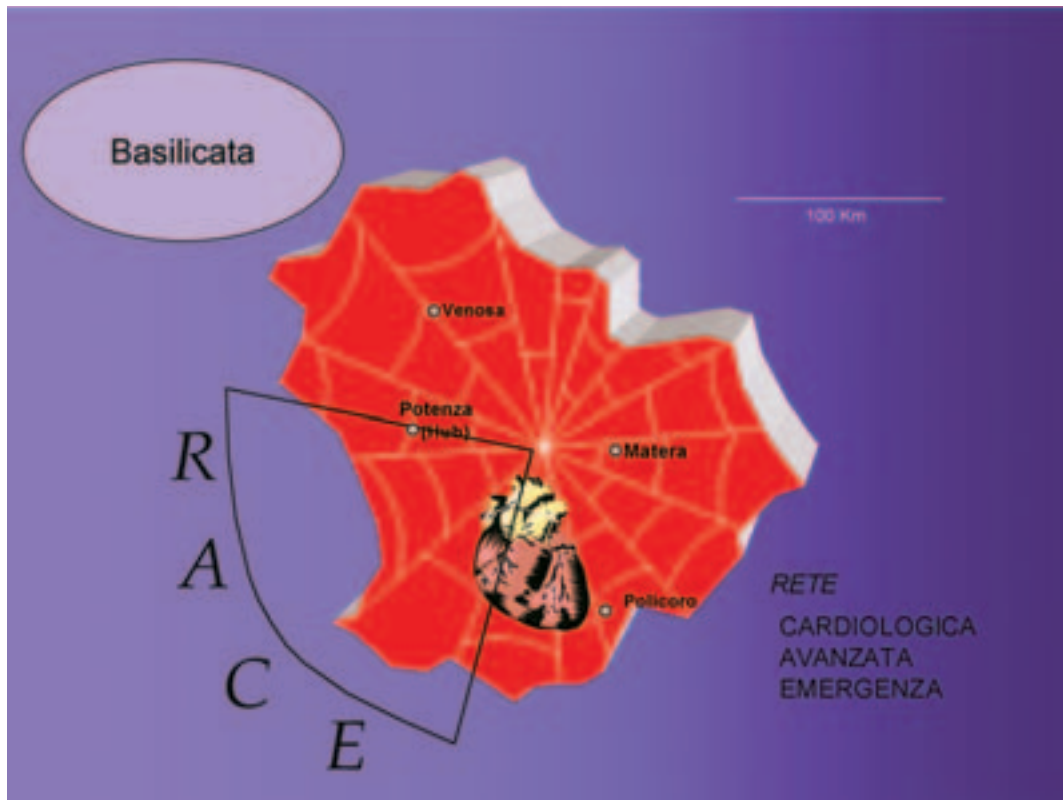
Infatti nella A.O. "S. Carlo" di Potenza si eseguono mediamente solo 100 PTCA primarie limitate all'utenza dell'hinterland potentino, mentre per i pazienti con emergenza coronarica provenienti dalle varie strutture cardiologiche regionali periferiche vengono eseguite prevalentemente PTCA facilitate o rescue.

Nella nostra Regione l'avvio "ufficiale" del 118 è storia del tutto recente, ma in realtà, da un punto di vista funzionale un collegamento tra le varie strutture cardiologiche è già

operativo da alcuni anni.

Già nel 1998 furono varate, con il patrocinio dell'ANMCO e con l'attiva partecipazione dei decisori pubblici, linee guida regionali alle procedure diagnostiche invasive ed interventistiche.

Da tale epoca, grazie ad un efficiente servizio di eliambulanza e ad una fattiva



collaborazione tra le UTIC regionali e la struttura di III livello (UTIC ed emodinamica), si è di fatto realizzata una rete, però limitata alla gestione diretta delle SCA.

Il gruppo ANMCO Basilicata ha istituito una Commissione che ha prodotto un documento ufficiale con valenza di protocollo operativo regionale per la gestione delle SCA

Oggi con l'avvio ufficiale del 118, si sono verificati tutti i presupposti per la realizzazione di una vera Rete Regionale Interospedaliera. La struttura del 118 è attualmente su base regionale ed, essendo dotata anche di due eliambulanze dislocate nei due capoluoghi provinciali, sono possibili diverse soluzioni operative a seconda della tipologia del trasporto e con possibilità di intervento anche in fase preospedaliera.

Il gruppo ANMCO Basilicata è, al momento, impegnato nella realizzazione di protocolli operativi per la corretta gestione dello scompenso, della aritmologia interventistica e della riabilitazione cardiologica

A tal fine il gruppo ANMCO Basilicata ha istituito una Commissione, comprendente i responsabili delle varie strutture cardiologiche regionali, che ha prodotto un documento ufficiale con valenza di protocollo operativo condiviso e applicabile a livello regionale per la migliore gestione delle emergenze coronariche. Tale documento è stato presentato ai decisori pubblici con la produzione, a breve, di una delibera regionale che ufficializzi tali percorsi operativi.

Il gruppo ANMCO Basilicata è altresì impegnato nella stesura, a breve termine, di ulteriori protocolli operativi in grado di tracciare il corretto iter diagnostico anche per gestione dello scompenso (a tal riguardo sono già state pubblicate linee guida regionali), per l'aritmologia interventistica e la riabilitazione cardiologica.

L'ANMCO REGIONALE DELLA CALABRIA HA STILATO IL PROGRAMMA 2004-2006

Il programma compilato dal Presidente e dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO Calabria è ricco di iniziative che meritano riflessioni e commenti

di Marilena Matta



I punti previsti dal documento programmatico sono riferiti all'Emergenza Cardiologica, allo Scompenso Cardiaco, alla Prevenzione, alla Riabilitazione e al Progetto di Rete per SCA.

*Attivazione del sito Web Regionale e **NEWSGROUP**.*

Registro per tracciare e fotografare i percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti con SCA (proposta studio RACE CALABRIA), le linee guida sulla diagnosi e cura dell'embolia polmonare acuta e dell'ipertensione polmonare.



Il programma 2004-2006 stilato dal Presidente e dal Consiglio Direttivo Regionale ANMCO, deve essere letto con molta attenzione e interpretato alla luce delle considerevoli trasformazioni che in questi anni hanno investito tutta la Cardiologia Nazionale e Internazionale.

Da parecchi anni, ormai, le strategie terapeutiche vanno inquadrare sempre più verso settori invasivi (vedi l'angioplastica primaria nella cardiopatia ischemica acuta e le procedure ablative per il trattamento delle aritmie), queste nuove tecniche si sono ormai imposte nelle patologie cardiovascolari che negli anni passati erano affidate alla cardiocirurgia o solamente alla terapia conservativa farmacologica. È indubbio che anche **in Calabria** si sono affinate le diagnosi e anche i Cardiologi calabresi, malgrado le serie difficoltà strutturali e ambientali che affliggono la nostra Regione, hanno realizzato brillanti successi per la cura di patologie cardiovascolari acute e croniche.

La qualità della vita è migliorata anche nella nostra Regione, la mortalità si è ridotta, è aumentata l'età media e sono sempre più numerosi i pazienti anziani affetti da cardiopatie acute e croniche.

L'ANMCO Regionale, perciò, in sintonia con le altre Regioni, ha stilato per il biennio 2004-2006 un programma ricco di iniziative scientifiche e culturali.

Certamente, affinché gli obiettivi del programma si realizzino, sono necessarie collaborazioni con le istituzioni regionali preposte e, come si legge nel terzo punto del programma, la realizzazione di una rete informatica necessaria per coordinare l'Emergenza Cardiologica (il 02 febbraio 2005 il Consiglio Direttivo ha approvato all'unanimità il progetto di rete per il trattamento delle sindromi coronariche acute in Calabria).

Con entusiasmo è stato accolto dai Soci l'attivazione **delle pagine Web del Sito ANMCO dedicate alla Regione Calabria** e il **NEWSGROUP**, ogni Socio può così uscire dall'isolamento scientifico e scambiare opinioni e pareri nonché fornire suggerimenti e proposte al Consiglio Direttivo; questo servizio è essenziale so-



prattutto ai Cardiologi che lavorano in periferia perché possono interfacciarsi alle realtà degli ospedali di livello più avanzato.

Lo Scompenso Cardiaco è un altro punto del programma in cui l'ANMCO ha riversato tutta la sua attenzione; realizzare **una gestione integrata ospedale-territorio** è diventato un traguardo ormai da raggiungere in un'area della Cardiologia che vede coinvolte più figure professionali come gli internisti, i MMG e il personale infermieristico.

Iniziative come il **Bring-out**, il **Forum sullo Scompenso**, incluso negli eventi extramurari e la **Conferenza Regionale** che si terrà in autunno 2005, sono eventi che mirano tutti a far conoscere meglio la tematica dello Scompenso. Per questa patologia, che incide non poco sulla spesa sanitaria regionale, viene proposto dal programma l'istituzione di strutture dedicate nelle U.O. di Cardiologia con **Ambulatori e personale addetto**, sono previsti anche **corsi teorico-pratici per qualificare il personale sanitario**.

Gli altri obiettivi segnalati nel programma fanno pensare in Calabria a sfide veramente innovative da farci sentire in linea con realtà più evolute in ambito nazionale: il **Registro** per tracciare e fotografare nelle nostre UTIC i percorsi diagnostici e terapeutici dei pazienti con SCA (**proposta studio RACE CALABRIA**), implementare le linee guida sulla diagnosi e cura **dell'Embolia Polmonare Acuta**, sensibilizzare il territorio su un tema assolutamente sconosciuto quale quello della **Ipertensione Arteriosa Polmonare**, ne sono una conferma.

Il programma non poteva non porre l'attenzione su altre due tematiche innovative e basilari: la **PREVENZIONE e la RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA**. Sensibilizzare i cittadini a modificare stili di vita e ridurre i fattori di rischio cardiovascolari sono diventati ormai obiettivi essenziali per una Cardiologia moderna, infatti così si riduce l'incidenza di malattie cardiache e si riducono anche gli eventi acuti.

Il programma identifica perciò il **PROGETTO CALABRIA CUORE**

itinerante già iniziato in varie città della Regione con il fine di promuovere iniziative per la diffusione della cultura del vivere sano e per il calcolo del rischio cardiovascolare.

Infine la **RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA**, area complementare della Cardiologia che in Calabria deve servire da collegamento tra le strutture periferiche che hanno avviato il paziente post-acuto alle due cardiocirurgie della Regione.

Questo iter deve rispettare la finalità della struttura Riabilitativa Cardiologica che deve "garantire le migliori condizioni fisiche, psichiche e sociali al paziente ischemico perché possa conservare o riprendere il proprio ruolo nella società".

A Rossano l'11-12 marzo si è tenuto un importante Convegno dal tema "Attualità in Cardiologia Clinica" organizzato dal Dott. F. Boncompagni, Dott. S. Salituri e Dott. M. Chiatto.

A Scilla 26-27-28 maggio 5ª edizione di Scilla Cuore.



L'INSUFFICIENZA RENALE NEI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO: UNA PROBLEMATICA EMERGENTE

I pazienti con SCC nella pratica clinica sono anziani ed affetti da una o più comorbidità, che contribuiscono significativamente al peggioramento clinico-prognostico della sindrome

di Alberto Pivetta, Marco Merlo, Andrea Di Lenarda, Luigi Tarantini, Gianfranco Sinagra

Lo scompenso cardiaco cronico (SCC) è una sindrome inabilitante, costosa e ad elevata mortalità ed è ormai una malattia a diffusione pandemica (1). Al contrario di quanto accade per i pazienti arruolati nei grandi trial farmacologici, frequenti sono le comorbidità presenti nei pazienti con SCC che si incontrano comunemente nella pratica clinica, e rilevanti le implicazioni clinico-prognostiche correlate alla loro presenza (2).

INSUFFICIENZA RENALE E SCOMPENSO CARDIACO

L'insufficienza renale cronica (IRC) rappresenta una delle più frequenti comorbidità presenti tra i pazienti con SCC. Circa un terzo dei pazienti con SCC moderato (3), e circa metà dei pazienti con SCC severo (4) presentano un grado significativo di insufficienza renale (definita con una velocità di filtrazione glomerulare (VFG) basale < 60 ml/min/1,73m²).

Nel paziente scompensato, la presenza di una disfunzione renale è un fattore di rischio indipendente di mortalità, in alcuni casi più potente della frazione di eiezione ventricolare sinistra e della classe funzionale NYHA

Nel paziente affetto da SCC, la presenza di una disfunzione da lieve a moderata è un fattore di rischio indipendente di mortalità (3, 4) e la VFG risulta un fattore prognostico addirittura più potente della frazione di eiezione ventricolare sinistra e della classe funzionale NYHA (4).

La frequente associazione di SCC ed insufficienza renale cronica è in parte spiegata dal fatto che alcuni fattori (come diabete, ipertensione, fumo e dislipidemie) aumentano il rischio sia delle malattie di cuore che delle malattie renali (5). Inoltre, se lo SCC avanzato è caratterizzato da alterazioni emodinamiche che concorrono alla progressione della disfunzione renale (6), anche l'insufficienza renale cronica può accelerare l'aterosclerosi (7), e favorire il rimodellamento ed il deterioramento funzionale cardiaco (8), concorrendo così alla progressione dello SCC. Inoltre, la cronica attivazione neuroormonale, che compare quando la riduzione della perfusione renale supera una soglia critica, contribuisce alla ulteriore progressione dello SCC (9).

La gestione ottimale dello SCC in pazienti con insufficienza renale cronica attualmente non è suffragata da sufficienti evidenze. Infatti, i pazienti con SCC e una concomitante insufficienza renale da moderata a severa sono largamente sottorappresentati, o esclusi, dai grandi trial farmacologici, senza contare che il grado di insufficienza renale viene generalmente stimato dal livello serico di creatinina, marker poco sensibile di insufficienza renale considerata la sua correlazione non lineare con la VFG.

IL SOTTOUTILIZZO DEI TRATTAMENTI RACCOMANDATI

L'uso degli ACE-inibitori rappresenta un caposaldo nel trattamento dello SCC.

La frequente associazione di malattie cardiache e renali è giustificata dai comuni fattori di rischio e dalla capacità di entrambe di favorire la reciproca progressione clinica

Questa terapia causa una riduzione sia della pressione arteriosa che delle resistenze della arteriola efferente, conducendo ad una riduzione della pressione capillare glomerulare. Malgrado l'uso degli ACE-inibitori possa inizialmente provocare una caduta della VFG, con un conseguente aumento della creatinina sierica, in pazienti con SCC e concomitante insufficienza renale lieve o moderata, l'efficacia e la sicurezza del loro impiego sono ben documentate. Nel trial CONSENSUS, l'utilizzo dell'enalapril ha garantito un miglioramento della sopravvivenza anche nei pazienti con creatininemia

>1.4 mg% ed in quelli (circa un terzo) che hanno dimostrato un iniziale aumento di creatinina sierica. Al contrario, non è stato ancora dimostrato se gli ACE-inibitori siano efficaci e sicuri anche nell'insufficienza renale cronica severa. Benché un cauto tentativo sia giustificato dall'efficacia di questi farmaci, va ricordato che molti di questi pazienti non tollereranno questo trattamento a causa del peggioramento significativo della loro funzione renale.

Al fine di ridurre l'insorgenza di complicanze renali, la terapia con ACE-inibitori dovrebbe essere iniziata a dosaggi estremamente bassi, se possibile con una concomitante riduzione della terapia diuretica. Inoltre i dosaggi andrebbero incrementati gradualmente controllando attentamente la funzione renale e gli elettroliti sierici. Valori di creatinina che aumentano all'inizio della terapia e che non tornano successivamente nel range normale devono far pensare alla presenza di una disfunzione renovascolare, particolarmente in pazienti anziani con SCC ad eziologia ischemica, nei quali si può facilmente precipitare una insufficienza renale acuta (10). Infine, il bilancio del potassio deve essere monitorato più attentamente nei pazienti che assumono spironolattone in presenza di una concomitante disfunzione renale, in quanto l'aggiunta di un ACE-inibitore può causare un improvviso rialzo dei livelli sierici di questo elettrolita (11).



La gestione ottimale dello scompenso cardiaco in pazienti con insufficienza renale cronica non è attualmente supportata da sufficienti evidenze

Come per l'ACE-inibizione, grandi trial clinici hanno dimostrato come anche il beta-blocco sia efficace e sicuro in un'ampia percentuale di pazienti affetti da SCC, ma anche in questo caso sono attualmente disponibili solo scarse informazioni circa gli effetti di questa terapia in pazienti con SCC e concomitante insufficienza renale. Teoricamente rispetto agli ACE-inibitori, i beta-bloccanti dovrebbero causare meno complicanze renali in pazienti con concomitante disfunzione renale. Il rischio di eventi avversi può essere efficacemente limitato da uno stretto monitoraggio e dall'utilizzo dei dosaggi

più bassi possibili nella fase iniziale del trattamento, e dal loro incremento lento e graduale (2), con l'obiettivo di limitare al minimo l'iniziale riduzione della

ACE-inibitori e beta-bloccanti rimangono i cardini della terapia dello scompenso ed andrebbero utilizzati nel maggior numero di casi possibile, sotto stretta monitoraggio per la possibilità di non tolleranza

portata cardiaca e la conseguente riduzione del flusso renale. Nel lungo termine, invece, i beta-bloccanti si associano ad un chiaro beneficio sulla performance cardiaca e, di conseguenza, la perfusione e la funzione renale tendono a tornare nella norma (12).

CONCLUSIONI

Il trattamento del paziente con scompenso cardiaco e concomitante disfunzione renale rappresenta un interessante banco di prova per il cardiologo clinico. Se da un lato il paziente con associata disfunzione renale è gravato da una peggiore prognosi e destinato ad una più rapida progressione dello scompenso cardiaco, dall'altro data la mancanza delle necessarie dimostrazioni di efficacia dei farmaci validati per la cura dello scompenso cardiaco, vi è ancora una generale tendenza al loro sottoutilizzo.

BIBLIOGRAFIA

1. Murdoch DR, McMurray JJV. Epidemiological perspective on heart failure: common, costly, disabling, deadly. In: Sharpe N, ed. Heart Failure Management. London: Martin Dunitz Ltd; 2000.
2. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol 2001;38:2101-13.
3. Dries DL, Exner DV, Domanski MJ, Greenberg B, Stevenson LW. The prognostic implications of renal insufficiency in asymptomatic and symptomatic patients with left ventricular systolic dysfunction. J Am Coll Cardiol 2000;35:681-9.
4. Hillege HL, Girbes AR, De Kam PJ, et al. Renal function, neurohormonal activation, and survival in patients with chronic heart failure. Circulation 2000;102:203-10.
5. Luke RG. Chronic renal failure – a vasculopathic state. N Engl J Med 1998;339:841-83.
6. Leithe ME, Margorien RD, Hermiller JB, Unverferth DV, Leier CV. Relationship between central hemodynamics and regional blood flow in normal subjects and in patients with congestive heart failure. Circulation 1984;69:57-64.
7. Foley RN, Parfrey PS, Sarnak MJ. Epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. J Am Soc Nephrol 1998;9(Suppl 12):S16-S23.
8. Greaves SC, Gamble GD, Collins JF, Whalley GA, Sharpe DN. Determinants of left ventricular hypertrophy and systolic dysfunction in chronic heart failure. Am J Kidney Dis 1994;24:768-76.
9. Maxwell AP, Ong HY, Nicholls DP. Influence of progressive renal dysfunction in chronic heart failure. Eur J Heart Fail 2002;4:125-30.
10. MacDowall P, Kalra PA, O'Donoghue DJ, Waldek S, Mamtara H, Brown K. Risk of morbidity from renovascular disease in elderly patients with congestive cardiac failure. Lancet 1998;352:13-6.
11. Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. Randomized Aldactone Evaluation Study Investigators. N Engl J Med 1999;341:709-17.
12. Olsen SL, Gilbert EM, Renlund DG, Taylor DO, Yanowitz FD, Bristow MR. Carvedilol improves left ventricular function and symptoms in chronic heart failure: a double-blind randomized study. J Am Coll Cardiol 1995;25:1225-31.

IPERGLICEMIA ACUTA DURANTE INFARTO DEL MIOCARDIO, FENOMENO O EPIFENOMENO?

Gestione dell'iperglicemia in UTIC

di Mario Siniscalchi, Filomena Baldini, Emilio Musacchio

IPERGLICEMIA IN UTIC

Il personale medico che si occupa di paziente critico nelle UTIC, nelle rianimazioni, nelle terapie intensive, nei reparti chirurgici e nei Pronto Soccorso, più volte ha dovuto prendere atto del notevole rialzo della glicemia nei propri pazienti e non sempre la pratica clinica e le linee guida gli sono venute in aiuto per stabilire fino a che punto ciò fosse innocuo oppure potesse essere di nocumento.

Lotta all'iperglicemia

Nel concreto, spesso ci si trova di fronte a 2 situazioni: (a) difficoltà e disorientamento nella gestione immediata dei pazienti infartuati con anamnesi negativa per diabete mellito, ma che presentano valori glicemici tra 140-400 mg/dl; fino a poco tempo fa prevaleva l'opinione comune che l'iperglicemia peri-infartuale fosse un banale fenomeno di accompagnamento secondario al rialzo delle catecolamine, del cortisolo, oppure il risultato di una ipoperfusione pancreatica, per cui non si riteneva pericoloso il fenomeno e non si tentava di correggerlo; (b) dubbi e perplessità del Cardiologo sulla terapia ipoglicemizzante nel paziente diabetico di tipo 2 con IMA; da questo punto di vista esistono non pochi dati in letteratura ed alcune linee guida che dovrebbero e potrebbero essere di ausilio se fossero sufficientemente diffuse.

Per comprendere l'insufficiente diffusione di tali linee di condotta basta chiedersi in quante UTIC, nel paziente critico, si continua a somministrare ipoglicemizzanti orali e in quante si passa all'insulina? Il nostro scopo non è quello di fare un'analisi dei protocolli interni delle terapie intensive, ma sollecitare i colleghi ad aderire a quanto la letteratura degli ultimi anni ci sta fornendo: **bisogna fare la guerra all'iperglicemia**.

Nel paziente critico preferire l'insulina agli ipoglicemizzanti orali

Questa esigenza di conoscenza dei danni dell'iperglicemia acuta e cronica e del management è stata fatta propria dalla Società Europea di Cardiologia, che ha incentrato l'ultimo Congresso, tenutosi a Monaco di Baviera tra fine agosto ed inizi di settembre 2004,

sulle alterazioni del metabolismo glucidico ed il diabete mellito, patologie con notevole impatto cardiovascolare.

Nel Congresso sono stati presentati i dati della Euro Heart Survey, un rapporto dettagliato sulla prevalenza del diabete mellito e delle alterazioni glucometaboliche nei pazienti con malattie cardiovascolari. Lo studio ha evidenziato non solo l'elevata prevalenza del diabete e dell'intolleranza glucidica tra i pazienti con malattie cardiovascolari, ma ne ha anche sottolineato la necessità di una diagnosi precoce da parte del Cardiologo. La conoscenza dello stato glucometabolico del cardiopatico è fondamentale per guidare il trattamento in quanto è possibile con un intervento terapeutico più aggressivo, non solo sul metabolismo del glucosio ma anche e soprattutto sui fattori di rischio associati quali ipertensione e dislipidemie, migliorarne la sopravvivenza e ridurre gli eventi cardiovascolari futuri.

DALLA LETTERATURA ALLA PRATICA CLINICA

Dalla metanalisi fatta da Capes su 15 studi si evince che l'iperglicemia peri-infartuale è associata ad una aumentata mortalità intraospedaliera (3,9 volte, 95% IC 2.9-5.4), sia in soggetti diabetici che non diabetici, e in questi ultimi il rischio di scompenso cardiaco e shock cardiogeno è maggiore (1).

La glicemia all'ingresso, in soggetti non diabetici con IMA, è un predittore indipendente di outcome a distanza e non riflette solo lo stress acuto, ma rappresenta

un marker di alterato metabolismo glucidico, potenzialmente modificabile, con impatto sulla prognosi (2, 3). Uno dei trial che maggiormente ha contribuito a chiarire l'importanza della lotta all'iperglicemia è stato l'United Kingdom Prospective Diabetes (UKPDS): in questo studio sono stati reclutati più di 5.000 pazienti con diabete mellito tipo 2 neodiagnosticato, di età compresa tra 25 e 65 anni.

La terapia intensiva insulinica diminuisce la mortalità nel paziente diabetico con IMA

Da una valutazione dei dati emerge che ad ogni punto percentuale di riduzione dell'HbA1c corrisponde una riduzione del rischio di sviluppare complicanze croniche pari al 35%. Un livello di HbA1c oltre 6.5% era predittivo di evento coronarico ed un incremento dell'1% di HbA1c si accompagnava all'aumento dell'11% del rischio coronarico.



Paul Cézanne, Mele e biscotti, 1890-1895 Parigi, Orangerie

A titolo d'esempio avere un livello di HbA1c superiore a 7.5% aumenterebbe del 52% il rischio di coronaropatia, del 42% il rischio di infarto miocardico fatale e non (RR 1.42; IC 1.03-1.98) e del 72% di infarto miocardico fatale (RR 1.72; IC 1.06-2.77) in confronto ad un livello di HbA1c di 6.2%. Una relazione dello stesso ordine tra livello glicemico e rischio coronarico era stato osservato nei pazienti diabetici dello studio di Framingham (4). Nel 1995 lo studio DIGAMI (Diabetes Mellitus Insulin-Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction) ha valutato i risultati del trattamento in 620 pazienti diabetici con infarto acuto del miocardio, randomizzati a ricevere la terapia insulinica intensiva o la terapia standard; coloro che hanno ricevuto la terapia insulinica intensiva hanno avuto una riduzione significativa della mortalità ad 1 anno rispetto a quelli che avevano ricevuto le cure convenzionali (19 vs 6%).

La più grande riduzione della mortalità è stata vista nei pazienti che non avevano ricevuto insulina precedentemente all'infarto (5). Molti ricercatori hanno cercato

di svelare i possibili meccanismi alla base della peggiore prognosi dei pazienti con disglicemismo da stress: l'iperglicemia acuta indurrebbe una notevole accelerazione sullo stress ossidativo ed i radicali liberi dell'ossigeno, attraverso una riduzione marcata dell'ossido nitrico, determinerebbero una disomogeneità nella ripolarizzazione ventricolare con allungamento del QT e del QTc.

I pazienti non diabetici con iperglicemia da stress presentano livelli più elevati di Troponina sierica e più imponente risposta infiammatoria

In definitiva l'iperglicemia avrebbe un effetto pro-aritmico sia nei soggetti diabetici che non diabetici (6). Durante IMA l'iperglicemia da stress (valore soglia della glicemia > 126 mg/dl), sia in pazienti diabetici che non diabetici, è associata con maggiori livelli sierici di troponina, aumentato livello circolante di marker infiammatori (PCR, IL-18, ecc.), incremento della risposta dei linfociti T citotossici, ridotta espressione dei linfociti T suppressor, ma il dato più rilevante è la maggiore estensione dell'area infartuata, maggiore e più duratura flogosi e peggiore outcome (7).

Del tutto recentemente è stato dimostrato che il diabete mellito determina una inibizione della angiogenesi nei pazienti con sindrome coronarica acuta (8). La ricchezza e la eterogeneità di dati fanno ben intuire che siamo ancora lontani dalla completa delucidazione dei meccanismi fisiopatologici alla base delle complicanze del diabete mellito; sono necessari ulteriori studi mirati, tuttavia possiamo dire, con basi solide, che nella gestione responsabile del paziente infartuato con iperglicemia è utile contrastare gli elevati valori glicemici sia nel soggetto diabetico che non diabetico; nel diabetico è opportuno utilizzare un trattamento intensivo insulinico per almeno 3 mesi, ciò sempre in associazione con la terapia convenzionale ed in accordo con le Linee Guida sullo STEMI e NSTEMI.

BIBLIOGRAFIA

1. Capes SE, Hunt D, Malmberg K, Gerstein HC. Stress hyperglycaemia and increased risk of death after myocardial infarction in patients with and without diabetes: a systematic overview *Lancet*. 2000 Mar 4;355(9206):773-8.
2. Norhammar AM, Ryden L, Malmberg K. Admission plasma glucose. Independent risk factor for long-term prognosis after myocardial infarction even in non-diabetic patients. *Diabetes Care* 2 2:1 8 2 7-1831, 1999.
3. Wahab NN, Cowden EA, Pearce NJ, Gardner MJ, Merry H, Cox JL; ICONS Investigators Is blood glucose an independent predictor of mortality in acute myocardial infarction in the thrombolytic era?. *J Am Coll Cardiol*. 2002 Nov 20;40(10):1748-54.
4. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS), VIII: Study design, progress and performance. *Diabetologia*; 34: 877-890, 1991.
5. Malmberg K, Ryden L, Efendic S, Herlitz J, Nicol P, Waldenström A, et al. Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI Study). Effects on mortality at 1 year. *J Am Coll Cardiol* 1995; 26: 57-65.
6. Marfella R, Siniscalchi M, Giugliano D et al. The effect of acute hyperglycaemia on QTc duration in healthy man. *Diabetologia* 43: 571-575. 2000.
7. R. Martella, M. Siniscalchi, M. Portoghese, S. Siciliano, N. Mininni, D. Giugliano et al. Effects of stress hyperglycemia on acute myocardial infarction. Role of inflammatory immune process in functional cardiac outcome. *Diabetes Care* 26:3129-3135, 2003.
8. Martella R, Siniscalchi M, Portoghese M, Giugliano D, et al. Expression of angiogenic factors during acute coronary syndromes in human type 2 diabetes mellitus. *Diabetes*, sep 2004; 53 (9); 2383-91.

NOTIZIE DAL CONSIGLIO DELL'ANMCO VENETO

Dopo le elezioni del maggio 2004, prosecuzione delle numerose attività già programmate ed impostazione del nuovo programma 2004-2006

di Giorgio Rigatelli



Il giorno 08 maggio 2004 l'Assemblea Generale dell'ANMCO del Veneto, tenutasi a Belluno nella cornice della tradizionale Sessione Scientifica Regionale che dedicava il Convegno All'ATEROSCLEROSI: Patologia "globale" del sistema cardiovascolare, stima "globale" del rischio, eleggeva il nuovo Consiglio Veneto.

Nelle settimane successive i Consiglieri si riunivano e nominavano **Presidente il Dott. Giorgio Rigatelli**, Direttore della U.O. Complessa di Cardiologia di Legnago (VR) che, a sua volta, sceglieva come **Segretario il Consigliere Dott. Francesco Di Pede** (U.O.C. di Mestre).

Gli altri Consiglieri eletti sono stati Jacopo Dalle Mule, Primario di Pieve di Cadore (BL); Bortolo Martini, Primario di Thiene (VI); Zoran Olivari Dirigente in U.O.C. di Treviso; Loris Roncon Dirigente in U.O.C. a Rovigo; Luigi Tarantini dirigente in U.O.C. di Belluno.

Programmazione iniziale per un biennio che si prospetta ricco d'impegni ed in evoluzione per la Cardiologia nel Veneto

La rappresentanza non esprime, ovviamente, tutta la complessità della Rete Cardiologica del Veneto: sono stati inseriti nel Consiglio, tuttavia, esponenti di piccoli, medi e grandi ospedali che ben conoscono e s'impegnano ad avere sempre ben presente la varia e complessa realtà della **Cardiologia** nella nostra Regione.

Una delle prime scelte del nuovo Consiglio, che ha potuto ben apprezzare il lavoro svolto dai rappresentanti del mandato 2002-2004 coordinati dal Dott. Loredano Milani, è stata quella di cercare d'essere più vicino agli Associati: Newsletter, Convegni Scientifici di rilievo Regionale e con riconoscimento ECM, pagina Web dedicata dal sito centrale dell'ANMCO, sono le scelte immediate fatte dal Consiglio, anche se non bisogna sottovalutare le difficoltà a disporre di fondi adeguati, sia pure per organizzare solo una regolare e puntuale informazione sull'attività svolta (NB: il fondo economico annuale per il Veneto è di 3.000 Euro).

Potenziare gli incontri scientifici di rilievo istituzionale-regionale, che sono, di regola, in numero limitato sia per l'impegno economico da sostenere sia per le norme sull'accREDITAMENTO che è opportuno rispettare: a questo proposito bisogna dedicare tempi lunghi di programmazione e pratiche burocratiche impegnative, per poter unire all'interesse culturale e associativo anche un doveroso riconoscimento "ECM": è uno degli impegni più rilevanti, sentito da tutti i Consiglieri.

Le convocazioni in REGIONE, prima nel periodo estivo e poi in vicinanza delle festività, ci sono state con riconoscimento costante della nostra Società Scientifica ed hanno trattato temi di sicuro interesse per la nostra Associazione, anche se, talora, con atteggiamento **top-down** e non certo facilitate dal nostro tipo d'organizzazione, con cambi al vertice ogni 2 anni (come è stato fatto notare anche in Consiglio Nazionale) mentre Funzionari/Cariche istituzionali regionali hanno mandati di 5 anni, rinnovabili.

Anche attraverso un passaggio di consegne lungo mesi e grazie all'impegno anco-

ra in atto del Past-President Loredano Milani, siamo riusciti a non perdere i collegamenti con le varie commissioni istituite dalla Regione. Sono in corso di approvazione, con delibera Regionale, gli elaborati della Commissione per SINCOPE, per lo SCOMPENSO CARDIACO e per il DOLORE TORACICO.

Il 29 dicembre 2004 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la delibera della Giunta Regionale relativa all'INFARTO MIOCARDICO ACUTO.

A questo proposito ricordiamo quanto è costata in termini d'impegno se pensiamo che fin dal 2001 erano organizzati, con il patrocinio dell'ANMCO, Congressi Regionali a Mestre, con cadenza annuale, sul trattamento dell'infarto miocardico acuto: impegnati in prima persona il Dott. Francesco Di Pede ed il Dott. Zoran Olivari.

L'obiettivo era di ottimizzare il trattamento dell'infarto miocardico acuto favorendo la cooperazione fra i Centri del Veneto, soprattutto tra i Centri con Emodinamica-Interventistica e non, e promuovendo la cultura della riperfusione precoce. Nel dicembre 2002 è stato adottato un protocollo comune di trattamento ed è stato istituito un registro – **VENetoREgistry** – con l'obiettivo di individuare i punti critici monitorando i percorsi terapeutici e l'outcome clinico. Al tempo stesso sono stati coinvolti gli Organismi Regionali i quali hanno recepito l'importanza dell'iniziativa e nel dicembre 2004 hanno prodotto una delibera in cui sono stati individuati tre obiettivi:

1) Istituzione di un registro informatico da elaborare con il Centro Epidemiologico Regionale; 2) Formazione del Personale sanitario; 3) Campagna di Educazione Sanitaria rivolta alla popolazione per promuovere l'uso del 118.

Il coinvolgimento della Regione, così come nelle altre problematiche affrontate, è stato ottenuto grazie all'impegno di una Commissione Tecnica formata, nel caso specifico, da cardiologi, medici di Pronto Soccorso e medici del SUEM in rappresentanza delle varie Società Scientifiche.

In questo periodo si è ritornati a parlare di piano Socio-Sanitario ed è, naturalmente, necessaria una nostra forte presenza. La Regione ha anche prodotto una delibera di Giunta per l'**"AREA VASTA"** tesa, nelle dichiarazioni ufficiali, ad attuare nel breve-medio termine una **razionalizzazione** del Servizio a più livelli, convocando, nelle prime due riunioni, la rappresentanza dei Cardiologi, ANMCO e SIC, aggregata ai Colleghi delle Cardiochirurgie: tutti riteniamo di dovervi dedicare la massima attenzione, anche se i lavori sembrano in una fase iniziale e si è cominciato solo a parlare di "commissioni" e di gruppi di lavoro.

Infine segnaliamo che abbiamo concluso gli incontri Bring-out, l'ultimo tenuto a Mestre in dicembre, con una soddisfacente partecipazione di Cardiologi e di MMGenerale; ma già abbiamo tenuto l'incontro tradizionale sui Casi Clinici, il 14 gennaio 2005 a Chioggia, ospiti del Dott. Federico Sartori che ringraziamo per l'eccellente organizzazione, con ottimo risultato sia per il livello delle relazioni che per la nutrita presenza di Cardiologi.

Si sono svolte, come da programmazione 2003-2004, le due riunioni, relative alle Sindromi coronariche acute e statine in febbraio 2005.

Per ultimo, abbiamo attribuito lo svolgimento della Sessione Scientifica Regionale al Dott. Loredano Milani ed al suo Gruppo. La data stabilita è il 21 maggio 2005, due le tematiche da discutere, nella I Sessione **RESPONSABILITÀ e QUALITÀ**: due aspetti complementari dell'attività professionale; nella II Sessione **DIABETE MELLITO E CARDIOPATIE**: la necessità di una integrazione delle competenze.

Penso che gli impegni siano molti e che tutti avremo modo di lavorare con impegno, non dimenticando mai lo spirito collaborativo che costituisce il collante indispensabile di ogni gruppo anche di quello di un Consiglio Regionale ANMCO.



Intervista al Prof. Jeremiah Stamler

di GIOVANNI GREGORIO

*Nella vita di ogni uomo vi è una storia che adombra la natura del tempo
Passato, e osservandola si può profetare, con buona probabilità, il corso
Delle cose future, che giacciono come tesori ancora nel loro seme, nel
Loro fragile inizio.*

W. SHAKESPEARE

*"Nemo est tam senes,
qui se annum non putet posse vivere."*

CICERONE, De Senectute, 7, 24

Per la maggior parte di questo secolo il primo obiettivo

Della medicina è stato la riduzione della mortalità.

Forse, man mano che ci avviciniamo al prossimo millennio

Dovremo concentrarci sulla prevenzione della invalidità e

Sul miglioramento della qualità di vita della Nostra popolazione, sempre più anziana.

DAVID T KELLY, Circulation 1997, 95:2459:2464

Jeremiah Stamler è nato a New York nel 1919 ed è cresciuto nel West Orange, NJ, dove il padre esercitava la professione di dentista. Si è laureato nel 1943 alla State University di New York, Downstate Medical Center (Long Island College of Medicine), a Brooklyn. Dopo aver trascorso un breve periodo di tempo nell'esercito la svolta nella sua vita avvenne quando entrò come ricercatore al Michael Reese Hospital di Chicago, sotto la direzione di Louis N. Katz, un pioniere nella ricerca sulle malattie cardiovascolari. Insieme a sua moglie Rose, con cui condivideva la passione per la ricerca e la cardiologia preventiva, si stabilì a Chicago dove incominciò gli studi che lo avrebbero portato a stabilire la connessione tra dieta, stile di vita e comparsa di malattia cardiovascolare. Dal 1972 al 1986 ha diretto il Dipartimento di Medicina Preventiva alla Northwestern University's Feinberg School of Medicine di Chicago. Jeremiah Stamler è una persona tenace, ed intransigente sulle questioni che ritiene fondamentali. Philip Greenland, che lavora con lui e gli è succeduto come direttore del Northwestern's Department of Preventive Medicine, giustamente dice che: "Quando decide che una

questione è importante, è un bulldog – non molla la presa".

Anche al di fuori della ricerca e dello studio Stamler non transige su quelle che ritiene questioni di primaria importanza. Così quando nel 1965, in piena epoca di caccia alle streghe, fu convocato insieme alla sua assistente Yolanda Hall davanti al Comitato per le Attività Antiamericane per rendere conto del suo atteggiamento critico nei confronti della guerra del Vietnam e delle sue simpatie comuniste, si rifiutò di testimoniare perché dice "Ero profondamente convinto che il Primo Emendamento concedesse a ciascuno il diritto di esporre le proprie opinioni e di associarsi con chi volesse. Anche grazie alla sua battaglia e con l'aiuto di un "Comitato di difesa dei medici" – promosso da Paul Dudley White, suo amico e medico personale del presidente Eisenhower – fu protagonista di una lunga e convinta battaglia legale e di opinione che portò il Congresso, nel 1975, all'abolizione del Comitato per le Attività Antiamericane, Comitato, che istituito nel 1938 per indagare sulle attività antiamericane e sovversive, dopo la II guerra mondiale, finì per dedicarsi alla compilazione di liste di citta-



Jeremiah Stamler insieme alla moglie Gloria nella sua casa di Pioppi

dini accusati di essere filocomunisti, dapprima e poi oppositori della guerra del Vietnam.

Jeremiah Stamler è uno dei padri della moderna epidemiologia e cardiologia preventiva. A lui si deve il merito dello sviluppo della cardiologia preventiva e la intuizione che modificando gli stili di vita ed alimentari è possibile contrastare la diffusione epidemica delle malattie cardiovascolari nelle società industrializzate.

Raggiungo il Professore in compagnia di un collega in una delle poche mattine di sereno di questo rigido inverno. La sua villa si trova nel villaggio di Minnelea a Pioppi, piccolo villaggio di pescatori della costa del Cilento. Minnelea, da Minnesota luogo di provenienza di Keys e Elea, antica colonia greca a pochi chilometri da Pioppi dove insieme alla celebre scuola di filosofia recenti ricerche vogliono fiorisse una prestigiosa scuola di medicina, è la residenza preferita di molti grandi della medicina contemporanea: qui abitano o hanno abitato per diversi periodi dell'anno Ancel Keys, Flaminio Fidanza, Paul White, Martti J. Karvonen per citarne solo alcuni. Così in questo piccolo borgo del Cilento a mezza strada dai luoghi in cui fiorirono due tra le più importanti scuole mediche dell'antichità, Salerno ed Elea, un pugno di uomini provenienti da diverse parti del

mondo si sono ritrovati ed hanno gettato le basi della moderna cardiologia preventiva.

Il Professore ci accoglie nell'ampio soggiorno insieme alla compagna Gloria, che ha sposato nel 1998 dopo essere rimasto vedovo.

Quando entriamo è al telefono con l'Università di Chicago. Parla dei prossimi appuntamenti della cardiologia preventiva mondiale, del Congresso mondiale di prevenzione cardiovascolare che si terrà nella primavera prossima a Brasilia. È una persona cordiale, si esprime in un buon italiano ed in grado di farsi comprendere anche da un pubblico non medico.

Incontrai per la prima volta il Professore e sua moglie Rose agli inizi degli anni 90 per chiedere loro dei consigli per una ricerca di cardiologia preventiva da realizzare nel Cilento e che sulla base delle indicazioni ricevute realizzeremo negli anni seguenti nel progetto "Un Cuore, un Campanile" Stio Cilento il cui follow-up è ancora in corso.

Nel corso della sua lunga permanenza a Pioppi ha più volte partecipato ad incontri con i medici della zona, parlando di prevenzione, di educazione sanitaria e degli sforzi necessari per combattere la diffusione delle malattie cardiovascolari. Lo scorso anno ha tenuto una brillante lezione sulla Prevenzione Cardiova-

scolare al Convegno "Il Cuore, oggi e domani", meeting che il Dipartimento Cardiovascolare della ASL SA 3 organizza ogni anno a Paestum. Lo ricorda con cortesia come parla con rispetto dell'ANMCO, di cui si onora di essere socio onorario.

La conversazione è vivace ed il professore risponde con piacere alle varie domande.

Professore ci può dire qualcosa dei suoi rapporti con l'Italia?

Venni in Italia per la prima volta nel 1960 per partecipare a Milano ad un Congresso su Droga ed Ipercolesterolemia organizzato da Garrattini e Paoletti. Nel Cilento venni qualche anno e fui catturato dalle Sirene di questi posti: mare, natura, amici, serenità. Il 6 giugno del 1966 fui invitato da Ancel Keys nella sua casa di Pioppi per celebrare gli 80 anni di Paul White, un grande della medicina. Mi innamorai di questa terra. Non sono un uomo ricco e non ho sposato una donna ricca, per cui se sono riuscito a costruirmi questa casa in questo angolo di paradiso, lo devo al mio amico Notaro che mi consigliò e mi fece fare un vero affare. Non ci crederete ma si è trattato proprio di un affare. E non è poco. Io sono un uomo di studio ed in America, come del resto in Italia, lo studio non rende ricchi. Del resto non ho mai amato la professione privata, l'idea che ci fosse il simbolo del dollaro tra me ed il paziente non mi ha mai entusiasmato.

La casa, grazie all'aiuto degli amici di Pioppi, che ne sorvegliarono i lavori fu edificata in pochi anni e la inaugurammo nel giugno del 1972 per il 30° anno del mio matrimonio.

Ho partecipato poi a diversi Congressi organizzati dalla vostra Associazione: ricordo il Congresso ANMCO del 1985 e quello dello scorso anno, in occasione del quale sono divenuto socio onorario dell'ANMCO, cosa che mi ha fatto molto piacere e di cui vado orgoglioso.

Che cosa ricorda dell'Italia degli anni '60?

Ho il ricordo di un paese che uscito dalla II guerra mondiale faceva passi da gigante per entrare a far parte dei grandi paesi del mondo. Quell'Italia era un paese nel quale le abitudini di lavoro, di vita e alimentari incominciavano a cambiare, avvicinandosi a quelle degli altri paesi occidentali.

L'Italia degli anni 50 e 60 era un paese di gente che svolgeva lavori con notevole attività fisica, di gente che aveva ancora una dieta mediterranea e che presentava bassi livelli di rischio cardiovascolare.

È cambiata negli anni la Dieta Mediterranea?

Molti parlano di Dieta Mediterranea, ma pochi in realtà hanno chiaro il significato del termine. La Dieta mediterranea contraddistingue un'alimentazione con consumo prevalente di legumi, pane integrale, pasta, verdura, frutta, frutti di mare, poca carne, poco latte, poco vino, poco sale, olio di olive sì ma con moderazione. Ricordo che qualche tempo fa fui invitato a cena da un vecchio amico di Pioppi.

È vero che il menu era composto dagli alimenti che ho ricordato prima ma serviti in quantità tali che della dieta mediterranea non avevano più niente. Ricordo tra l'altro che il mio ospite, un omaccione bonario e simpatico, da solo ha bevuto tra una conversazione e l'altra oltre due litri di vino. Come amava ripetere il mio amico Ancel Keys i pasti abbondanti non rientrano nelle abitudini alimentari mediterranee.

Cosa è rimasto oggi della Dieta Mediterranea?

Forse il ricordo ed una grande speculazione commerciale.

È cambiato molto in questi anni il modo di porsi della medicina nei confronti delle malattie cardiovascolari?

Quando mi laureai in Medicina, parlo della prima metà del secolo scorso, ci si insegnava che l'infarto cardiaco era causato dall'arteriosclerosi delle coronarie. Intorno agli anni 50 ricordo che le ricerche di laboratorio condotte sugli animali ci hanno dimostrato che diete ricche di sale potevano favorire lo sviluppo della ipertensione e che diete ricche di grassi potevano favorire lo sviluppo dell'arteriosclerosi. In quegli anni si compivano ricerche fondamentali che provavano il rapporto tra dieta, stile di vita e malattie cardiovascolari, concetto estraneo alla ortodossia dell'epoca che considerava l'aumento della pressione arteriosa un processo normale volto ad assicurare un'adeguata perfusione attraverso le arterie ristrette per l'età e bisognerà attendere gli anni 80 perché si affermi il concetto che l'aumento del cole-

sterolo nell'alimentazione è legato alla comparsa di malattia cardiovascolare. Poco dopo essere arrivato a Chicago dal Prof. Katz incontrai Rosemarie Lenel che stava completando una ricerca sugli effetti del sale nell'ipertensione. In quel periodo sapevo molto poco sul sale, e le domandai perché ne desse da mangiare ai polli.

Lei mi guardò come a dire 'Povero sciocco', e rispose 'Fa aumentare la loro pressione'. Da quel momento mi dedicai a studiare i rapporti tra sale ed ipertensione in particolare e tra alimentazione in generale e malattie cardiovascolari.

Gli anni che seguirono sono serviti a dimostrare che quelle che potevano sembrare delle esercitazioni di laboratorio potevano avere importanti conseguenze nella prevenzione e nella lotta alle malattie cardiovascolari.

Oggi sappiamo che nei paesi industrializzati, dove le abitudini di vita sono prevalentemente sedentarie e dove l'alimentazione è ricca di grassi saturi la diffusione delle malattie cardiovascolari è più alta rispetto ai paesi non industrializzati, dove il lavoro implica maggiore attività fisica e dove la dieta è povera di colesterolo e grassi saturi. Sappiamo anche che nel singolo individuo la presenza di più fattori di rischio coronarico aumenta la possibilità di malattia cardiaca.

La lotta ai fattori di rischio cardiovascolare è diventata uno degli elementi principali della strategia di prevenzione cardiovascolare.

Questo è un risultato dovuto a quelli che come Lei hanno contribuito allo sviluppo della epidemiologia e della cardiologia preventiva

La lotta alle malattie cardiovascolari risiede soprattutto in una efficace campagna di prevenzione cardiovascolare. Sottolineo ancora una volta che l'Italia ha assorbito negli ultimi decenni abitudini di vita ed alimentari proprie delle società industriali, abitudini di vita ed alimentari che come abbiamo ricordato favoriscono lo sviluppo della malattia aterosclerotica.

Molte ricerche di epidemiologia cardiovascolare, e tra queste mi piace ricordare quella condotta brillantemente con il contributo dell'ANMCO dal vostro Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, hanno evidenziato come una notevole quota di soggetti presenta

elevati livelli di rischio cardiovascolare e come una ridotta minoranza è costituita da soggetti a basso rischio cardiovascolare.

Oggi noi sappiamo con sufficiente precisione che una persona per avere un basso rischio cardiovascolare deve presentare le seguenti caratteristiche:

- avere una Pressione Arteriosa Sistolica al di sotto di 120 mm Hg
- avere una Pressione Diastolica inferiore ad 80 mm Hg
- avere una colesterolemia al di sotto dei 200 mg/dl
- non avere abitudine al fumo
- non essere diabetico
- non avere familiarità per malattie ischemiche cardiache
- avere un B.M.I. al di sotto di 25
- svolgere con costanza attività fisica.

Basta guardarsi intorno per rendersi conto delle persone, nostri amici e conoscenti, con tali caratteristiche. Del resto anche le ricerche svolte nel Cilento dimostrano che gli stili di vita, anche in questa area rurale sono profondamente mutati rispetto agli anni del dopo guerra. Il rischio cardiovascolare è andato progressivamente crescendo negli anni, toccando i valori tipici delle società occidentali.

Un aspetto particolare poi riguarda il crescente invecchiamento delle moderne società.

Gli anziani oggi costituiscono una risorsa fondamentale non sufficientemente valorizzata.

È un assurdo che in paesi come l'Italia ed il Giappone si vada in pensione poco dopo i 60 anni, privando la società ed il mondo lavorativo del contributo di persone valide e con esperienze importanti nei diversi campi della attività umana.

Troppo spesso l'anziano vive una condizione di emarginazione con il risultato di mettere in letargo cervelli che invece potrebbero contribuire alla risoluzione di tanti problemi della vita di ogni giorno.

Lo studio LONCILE, compiuto dal nostro Dipartimento e dall'Università La Sapienza di Roma in circa 300 ultraottantenni Cilentani, ha dimostrato che nonostante la prevalenza di patologia cardiovascolare raggiunga livelli elevati, questi grandi anziani raggiungono una età avanzata e sono in condizioni di svolgere una vita attiva e

lavorativa all'interno delle comunità dei piccoli paesi che caratterizzano il Cilento

Molti anziani soffrono del fatto che nella società moderna le famiglie sono diventate sempre più piccole e quindi con scarsa possibilità di assicurare alle persone avanti con gli anni idoneo supporto e la stessa società è costruita per una popolazione giovane, dalle strade, alle scale, ai luoghi di riunioni, alle strutture ricreative.

Io e mia moglie conduciamo una vita molto attiva, nonostante gli anni, dividendoci tra questa villa, la casa di Sag Harbor a New York e l'appartamento a Chicago. Amo Chicago, ma, arrivati all'autunno, non fa più per me: al ghiaccio ed alla neve preferisco il tepore della vostra terra, anche se quest'anno le montagne all'orizzonte si sono imbiancate. Ma quanti anziani possono vivere in condizioni analoghe.

È importante che il cervello rimanga allenato, continui a lavorare sempre.

Le piccole comunità consentono meglio delle grandi città una partecipazione attiva degli anziani ai processi sociali.

L'ANMCO ha creato un gruppo di studio per le problematiche connesse alle malattie cardiovascolari negli anziani

È una saggia iniziativa. La grande vittoria sulla mortalità cardiovascolare e gli spettacolari traguardi raggiunti dalla medicina moderna hanno fatto in modo che la vita media si allungasse progressivamente.

I governanti dovrebbero porsi il problema di questa massa crescente di individui, molti dei quali in grado di dare un contributo attivo. Dovrebbero essere create le condizioni perché l'anziano venga tutelato e gli siano assicurate le migliori condizioni di esistenza rendendo possibile una vita in cui attività fisica, alimentazione e relazioni sociali consentano la piena integrazione dell'anziano. È importante che una grande associazione come l'ANMCO si sia posta il problema della condizione degli anziani oggi e sulle ricadute in ambito cardiologico dell'aumento della popolazione anziana.

Quello che dovrebbe essere chiaro a tutti è che agli anziani occorre guardare come ad una grande risorsa da valorizzare ed utilizzare.

Tutti dovrebbero fare come Lei

Amo lavorare e per fortuna il mio è un tipo

di lavoro che posso fare in qualsiasi parte del mondo.

Il tempo è passato rapidamente. Saluto il professore con un arrivederci a presto. Mi ha scritto su un foglio tutti i suoi recapiti, in Italia ed in America.

Tra qualche giorno riparte per gli Stati Uniti, ma in primavera inoltrata sarà di nuovo a Pioppi, in questo splendido luogo, tra natura, sole e mare. Mi rimane l'immagine di questo anziano studioso che ha uno stile di vita che è la testimonianza delle sue ricerche: mangia in modo autenticamente mediterraneo, piccole porzioni, con pochi grassi e poco sale, e svolge regolare attività fisica, nonostante sia portatore di una protesi d'anca. Ad una età in cui molti suoi coetanei si godono la pensione Stamler continua nella sua attività di studioso e ricercatore: soltanto quest'anno, ha pubblicato dieci tra articoli su riviste e monografie, che si aggiungono ai più di mille di cui è stato autore o coautore fin da quando nel 1949 comparve sull'*American Heart Journal* un articolo sull'"effetto di una dieta con pochi grassi sull'aterosclerosi spontanea del pollo", primo esempio di come le abitudini alimentari possano favorire la comparsa della malattia cardiovascolare.

Michel Marmot, direttore dell'*International Centre for Health and Society*, University College di Londra ha detto di lui: "Jerry è la combinazione di un grande scienziato e di un avvocato, il quale si attiene strettamente ai dati e all'evidenza (infatti i suoi argomenti non sono preparati in anticipo così da rendere i dati irrilevanti), e poi usa i dati e l'evidenza per dedicarsi appassionatamente a proteggere la salute pubblica e sconfiggere le malattie cardiovascolari".

"Se si pensa a coloro che sono stati i primi nello sforzo di tradurre i dati epidemiologici in reali effetti sulla salute pubblica nel campo della prevenzione cardiovascolare, si potrà pensare anche ad altri, ma si penserà sempre a Jerry Stamler: Egli ha fatto quanto nessun altro per rendere onorevole questa disciplina".

Queste frasi mi tornano alla mente lasciando Minnelea, mentre Jeremiah e Gloria Stamler ci salutano con la mano, in piedi sul terrazzo della loro villa con ad oriente i monti innevati del Cilento e ad occidente le acque azzurre del tirreno.

L'importanza di parlare al cuore

di Francesco Bovenzi



Tutto il mondo ha vissuto tra attesa e ansia, commozione e preghiera, l'agonia e la morte di Papa Giovanni Paolo II.

Riguardando l'album di **"Cardiologia negli Ospedali"** ci piace oggi rivedere la Sua immagine da noi pubblicata circa due anni fa.

Da medici ci interroghiamo muovendo tra ragione, scienza e fede, su quella dolorosa fine. Con la discrezionalità del nostro lavoro, riflettiamo su quell'incerto confine tra la vita e la morte, tra la speranza e il dolore, tra la difesa della dignità e l'ultima umana sconfitta. Ogni nostro incontro con la sofferenza dell'uomo o con quell'incerto attimo di tempo, infinitamente diverso da uomo ad uomo, che spezza la vita: ci segna, ci insegna, ci fa riflettere, ci aiuta. A parte ogni più intima e profonda considerazione, religiosa e non, di scelte, di dottrina, di sapienza, di speranza, di dignità, di pietà e di tanti altri sentimenti che lasciamo al giudizio e alla coscienza di ognuno; innegabilmente proviamo immensa tenerezza nel ricordare, oggi come ieri, il Santo Padre. Rifutando ogni ultima e intensiva cura in Ospedale, volendo restare a casa, non

ha dimenticato la forza della scienza, ma forse ha semplicemente voluto dimostrare che un uomo non deve aver paura di affrontare la morte, quando la "sente" vicina, perchè questo è il modo più vero per dare un senso all'esistenza terrena. Questo Suo ultimo rifiuto di ogni forma di accanimento terapeutico non è stato un atto di coraggio, ma di dignità e di fede, la sua umana angoscia s'è fatta speranza, quella stessa che muove il nostro lavoro.

Così anche per noi tutto torna. Riproponiamo dunque, con il più grande rispetto, quell'immagine pubblicata due anni fa, quella di chi è stato capace con tanta forza, con umana semplicità, con ogni mezzo e in ogni luogo, di parlare anche con un gesto, con lo sguardo e con il sorriso al "cuore" di tutti, e non importa se cattolici o laici, credenti o non credenti. Raccogliamo i Suoi fondamentali insegnamenti, non stancandoci nel lavoro di parlare al "cuore" dei malati, scopriremo che non bastano le conoscenze e i progressi della scienza a curare bene tutte le infermità.

SEMPRE A PROPOSITO DI NICCOLÒ STENONE

**“Belle sono le cose che si vedono,
più belle quelle che si sanno,
molto più belle quelle che si ignorano”**

di Alessandro Berti - Console Generale Onorario di Danimarca

È una riflessione di Niccolò Stenone quella sopra riportata che racchiude in sé l'essenza del pensiero di questo grande scienziato del '600.

Ma riprendendo ora il discorso sulle opere e sulle scoperte di Niccolò Stenone dopo aver illustrato, ancorché sommariamente (i suoi studi e le sue scoperte sul cuore argomento questo di maggiore interesse per i lettori di questa rivista), non si può ignorare i tanti altri studi sempre nel campo medico, che fanno grande la figura dello Stenone.

Questi, sbarcato in Toscana ed entrato nella protezione dei Medici, trova qui il più ampio materiale per proseguire i suoi studi anatomici. I possedimenti medicei (vedasi Artimino) erano un'enorme fonte di animali quali cervi e caprioli atti alla dissezione; mentre, potendo contare sulla guida del suo amico “spedalingo” Ludovico Incontri e dell'Arcispedale di Santa Maria Nuova gli veniva offerta con facilità l'osservazione dell'anatomia cadaverica umana.

Qui infatti era più facile che in altri Paesi Europei di avere a disposizione reperti umani cosicché per favorire l'attività di dissezione anatomica, il Viviani ottenne per Stenone dal Granduca di Toscana un alloggio nelle stanze posteriori al Palazzo Vecchio. Vi è da rilevare preliminarmente che Stenone a Firenze poteva contare fra l'altro su amici sinceri della portata di Francesco Redi, del Malpighi e del Magalotti ingegni fra i migliori in Europa e ovunque noti. Fra gli altri si può anche ricordare Carlo Dati, che era Segretario dell'Accademia della Crusca, e Lorenzo Bellini, Professore di Anatomia a Pisa e medico personale del Granduca di Toscana.

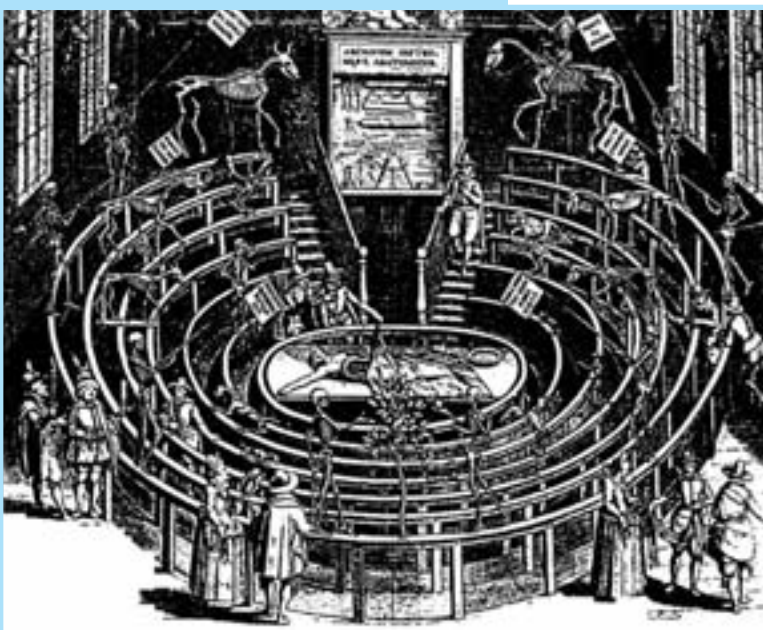
In un ambiente così colto e raffinato Stenone poté così proseguire in tutto agio le proprie ricerche e comunicare via via al suo maestro le “scoperte” o i risultati ai quali perveniva.

Uno dei primi studi più importanti compiuti da Stenone dall'inizio del suo soggiorno fiorentino è sull'utilizzazione della matematica per gli studi della funzione muscolare.

Nel 1667 esce così l'“elementorum myologiae specimen”.

Ci siamo già soffermati sugli studi di Stenone relativi al cuore e alla sua struttura ma Stenone aveva rivolto la sua attenzione anche al cervello ed è famoso e magistrale il discorso sul cervello tenuto da Stenone a Parigi alla presenza dei più noti scienziati ed accademici del momento nel circolo del Thévenot.

La prima osservazione che Stenone fa è una con-



fessione “sincera e pubblica” e cioè che intorno all'anatomia del cervello “non ne so nulla”.

Partendo dunque da un'affermazione di “ignoranza” (non solo sua) (e Stenone ribadisce il principio che non si può lavorare di fantasia, come molti fanno, ma ci si deve attenere scrupolosamente alla “osservazione”), fa studi approfonditi sulle dissezioni possibili in quanto, tagliato semplicemente, il cervello non porta ad alcun risultato mentre svolgendo le ripiegature vi è una valutazione più precisa ancorché imperfetta.

Le osservazioni lo portano a ritenere che la vera dissezione dovrebbe consistere nel seguire i filetti nervosi attraverso la sostanza del cervello per vedere dove passano e dove finiscono. Ma tutto il discorso sul cervello non è che il seguito della presa di coscienza confessata, di non sapere niente a parte la serrata critica che Stenone rivolge a Cartesio ed a Willis che era forse a quell'epoca il più famoso sugli studi del sistema nervoso.

Quindi Stenone non dà definizioni, non arriva a conclusioni ma, utilizzando la propria tecnica di dissezione adotta un metodo che secondo lui era l'unico possibile per conoscere le funzioni di questo organo ancora oggi misterioso. E le sue osservazioni e le sue avvertenze relative alla tecnica di dissezione del cervello sono ancora oggi utili. Ma tanti e preziosi ancora oggi furono gli studi e le osservazioni anatomiche di Stenone così la descrizione dell'origine del sudore dalle ghiandole;

Il “Teatro anatomico” di Leida, dove Stenone operò, diventando un anatomico di fama europea (stampa del 1620)

sui vasi delle narici con lunghe dissertazioni sugli odori che richiederebbero le narici secche o viceversa se le narici devono essere umide, oppure le ricerche sul fegato "redivivo" o quelle sulle ghiandole degli occhi.

A proposito della necessaria umidificazione dell'occhio porta Stenone a scrivere che "I meccanismi hanno visto che se tra l'elemento mobile e l'elemento fisso, sopra il quale deve compiersi il movimento, si frappone un terzo elemento di maggior mobilità, il lavoro procede molto meglio. Per cui come spingono in acqua una nave mettendovi sotto dei rulli, allo stesso modo, unendo con un liquido piuttosto grasso l'asse sul quale si volge la ruota, ottengono una rotazione più spedita."

"Eguale - prosegue - con minor molestia ottengono anche altri movimenti, di cui le officine da ogni parte abbondano di esempi, separando la superficie in quiete da quella mobile con l'interposizione di un liquido piuttosto grasso."

"Nei congegni del corpo degli animali - conclude - tutte queste operazioni sono condotte con più artificio, anzi divinamente." "Questo lo ha tenuto presente il Meccanico più geniale di tutti".

È divertente anche ricordare come Stenone abbia attribuito alla nicotina (oggi così "condannata") il potere di rendere gli occhi più limpidi e consentire così una migliore vista. Onde - conclude - "la polvere di nicotina cura la debolezza della vista."

E spiega: "Una delle proprietà del calore è quella

di diffondere le parti minuscole e di facile mobilità, secondo la porta che gli è offerta, ed è evidentissimo che la nicotina è costituita di *particelle sottilissime*. Pertanto non dubito che le virtù della polvere, spinta nelle narici attraverso i vasi escretori (che nelle narici come sono abbondantissimi sono anche cortissimi), non soltanto aggrediscono il sangue, infiltrandosi fra le ghiandole conglomerate disposte sotto la tunica delle narici, e spezzando in esso gli umori vischiosi espressi ne favoriscono l'espulsione, ma anche si insinuano attraverso il contiguo canale nei punti lacrimali, portandosi fra la palpebra

e il globo oculare, ed ivi, se non fanno altro, almeno rendano a poco a poco *più fluida la vischiosità* che ricopre la cornea.

E infatti non sempre la limpidezza dell'umore che lubrifica internamente le palpebre è tale che talvolta particelle mescolate più spesse e più vischiose non aderiscano alle tuniche dell'occhio, dopo che

sono state tolte le più sottili."

"È quello che assai spesso capitò a mio padre di beata memoria, che avvicinando agli occhi la radice dello zenzero inumidita di saliva, dopo un abbondante afflusso di umore restituiva agli occhi il primitivo acume. Ovviamente le sottili, acute e calorose particelle dello zenzero, stimolando le membrane, provocavano le lacrime e spezzando e assottigliando l'umore spesso, che ricopriva le membrane, aprivano ai raggi un passaggio più libero."

"Che ci sarebbe di strano - conclude Stenone - se qualcuno pensasse che le parti più sottili di questi medicinali penetrino dentro la cornea stessa, e, assottigliando e depurando gli umori, li rendano più adatti a far passare i raggi del sole?"

Altrettanto interessante è la presentazione che Stenone fa al proprio Maestro Bartholin e ad altri illustri personaggi sulla sua "dissertazione" anatomica sulle ghiandole della bocca e sui vasi che da esse hanno origine.

Stenone si rivolge soprattutto al proprio Maestro Bartholin che per primo aveva studiato il sistema dei vasi linfatici affermando e confermando che gli ulteriori studi ed approfondimenti non potranno prescindere dall'osservazione diretta piuttosto che da semplici ricerche intellettuali senza verifiche e senza esperienze complete.

Lo spazio consentito non ci consente di approfondire ulteriormente le considerazioni stenoniane in materia basti qui rilevare come dei suoi studi sui vasi linfatici siano di grandissimo contenuto tecnico, come per esempio quando osserva il collegamento fra cervello e ghiandole e si domanda da dove deriverebbe il fatto che la saliva discende più abbondante nella bocca, quando ci vengono messe davanti cose gradite e prelibate, se le ghiandole non avessero attività motoria?

Dato che l'efflusso di saliva segue un turbamento d'animo risulta evidente che dispongono i vasi delle ghiandole in maniera tale che vi sia più secrezione del solito attraverso i vasi linfatici." e prosegue:

"Prima che ciò possa verificarsi devono essere rese più strette altre vie, cioè le vene, attraverso le quali la materia possa effluire.

Pertanto quando il sangue passa liberamente senza tregua nelle vene poca materia salivare sarà secreta; perché questa sia secreta in maggior quantità bisogna che prima si restringano le altre vie; è probabile che questo avvenga mediante i nervi dal momento che lo osserviamo prodotto da un turbamento."

Se concludiamo riportando la scritta sul monumento a Stenone dinanzi l'Università di Copenaghen è perché essa ricorda come Stenone possa considerarsi il fondatore della Geologia e della Paleontologia.

"Nicolaus Steno, anatomicus, geologiae fundator, servus Dei".

Ma ciò apre la via ad altri settori non ultimo quello Ecclesiastico e Religioso che hanno reso il "Servus Dei" oggi Beato e domani certamente Santo.



Il monumento a Niccolò Stenone eretto davanti all'Università di Copenhagen

PIÙ SPAZIO AI GIOVANI NELL'ANMCO

Francesco Bovenzi

Su questo numero pubblichiamo molto volentieri una lettera di Rachele Adorasio inviata al Giornale per il Presidente dell'ANMCO. L'associata avanza una forte e pressante domanda di maggiore sensibilità e attenzione associativa verso i giovani cardiologi italiani, raccogliendo diligentemente l'auspicio di un più forte coinvolgimento di questi nel futuro dell'ANMCO, come espresso nella recente intervista al Dott. Giuseppe Di Pasquale pubblicata nello scorso numero del Giornale.

Ci è sembrato opportuno pubblicare anche la risposta del Presidente, con l'augurio che queste testimonianze possano rappresentare un forte stimolo ed incoraggiamento per altri giovani a scriverci, esprimendo idee, dando suggerimenti, supponendo modelli partecipativi che vivano nell'ottica di un protagonismo associativo paritetico, garante di credibilità e di attenzione per i contenuti attesi e le proposte formulate.

Questo primo passo contribuirà a condurci più rapidamente a quell'atteso brainstorming delle "migliori energie" ipotizzato dal Presidente e premessa alla creazione di un'ANMCO dei giovani cardiologi italiani. Un vero "insieme" che sia capace di offrire nuovi stimoli, di raccogliere nuove sfide, di valorizzare l'impegno, le capacità, la partecipazione e la voglia di lavorare per costruire un nuovo domani per l'ANMCO.



Roma, 18 marzo 2005

Egr. Dott.
Giuseppe Di Pasquale
Presidente ANMCO

Gentile Presidente,

Le scrivo dopo aver letto le Sue dichiarazioni nell'intervista pubblicata sull'ultimo numero di "Cardiologia negli Ospedali". Ho accolto con sorpresa lo spazio che Lei ha intenzione di dedicare a noi giovani cardiologi e pertanto mi sono sentita di scriverLe: finalmente qualcuno che ci dia considerazione. In un momento in cui molti di noi si trovano all'indomani del conseguimento del tanto agognato diploma, confusi da una università fatiscente e baronale ed in preda al desiderio di inserirsi in strutture pubbliche che offrono solo possibilità per sforzi volontaristici o per impieghi precari, siamo sempre in corsa verso strutture private che certo non promuovono qualità, aggiornamento e ricerca. Confrontandosi con altre società spero che finalmente l'ANMCO apra una possibilità reale di inserimento per noi, dispersi tra i tanti lavori per mantenersi.

Vorrei sottolinearle le notevoli carenze informative in cui versiamo per l'avvicinamento ad una società di notevole rilevanza, quale l'ANMCO e con notevole vantaggio per le piccole società di settore. Pochi sono anche gli spazi propositivi a livello regionale e con scarse capacità di accoglienza. Le Sue parole di incoraggiamento per stimolare Formazione, Congresso, Ricerca cadono nel vuoto visto che non esistono borse di studio per le ricerche proposte dai più giovani, non esistono riconoscimenti di merito per quanti di noi conducono ricerche sia a livello nazionale che internazionale. Una società come l'ANMCO potrebbe sicuramente far ricorso alle sue notevoli e prestigiose risorse in termini umani e culturali, per offrire qualcosa di più come corsi e master al fine di incentivare un reale miglioramento della qualità professionale di cui sicuramente si gioverebbero tutti, anche i meno giovani. E' triste osservare che alla fine l'unico modello culturale di riferimento rimanga un sistema universitario, pesante ed obsoleto. Spero che sia finalmente venuto il tempo in cui i giovani debbano fornire solo entusiasmo ed energia a chi ormai l'ha esaurito. Pen-

so che nel vuoto delle carenze istituzionali, lo spirito consociativo ed il senso di appartenenza ad una società come questa possano realmente conferirci più dignità, indipendenza e cultura, permettendo il giusto equilibrio tra esperienza e nuove proposte.

Come si può costruire il futuro senza incentivare ricerca, progresso e sviluppo?

Rachele Adorisio

Firenze, 29 Marzo 2005

Gent.ma Dott.ssa
Rachele Adorisio

Cara Dott.ssa Adorisio,

ti ringrazio per le tue parole di apprezzamento per l'ANMCO espresse nella lettera del 18 marzo 2005.

I problemi che tu sollevi relativamente a quello che un giovane cardiologo si attende oggi dall'ANMCO sono molti e tutti estremamente importanti. La necessità di un'apertura dell'ANMCO verso i giovani è attualmente oggetto di un intenso dibattito all'interno del Consiglio Direttivo della nostra Associazione.

L'età media dei nostri Soci è sempre più alta; quella dei Fellow, che dovrebbero costituire il vivaio culturale e propositivo dell'ANMCO, è molto vicina alla mia (circa 50 anni). La persona più giovane presente nell'attuale Consiglio Direttivo ha 44 anni. La partecipazione dei giovani alle attività dell'Associazione svolte in periferia è sempre più debole. Il numero degli abstract annualmente inviati al Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO negli ultimi anni ha registrato una progressiva flessione.

Cosa potrebbe e dovrebbe fare l'ANMCO per invertire questa tendenza ed incentivare la partecipazione dei giovani? Non ho le risposte in tasca. Le dobbiamo cercare insieme.

Sicuramente esistono già adesso opportunità di partecipazione attiva e coinvolgimento culturale - scientifico che non sono adeguatamente sfruttate. Ad esempio, forse non tutti sanno che presso il Centro Studi dell'ANMCO esiste una vera miniera di dati relativi agli Studi clinici dell'ANMCO che potrebbe essere sfruttata da giovani volontari per importanti lavori scientifici, semplicemente inviando una proposta di "analisi post-hoc" che verrà presa in attenta considerazione dagli Steering Committee dei rispettivi Studi. Abbiamo inoltre necessità di giovani cardiologi preparati disponibili ad impegnarsi come revisori per il nostro Giornale, l'Italian Heart Journal.

Esiste infine la possibilità di aderire ai numerosi Studi e Registri dell'ANMCO ed all'interno di essi conquistare un ruolo attivo e propositivo. Il "Fondo Etico per la Ricerca" recentemente costituito offre inoltre la possibilità di sottoporre all'ANMCO protocolli di ricerca che, se giudicati validi, potranno ottenere un finanziamento almeno parziale. Per quanto riguarda la Formazione, l'ANMCO oltre al Congresso propone ogni anno una ricca gamma di Eventi Formativi, Campagne Educazioni Nazionali e Seminari di Aggiornamento insieme ai Corsi di Rianimazione CardioPolmonare di base ed avanzata.

Per chiunque si faccia avanti, dimostrando impegno e capacità, esiste la concreta possibilità di non essere soltanto fruitori passivi della Formazione ma diventarne protagonisti attivi. Abbiamo ad esempio necessità di giovani cardiologi che abbiano voglia di impegnarsi nel percorso formativo per diventare in breve tempo istruttori certificati ANMCO di Rianimazione CardioPolmonare.

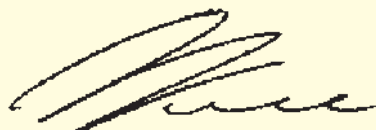
Probabilmente di tutte queste opportunità esiste un carente flusso formativo a livello centrale e periferico. Di questo me ne assumo tutta la responsabilità come attuale Presidente dell'ANMCO. I Presidenti Regionali ANMCO sono sollecitati ad incentivare comunicazione e partecipazione dei giovani cardiologi.

Ma forse tutto questo non basta. Vanno ricercate insieme nuove modalità di attrazione ed incentivazione dei giovani nell'ANMCO. Consapevoli tuttavia che il contesto generale del Sistema Sanitario e delle risorse disponibili per la Ricerca nel nostro Paese non sono certo dei più favorevoli.

Si darà presto avvio ad un brainstorming "ANMCO Giovani in Cardiologia" nel quale insieme agli Organi direttivi dell'Associazione saranno coinvolti i giovani cardiologi che come te continuano ad avere grandi aspettative dall'ANMCO. Vorremmo che l'ANMCO anche oggi tornasse a rappresentare quello che è stata per quelli della mia generazione: la casa comune nella quale ritrovarsi per arricchire di valori ed entusiasmo la nostra professione. E' un sogno in questi tempi? Almeno proviamoci insieme a realizzarlo.

Un cordiale saluto

Giuseppe Di Pasquale
Presidente ANMCO



Figurare la Parola

a cura di Francesco Bovenzi

Al tocco di quelle mani leggere il suono dei tamburi era insieme profondo e straordinariamente morbido. Ho pensato che poteva assomigliare alla voce di un padre gigante e amorevole. Jibril mi ha invece spiegato che quei tamburi imitano la voce del cuore. Quei tamburi vengono suonati ogni volta che è necessario dare forza al cuore di qualcuno. Quando nasce un bambino, ad esempio, per il suo cuore e per il cuore della famiglia che lo crescerà. O quando un malato è così grave che il suo cuore non è più sufficiente a tenergli in petto la vita e gli è necessario un cuore esterno, che lavori al posto del suo, troppo affaticato. Quando il tamburo suona per un bambino, dice ancora Jibril, al suo suono si abbeverano e traggono forza anche i cuori dei giovani che vogliono innamorarsi. "Abbeverarsi", ha usato proprio questa parola.

DA "IL VIAGGIATORE NOTTURNO" DI MAURIZIO MAGGIONI - PAG. 27-28 - COLLANA I NARRATORI ED. FELTRINELLI



L'unico momento in cui mi sono reso conto di fare qualcosa di diverso è stato quando ho tenuto tra le mani il cuore appena tolto al paziente. Il muscolo cardiaco non era più nella sua sede naturale e questo mi pose di fronte ad una situazione del tutto diversa, eccezionale, perchè avevo portato via il cuore ad una persona ancora viva ...

CHRISTIAN BARNARD



**Heart
Care
Foundation**



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

23 ottobre 2005



Cardiologie Aperte 2^a giornata nazionale

**160.000 persone in Italia
ogni anno sono colpite da
attacco cardiaco
50.000 sono vittime
di morte improvvisa.
La persona colpita da
attacco cardiaco deve
ricevere soccorso
al più presto. Occorre
saper riconoscere
l'attacco cardiaco
e attivare prontamente
il sistema 1.1.8.**



**Il tempo è muscolo
Il tempo è cuore
Il tempo è vita**



**Le Cardiologie interessate possono aderire
attraverso il sito www.tuttocuore.it**

Si ringrazia Boehringer Ingelheim per il sostegno alla campagne per ridurre il "Ritardo Decisionale nell'attacco cardiaco"



**PER AGIRE
IN TEMPO**

