

M A G G I O - G I U G N O N . 1 4 5 2 0 0 5

# ARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

NOTIZIARIO DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



Sped. 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 Inserto Redazionale

**AMICI**  
DELL'ANMCO

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



*Prepariamo con passione un grande evento cardiologico italiano*

# **XXXVI CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA ANMCO**

*Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri*

**Firenze, Fortezza da Basso 1-4 giugno 2005**

**Oltre 200 sessioni che spaziano in tutti i settori della cultura cardiologica**

## PER IL CARDIOLOGO

Compendio delle 20 sessioni della Sindrome Coronarica Acuta nel parlame ad alto livello  
L'ambulatorio cardiologico nella cardiologia  
Cardiologia in Cardiologia  
Compendio del corso ECG-ECG  
Gli Specialisti dell'ANMCO

XXXVI CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

**ANMCO 2005**

FIRENZE - Fortezza da Basso  
1-4 GIUGNO 2005

## PER L'INFERMIERE

CARDIOLOGIA  
**ANMCO 2005**

FIRENZE - Fortezza da Basso  
1-4 GIUGNO 2005

## PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**ANMCO 2005**

CARDIOGENERALIST

FIRENZE - Fortezza da Basso  
1-4 GIUGNO 2005



## **PER IL CITTADINO IL PROGETTO TUTTOCUORE**

**GIOVEDÌ 2 GIUGNO**  
Fortezza da Basso, Sala Donatello

ore 17.00-18.30 Tutela della Salute nell'ambito dell'industria alimentare

**VENERDÌ 3 GIUGNO**  
Fortezza da Basso, Sala Ghirlandaio

ore 15.00-16.30 ContrATTACCO CARDIACO

IN QUESTO NUMERO:

EDITORIALE

**2** LA NUOVA GRAFICA & LA STORICA IDENTITÀ  
di Francesco Bovenzi e Francesco Boncompagni

DAL PRESIDENTE

**4** NEL CUORE DELL'ANMCO  
di Giuseppe Di Pasquale

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

**10** GROSSE NOVITÀ DALL'ACC  
di Claudio Cavallini

DAL SITO WEB

**13** IL SITO WEB DELL'ANMCO SI RINNOVA  
di Luigi Oltrona Visconti

DALLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA

**14** "RITORNO AL FUTURO" CON L'ITALIAN HEART JOURNAL  
di Gian Luigi Nicolosi e Giuseppe Ambrosio

DALLA HEART CARE FOUNDATION

**15** PROGETTO CARDIOLOGIE APERTE 2005 (DOMENICA 23 OTTOBRE)  
di Franco Valagussa

DAL CENTRO STUDI

**18** APRILE 2005 PRENDE IL VIA IN-CHF ON LINE  
di Marco Gorini

DALLE AREE

**21** ARITMIE ARIA NUOVA NELL'AREA  
di Maurizio Lunati

**23** EMERGENZA-URGENZA IL PROGRAMMA DELL'AREA PER IL BIENNIO 2005-2006  
di Cesare Greco

**26** EMERGENZA-URGENZA ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE CON IL WORKING GROUP ACC (ACUTE CARDIAC CARE) DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI CARDIOLOGIA  
di Marco Tubaro

**27** INFORMATICA NEWS DALL'AREA  
di Antonio Di Chiara

**29** INFORMATICA IL PROGETTO IHE (INTEGRATING HEALTHCARE ENTERPRISE) IN CARDIOLOGIA  
di Claudio Saccavini

**31** INFORMATICA IL LABORATORIO DIGITALE DI ECOCARDIOGRAFIA  
di Luigi Paolo Badano

**34** NURSING MANUALE CARDIONURSING: UNA REALTÀ DA SFOGLIARE  
di Domenico Miceli

**36** PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE DIARIO DI BORDO DELL'AREA PREVENZIONE  
di Carmine Riccio

FELLOWSHIP ANMCO

**39** IL CONFERIMENTO DELLA FELLOWSHIP ANMCO AL XXXVI CONGRESSO NAZIONALE

DALLE REGIONI

**46** ABRUZZO L'ANMCO ABRUZZO AD UN SIGNIFICATIVO TRAGUARDO  
di Angelo Vacri

**47** CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA  
di Marilena Matta

**48** MOLISE POLSO LARINGEO, CORRELAZIONE ANATOMO-SEMEOLOGICHE  
di Mario Simiscalchi, Pier Luigi Paolone, Emilio Musacchio

CUORI ALLO SPECCHIO

**50** INTERVISTA AL PROF. PIER LUIGI PRATI  
di Alessandro Boccanelli

ISTRUZIONI PER L'USO

**52** LE ARTICOLAZIONI DELLA DIRIGENZA MEDICA  
di Giovanni Gregorio

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

**56** HANS CHRISTIAN ANDERSEN A FIRENZE  
di Alessandro Berti

FORUM

**58** A TRENT'ANNI DAL DRAMMATICO SERVIZIO DI UN INVIATO SPECIALE SUL FRONTE DELLA MALATTIA ATTUALITÀ PER I CARDILOGI DELLA TESTIMONIANZA DI GIGI GHIROTTI  
di Silvano Fiorato

**59** 40 ANNI AL SERVIZIO DEL CUORE: UNA RISORSA PER TRIESTE, UN ESEMPIO PER TUTTI  
di Francesco Bovenzi

FIGURARE LA PAROLA

**60**  
di Francesco Bovenzi



IN COPERTINA

Cuore & tecnologia,  
particolare:  
foto Web



N. 145 - maggio/giugno 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

## LA NUOVA GRAFICA &amp; LA STORICA IDENTITÀ

**R**innovare la veste grafica è come rinfrescarsi le idee, senza rinunciare a quella storica identità costruita nel tempo. Così lo è per noi, forse oggi solo più “belli”. Quando un giornale sente la necessità di rinnovarsi nell’immagine, vuol dire che la vecchia è a lui stretta rispetto ai mutevoli bisogni. Non è la prima volta che “Cardiologia negli Ospedali” si rinnova, diciamo che, casualità o no, il restyling è contagioso. Proprio così, perché parallelamente è cambiato anche l’aspetto del Sito Web [www.anmco.it](http://www.anmco.it). Lo stile del giornale appare più moderno, chiaro, lineare e immediato.

La nuova copertina ne è il suo volto, un biglietto da visita con cui conquistare il Lettore. Per dare poi, un impatto più efficace e per offrire un prodotto giornalisticamente più interessante, si è dato ancora un maggiore risalto all’apparato iconografico, con immagini-emozione e foto da finalizzare, legare e disporre con agio accanto al testo. Decisioni che peraltro vanno nello spirito della continuità di scelte già avviate. Si rafforza la necessità di essere più attuali e più autorevoli nei contenuti.

La parola d’ordine è offrire la giusta dose di versatilità per rafforzare e rendere ancora più evidente la propria anima e la propria missione. Informare entrando nel vivo di tutto ciò che accade nell’ANMCO con massima chiarezza e trasparenza, garantendo la circolazione delle idee, stimolando la partecipazione e il coinvolgimento dei Lettori.

In sostanza e nel dettaglio, si tratta di soluzioni nuove che partono dalla essenziale modifica delle dimensioni, più in linea con standard giornalistici. Un formato più piccolo, più snello da maneggiare, più facile non solo da sfogliare, ma anche da conservare e consultare.

Una veste grafica più semplice e gradevole, moderna e accattivante che vede una migliore razionalizzazione degli spazi. Immane i contenuti visivi con una diversa scansione degli articoli, letti in un riequilibrio di

colori e di vari elementi grafici. Si è scelta una titolazione più efficace che gioca con caratteri standardizzati, bande e colori, in una grammatura più leggera, anche per contenere i costi.

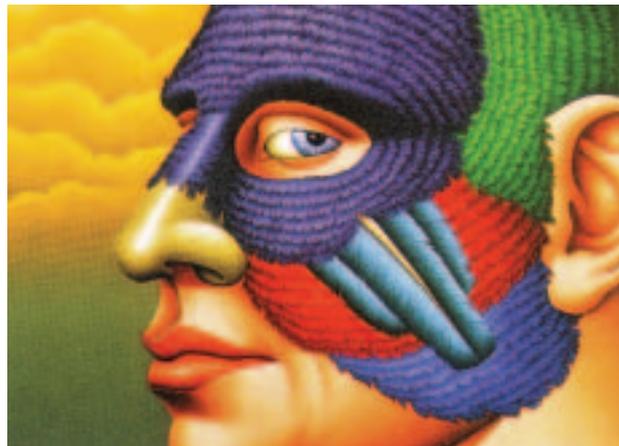
Molta attenzione è dedicata ai titoli, più compatti, equilibrati e “densi” di notizie, tali da anticipare i contenuti dell’articolo.

Resta sostanzialmente inalterata la suddivisione dei contenuti in sezioni predefinite.

Ovvio che una riproposizione grafica rinnovata comporta per la redazione un vincolo di servizio ben più esigente che onoreremo con l’abituale passione e impegno. In questo un prezioso aiuto e stimolo a far bene ci verrà come sempre da Simonetta Ricci.

Nell’immediato, pensiamo di allargare e rendere più varia la gamma delle rubriche offerte, proponendo attraverso interviste e reportage temi attuali di dibattito. Cercheremo collaborazioni qualificate, ci sforzeremo nel senso della chiarezza e oggettività descrittiva, verificheremo di essere sempre in linea con le diverse esigenze comunicative del mondo associativo e cardiologico più in generale.

Il rilancio dei contenuti punterà ad una sorta di giornalismo che, in modo ambizioso, potremmo definire d’in-



*Robert Losutter, Baird Trogon, 1939*



*Eduard Manet, La lettrice, 1878*

chiesta, capace di coinvolgere e informare: sulle piccole e grandi realtà ospedaliere italiane, sulla ricerca scientifica, sullo stato di avanzamento della formazione e sui futuri sviluppi associativi.

Non dimenticheremo le elementari, ma importanti norme editoriali, come la puntualità, il rispetto degli spazi e dell'impaginazione, la visibilità e non ultima

una logica e più flessibile diffusione.

Abbiamo fiducia che "Cardiologia negli Ospedali" come strumento cartaceo di comunicazione, promozione culturale e stimolo alla partecipazione associativa, possa continuare ad avere ancora un largo e favorevole riconoscimento nel più ampio panorama dell'editoria cardiologica italiana.

## NEL CUORE DELL'ANMCO

Il Congresso annuale dell'ANMCO oltre a rappresentare uno degli eventi principali della vita associativa costituisce il momento del bilancio delle attività svolte, ma soprattutto delle cose che restano da fare.

E' trascorso un anno dall'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo che si era dato un ambizioso programma condiviso all'interno del Consiglio Nazionale. Dodici mesi trascorsi velocemente come sempre avviene quando il lavoro viene svolto in un clima gradevole di passione ed armonia.

Comunicazione, partecipazione e condivisione sono state le linee guida per il lavoro del Consiglio Direttivo. La delega e l'affidamento di incarichi a ciascun componente del Consiglio Direttivo hanno consentito lo svolgimento di una quantità di lavoro decisamente aumentata rispetto al passato. Le attività portate avanti con impegno ed efficienza da ciascuno dei componenti del Consiglio Direttivo emergono soltanto in parte dagli aggiornamenti pubblicati sul nostro Giornale "Cardiologia negli Ospedali".

Voglio soltanto ricordare la squadra che insieme a me è a metà percorso: il Past-President Alessandro Boccanelli, il Presidente Designato Francesco Chiarella, i Vice Presidenti Francesco Bovenzi e Paolo Verdecchia, il Segretario Francesco Clemenza, il Tesoriere Giovanni Gregorio, i Consiglieri Francesco Boncompagni, Claudio Cavallini, Gian Francesco Mureddu, Luigi Oltrona Visconti, Gennaro Santoro, Giuseppe Vergara.

La crescente complessità delle attività svolte nell'ANMCO aveva spinto il precedente Consiglio Direttivo alla decisione di assumere un General Manager. Si era trattato di un atto di coraggio ad imboccare una strada che ci portava lontano dalla nostra "artigianalità". Alla prova dei fatti, quella che era sembrata una svolta felice dopo



pochi mesi si è rivelata una condizione di rischio per l'autonomia del Consiglio Direttivo e per il buon funzionamento dell'Associazione. Siamo tornati indietro assumendoci la responsabilità di questa decisione. Esiste un patrimonio

dell'ANMCO che è costituito dallo staff efficiente e fidelizzato della Segreteria e dell'Amministrazione. La sua valorizzazione e crescita professionale, insieme alla formalizzazione di un ruolo di maggiore responsabilità manageriale dei Coordinatori Simona Saracco e Monica Nottoli, rappresentano in questo momento il nostro obiettivo.

Cercherò di fare il punto della situazione delle numerose attività ed articolazioni dell'ANMCO e delle evoluzioni avvenute negli ultimi dodici mesi.

## Rapporti con le Istituzioni

I rapporti dell'ANMCO con le Istituzioni Sanitarie nazionali in questo anno sono stati particolarmente intensi. Prosegue una stretta collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). E' ormai in fase di avvio lo Studio collaborativo ANMCO-ISS sulle sindromi coronariche acute (IN-ACS Outcome) per la valutazione degli esiti delle cure nei pazienti con sindrome coronarica acuta. Nell'ambito della convenzione ANMCO/HCF-ISS è stato costituito un Gruppo di Ricerca Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC) ANMCO.

Si è deciso che la coorte dell'OEC, della quale è in corso il follow-up, faccia parte della linea base del Progetto Cuore ISS per l'aggiornamento della carta italiana del rischio cardiovascolare. La rete OEC, i Centri dell'Area Prevenzione ed i referenti regionali HCF verranno cooptati per le attività educazionali dell'Istituto Superiore di Sanità e del Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle

Malattie (CCM), ad esempio nel progetto RIACE.

Il Comitato Scientifico ANMCO/HCF-ISS sta inoltre valutando la possibilità di un nuovo arruolamento tipo OEC nel 2007 con il supporto del CCM del Ministero della Salute.

L'ANMCO nella persona del Presidente è stata coinvolta dal Ministero della Salute a partecipare al Sottocomitato Scientifico per la prevenzione del rischio cardiovascolare nell'ambito del Comitato Scientifico del CCM coordinato dal Dott. Donato Greco. La prima riunione del Sottocomitato Scientifico si è svol-

ta a Roma presso il Ministero della Salute in data 23 febbraio 2005. Nella Riunione è stato presentato un Progetto di implementazione della carta e del punteggio di rischio cardiovascolare in gruppi di popolazione italiana che coinvolgerà i Medici di Medicina Generale.

Il coinvolgimento dell'ANMCO in questa Commissione del Ministero della Salute è importante anche in considerazione del fatto che è stato auspicato un futuro ampliamento delle sue aree di intervento.

Le interazioni con le Istituzioni Sanitarie sono inoltre complessivamente soddisfacenti a livello regionale. In molte Regioni l'ANMCO insieme ai colleghi universitari ha rapporti di stretta collaborazione con Agenzie Sanitarie Regionali ed Assessorati alla Sanità, con una presenza attiva in Commissioni e Gruppi di Lavoro. L'obiettivo è quello di rendere attuativo il Documento "Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia". Alle Riunioni regionali sul management gestionale ed organizzativo dei pazienti con scompenso cardiaco faranno seguito a partire dal secondo semestre 2005 una serie di Workshop regionali di tipo gestionale sulle Reti interspedaliere per le sindromi coronariche acute. Scopo del Progetto di questa Campagna Educazionale Na-



*Gustave Courbet, Pierre-Joseph Proudhon e i suoi figli nell'anno 1853*

zionale dell'ANMCO è ottenere l'implementazione di una strategia di rete interspedaliera in tutte le Regioni italiane, coinvolgendo le Istituzioni regionali (Assessorati alla Sanità e Agenzie Sanitarie Regionali) e le Società Scientifiche interessate (SIC, SICI-GISE, SIMEU e SIS 118).

### La politica federativa

In questo momento il clima federale e quello dei rapporti ANMCO-SIC sono decisamente buoni. Esiste una volontà comune, fortemente condivisa dall'attuale Presidente SIC Maria Grazia Modena, di superare le divisioni e le diffidenze del passato. Utilizzando una metafora che è cara al nostro attuale autorevole Presidente della FIC Attilio Maseri quando parla della malattia coronarica, la Federazione oggi a seconda dei punti di vista è un bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto.

Alcuni obiettivi sono stati in effetti raggiunti: la rappresentatività unitaria nei confronti della Società Europea di Cardiologia, la politica unitaria per il sostegno dell'Italian Heart Journal, l'elaborazione del Documento FIC "Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardio-

logia". La metà vuota del bicchiere è invece rappresentata da tutto quello che resta ancora da realizzare: le interazioni collaborative con le Istituzioni Sanitarie a livello nazionale ma soprattutto regionale, il coinvolgimento attivo della Cardiologia ospedaliera nell'insegnamento post-laurea (che non significa soltanto l'affidamento di qualche contratto di insegnamento a cardiologi ospedalieri), la convergenza delle Aree ANMCO e Gruppi di Studio SIC in progetti condivisi.

L'ANMCO ha fortemente sostenuto durante la tenace Presidenza FIC di Luigi Tavazzi una modifica dello Statuto FIC con la costituzione di un Consiglio Federale delle Società di Settore che finalmente è stato attivato. Adesso è il momento di farlo funzionare. Esiste finalmente un tavolo comune intorno al quale possono essere affrontati i problemi della Cardiologia prendendo decisioni condivise sui temi relativi a struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia.

Il consolidamento della Federazione richiede anche qualche rinuncia da parte di tutti. L'ANMCO e la SIC ad esempio hanno rinunciato qualche anno fa ai propri rispettivi Giornali convergendo le energie nell'Italian Heart Journal. D'altra parte, una riduzione delle attività congressuali autonome da parte di tutte le Società Scientifiche di Cardiologia potrebbe, recuperando risorse, creare lo spazio in futuro per Eventi congiunti svolti sotto l'egida della FIC. Una riduzione della durata di un giorno del Congresso ANMCO 2005, rispetto alle precedenti edizioni, rappresenta uno sforzo in questa direzione.

### Il rapporto Centro - Periferia

La grande forza dell'ANMCO è costituita dalle Delegazioni Regionali. Nelle Regioni viene svolta una vivace attività nei settori della Ricerca e della Formazione. Sono migliorate inoltre complessivamente le interazioni con le Istituzioni Sanitarie Regionali (Assessorati alla Sanità, Agenzie Sanitarie Regionali, Comitati Provinciali etc.). Spesso tuttavia esiste al Centro una scarsa conoscenza delle attività regionali e da parte delle Regioni viene lamentata una ridotta comunicazione di quello che viene elaborato in Consiglio Direttivo. Il Consiglio Direttivo ha inserito tra le priorità degli obiettivi del programma

quello del miglioramento della comunicazione e di un maggior coinvolgimento dei Presidenti Regionali e del Consiglio Nazionale nelle decisioni strategiche dell'ANMCO. Il flusso informativo in questo anno è sicuramente migliorato attraverso il potenziamento degli strumenti di informazione (Cardiologia negli Ospedali, Sito Web) e l'istituzione di una Newsletter informativa trimestrale. Uno spazio maggiore all'interno delle Riunioni del Consiglio Nazionale viene inoltre dedicato alle informazioni provenienti dalle Regioni.

All'inizio del mio incarico ho proposto un incontro con ciascuno dei 20 Consigli Direttivi Regionali, insieme al Direttore del Centro Studi, per discutere insieme le problematiche locali relative alle attività di formazione, ricerca e rapporti con le Istituzioni Sanitarie. In alcune Regioni questi incontri si sono già realizzati, spesso in occasione dei Congressi ed Assemblee Regionali dei Soci ANMCO. Questo ha costituito per me l'opportunità di apprezzare la ricchezza e la vivacità delle attività regionali. Di questo ringrazio i Presidenti ed i Consigli Direttivi Regionali.

Soltanto attraverso un feed-back periodico di flusso informativo bidirezionale riusciremo a superare la criticità della "lontananza" Centro-Periferia.

### La Fondazione

La fidelizzazione dei Soci ANMCO alle iniziative di Heart Care Foundation è sicuramente migliorata. Ne è testimonianza l'adesione di 158 Cardiologie alla prima Giornata Nazionale delle "Cardiologie Aperte" svoltasi domenica 10 ottobre 2004.

E' tuttavia necessario realizzare un maggior coinvolgimento dei Presidenti e dei Consigli Direttivi Regionali e dei Referenti Regionali di Heart Care Foundation e migliorare la divulgazione delle iniziative in periferia. In periferia esiste in questo momento un recondito timore che le iniziative della Fondazione possano andare ad interferire con iniziative locali promosse dagli stessi cardiologi ANMCO.

Su questo punto è necessario fare chiarezza. Heart Care Foundation non si pone in competizione, ma è in grado di riempire di immagine e contenuti anche le eventuali iniziative autonome locali promosse dai cardiologi del-

l'ANMCO. Il timore principale, è inutile nascondere, è quello della possibile competizione di Heart Care Foundation nel fundraising. E' questo uno degli obiettivi, anche se non il principale, per il quale era stata costituita la Fondazione. In realtà il reperimento di risorse finanziarie attraverso Heart Care Foundation da fonti alternative all'Industria Farmaceutica è stato finora piuttosto deludente.

Come ho già avuto occasione di esprimere, a mio parere il fundraising per la Ricerca dovrebbe prevedere una coalizione delle diverse componenti della Cardiologia italiana insieme alle Associazioni di volontariato dei pazienti cardiopatici. Su questo è necessario aprire un dibattito all'interno degli Organismi direttivi della nostra Associazione.

## La Ricerca

Il Centro Studi diretto con efficienza e professionalità da Aldo Maggioni è uno dei gioielli dell'ANMCO che ci viene invidiato da tanti. Il Comitato Scientifico coordinato da Giuseppe Steffenino sta lavorando molto bene, con l'obiettivo di acquisire per la Ricerca ANMCO un ruolo ideativo e non soltanto valutativo dei progetti inviati.

La propositività in tema di Ricerca Clinica da parte delle Aree e dei gruppi di Soci è decisamente buona. Negli ultimi due anni oltre 20 studi sono stati approvati da parte del Comitato Scientifico e del Consiglio Direttivo dell'ANMCO. Il momento attuale è particolarmente favorevole: esistono numerosi importanti studi in corso condotti dall'ANMCO o con l'endorsement dell'ANMCO. Abbiamo per la prima volta contemporaneamente in corso due studi GISSI, il GISSI-HF che ha concluso l'arruolamento, ed il GISSI-AF che lo ha da poco iniziato. Uno studio prestigioso di confronto di strategie nel trattamento dell'ipertensione arteriosa, il Cardio-Sis è partito da qualche mese. Lo studio AREA IN-CHF sta per concludersi. I risultati del recente Registro sullo scompenso cardiaco acuto verranno presentati nel corso del Congresso ANMCO 2005.

Il problema del finanziamento dei cosiddetti "studi orfani", cioè di quelli che non trovano interesse al finanziamento da parte dell'Industria Farmaceutica, è stato oggetto di ampio dibattito già nel precedente Consiglio Di-

rettivo. Per rispondere a questa criticità abbiamo istituito un Fondo annuale ANMCO per la Ricerca destinato al finanziamento o co-finanziamento di progetti meritevoli proposti da Aree o singoli ricercatori. Si è deciso che l'importo annuale del Fondo sarà il 2% del fatturato del Centro Servizi ANMCO; per l'anno 2004 il Fondo ANMCO ammonta a circa 75.000 Euro. Il Fondo potrà essere implementato già da quest'anno attraverso i proventi legati alla realizzazione delle Campagne Educazionali Nazionali. E' l'inizio di un nuovo percorso finalizzato a facilitare la propositività da parte degli Associati di progetti "spontanei" di Ricerca clinica o fisiopatologica.

La produzione scientifica dell'ANMCO è sicuramente soddisfacente, ma sottodimensionata rispetto alle potenzialità. Presso il Centro Studi dell'ANMCO esiste una vera miniera di dati relativi agli Studi clinici dell'ANMCO che potrebbe essere sfruttata da giovani volenterosi per importanti lavori scientifici, semplicemente inviando una proposta di "analisi post hoc" che verrà presa in attesa considerazione degli Steering Committee dei rispettivi Studi.

## Il G8 - Cardio ANMCO ed i Registri

Il Progetto G8-Cardio ANMCO è ormai giunto a compimento. Non si è trattato di un semplice restyling ma di una nuova strategia che ha portato al trasferimento sul web della precedente versione "client server" con i necessari aggiustamenti tecnologici. Il nuovo G8-Cardio WEB si propone come strumento informativo integrato per la gestione clinica del paziente cardiologico nei diversi ambiti di cura, particolarmente utile in quelle Strutture non dotate di sistemi informativi clinici dedicati alla Cardiologia. Il G8-Cardio WEB fornisce inoltre alla Cardiologia italiana la possibilità di dotarsi di uno strumento informatico idoneo alla realizzazione di Registri o di survey permanenti.

Al Registro permanente dell'ANMCO sullo scompenso cardiaco cronico IN-CHF, che quest'anno compie 10 anni, stanno per aggiungersi il Registro Prevenzione (IN-CP) e quello delle sindromi coronariche acute (IN-ACS Outcome e IN-ACS Registry) che utilizzeranno i specifici Minimal Data Set attraverso la piattaforma del G8-Cardio WEB.

## La Formazione

In questo anno è stato realizzato un grande sforzo per potenziare la Formazione professionalizzandone la realizzazione. Sono stati migliorati i meccanismi di processo attraverso i quali l'ANMCO gestisce i prodotti formativi con l'obiettivo di garantire dal punto di vista economico almeno un pareggio e possibilmente un utile per l'Associazione.

Si è molto lavorato per garantire il massimo coinvolgimento delle Aree e dei Presidenti Regionali nella ideazione e realizzazione delle Campagne Educazionali Nazionali. Questi i numeri del Piano Annuale Formativo ANMCO 2005: 5 Campagne Educazionali Nazionali, 6 Seminari di Aggiornamento, 1 Corso E-learning, 11 Eventi Formativi nazionali presso il Learning Center ANMCO, 91 Eventi Formativi regionali, oltre 150 Corsi di Rianimazione Cardio-Polmonare di Base e Avanzata. A questo va aggiunto il progetto in fase di avanzata realizzazione, grazie all'efficiente ideatività di Paolo Verdecchia, dell'ANMCO Slide Bank che costituirà un nuovo ed importante servizio a disposizione dei Soci.

Un'attività di Formazione così complessa richiede un potenziamento di personale dedicato ed una revisione delle procedure interne per riuscire a divulgare il Catalogo del Piano Annuale Formativo con maggiore tempestività rispetto a quanto avvenuto negli ultimi anni.

## Le iniziative editoriali

Molte le novità in questo settore. Il nostro Giornale "Cardiologia negli Ospedali" che negli ultimi tre anni, grazie all'impegno del Comitato di Redazione, ma in particolare grazie al generoso entusiasmo e la competenza di Francesco Bovenzi, si è trasformato da Bollettino interno ad efficace ed elegante "House Organ" dell'ANMCO.

Il Sito WEB dell'ANMCO sotto la solerte guida di Luigi Oltrona Visconti si appresta ad essere rinnovato con l'obiettivo di aumentarne la fruibilità ed i servizi.

In occasione del Congresso ANMCO 2005 verranno inoltre presentati due importanti iniziative editoriali: la Rivista "Tempo Medico Cuore" ed il "Manuale Cardionursing".

La Rivista "Tempo Medico Cuore" edita da Masson e realizzata dall'Agenzia Zadig nasce come iniziativa dell'ANMCO rivolta ai Medici di Medicina Generale. I temi trattati riguarderanno tutti gli aspetti rilevanti per la cura delle malattie cardiovascolari, dentro e fuori l'Ospedale: la ricerca in rapporto alla pratica, la clinica, l'organizzazione, la relazione tra medico di famiglia, paziente e specialista cardiologo. "Tempo Medico Cuore" ha tuttavia l'obiettivo di essere qualcosa di più di un efficace e moderno strumento di aggiornamento. La Rivista potrà costituire la piattaforma per la promozione di studi clinici collaborativi, registri, sondaggi e iniziative di aggiornamento culturale-scientifico. Un augurio di buon lavoro al Direttore scientifico Carlo Schweiger ed a tutto il Comitato di Redazione.

L'altra importante iniziativa editoriale è costituita dal "Manuale Cardionursing" rivolto agli infermieri che lavorano in Cardiologia che nasce per volontà dell'Area Nursing dell'ANMCO, sotto la spinta dei suoi Chairmen Domenico Miceli e Quinto Tozzi, ed è stato interamente realizzato da cardiologi ed infermieri operanti nelle nostre Strutture cardiologiche ospedaliere. L'opera, seppur ponderosa e sistematica nella trattazione delle malattie cardiovascolari, non vuole essere un elegante volume da lasciare in bella mostra in libreria, ma un manuale operativo per l'assistenza infermieristica quotidiana.

Un ulteriore contributo per la promozione dell'immagine culturale e scientifica della nostra Associazione è costituito dall'eccellente monografia "La prevenzione nello Scompensamento Cardiaco" nata dalla collaborazione tra Area Scompensamento Cardiaco e Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO, della quale è stato anima e promotore Luigi Tarantini.

La lista delle iniziative editoriali prodotte nell'ultimo anno grazie all'impegno di Aree e Soci ANMCO è completata dagli "Atti della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari", la monografia FIC "Regionalizzazione della Sanità e continuità assistenziale fra ospedale e territorio" curata da Gian Luigi Nicolosi e la pubblicazione del manuale "Elettrocardiografia di base nella pratica clinica: rischio cardiovascolare e danno d'organo" a cura dell'Area Prevenzione Cardiovascolare.

Complessivamente si tratta di una vivace attività edito-

riale che testimonia la vitalità culturale e scientifica dell'ANMCO.

## Il Congresso

Alcune importanti novità per il Congresso ANMCO 2005. Anzitutto, come già detto, la riduzione della durata a 4 giorni, terminando i lavori entro le 17.30 di sabato pomeriggio. Una durata del Congresso di 5 giorni era verosimilmente eccessiva con il rischio della ripetitività dei temi scientifici e stanchezza dei partecipanti.

Le innovazioni scientifiche sono costituite dai Clinical Round di discussione di casi clinici con snodi decisionali, "Live Cases" di procedure cardiologiche interventistiche, una Sessione di presentazioni scientifiche di novità tecnologiche elettromedicali emergenti, e l'apertura del Congresso ai Medici di Medicina Generale attraverso un Evento dedicato di una giornata, il "Cardiogeneralist ANMCO".

Anche quest'anno è attesa una forte partecipazione dei nostri infermieri nel "Cardionursing ANMCO" che prevede momenti di incontro con il Congresso dei cardiologi come nella Sessione Plenaria della Convention delle UTIC dedicata alle sindromi coronariche acute. Il personale infermieristico costituisce un patrimonio prezioso della nostra Cardiologia. L'investimento nella sua formazione specialistica è un obiettivo strategico dell'ANMCO.

Al di là dei numerosi Eventi previsti nel programma, il Congresso ANMCO 2005 sarà l'occasione per discutere insieme sul futuro della Cardiologia che oggi più che mai deve perseguire la sua unitarietà per essere credibile ed autorevole nei confronti del Sistema Sanitario e della Società civile. Sarà anche l'occasione per ritrovarci insieme in amicizia ed allegria e continuare insieme a fare nuovi progetti con l'entusiasmo e l'impegno di sempre.

## Le politiche "in progress"

Il vortice delle attività svolte nell'ANMCO e l'impegno totalizzante richiesto ai componenti degli Organi Direttivi non devono togliere spazio alla riflessione su temi strategici di politica associativa.

Anzitutto una riflessione sulle criticità della Cardiologia



*Ottone Rosai, Fiesole, 1922*

che oggi a mio parere sono prevalentemente rappresentate da tre elementi: il problema delle risorse che comporta un forte rischio di smantellamento del Sistema Sanitario Nazionale ed in particolare dell'assistenza pubblica ospedaliera; l'identità del cardiologo che oggi molti tendono a delimitare in superspecialità di procedure tecnologiche; la criticità della continuità assistenziale Ospedale-Territorio vera sfida per la Cardiologia ed opportunità di salute per il cittadino paziente.

Temi più specifici sui quali è attualmente in atto un dibattito all'interno degli Organi Direttivi dell'ANMCO sono quelli del conflitto di interesse e meccanismi di trasparenza nei rapporti con l'Industria, della opportunità di un rinnovamento delle cariche nell'ANMCO con la limitazione di eccessivi presenzialismi ed infine della necessità di una maggiore apertura dell'ANMCO verso i giovani. Vanno ricercate nuove modalità di attrazione ed incentivazione dei giovani nell'ANMCO e per questo si darà presto avvio ad un brainstorming "ANMCO Giovani in Cardiologia".

Le cose fatte in questo anno trascorso in fretta non sono poche, ma molto resta ancora da fare nella seconda parte del nostro mandato. E' tuttavia necessario ogni tanto fermarsi per verificare se quello che stiamo facendo risponde alle reali aspettative degli Associati. Il Congresso e l'Assemblea sono sicuramente il momento per questa riflessione.

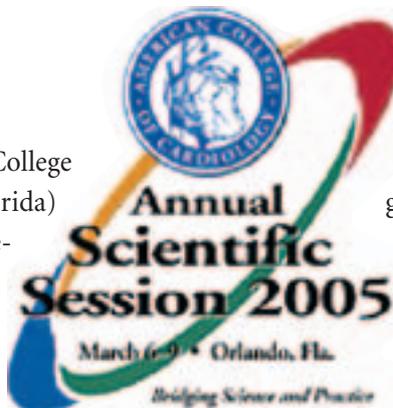
Il feed-back, soprattutto se critico, di ciascuno di Voi è fondamentale per aggiustare la direzione della rotta.



## GROSSE NOVITÀ DALL'ACC

**A**l recente congresso dell'American College of Cardiology tenutosi ad Orlando (Florida) dal 6 al 9 marzo del 2005 sono stati presentati alcuni interessanti studi i cui risultati potrebbero avere importanti conseguenze sull'approccio terapeutico ad alcune patologie.

■ Lo studio CLARITY (CLOpidogrel as Adjunctive Reperfusion Therapy) – TIMI 28 ha valutato l'efficacia del trattamento con clopidogrel, in aggiunta alla terapia fibrinolitica tradizionale, nel ridurre la riuclusione e migliorare la pervietà dell'arteria coronaria correlata all'infarto nei pazienti con STEMI. CLARITY è uno studio randomizzato, in doppio-ceco, che ha arruolato 3.491 pazienti tra 18 e 75 anni e che ha confrontato clopidogrel (300 mg come dose da carico, seguiti da 75 mg/die) più ASA verso placebo più ASA in pazienti trattati con terapia fibrinolitica entro 12 ore dalla comparsa dei sintomi. Il farmaco in studio veniva somministrato fino al momento dell'angiografia o della dimissione se l'angiografia non era eseguita. La frequenza dell'endpoint composito primario, (flussoTIMI 0/1 all'angiografia, morte o reinfarto alla dimissione ospedaliera), era del 21.7% nel gruppo placebo e del 15.0% nel gruppo clopidogrel (RRR 36%, 95% CI 24-47%;  $p < 0.001$ ). L'effetto sull'endpoint primario era principalmente legato alla capacità del clopidogrel di ridurre la frequenza di occlusione dell'arteria correlata all'infarto (da 18.4% a 11.7%;  $p < 0.001$ ) e nel ridurre la frequenza di re-infarti (da 3.6% a 2.5%;  $p = 0.08$ ) mentre nessuna differenza rispetto al placebo è stata osservata sulla mortalità (2.2 vs 2.6%;  $p = 0.49$ ). A 30 giorni, il clopidogrel ha ridotto significativamente la ricorrenza di morte cardiovascolare, reinfarto o ischemia ricorrente con necessità di un intervento di rivascolarizzazione urgente (OR 0.80 [0.65–0.97];  $p = 0.03$ ). Non sono state



riscontrate differenze statisticamente significative nei sanguinamenti (definizione TIMI), sia per i maggiori (1.1 gruppo clopidogrel vs 1.3% gruppo controllo;  $p = 0.64$ ); che per i minori (1.0% vs 0.5% rispettivamente;  $p = 0.17$ ).

■ Sempre nella stessa sessione del meeting, è stato presentato lo studio COMMIT (CLOpidogrel and Metoprolol in Myocardial Infarction Trial)/CCS-2 che ha confermato i dati dello studio CLARITY. COMMIT è uno studio fattoriale 2 x 2 disegnato per confrontare clopidogrel (75 mg/die senza dose di carico) + ASA vs placebo + ASA e metoprololo (15 mg e.v. seguiti da 15 mg/die per os) versus placebo in pazienti con STEMI da < 24 ore. Erano esclusi dallo studio i pazienti candidati a PCI primaria, quelli a rischio di sanguinamenti, con pressione sistolica < 100 mm Hg, con frequenza cardiaca < 50 mm Hg e con blocco AV di II/III grado; non c'erano, invece, limitazioni riguardanti l'età ed infatti, il 26% dei pazienti aveva più di 70 anni. Tra i pazienti arruolati il 49% ha ricevuto terapia trombolitica, il 75% quella anticoagulante e il 68% con ACE-inibitori. Il trattamento con clopidogrel, si è associato ad una riduzione del 9% dell'endpoint composito primario (morte, IMA o stroke) ( $p < 0.002$ ), del 7% della mortalità ospedaliera ( $p < 0.03$ ) e del 13% del reinfarto ( $p < 0.01$ ). Tutti questi risultati sono stati ottenuti senza un significativo aumento del rischio di sanguinamenti maggiori o ictus emorragici. Le informazioni emerse da questi due studi sostengono fortemente la utilità della doppia antiaggregazione piastrinica nella fase acuta delle STEMI, analogamente a quanto riconosciuto per SCA senza elevazione di ST. Non abbiamo invece a tutt'oggi dati consistenti sulla efficacia del clopidogrel come pretrattamento nei pazienti da avviare all'angioplastica primaria. Per quanto riguarda la parte



*Epcot, Future world, Orlando Florida*

del COMMIT riguardante il Metoprololo il suo impiego non si è associato ad un effetto favorevole su nessuno degli end point primari (morte e l'associazione di morte, reinfarto, o fibrillazione ventricolare/arresto cardiaco durante l'ospedalizzazione). Metoprololo ha ridotto del 18% l'incidenza dei reinfarti ( $p=0.001$ ) e del 17% l'incidenza di fibrillazione ventricolare ( $p<0.001$ ), ma ha aumentato del 28% il rischio di shock cardiogeno (5.0 vs 3.9%;  $p<0.00001$ ). Tale rischio era evidente soprattutto nelle prime 12 ore dalla randomizzazione e concentrato nei pazienti che già presentavano ipotensione o segni clinici di insufficienza ventricolare sinistra all'esordio. In pazienti con STEMI ed emodinamicamente instabili il trattamento beta-bloccante dovrà pertanto essere differito ed andrà iniziato in modo graduale, evitando la somministrazione endovenosa.

■ Altri dati interessanti, presentati all'ACC sono stati quelli relativi a quella parte del trial Women's Health Study che aveva lo scopo di valutare l'efficacia dell'aspirina nella prevenzione primaria di eventi cardiovascolari. Questo grosso trial ha arruolato circa 40.000 donne di età superiore a 45 anni trattate a giorni alterni con ASA (100 mg) o placebo e seguite con un follow up di 10 anni. L'end point primario era rappresentato da un

evento cardiovascolare (infarto miocardico non fatale, stroke non fatale o morte a genesi cardiovascolare). I risultati dello studio sono stati sorprendenti: l'uso dell'aspirina riduceva in maniera non significativa e solo del 9% (rischio relativo 0.91 [IC 0.80–1.03]) l'incidenza di eventi cardiovascolari. In particolare, analizzando singolarmente i componenti dell'endpoint primario si osserva che l'ASA riduceva in maniera significativa del 17% ( $RR=0.83$ ;  $p<0.001$ ) il rischio di stroke, ma non aveva un effetto significativo né sul rischio di IMA fatale e non fatale né sulla morte cardiovascolare. Tuttavia è da notare che ASA aveva un beneficio consistente rispetto all'endpoint primario nelle donne di età superiore a 65 anni che rappresentavano solo il 10% della popolazione oggetto dello studio ma in cui si manifestavano quasi 1/3 degli eventi. Infatti in questo gruppo di donne ultrasessantacinquenni c'era una riduzione del 26% del rischio relativo di eventi cardiovascolari nella popolazione trattata con ASA rispetto al gruppo placebo. Ovviamente, i sanguinamenti gastrici con necessità di emotrasfusione erano significativamente aumentati rispetto al gruppo di controllo ( $RR=1.40$ ;  $p=0.02$ ).

■ Lo studio ASCOT-BPLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Blood Pressure Lowering Arm), è



uno studio controllato, randomizzato, in doppio cieco, che ha confrontato farmaci antipertensivi cosiddetti 'vecchi' (diuretici e  $\beta$ -bloccanti) con farmaci cosiddetti 'nuovi' (ACE-inibitori e calcio-antagonisti) in 19.257 pazienti con ipertensione arteriosa ed almeno 3 altri fattori di rischio cardiovascolare. I farmaci vecchi erano la bendrofluazide e l'atenololo, i farmaci nuovi erano il perindopril e l'amlodipina. Come si ricorderà, lo studio ASCOT prevedeva anche una randomizzazione ad atorvastatina o a placebo (ASCOT-LLA [lipid lowering arm]), interrotta precocemente per eccesso di beneficio nel braccio atorvastatina (Lancet. 2003; 361:1149-58). Lo studio ASCOT-BPLA è stato sospeso precocemente dal Data Safety and Monitoring Board (DSMB) nel novembre 2004 per un eccesso di beneficio nel gruppo 'farmaci nuovi', consistente in una riduzione significativa, pari al 14%, della mortalità per tutte le cause, accompagnata da una riduzione del 10%, non significativa, dell'end-point primario dello studio (infarto miocardico non fatale più morte per cause coronariche). Altri end-points secondari sono risultati significativamente meno presenti nel gruppo 'farmaci nuovi' rispetto al gruppo 'farmaci vecchi'. Evidentemente il DSMB ha ritenuto la significativa riduzione della mortalità per tutte le cause (odds ratio 0.86; 95% CI: 0.78-0.96;  $p=0.005$ ) un dato talmente forte da suggerire l'interruzione dello studio per ragioni etiche. È possibile che questa decisione suscitò alcune critiche, poiché l'end-point primario non ha mostrato differenze significative tra i 2 gruppi, probabilmente per la precoce interruzione dell'arruolamento

che non ha permesso di raggiungere il target di 1.150 eventi stabilito dal calcolo del campione.

L'ASCOT-BPLA è, in un certo senso, l'anti-ALLHAT per eccellenza. Come si ricorderà, lo studio ALLHAT non aveva mostrato benefici nei pazienti ipertesi trattati con farmaci 'nuovi' rispetto a quelli trattati con farmaci 'vecchi', ma molti aspetti dello studio sono stati fortemente criticati.

■ Un particolare interesse infine ha suscitato lo studio CARE-HF (Cardiac Resynchronization-Heart Failure) che ha valutato l'effetto sulla morbilità e mortalità della resincronizzazione cardiaca nei pazienti con scompenso. Ottocentotredici pazienti in III-IV classe NYHA nonostante trattamento farmacologico convenzionale, con disfunzione sistolica ventricolare sinistra e segni di dissincronia cardiaca, sono stati randomizzati a ricevere trattamento medico da solo o associato a tp di resincronizzazione.

L'end-point primario era la mortalità per qualunque causa o una ospedalizzazione non programmata per un evento cardiovascolare maggiore. Dopo un follow-up medio di 29 mesi l'end point primario è stato raggiunto da 159 pazienti nel gruppo resincronizzazione e da 224 pazienti nel gruppo tp medica (HR 0.63; IC 0.48-0.85,  $p<0.001$ ). La mortalità per qualunque causa (end-point secondario) è risultata significativamente inferiore nel gruppo resincronizzazione (20% vs 30%;  $p<0.002$ ).

Infine il trattamento con stimolazione elettrica biventricolare si è associato ad un significativo miglioramento dei sintomi e della qualità della vita. Questi risultati allargano le nostre conoscenze sulla utilità della terapia di resincronizzazione i cui benefici, in termini anche di sopravvivenza, appaiono consistenti e additivi rispetto a quelli della terapia farmacologica standard in pazienti in III-IV classe NYHA. La terapia di resincronizzazione andrebbe sempre considerata nei pazienti con scompenso cardiaco avanzato e dissincronia ventricolare.

Non è frequente che ad un congresso internazionale vengano presentati contemporaneamente un numero così ampio di studi randomizzati positivi; ancora più raro è che tali studi possano presentare una rilevanza clinica tale da rendere molto probabile un rapido aggiornamento di molte linee guida sulla base dei risultati presentati.

## IL SITO WEB DELL'ANMCO SI RINNOVA

**N**egli ultimi anni è avanzata rapidamente in quasi tutti la convinzione che un Sito WEB quale quello dell'ANMCO ([www.anmco.it](http://www.anmco.it)) abbia un ruolo molto rilevante nella vita dell'Associazione e più in generale nella Cardiologia italiana. Il Sito pubblicato nel dicembre 2001 è divenuto via via uno strumento di conoscenza fondamentale dell'ANMCO per quanti Cardiologi e non Cardiologi desiderano avere notizie di ordine scientifico, clinico, normativo, congressuale e di vita professionale. In questo senso il Sito è uno strumento fondamentale per l'immagine dell'Associazione. Ancor più importante è la consultazione delle pagine WEB per il Socio che trova in esso una ricchissima fonte di informazioni riguardanti la vita associativa. A testimonianza del lavoro svolto negli ultimi anni stanno i numeri di contatti che tra gennaio e aprile 2005 sono stati 81.885.

La Commissione per il Sito WEB che il Presidente e il Consiglio Direttivo dell'ANMCO hanno insediato nel giugno 2004, composta da Antonio Mafri, Gianfranco Mazzotta, Gianfrancesco Mureddu, Gennaro Santoro e da me coordinata, ha pianificato un complesso rinnovamento del Sito stesso affinché esso acquisisca sempre più la moderna funzione di strumento principale di comunicazione con e tra i Soci oltre che di immagine dell'Associazione verso l'esterno.

Il rinnovamento del Sito ha compreso sia la veste grafica sia alcuni contenuti. È stato infatti effettuato un profondo restyling delle pagine WEB sia per modernizzare l'impatto estetico sia per garantire maneggevolezza e maggior facilità di contatto per adempimenti di tipo associativo. Il rinnovamento ha previsto una notevole ristrutturazione della Home page per quanto riguarda l'accesso alle sezioni e alle notizie contenute; risalteranno più vivamente: A) le ultime novità, B) l'Area Soci, at-



*L'immagine è tratta da un pastello dell'artista Michela Sassi realizzato per "Cardiologia negli Ospedali"*

traverso la quale essi potranno attingere molte notizie utili, C) l'attività delle Aree, D) le Sezioni Regionali, E) l'attività di formazione, il Centro Studi e la Heart Care Foundation.

Tra le novità più rilevanti vi saranno:

1) un FORUM con cadenza quadrimestrale.

Uno o più editori designati individueranno un argomento che al momento viene giudicato di forte impatto clinico e struttureranno con 3 o 4 esperti una serie di commenti e di richiami a Linee Guida e ad articoli della letteratura. Verranno sottolineati alcuni punti da discutere e verranno formulate una serie di domande riguardo alla condotta clinica nella pratica quotidiana: i Soci saranno vivamente invitati a partecipare inviando le loro risposte ai quesiti e le loro opinioni; gli Editori e gli esperti per quattro mesi saranno disponibili a rispondere a eventuali quesiti e a discutere gli aspetti più controversi. Nel frattempo altri Editori preparano

l'argomento del Forum successivo. Gli Editori per lo più saranno individuati all'interno delle diverse Aree dell'ANMCO in modo da discutere a rotazione problematiche cardiologiche di differenti competenze,

2) la possibilità di avere il TESTO INTEGRALE in formato .pdf di alcune delle più importanti riviste cardiologiche. L'accesso a questo servizio sarà riservato ai Soci in regola con il pagamento della quota associativa,

3) una sezione denominata SLIDE BANK dalla quale sarà possibile scaricare le diapositive di molte relazioni ai Congressi, specie quello Nazionale ANMCO, e quelle tratte da alcuni tra i più importanti articoli pubblicati nella letteratura internazionale. Questa sezione è stata ideata e curata da Paolo Verdecchia.

Questo ed altro da questo mese su [www.anmco.it](http://www.anmco.it). Vi sollecitiamo a collegarvi e ad inviarci all'indirizzo e-mail [sitoweb@anmco.it](mailto:sitoweb@anmco.it) il vostro parere sulla veste e i contenuti del Sito ANMCO rinnovato.



## “RITORNO AL FUTURO” CON L’ITALIAN HEART JOURNAL

L’Italian Heart Journal (versione in lingua inglese) e l’Italian Heart Journal Supplement (in italiano) rappresentano le riviste ufficiali della Cardiologia italiana e sono gestiti e proprietà della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC).

Su mandato della FIC è stata avviata una importante opera di rinnovamento delle due testate, suscitata anche da esigenze oggettive, quali la scadenza a dicembre 2005 del contratto editoriale con l’attuale Editore e la volontà, manifestata dallo stesso, di concentrarsi sulla pubblicazione della rivista in lingua italiana.

Ciò ha determinato la necessità di ripensare in maniera innovativa e progettuale ad entrambe le testate. Per la rivista in inglese si poneva il problema di reperire un Editore internazionale che potesse rendere più agevole l’apertura ad una più larga audience internazionale, al di là dell’attuale “arena”, pur prestigiosa, sostanzialmente nazionale.

Intense trattative con più Editori internazionali interessati alla testata hanno portato alla scelta, da parte della FIC, dell’Editore Lippincott quale prossimo “publisher” dell’Italian Heart Journal in inglese dal gennaio 2006. Lippincott sosterrà la diffusione del nuovo giornale, che si chiamerà Journal of Cardiovascular Medicine (formerly Italian Heart Journal), anche su piattaforma web, mettendo le basi anche per rendere più agevole il conseguimento dell’impact factor.

Anche l’Italian Heart Journal Supplement dovrà necessariamente modificare il proprio nome, perdendo il titolo in inglese e diventando più chiaramente la testata scientifica della Cardiologia Italiana.

Questi importanti cambiamenti costituiscono la base di una grande opportunità di adeguamento alle sfide della cultura scientifica cardiologica del futuro, in linea con le esigenze dei lettori, molti “vecchi” e affezionati, ma, sperabilmente, anche molti nuovi ed esigenti.

È una grande sfida che ha tutte le premesse per poter risultare vincente, dato che la tradizione del giornale è profondamente radicata e si accompagna a una grande determinazione a perseguire e diffondere la conoscenza del futuro. Questo passaggio possiamo quindi definirlo

davvero, in qualche modo, come un “Ritorno al futuro!”.

Da questo momento è essenziale però che in tutti i lettori, a cui il giornale fondamentale appartiene, cresca la consapevolezza del prossimo cambiamento e di questa grande opportunità di partecipazione e di contribuzione, per tutti coloro che vorranno partecipare dal punto di vista scientifico, soprattutto inviando il risultato della loro produzione scientifica ed i loro lavori più interessanti e rilevanti.

Cercheremo, dal punto di vista editoriale, di accelerare ancora i processi di revisione, in modo da raggiungere una più consolidata procedura di revisione rapida dei manoscritti.

Con tali motivazioni chiediamo ancora una più puntuale e intensa collaborazione da parte di tutti i Revisori, che espletano in maniera veramente professionale, competente e riservata una attività essenziale per la qualità scientifica della rivista.

A tutti loro un gigantesco GRAZIE di vero cuore, così come a tutti i Membri del Board Scientifico Internazionale, del Board Editoriale Locale e ai Deputy Editors!

Speriamo davvero che tutti i Lettori sosterranno con attenzione e simpatia i nostri sforzi!

Siamo infatti molto determinati a perseguire gli obiettivi dell’Italian Heart Journal in questa fase di profondo cambiamento al servizio dei suoi Lettori e della Federazione Italiana di Cardiologia.

L’obiettivo è sicuramente alla nostra portata... se saremo capaci di crederci coralmente tutti e se ciascuno vorrà contribuire ad essere parte dell’iniziativa per quanto possibile.

Un Grazie ancora a tutti i Lettori, in attesa di suggerimenti e contributi scientifici!

Con molta cordialità e in amicizia!



## PROGETTO CARDIOLOGIE APERTE 2005 (DOMENICA 23 OTTOBRE)

ContrATTACCO CARDIACO per la riduzione del ritardo decisionale



Sulla base dell'innegabile successo dell'iniziativa Cardiologie Aperte dello scorso anno proponiamo la ripetizione dell'evento anche per il 2005: domenica 23 ottobre. In questa occasione vogliamo però dedicare il messaggio base alla *riduzione del ritardo decisionale nei soggetti con attacco cardiaco/infarto miocardico acuto all'esordio*.

Due sono i punti chiave per questa campagna:

1. nelle 160.000 persone per anno che vengono colpite nel nostro paese da attacco cardiaco la prima o le prime due ore dall'inizio dei segni di allarme sono quelle in cui si concentra la *mortalità pre-ospedaliera*,

spesso per arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare;

2. i trattamenti raccomandati nell'attacco cardiaco con infarto miocardico in atto, trombolisi o angioplastica coronarica primaria, hanno efficacia tempo-dipendente, massima se effettuati entro la prima ora o le prime due ore.

Gli sforzi per la realizzazione delle reti integrate per le sindromi coronariche acute possono essere vanificati se i cittadini non attivano tempestivamente il Sistema di Emergenza 1-1-8.

Per questo occorre che si sappiano *riconoscere i segni di allarme di attacco cardiaco*.

La strategia per questo obiettivo non può che essere quella di popolazione: aumentare la consapevolezza dell'urgenza di decidere per limitare le conseguenze dell'attacco cardiaco, sapendo che ora il Sistema di Emergenza 1-1-8 non è più solo un sistema di trasporto rapido, ma è in grado di anticipare la diagnosi e di guadagnare tempo per la terapia.

Le nuove linee guida AHA/ACC riconoscono l'importanza della riduzione del ritardo decisionale e raccomandano l'attivazione del Sistema di Emergenza Medica dopo solo 5 minuti di dolore toracico, specie in caso di mancata efficacia del nitroderivato sublinguale in chi è già noto come coronaropatico.

### LE FASI DEL PROGETTO

Per la realizzazione del Progetto sono stati attivati i Referenti Regionali HCF ma anche i Presidenti Regionali ANMCO per arruolare le singole U.O. di Cardiologia Ospedaliera.

Le Unità Operative saranno suddivise in partecipanti alla giornata delle Cardiologie Aperte (domenica 23 ot-



tobre 2005) e in Unità che, per situazione organizzata di collaborazione con l'1-1-8 e con il Dipartimento di Emergenza Urgenza locali, saranno coinvolte anche in una indagine epidemiologica per la raccolta nelle 3 settimane precedenti e nelle 3 settimane successive al 23 ottobre di indicatori per la valutazione. Gli indicatori saranno:

- percentuale di persone colpite da attacco cardiaco che attivano l'1-1-8, e relativi tempi decisionali;
- numero di accessi al Pronto Soccorso per dolore toracico;
- percentuale di persone con infarto miocardico acuto che giungono alle cure entro la prima e la seconda ora;
- numero e percentuale di casi di trombolisi preospedaliera.

Le Unità Operative che effettueranno la raccolta dati saranno almeno 20 per il Sud, 20 per il Centro e 20 per il Nord Italia.

L'intera iniziativa sarà lanciata nella Riunione dei Referenti Regionali e nella conferenza stampa al XXXVI Congresso Nazionale ANMCO.

Il materiale a stampa e su CD per la pubblicizzazione e per la sensibilizzazione e formazione dei cittadini sarà predisposto dal Comitato Esecutivo ed inviato alle Unità Operative di Cardiologia aderenti entro la metà di settembre. Le Unità Operative partecipanti alla indagine epidemiologica saranno contattate direttamente per gli aspetti organizzativi.

Il Comitato Esecutivo è costituito da F. Chiarella (Chairman), F. Valagussa (Co-Chairman), E. Allevi, M. Chiatto, C. Fresco, M. Gattone, D. Miceli.

**Domenica 23 ottobre 2005**  
**CARDIOLOGIE APERTE**  
chi è interessato si segnali anche  
al proprio Referente Regionale HCF

Il tema del contrATTACCO CARDIACO verrà sostenuto anche nel 2006 con un evento conclusivo che consisterà in una Giornata Nazionale dedicata alla riduzione del Ritardo Decisionale nell'attacco cardiaco.

## EVENTI DI HEART CARE FOUNDATION AL XXXVI CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

Quest'anno il programma degli eventi HCF durante il Congresso Nazionale ANMCO è stato potenziato con un Corso seminariale di aggiornamento per 40 insegnanti e con un seminario nel Cardionursing, aperto come tutti gli eventi HCF anche ai cittadini, cioè ai "laici".

**Martedì 31 maggio 2005 ore 10:30-16:30**  
(presso il Centro Formazione ANMCO)

**Corso per docenti delle scuole  
primarie e secondarie**  
**"MI NUTRO E MI MUOVO PER STARE BENE"**

Coordinatrice: Giulia Salone

**Giovedì 2 giugno 2005**  
(Sala Donatello)

13:30-14:30 Riunione Referenti Regionali HCF

14:30-15:30 ASSEMBLEA SOCI HCF

17:00-18:30 **Tutela della Salute  
nell'ambito dell'Industria  
Alimentare.**

**La salute del cuore comincia  
a tavola**

Coordinatori: F. Chiarella, L. Sita

*I processi industriali interessano largamente la produzione, la trasformazione, la conservazione, la distribuzione degli alimenti che consumiamo. Quali le conseguenze vantaggiose o dannose sulla salute del cuore? Quali precauzioni dovrebbe prendere l'industria? Cosa dovrebbe sapere il cardiologo? Il simposio si propone di far luce su un argomento ancora non sufficientemente esplorato, di grande interesse.*

**Giovedì 2 giugno 2005 ore 20:30**

**EVENTO HCF – SANOFI-AVENTIS**  
(Grand Hotel, P.za Ognissanti)

**Obesità addominale come predittore  
indipendente delle malattie  
cardiovascolari: il ruolo delle Fondazioni  
e delle Associazioni Cardiologiche**

Coordinatori: G. Di Pasquale, F. Valagussa

**Venerdì 3 giugno 2005 ore 10:00-11:30**

**SEMINARIO CARDIONURSING**  
(Sala Cavaniglia)

**Come comunicare con chi è sano**

Coordinatori: P. Di Giulio, F. Valagussa

*L'informazione è la base per modificare i comportamenti e prevenire/modificare abitudini non sane e promuovere stili di vita positivi nei più piccoli e nei più giovani.*

*Prevenire significa far arrivare il messaggio a chi è sano e questo è un compito anche degli operatori sanitari. Comunicare con chi è sano richiede strategie e metodi diversi. L'obiettivo del seminario è illustrare cosa si deve conoscere per comunicare con chi sta bene e descrivere le esperienze di HCF in questo ambito.*

**Venerdì 3 giugno 2005 ore 15:00-16:00**

(Sala Ghirlandaio)

**ContrattATTACCO CARDIACO  
come la comunità deve saper affrontare  
l'attacco cardiaco**

Coordinatori: F. Valagussa, C. Martines

*In Italia sono 160.000 ogni anno le persone colpite da attacco cardiaco. Una su quattro*

*non sopravvive e la mortalità è concentrata soprattutto nella prima e seconda ora dalla comparsa dei segni di allarme, in oltre la metà dei casi per arresto cardiaco, più spesso da fibrillazione ventricolare.*

*È poi importante sottolineare come i trattamenti raccomandati, trombolisi o angioplastica coronarica primaria, danno risultati più favorevoli se praticati precocemente, entro la prima o le prime due ore dall'inizio dell'attacco cardiaco.*

*È quindi essenziale che ognuno sappia:*

- 1. riconoscere prontamente i segni di allarme dell'attacco cardiaco*
- 2. attivare senza indugi il Sistema di Emergenza Medica 1-1-8, per poter essere protetti e giungere alle cure nel più breve tempo possibile.*

*Qual è la realtà nel nostro Paese?*

A tutti i Cardiologi chiediamo di favorire l'accesso dei "laici" che sono il target prevalente di questi eventi.

**CARDIOLOGIE APERTE**

**Domenica 23 ottobre 2005**



**Fai in modo che anche  
la tua U.O. di Cardiologia  
partecipi all'iniziativa!  
Compila e invia il Format  
che troverai a pag. 45**



## APRILE 2005 PRENDE IL VIA IN-CHF ON LINE



**D**ieci anni fa, nell'aprile 1995, prendeva il via il Progetto Software "Scompenso Cardiaco", che successivamente ha preso il nome di IN-CH (Italian Network on Congestive Heart Failure).

Nel 1994 infatti, il Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso ANMCO, guidato dal Prof. Luigi Tavazzi, decise di aumentare l'attenzione dei cardiologi italiani sullo scompenso cardiaco con una iniziativa concreta, la creazione di uno strumento capace di produrre dati di epidemiologia clinica, raccolti giorno per giorno nel mondo reale, una task force dedicata al problema definì le variabili più rilevanti da inserire nel prodotto informatico con un duplice obiettivo:

- creare un database contenente le variabili cliniche che meglio definiscono questa sindrome clinica
- fare sì che la raccolta obbligatoria di queste variabili finisse per entrare nella pratica clinica di tutti i giorni, determinando un percorso diagnostico-terapeutico appropriato.

L'ANMCO produsse e distribuì ai centri cardiologici italiani un software per la gestione dell'ambulatorio scompenso, che finì per costituire una banca dati su scala nazionale di notevoli dimensioni, con informazioni omogenee e codificate alla stessa maniera.

Tra le altre cose si sarebbe coperta una fascia di attività, le prestazioni ambulatoriali, che a quel tempo solo in pochissimi ospedali italiani era stata informatizzata, fornendo dunque un servizio di notevole utilità nella pratica clinica quotidiana.

Particolarmente efficace, in questo senso, la possibilità di generare automaticamente, al termine della visita, una lettera per il medico curante contenente proprio quell'insieme di variabili giudicate indispensabili per una buona valutazione del malato scompensato.

A partire da allora, in 10 anni, con "Scompenso Cardiaco" sono stati raccolti nel DB nazionale oltre 24.600

pazienti da parte di 205 centri, per un totale di quasi 114.700 visite: una banca dati sui pazienti con scompenso cronico che probabilmente, ad oggi, nessun altro al mondo possiede.

Questo ha consentito da una parte di uniformare la pratica clinica in una situazione patologica così complessa e grave, dall'altra di produrre dati di valore scientifico testimoniati dalla pubblicazione di circa 17 lavori su riviste peer-reviewed, spesso ad elevato impact factor.

Il progredire della tecnologia e soprattutto l'evoluzione della rete Internet, arrivata ormai ad una diffusione e fruibilità capillare sul territorio, hanno spinto l'ANMCO a intraprendere quella che è la strada della naturale evoluzione del progetto: una versione WEB-based che permette di registrare in dati in tempo reale su un Server centrale (ubicato al Centro Studi ANMCO), IN-CHF on line.

Siamo ormai ai nastri di partenza, il giorno 21 aprile 2005 sono stati inviati i primi CD-ROM di installazione ai centri che ne hanno fatto richiesta.

Il primo invito è stato rivolto ad un gruppo di soli (per motivi esclusivamente organizzativi) 50 centri che già utilizzavano "Scompenso Cardiaco", da oggi è rivolto a tutti i centri italiani che seguono ambulatorialmente i pazienti con scompenso cardiaco cronico.

Sarà possibile richiedere una versione dimostrativa, per capire se il prodotto si adatta alle reali esigenze dell'ambulatorio o passare direttamente alla fase operativa.

In questo ultimo caso, per poter ricevere il CD-ROM di installazione ed i relativi codici di accesso, è necessario, dopo aver notificato la partecipazione al progetto al proprio Comitato Etico, ricevere un atto formale da parte di quest'ultimo, che essendo lo studio osservazionale, in base alla normativa vigente (G.U. della

Repubblica Italiana, serie generale 214 del 12 settembre 2002, circolare del 2 settembre 2002 n. 6) può essere anche una semplice presa d'atto.

A seguire il modulo per richiedere di partecipare ad IN-CHF on line, il contributo di tutti è indispensabile per la buona riuscita del progetto.

## IN-CHF on line

Ospedale: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ C.A.P.: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Primario: \_\_\_\_\_

**Non compilare questo riquadro**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1)  **chiedo una copia dimostrativa e mi riservo di decidere:**

2)  **accetto di partecipare**

Se 1) o 2) segnalo che i medici referenti per lo studio sono:

Referente 1 \_\_\_\_\_

Referente 2 \_\_\_\_\_

e-mail di riferimento: \_\_\_\_\_

3)  **al momento non intendo passare alla modalità on line**

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_

Inviare a:

Centro Studi ANMCO - Via La Marmora, 34 - 50121 Firenze

Tel. 055/5001703-588972 - Fax 055/583400 - E-mail: inCHF@anmco.it

# DALLE AREE

## 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/aree/elenco/aritmie](http://www.anmco.it/aree/elenco/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/aree/elenco/chirurgica](http://www.anmco.it/aree/elenco/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)  
*Comitato Editoriale:* Cesare Baldi (Salerno), Fabrizio Bandini (Firenze), Giovanni Barbieri (Roma), Maria Luisa Finocchiaro (Roma), Giuseppe Fradella (Firenze), Roberto Luongo (Roma), Danilo Neglia (Pisa)  
*Referente Area Chirurgica:* Carlo Antona (Milano)  
[www.anmco.it/aree/elenco/utichotline](http://www.anmco.it/aree/elenco/utichotline)

### 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'aritmiologia:* 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 Tamarin (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/aree/elenco/informatica](http://www.anmco.it/aree/elenco/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/aree/elenco/circolo](http://www.anmco.it/aree/elenco/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/aree/elenco/management](http://www.anmco.it/aree/elenco/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/aree/elenco/nursing](http://www.anmco.it/aree/elenco/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 Ugucioni (Roma)  
*Referente Area Chirurgica:* Paolo Ferrara (Avellino)  
[www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione](http://www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione)

### AREA SCOMPENSO CARDIACO

*Chairman:* Andrea Di Lenarda (Trieste)  
*Co-Chairman:* Fabrizio Oliva (Milano)  
*Comitato di Coordinamento:* Guido Gigli (Sestri Levante - 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/aree/elenco/scompenso](http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso)

## ARITMIE

DI MAURIZIO LUNATI



## Aria nuova nell'Area

Sulla base di quanto emerso da discussioni informali con autorevoli amici all'interno e al di fuori dell'ANMCO e da quanto successivamente formalizzato nell'ambito del Comitato di Coordinamento e avallato dal Presidente abbiamo deciso di operare un cambio di rotta strategico nell'attività dell'Area. La nostra mission dichiarata è "essere al servizio aritmologico della comunità nazionale cardiologica e di supporto tecnico all'ANMCO". Questo implica da una parte la limitazione dell'attività di ricerca, privilegiando soprattutto l'attenzione dell'Area sul piano propositivo e valutativo e il rinvio all'ANMCO per la fase operativa (es. GISSI-AF), dall'altra il privilegio dell'azione dedicata all'aspetto didattico-formativo uni e multidisciplinare.

In particolare l'aspetto educativo di quest'anno si concretizzerà in un ambizioso progetto formativo concordato e pianificato con il Chairman dell'Area Scopenso Cardiaco, Andrea Di Lenarda, e dedicato all'utilizzo razionale dei dispositivi elettrici impiantabili nel paziente con scompenso cardiaco. Le considerazioni che spingono a questo sono molto concrete e molto varie: dal punto di vista epidemiologico lo scompenso cardia-



co è una patologia in crescita costante, le risorse utilizzate per i ricoveri sono consistenti, gli interventi farmacologici hanno migliorato radicalmente qualità di vita e mortalità ma hanno dimostrato limiti nella prevenzione delle riacutizzazioni di malattia e nella prevenzione della morte improvvisa, i fallimenti delle terapie di profilassi con antiaritmici ad azione di membrana sono stranoti, le nuove evidenze dei trial con dispositivi vari (defibrillatori automatici, terapia di resincronizzazione cardiaca, sistemi di monitoraggio impiantabili; con azione singola o molteplice assem-

blata in un unico apparecchio) modificheranno a breve e in modo sensibile l'attuale quadro, non ultimo la collaborazione attiva tra gli "scompensologi" e gli "aritmologi" e i conseguenti risultati rappresentano senz'altro una delle novità di maggior rilievo della cardiologia moderna.

Il seminario di aggiornamento, con canovaccio multimediale elaborato da esperti dello scopenso e elettrofisiologi e diffuso sul territorio nazionale con riunioni macroregionali, verrà condotto da autorevoli cardiologi, scelti a livello locale, con le necessarie personalizzazioni. Si

propone come obiettivi primari la divulgazione delle informazioni scientifiche "evidence-based", la discussione approfondita delle zone d'ombra, le proposte operative di trasferimento nella pratica clinica coerenti con le linee - guida prossime venture e con la necessaria "cura" dell'aspetto economico.

Si pensi in particolare a tutta una serie di aspetti controversi o irrisolti quali il ruolo dello screening diagnostico, la priorità delle indicazioni, i diversi criteri di scelta operati sulla base di variabili cliniche o strumentali, i limiti dell'età e delle copatologie, le difficoltà dei controlli, la scarsa considerazione della imponente messe di dati accumulati nei dispositivi, la molteplicità dei percorsi nelle varie realtà locali in rapporto alla sede del ricovero e alla regione di appartenenza.

Il progetto successivo per l'anno 2006, fortemente richiesto soprattutto a livello periferico, riguarderà molto probabilmente la gestione delle urgenze/emergenze aritmiche nel Pronto Soccorso e sul territorio, coinvolgerà le Aree Emergenza-Urgenza e Nursing, verrà condiviso auspicabilmente con l'AIAC, la FADOI, la SIMEU, ecc.

L'altro ambito su cui vogliamo operare attivamente è la riproposta del Corso di Eccellenza in Aritmologia (proposta di Master in Elettrofisiologia e Elettrostimolazione in collaborazione con AIAC), arenatosi negli anni passati per motivi vari ma per il quale vale la pena di riprendere le fila del progetto.



Wassily Kandinsky, *Cielo blu*, 1940

Esiste infine una proposta, molto sensata e probabilmente praticabile senza necessità di grandi mezzi, di stages locali tipo "Clinical Residence Course" presso Laboratori/Strutture di Aritmologia ad elevata competenza e diffuse sul territorio nazionale, per pochi discenti, di breve durata (una settimana), certi-

ficati ANMCO e con accreditamento ECM, finalizzati a specifiche problematiche da apprendere sul campo e non sui libri o ai congressi quali le procedure ablativistiche complesse, gli impianti dei dispositivi, l'ottimizzazione della programmazione e il follow-up clinico ed "elettrico" dei pazienti impiantati, ecc.

## EMERGENZA-URGENZA

DI CESARE GRECO



## Il Programma dell'Area per il biennio 2005-2006

L'Area Emergenza-Urgenza, in continuità con le iniziative assunte nel biennio precedente, ha un ampio programma per il biennio 2005-2006. Nel programma sono contenute iniziative di formazione, di studio, ricerca ed organizzative. Le indagini epidemiologiche condotte dall'Area negli ultimi anni, documentando alcuni elementi di criticità, hanno evidenziato la necessità di un vasto intervento formativo, articolato in due importanti Campagne Educazionali Nazionali.

### **Campagna Educazionale Nazionale per l'implementazione della strategia di "Rete Interospedaliera e delle Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute"**

Il BLITZ ed il BLITZ-2, hanno documentato la positiva evoluzione di alcuni comportamenti terapeutici ma anche alcuni importanti elementi di criticità: la percentuale di STEMI trattati con terapia di riperfusione è ancora bassa e circa il 50% dei soggetti non riceve alcun trattamento riperfusivo; il ricorso all'angioplastica primaria è limitato e non in rapporto al livello di rischio individuale ma alla disponibilità delle risorse, con scarso ricorso ai trasferimenti interospedalieri nell'alto rischio. Analogamente nelle

sindromi coronariche acute senza ST in alto l'utilizzo dell'interventistica e dei farmaci più importanti non è determinato da una corretta stratificazione prognostica, ma solo dalla disponibilità in loco delle risorse stesse.

La scelta di una strategia di reti integrate per ottimizzare il trattamento dello STEMI e delle SCA NSTEMI è strategica, poiché anche in prospettiva la maggioranza dei pazienti ad alto rischio continuerà ad afferire alle strutture cardiologiche periferiche. Osservazioni di registri internazionali e di programmi di implementazione delle Linee Guida confermano che il livello di aderenza alle Linee Guida delle singole strutture ospedaliere influisce con la prognosi delle SCA ammesse nelle stesse strutture e che programmi di implementazione delle Linee Guida consentono di ottenere riduzioni della mortalità nei sottogruppi ad alto rischio.

L'ANMCO ha quindi lanciato una vasta campagna formativa nazionale, a cui l'Area darà il massimo sostegno, con lo scopo di diffondere il modello di rete interospedaliera per l'emergenza coronarica, di promuovere l'applicazione di protocolli clinico-organizzativi omogenei, basati su una comune visione delle

terapie e su di una ridefinizione dell'alto rischio che sia funzionale ad una strategia di rete.

La campagna ha inoltre l'obiettivo di stimolare l'aderenza ai suggerimenti delle Linee Guida vigenti circa i trattamenti terapeutici, interventistici e farmacologici e sarà quindi condotta con gli strumenti della divulgazione delle Linee Guida e delle strategie di implementazione.

La Campagna dell'ANMCO sarà articolata in una serie di incontri in tutte le regioni italiane, che vedranno coinvolti gli Assessorati alla Salute, le Agenzie di Sanità, le Società Scientifiche Cardiologiche e di Medicina d'Urgenza ed il 118.

Gli incontri consentiranno di fare il punto sull'avanzamento del processo di realizzazione delle reti regionali per l'emergenza coronarica, rilanciando l'iniziativa a partire dal Documento della Federazione Italiana di Cardiologia - FIC "Struttura ed organizzazione funzionale della cardiologia" e dal Documento di Consenso FIC sulla "Rete Interospedaliera", di prossima pubblicazione. La Campagna inizierà di fatto con una cascata formativa che dovrà coinvolgere tutti gli operatori del sistema dell'emergenza regionale, creando le condizioni per un gene-



*Villaggio di pescatori*

rale avanzamento della fase realizzativa e per una verifica del processo basata sul controllo di indicatori specifici.

### **Campagna Educazionale Nazionale "Lo shock nell'Infarto Miocardico Acuto"**

La Campagna per il trattamento dello shock complicante l'IMA, lanciata con la partnership del SICI-GISE, tocca uno degli snodi più delicati dei percorsi terapeutici moderni. I pazienti con shock cardiogeno rappresentano infatti un sottogruppo poco numeroso ma sta-

bile negli ultimi anni, in cui è concentrata una parte importante (circa il 50%) della mortalità dell'intero gruppo dei soggetti con IMA.

Questo rende necessarie strategie specifiche per questa condizione che da una parte consentano il trattamento aggressivo di tutti i soggetti a rischio di sviluppare lo shock per ridurne l'incidenza e dall'altra permettano di trattare adeguatamente i soggetti che alla prima osservazione sono già in shock. È infatti importante sottolineare che l'insorgenza dello shock, per quanto spesso tardiva, è in realtà

prevedibile in base ad una accurata stratificazione del rischio sia come un trattamento interventistico precoce sia capace di ridurne la mortalità in maniera significativa. Anche nel caso dello shock il livello di applicazione delle Linee Guida è elevato, se pensiamo che nel BLITZ solo il 19% di questi soggetti veniva sottoposto a quel trattamento interventistico che le Linee Guida fanno oggetto di una raccomandazione di Classe Ia.

La Campagna sarà articolata in tre incontri interregionali (nord, centro e sud) che vedranno riuniti prevalentemente cardiologi operanti in centri periferici, i quali si confronteranno con una metodologia di lavoro in parte basata su presentazioni frontali ed in parte interattiva. Gli incontri avranno luogo a partire dal mese di giugno, fino al prossimo novembre, coinvolgendo globalmente circa 200 cardiologi.

### **Altre iniziative di formazione**

Tra le ulteriori iniziative di formazione vanno ricordate le Campagne Formative ed i Seminari su Stentine e SCA, sulla Cardiopatia Ischemica Cronica (in collaborazione con l'Area Prevenzione Cardiovascolare), sulla Trombolisi pre-ospedaliera e, in collaborazione con Heart Care Foundation, quella sul Ritardo Evitabile.

Nell'autunno del 2005 si terrà un corso intramurale sulla "Terapia di facilitazione nello STEMI", in partnership con il SICI-GISE.

### Pagina Web dell'Area

In presenza di un così importante programma di intervento occorre disporre di strumenti agili e nuovi per mantenere il contatto con tutti i Cardiologi ma in particolare con quelli che operano nelle 400 UTIC italiane. Sul Sito dell'ANMCO, a partire dal 3 di maggio è comparsa l'icona della UTIC Hot Line: si tratta di una nuova finestra di dialogo per i Cardiologi, che comprenderà una serie di rubriche ed uno spazio di confronto diretto.

Tra le rubriche segnaliamo un Reader's Digest che segnalerà settimanalmente i contributi più rilevanti comparsi sulla letteratura internazionale, l'ABC in Emergenza con interventi sintetici da parte di esperti su particolari aspetti della Clinical Competence nelle UTIC, e dall'Area che aggiornerà in tempo reale su tutte le iniziative condotte.

La pagina Web sarà anche uno strumento di amplificazione delle iniziative formative sopra menzionate.

### Dolore toracico

L'Area ha scelto di affrontare il problema complesso della Gestione del Dolore Toracico all'interno dei DEA ospedalieri, mediante la formazione di una Commissione congiunta con la società scientifica della Medicina d'Urgenza, la SIMEU.

La Commissione ha iniziato i lavori ed ha identificato due priorità: la prima è rappresentata dalla stesura di un documento che analizzi i requisiti minimi condivisi di un'ade-

guata valutazione dei pazienti con dolore toracico sia nella fase più acuta di ingresso in ospedale che nella fase immediatamente successiva, caratterizzata dalla necessità di indagini strumentali di tipo cardiologico.

La seconda priorità riguarda invece una ricognizione puntuale dell'esistente attraverso un questionario da inviare ai centri di PS (la SIMEU dispone di un censimento nazionale) e ai centri cardiologici (censimento nazionale disponibile presso ANMCO), mediante la selezione di un campione rappresentativo della realtà italiana. La pagina Web consentirà di seguire questa importante iniziativa.

### Attività di studio e ricerca

L'Area contribuirà alla realizzazione dello studio IN-ACS Outcome (Italian Network-Acute Coronary Syndromes) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.

Lo studio, che monitorizzerà il percorso diagnostico-terapeutico delle SCA in 70 UTIC e 40 centri di medicina sul territorio nazionale, costituirà di fatto l'avvio del Registro IN-ACS. Il Registro consentirà di valutare nel tempo l'outcome delle SCA e di verificare attraverso opportuni indicatori il livello di applicazione delle indicazioni contenute nelle Linee Guida.

Per quanto riguarda la ricerca sono in fase di progetto uno studio sulle



Leonardo, Studio di vecchio, 1490 c.a.

SCA negli anziani (75+ACS) ed una sui diabetici con SCA.

Sono in corso di pubblicazione il report finale sullo studio BLITZ-2 ed una sottoanalisi sui diabetici del BLITZ; sono inoltre in corso di elaborazione sottoanalisi delle popolazioni del BLITZ e del BLITZ-2 sullo shock, i diabetici e l'impatto degli score di rischio clinico.

L'Area Emergenza-Urgenza si farà promotrice di un Seminario interattivo sul "Ruolo dell'età nel processo decisionale in Cardiologia", che si terrà a Roma nel prossimo luglio. L'Area parteciperà infine a numerosi Simposi in occasione del prossimo Congresso Nazionale, in particolare alla Convention delle UTIC ed al Simposio sulla Clinical Competence nelle UTIC.

## Attività di collaborazione con il Working Group ACC (Acute Cardiac Care) della Società Europea di Cardiologia

*L'Area Emergenza-Urgenza dell'ANMCO ha avviato un proficuo rapporto di collaborazione con il Working Group ACC della ESC. Ospitiamo quindi con piacere un report sull'attività dello stesso Working Group a firma di Marco Tubaro, Vice Chairman dello stesso WG.*  
Cesare Greco

Il WG ACC della ESC si occupa di tutti gli aspetti connessi alla diagnosi e terapia delle malattie acute del cuore (sindromi coronariche acute, insufficienza cardiaca acuta e shock, embolia polmonare, aritmie pericolose per la vita): è l'ultimo gruppo di studio in ordine di tempo fondato dalla ESC ed è inteso a coordinare le attività delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) nei 49 Paesi aderenti alla ESC. I tre settori di attività del gruppo di studio sono quello istituzionale (partecipazione alla vita della ESC ed ai suoi organi associativi, alla redazione di linee guida e documenti, all'organizzazione del congresso europeo di cardiologia); quello scientifico (conduzione di studi clinici randomizzati e di outcome research) e quello educativo (corsi sia alla European Heart House sia "extramurali", nei diversi Paesi aderenti).

Le attività finora svolte dal WG ACC sono state:

- un corso educativo sulle sindromi coronariche acute a Kiev (Ucraina);
- il I Congresso Scientifico del WG ACC, a Roma nell'ottobre 2004;
- un paper sull'organizzazione delle

ICCU, in corso di pubblicazione sulla European Heart Journal (EHJ);  
- la partecipazione alla redazione delle linee guida sulla Acute Heart Failure della ESC.

Inoltre, il WG ACC ha fondato, al suo interno, un gruppo di studio sui biomarcatori nelle cardiopatie acute e un altro sul trattamento pre-ospedaliero.

Le attività attualmente in corso sono:

- l'organizzazione del II Congresso Scientifico del WG ACC, a Praga nell'ottobre 2006;
- la realizzazione del sito Web del WG ACC;
- l'affiliazione della rivista International Journal of Invasive and Acute Cardiac Care;
- la Conferenza di Implementazione delle Linee Guida della ESC, in collaborazione con il board della ESC e con il WG Interventional Cardiology, che si terrà alla EHH il 24-25 giugno 2005;
- la partecipazione alla task force per le linee guida sull'embolia polmonare;
- la redazione di un position paper sull'uso del cateterismo arterioso polmonare;
- la realizzazione di un questionario sul trattamento delle NSTEMI nel mondo reale in Europa;
- un corso educativo sui database informatici e controllo di qualità, alla EHH nell'ottobre 2005;
- un paper sull'accreditamento dei cardiologi delle ICCU e la collaborazione con l'EBAC sempre in rela-

zione alla possibilità di accreditare il lavoro dei cardiologi nelle ICCU;

- la partecipazione attiva all'organizzazione dei futuri Euro Heart Surveys on ACS e alla loro trasformazione in registri permanenti delle ACS in Europa.

Diversi Soci dell'ANMCO sono coinvolti, per il loro prestigio personale, nelle attività del WG ACC, mentre sono sicuramente insufficienti le iscrizioni dei cardiologi dell'ANMCO (e in particolare dell'Area Emergenza-Urgenza) al WG ACC: abbiamo solo 11 Soci dell'ANMCO (oltre a chi scrive) e 3 della SIC!

L'esperienza dell'Area Emergenza-Urgenza dell'ANMCO e del suo Centro Studi pone sicuramente la cardiologia ospedaliera italiana all'avanguardia in Europa, sia sul versante scientifico sia su quello educativo ed organizzativo: tuttavia, la mancata partecipazione dei cardiologi italiani alla vita del WG ACC rende impossibile un loro maggiore auspicabile coinvolgimento nelle iniziative europee. Un caldo invito, quindi, a chi fosse interessato a questi argomenti, a iscriversi al WG ACC, scaricando il modulo dal sito della ESC ([www.escardio.org](http://www.escardio.org)) e inviandolo alla ESC insieme a un CV in inglese.

Non esitate a contattarmi per qualsiasi ulteriore informazione (h 06.33062467/06.3382280, cell 335.6663963, e-mail: [marco.tubaro@tin.it](mailto:marco.tubaro@tin.it)).

Arrivederci a Firenze!

Marco Tubaro  
Vice-Chairman WG ACC



## News dall'Area

**D**al presente numero l'Area Informatica intende pubblicare brevi messe a punto sull'utilizzo dei sistemi informatici in alcuni ambiti della Cardiologia. I contributi saranno sia di tipo teorico, ma anche pratico nascendo dall'esperienza dei singoli Autori.

Ospitiamo con piacere un articolo divulgativo di Claudio Saccavini (Università di Padova, Dipartimento Scienze Medico Diagnostiche - Radiologia) sugli Standard in Cardiologia ed in particolare sul Consorzio IHE - Italia che ha aperto il tavolo della Cardiolo-

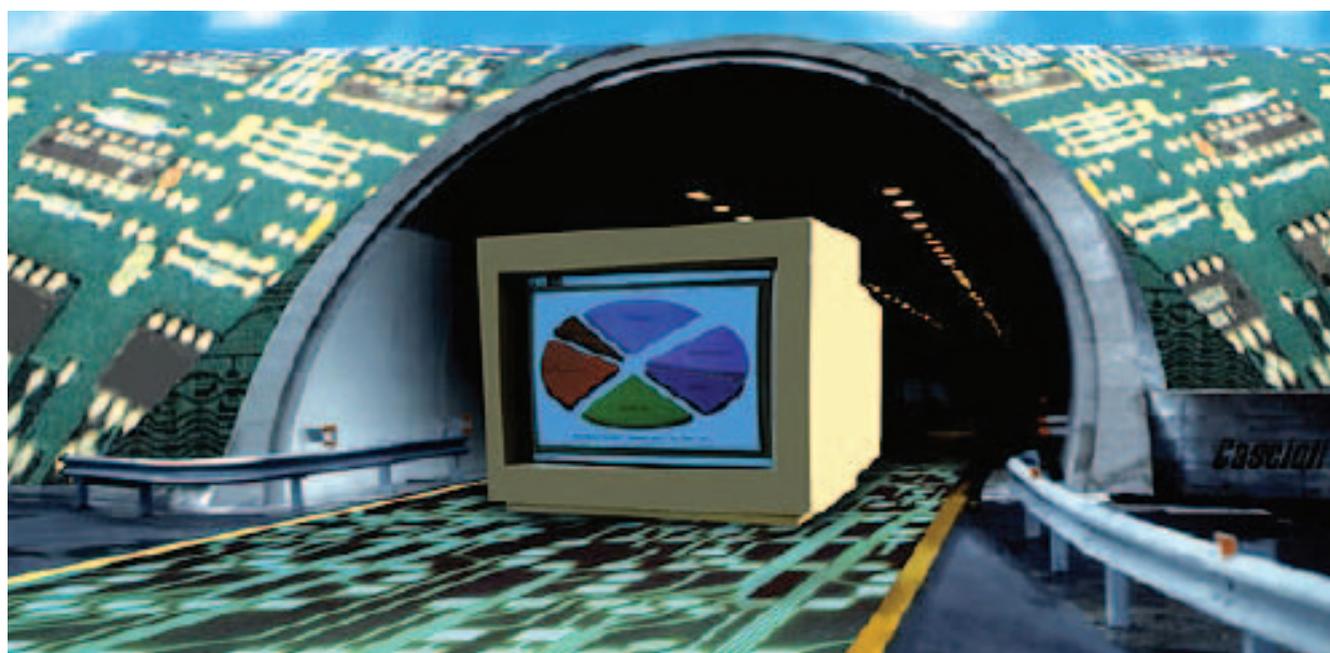
gia dopo la richiesta di ANMCO ad entrarvi.

Il Comitato di Coordinamento ha deciso di dedicare gran parte della riunione degli Iscritti all'Area in sede Congressuale all'argomento degli Standard Informatici in Medicina.

### Riunione degli iscritti all'Area Informatica al XXXVI Congresso Nazionale ANMCO

giovedì 2 giugno 2005, ore 15.30-17.30, Sala Modigliani

- ♥ Presentazione del Comitato di Coordinamento dell'Area Informatica e del programma per il biennio 2005-2006 (A. Di Chiara - Udine)
- ♥ Gli Standard in Cardiologia: il progetto Integrating Healthcare Enterprise (C. Saccavini - Padova)
- ♥ Lo Standard Dicom e HL-7 (M. Piaggio - Genova)
- ♥ La firma digitale e la normativa sulla privacy in cardiologia (F. Fioravanti - Bolzano)



Sul Sito WEB ANMCO è in linea un sondaggio sull'utilizzo degli strumenti informatici nelle Cardiologie Italiane.

Con il contributo degli iscritti si concorrerà ad aggiornare il da-

tabase delle Strutture Cardiologiche Italiane, con un quadro dell'utilizzo clinico e amministrativo degli strumenti informatici e delle connettività intra e extra-aziendale, presupposto

per ottimizzare le iniziative educazionali, scientifiche e gestionali che l'ANMCO intende sempre maggiormente sviluppare con l'ausilio dei supporti informatici.

## Sondaggio WEB sull'utilizzo degli strumenti informatici

AREA INFORMATICA ANMCO - CENTRO STUDI ANMCO

Caro Collega,

ti chiediamo di dedicare 5 minuti del tuo tempo per rispondere ad un breve e semplice questionario informatico (avrà tempo dal 20 maggio 2005 al 31 luglio 2005) che trovi sul nostro Sito istituzionale all'indirizzo [www.anmco.it/aree/elenco/informatica/sondaggio](http://www.anmco.it/aree/elenco/informatica/sondaggio). In sede congressuale sarà possibile avere istruzioni per la compilazione presso lo stand del Centro Studi ANMCO.

Il tuo contributo concorrerà ad aggiornare il database delle Strutture Cardiologiche Italiane, con un quadro dell'utilizzo clinico e amministrativo degli strumenti informatici e delle connettività intra e extra-aziendale.

Questo è il presupposto per ottimizzare le iniziative educazionali, scientifiche e gestionali che l'ANMCO intende sempre maggiormente sviluppare con l'ausilio dei supporti informatici. Se pensi che qualcuno possa essere a conoscenza di maggiori dettagli in questo campo, chiedigli di aiutarti.

I centri che avranno compilato il questionario nei termini di tempo previsti concorreranno all'estrazione di un palmare (vedi il regolamento alla pagina [www.anmco.it/aree/elenco/informatica/sondaggio/regolamento.pdf](http://www.anmco.it/aree/elenco/informatica/sondaggio/regolamento.pdf)).

## UTILIZZO DEL G8-CARDIO WEB A FINI CLINICI

Per l'utilizzo del G8-Cardio Web a fini clinici è necessario ottenere dal Direttore dell'Azienda Ospedaliera, titolare del trattamento dei dati personali, l'autorizzazione al loro trattamento e la delega alla titolarità. Alla pagina [www.anmco.it/aree/elenco/informatica/g8/autorizzazione.doc](http://www.anmco.it/aree/elenco/informatica/g8/autorizzazione.doc) del Sito Web ANMCO troverete il fac-simile del documento preparato dal Centro Servizi ANMCO con l'ausilio dell'ufficio legale.

## Il progetto IHE (Integrating Healthcare Enterprise) in Cardiologia

All'inizio degli anni novanta inizia un'evoluzione dei sistemi informativi sanitari passando dall'architettura dei sistemi centralizzati basati su mainframe a quella dei sistemi distribuiti basati sulle nuove tecnologie client-server. Questa trasformazione tecnologica da inizio alla nuova era dell'incomunicabilità informativa sanitaria di cui i risultati sono oggi sotto gli occhi di tutti.

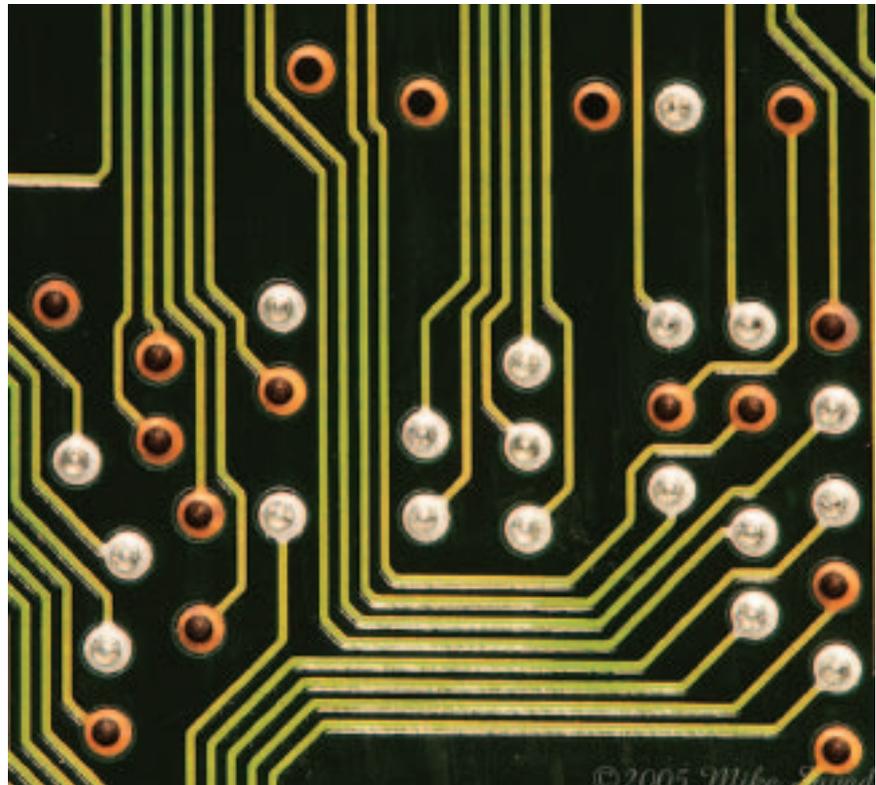
Come risposta a questi problemi nascono delle organizzazioni il cui scopo era quello di redigere gli standard tecnologici e semantici quali HL7 ([www.hl7.org](http://www.hl7.org)) e DICOM ([www.dicom.nema.org](http://www.dicom.nema.org)) al fine di poter integrare fra loro i sistemi informatici e le modalità diagnostiche di nuova generazione quali TAC e Risonanza Magnetica Nucleare. In particolare il Comitato DICOM dal 1993 a oggi ha di fatto imposto questo standard a livello mondiale con notevoli risultati: infatti oggi è ormai assodato che un'apparecchiatura radiologica si integri a qualsiasi sistema informativo radiologico proprio grazie alle regole fissate da questo standard. Dall'esperienza di applicazione di questo ultimo standard ci si accorse intorno al 1997 che bisognava regolamentare anche il mondo ex-

tra radiologico, soprattutto fissando non delle regole di standardizzazione, come aveva già fatto HL7, ma modificando l'approccio dal "dato sanitario" tipico degli organi standardizzatori, al "contesto semantico" del workflow clinico.

Per esemplificare pensiamo ai dati anagrafici del paziente: HL7 ha perfettamente normato sia la struttura sia la messaggistica ma mancavano le linee guida implementative sulla gestione del dato, quali l'aggiornamento.

Il progetto IHE (Integrating Healthcare Enterprise [www.rsna.org/ihe](http://www.rsna.org/ihe) o [www.himss.org/ihe](http://www.himss.org/ihe)) nasce nel 1997 con questo scopo, ovvero quello di redigere le linee guida implementative per gli standard quali HL7 e DICOM nei sistemi informativi del mondo reale.

La metodologia di lavoro è molto semplice: un comitato strategico raccoglie e valuta le istanze presentate dagli utenti (ad esempio abbiamo il problema della riconciliazione dei dati anagrafici del pazien-





te ignoto giunto al Pronto Soccorso), vengono passate ad un comitato tecnico che propone una linea guida per lo specifico problema detta profilo di integrazione, viene discussa all'interno della comunità IHE e poi pubblicata per la fase di commenti pubblici, quindi viene approvata come "trial implementation". A questo punto i vendor del settore implementano il profilo di integrazione e partecipano ad un meeting particolare detto Connect-a-thon dove testano fra loro che il profilo è realmente utilizzabile, sotto l'egida di un comitato tecnico indipendente. Alla fine del Connect-a-thon si ottengono due risultati: la definizione del profilo con la conseguente pubblicazione definitiva e la conformità degli applicativi testati con la conseguente emissione dei Certificati di Conformità (Conformment statement). Questi certificati rap-

presentano una sorta di chiara etichetta del prodotto per l'utente finale in quanto riassumono in una pagina tutte le informazioni necessarie a comprendere le caratteristiche di integrabilità. Il Connect-a-thon europeo 2004 si è tenuto l'ultima settimana di marzo proprio in Italia, a Padova, a testimonianza della vitalità del Comitato IHE Italia. Uno degli aspetti assolutamente innovativi rispetto al tradizionale metodo di lavoro degli organizzatori standardizzatori è la tempistica, infatti tutto il processo sopra descritto deve durare solo 12 mesi. Dopo questa prima fase si inizia la fase di diffusione in cui si supportano e si valicano le implementazioni dei profili nei sistemi informativi reali, realizzando le cosiddette Success Story (realizzazioni molto semplici) o seguendo IHE Projects (implementazioni su larga scala). I domini di interesse di IHE sono molteplici,

infatti sono state pubblicate varie raccolte di profili di integrazione, dette Technical Framework, che si rivolgono alla Radiologia, al Laboratorio, alla Medicina Nucleare, alla Cardiologia ed ai sistemi informativi orizzontali, quali sistemi di gestione delle anagrafi sanitarie o delle prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali. La sfida più importante è stata lanciata alla fine del 2003 e si chiama fascicolo clinico longitudinale (EHR-LR): entro giugno 2004 verranno pubblicati i profili di integrazione correlati, ed entro fine marzo 2005 si terrà il Connect-a-thon europeo in cui si testeranno le prime implementazioni nei prodotti da parte dei vendor. Il 2005 è l'anno della Cardiologia, infatti sono stati redatti i primi profili di integrazione su la parte di emodinamica, di ambulatorio ecocardiografico, e per la gestione degli ECG.



## Il laboratorio digitale di Ecocardiografia

Una realtà operativa o un gadget tecnologico?

Le linee guida per l'ecocardiografia digitale di recentissima pubblicazione iniziano con una frase emblematica: "Digital storage and review is now the state of the art in echocardiography, and practitioners are urged to move quickly to an all-digital solution in their laboratories"<sup>1</sup> che risponde al titolo provocatorio di questo articolo.

Lo sviluppo dello standard DICOM<sup>2</sup>, l'evoluzione digitale degli ecocardiografi, il vertiginoso aumento delle capacità computazionali e di memoria dei moderni computers hanno fatto sì che il laboratorio digitale di ecocardiografia sia ormai, anche nel nostro Paese<sup>3,4</sup>, una realtà operativa in grado di risparmiare risorse, migliorare l'efficienza del laboratorio ed aumentare l'impatto clinico della metodica.

### Che cosa si intende per laboratorio completamente digitale

Un laboratorio di ecocardiografia per essere definito completamente digitale deve possedere 3 caratteristiche fondamentali: 1. le immagini vengono acquisite ed immagazzinate in formato digitale; 2. i dati ed i referti sono archiviati e gestiti in formato digitale; 3. la gestione generale del laboratorio (dall'agenda di prenotazione alla produ-

zione alle statistiche amministrative) avviene in formato digitale.

Per poter implementare un tale laboratorio è richiesto un attento esame di: risorse informatiche della propria struttura (in termini di hardware – computers e reti informatiche – e di risorse umane – informatici in grado di gestire la struttura); modalità operativa del proprio laboratorio, definirne le procedure (dalle modalità di prenotazione, ai protocolli di acquisizione degli esami), il carico di lavoro, ecc.; necessità assistenziali (numero di esami da tenere in linea e per quanto tempo, numero di sta-

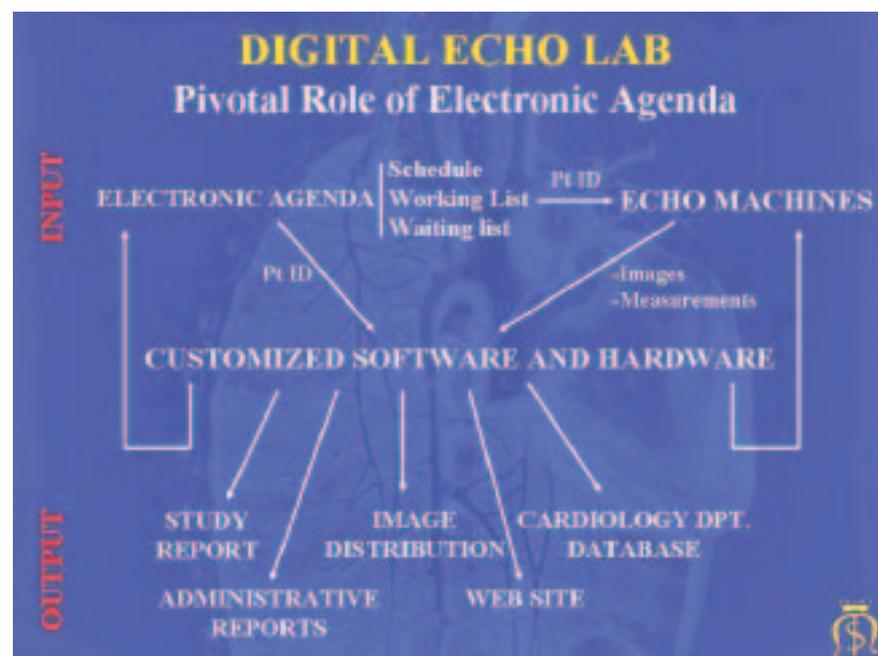
zioni di revisione delle immagini da collegare al server, ecc.) in modo da pianificare attentamente il software e l'hardware necessario.

Questo sforzo di razionalizzazione dell'operatività del laboratorio oltre a evitare brutte sorprese, come quella di acquistare un sistema complesso e costoso che non si adatta alla propria realtà, avrà positive influenze sulla futura attività del laboratorio stesso.

### L'hardware

Server adeguatamente dimensionato (in termini di capacità di memoria) che assicuri adeguata velo-

Figura 1



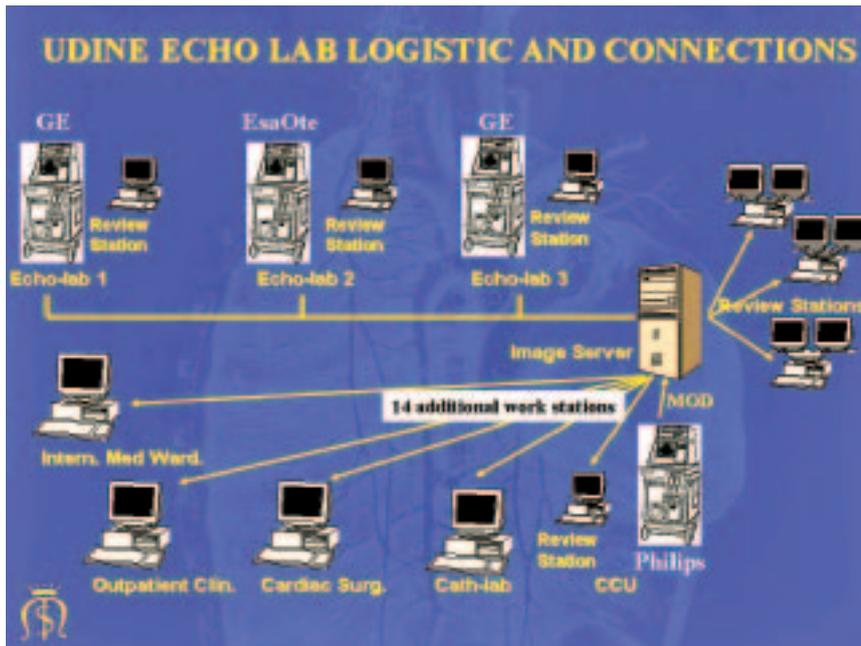


Figura 2

cià di elaborazione dei dati e sicurezza di archiviazione (doppio alimentatore, se non può essere assicurata assistenza tecnica continua; memoria a controllo di errore - ECC; configurazione raid 5; hardware con dischi SATA dotati di funzionalità hot swap e hot spare).

La rete (LAN) con velocità almeno 100 Mbps con una architettura a switch. I terminali devono avere anch'essi adeguata memoria e velocità di elaborazione. Nella figura 1 è riportata schematicamente l'architettura del nostro laboratorio.

### Il software

Contrariamente a quanto si crede comunemente, la chiave di volta del laboratorio digitale di ecocardiografia è l'agenda elettronica (Figura 2) che, se opportunamente configurata in modo che attinga direttamente dall'anagrafe regio-

nale e sia collegata agli ecografi (generando la worklist) ed al database utilizzato per la refertazione, riduce i tempi di accoglimento dei pazienti, evita gli errori di identità del paziente e, tramite un ID univoco, permette il collegamento consistente delle immagini ai dati del paziente<sup>5</sup>. Il software per l'archiviazione e lo scambio delle immagini deve supportare il formato DICOM 3.0, permettere il post-processing delle immagini e l'effettuazione delle misure, nonché rispettare la normativa per la sicurezza e la protezione della privacy dei dati.

L'archiviazione delle immagini in formato DICOM 3.0 offre diversi vantaggi: 1. mediante un semplice ed economico viewer si possono visualizzare le immagini su qualunque PC; 2. è possibile archiviare insieme non solo le immagini ecocardiografiche, ma di qualunque

tecnica di imaging per una gestione del paziente con imaging multimodale (ad es. Eco, TC, RMN, cardiologia nucleare, angiografia ecc.); 3. possono essere archiviate in un unico database immagini provenienti da ecografi di diversi produttori (svincolando il laboratorio dal legame "monovendor"). L'unico problema del formato DICOM è che, per quei laboratori che hanno ambizioni di ricerca, non consente l'elaborazione off-line dei "dati sorgente o dati grezzi" (Raw data).

Tale possibilità non viene però preclusa dalle apparecchiature capaci di acquisire e di archiviare in formato Raw-DICOM, un unico formato che offre i vantaggi del formato DICOM pur mantenendo le possibilità di elaborazione dei raw-data da parte degli eventuali software proprietari<sup>6</sup>.

Un valore aggiunto del software di gestione dei files DICOM è infine la possibilità di gestire (per quegli ecografi che lo generano) il "DICOM Structure Reporting (suppl. 72)" che permette di importare direttamente le misurazioni effettuate sugli ecografi con l'ovvio vantaggio del risparmio di tempo per la refertazione e di evitare gli errori di battitura.

Poter integrare tutte queste funzionalità ottimizzano l'attività del laboratorio digitale e ne aumentano la qualità (pulizia dei dati) richiede una continua interazione fittiva tra ecocardiografisti, industria elettromedicale e software-house (Figura 2)<sup>6</sup>. Infine il database per la re-



fertazione degli esami che deve essere un database relazionale che rispetta anch'esso gli standard di sicurezza e protezione della privacy dei dati, possibilmente dovrebbe alimentare il database generale della struttura in cui opera il laboratorio di ecocardiografia, essere connesso all'agenda elettronica ed alimentare il repository dei referti dell'azienda ospedaliera.

### Risvolti gestionali

Le immagini eco sono a disposizione dei clinici 24 ore/24, 365 giorni/anno e diventano il riferimento per le decisioni cliniche sul paziente. Le immagini sono visualizzabili sul proprio PC entro pochi secondi ed è possibile il confronto diretto di studi successivi eseguiti dallo stesso paziente o il confronto con altre modalità di imaging e, per chi ne ha i diritti la misurazione

diretta di parametri eventualmente non presenti sul referto.

Dal punto di vista dei costi, la riduzione dei costi per dischi magnetico-ottici, videocassette, carta per stampanti fotografiche in B/N o colore, la riduzione dell'utilizzo di infermieri tecnici e portantini per cercare/archiviare e spostare i supporti magnetici di registrazione, la riduzione dei cateteri e del mezzo di contrasto utilizzato per le ventricolografie in sala emodinamica, la riduzione degli accessi alla sala cardiocirurgica per ripetere ecocardiogrammi nell'immediato preoperatorio ammortizzano rapidamente il costo del software e dell'hardware necessari per implementare il sistema.

### Bibliografia

1. Thomas JD, Adams DB, De Vries S, et al. Guidelines and recommendations

for digital echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr* 2005; 18:287-97

2. Thomas JD. The DICOM image formatting standard: what it means for echocardiographers. *J Am Soc Echocardiogr* 1995; 8:319-27

3. Badano LP, Di Chiara A, Werren M, Sabbadini C, Fioretti PM. La rivoluzione digitale nel laboratorio di ecocardiografia. Stato attuale e prospettive future. *It Heart J Suppl* 2000; 1:1561-75

4. Trambaiolo P, Posteraro A, Salustri A, et al. Il laboratorio digitale di ecocardiografia. *It Heart J Suppl* 2004; 5:517-26

5. Compassi R, Bianchi K, Macor L, et al. Agenda di prenotazione elettronica: un componente fondamentale per il laboratorio digitale di ecocardiografia e un modo per rendere trasparenti le liste di attesa. Atti di "Ecocardiografia 2005" XII Congresso Nazionale della SIEC

6. Badano LP, Piaggio M, Cattaneo F, et al. Laboratorio digitale di ecocardiografia: importanza del software di analisi delle immagini e della cooperazione con le ditte di elettromedicali. Atti di "Ecocardiografia 2005" XII Congresso Nazionale della SIEC.

## NURSING

DI DOMENICO MICELI



## Manuale Cardionursing: una realtà da sfogliare

**P**erché un Manuale di Cardiologia per gli Infermieri? Perché non ci sono testi orientati a chi lavora e questo libro è rivolto prevalentemente agli Infermieri che operano nelle Divisioni di Cardiologia, e perché quello che c'è, con rare eccezioni, tradotto, e dunque di sicuro meno aderente alla realtà dei nostri ospedali.

Con questo manuale si vogliono infatti proporre contenuti pensati ed orientati agli Infermieri che lavorano in Italia per fornire uno strumento all'assistenza infermieristica. Proprio per questo motivo non vengono riprese le conoscenze di base di anatomia e fisiologia, ma si parte dai problemi dei pazienti che gli Infermieri affrontano nel quotidiano dell'assistenza e, nel caso delle terapie, non sostituisce un testo di farmacologia, ma spiega il ruolo e gli effetti dei trattamenti.

E perché un Manuale di Cardiologia per gli Infermieri pensato e realizzato dall'Area Nursing dell'ANMCO? Perché l'Area Nursing, nata all'interno della struttura ANMCO nel 1996, è andata progressivamente crescendo e maturando in uno con la crescita e la maturazione di tutti gli Infermieri, e, attraverso una serie di iniziative che hanno stimolato una sempre crescente parteci-

pazione della categoria, ha indiscutibilmente contribuito al miglioramento della qualità dell'assistenza ospedaliera delle Cardiologie italiane: un'evoluzione così positiva-

mente "tumultuosa" non poteva non realizzare un'opera nata dalla collaborazione ma soprattutto dall'integrazione di Cardiologi ed Infermieri: i contesti in cui viene assi-





stato e trattato il paziente cardiologico (dall'UTIC alla degenza agli ambulatori di diagnostica invasiva e non invasiva) vedono infatti più che mai una forte integrazione tra le due categorie. E, non a caso, è stato privilegiato l'aspetto di assistenza tecnica: è infatti un dato tanto acquisito da non avere più bisogno di essere ripetuto, che la vicinanza, l'attenzione, l'informazione ed il sostegno sono parte integrante ed indispensabile di qualunque atto assistenziale, e più che mai di quello infermieristico.

Il Manuale potrebbe apparire ponderoso, ma fa il punto sullo stato dell'arte e le novità, ed i progressi della Cardiologia sono molti e con-

tinuamente ve ne sono di nuovi: basti pensare all'approccio sempre più invasivo alle sindromi coronariche acute, alle problematiche legate all'uso sempre più crescente dei "device", ecc.

Come leggerlo: pensato per essere uno strumento di consultazione nell'armadietto dell'Infermiere, auspichiamo che possa essere strumento di approfondimento per la conoscenza, pensiamo ad esempio all'Infermiere che lavora in Unità di Terapia Intensiva e ha bisogno di essere aggiornato sulle problematiche dell'Emodinamica, spesso non conosciute o non approfondite pur trovandosi magari "alla porta accanto", e viceversa.

La realizzazione di questo testo è stata ovviamente possibile grazie al concorso di più persone, a cui va l'incondizionato ringraziamento dei Coordinatori: la prima persona che ha incoraggiato e sostenuto questa iniziativa è stata Marino Scherillo nel periodo del suo incarico come Coordinatore del Centro Formazione ANMCO, essa si è poi realizzata grazie alla sensibilità dei Presidenti ANMCO che in questi ultimi anni hanno guidato l'Associazione, Alessandro Boccanelli e Giuseppe Di Pasquale e i Consigli Direttivi da loro guidati. Ma sarebbe profondamente ingiusto non ringraziare tutti gli Autori e i Collaboratori che, del tutto volontariamente ed entusiasticamente, vi hanno contribuito credendo nell'iniziativa, nonché Renata De Maria che ne ha elaborato i testi con competenza e precisione.

Un ringraziamento va anche alla Segreteria e all'Amministrazione ANMCO per il sempre prezioso supporto e allo staff del Centro Scientifico Editore che si è adattato con spirito di collaborazione e di sacrificio a inseguire i tempi di tutti. Infine non nascondiamo la presunzione che questa iniziativa, magari integrata con gli opportuni correttivi che verranno dai suggerimenti degli utilizzatori in una prossima riedizione che auspichiamo possa essere realizzata al più presto, possa diventare anche strumento di supporto all'insegnamento della Cardiologia nei corsi di laurea in Scienze Infermieristiche.

## PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

DI CARMINE RICCIO

Diario di bordo  
dell'Area Prevenzione**Formazione**

Le attività di formazione rappresentano da tempo uno dei momenti privilegiati nell'attività dell'Area Prevenzione Cardiovascolare. Nel dettaglio l'Area si propone i seguenti obiettivi:

1. "Corso di Formazione Avanzato in Cardiologia Preventiva e Riabilitativa"; organizzato insieme al GICR in 3 macro-aree nazionali all'inizio del 2006 incentrato soprattutto sulla gestione di alcuni casi clinici paradigmatici in ambito di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare.
2. Realizzazione dell'evento formativo "La consulenza cardiologica pre-operatoria"; questo corso permetterà di delineare i corretti percorsi diagnostici e terapeutici per i pazienti con possibile od accertata patologia cardiaca, candidati a procedure di chirurgia non-cardiaca.
3. La Campagna Nazionale sulla Cardiopatia Ischemica Cronica, indirizzata ai medici di medicina generale. Si tratta di un evento completamente innovativo che vede coinvolta l'Area Prevenzione insieme al Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e all'Area Emergenza-Urgenza. Si svolgerà a Bologna presso il Centro Simulearn, leader dei sistemi di simulazione clinica, con l'organizzazione di 20 incontri

tra maggio e novembre, a cui è prevista la partecipazione di 60 cardiologi in qualità di docenti. I partecipanti, divisi in gruppi di massimo dieci persone, verranno coinvolti in un percorso formativo con partecipazione diretta alla soluzione di casi clinici simulanti situazioni che quotidianamente si possono presentare nei loro ambulatori, in cui

pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica possono lamentare aritmie, crisi ipertensive, sincopi.

4. La Campagna Educazionale "La prevenzione CV nella pratica clinica". È finalmente ai nastri di partenza la Campagna dedicata a "La prevenzione CV nella pratica clinica" che si propone la diffusione dei contenuti e delle raccomandazioni



presentati nel corso della III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, tenutasi a Roma in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità. A partire dal prossimo mese di giugno, si terranno oltre 85 incontri, distribuiti in tutto il territorio nazionale e rivolti a Medici di Medicina Generale.

5. Organizzazione, come ogni anno all'interno del Congresso Nazionale, di un "Minimaster di Prevenzione e Riabilitazione Cardiologica", indirizzato alle figure professionali non-mediche. Quest'anno il Minimaster sarà caratterizzato da un'elevata interattività e incentrato soprattutto sul ruolo della comunicazione e del counseling in prevenzione cardiovascolare.

6. Concorso nella realizzazione del corso di formazione "Dalla Prevenzione alla riabilitazione delle malattie Cardiovascolari", che si terrà presso il Dipartimento di Scienze Cardiologiche dell'Azienda Ospedaliera San Sebastiano di Caserta.

7. il Seminario di Aggiornamento dedicato alla Elettrocardiografia di base per i Medici di Medicina Generale. Rischio cardiovascolare e danno d'organo. È auspicabile che il Medico di Medicina Generale (MMG) acquisisca la consapevolezza che una valutazione di base dell'elettrocardiografia (ECG) e delle sue più comuni modificazioni è possibile anche da parte di professionisti non cardiologi. Sono previsti, a partire dal prossimo mese di settembre, oltre 30 eventi locali, rivolti a 35 discenti, ognuno dei qua-

li sarà suddiviso in tre fasi:

- apprendimento: lezione interattiva di presentazione degli elementi di base dell'ECG e riconoscimento delle principali alterazioni patologiche, che si terranno nei mesi di settembre e ottobre prossimi;
- applicazione sul campo: periodo di 4-6 mesi in cui i MMG si eserciteranno al riconoscimento delle principali alterazioni ECG nei propri pazienti, avvalendosi del manuale distribuito in occasione del primo incontro;
- verifica: lezione-test con proiezione di casi clinici rappresentativi di alterazioni ECG e di situazioni di diversi livelli di rischio cardiovascolare con valutazione attraverso quiz, che si terranno nel trimestre gennaio-marzo 2006.

#### Forum sulla "nota 13"

L'Area Prevenzione ritiene di valore strategico l'avvio di un confronto critico con le Istituzioni (Ministero della Salute, Agenzia Italiana per il Farmaco, Istituto Superiore di Sanità) su alcuni problemi di particolare impatto sociale e clinico. Per questo motivo sono stati avviati contatti con l'Istituto Superiore di Sanità, finalizzati alla realizzazione di un "Forum", che consenta una riflessione condivisa sull'impiego delle nuove "carte del rischio cardiovascolare" e sulla nuova "nota 13" di recente introduzione. I problemi relativi alla prescrivibilità e rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti sono infatti motivo di no-

tevole perplessità in buona parte della classe medica italiana.

#### Ricerca clinica

L'Area Prevenzione ritiene maturi i tempi per proporre nuove indagini scientifiche in settori non ancora toccati dall'ANMCO. In particolare, due progetti verranno sottoposti tra breve all'attenzione del Comitato Scientifico dell'ANMCO per il necessario iter di revisione:

1. Survey sul counseling svolto in ambito ospedaliero. L'indagine si propone di effettuare una rilevazione trasversale, che consenta di identificare quali figure professionali svolgano durante l'ospedalizzazione attività educazionale nei confronti dei pazienti e dei loro congiunti. Inoltre, l'osservazione consentirebbe anche di definire quali sono le modalità di interazione con i pazienti e quanto gli interventi possano risultare efficaci. Lo studio dovrebbe necessariamente svilupparsi in accordo e collaborazione con il GICR.

2. Prevalenza di deficit cognitivo in pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica. Lo studio dell'interazione cuore-cervello rappresenta una nuova frontiera per la ricerca scientifica. I pazienti affetti da patologie cardiovascolari sembrano presentare con elevata frequenza forme minori di deficit mnesico e cognitivo. Lo studio dovrebbe consentire di rilevare la presenza di tali deficit mediante la somministrazione di test specifici (ad es. MMSE) in un consistente

campione di pazienti, rappresentativo della popolazione comunemente assistita presso le strutture cardiologiche ospedaliere. Inoltre, potrebbero essere definite le correlazioni tra i diversi aspetti clinici e terapeutici ed il grado di disfunzione cognitiva. Un follow-up potrebbe infine consentire di chiarire se l'eventuale deficit cognitivo abbia un qualche impatto prognostico indipendente dalle altre caratteristiche cliniche maggiori.

### Progetti editoriali

Numerose sono le iniziative editoriali dell'Area Prevenzione già portate a compimento, in via di realizzazione o in progetto.

Sono già stati pubblicati due Supplementi per l'Italian Heart Journal, uno intitolato "Cuore e diabete" ed un altro rappresentato dagli "Atti della III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari".

In corso di pubblicazione sono:

- il Lexicon di Prevenzione Cardiovascolare, un lemmario con oltre 400 voci interamente dedicate ai temi di epidemiologia e prevenzione ed ai trial condotti in tale ambito, che dovrebbe rappresentare uno strumento di rapida consultazione, esauriente ed aggiornato per tutti gli Operatori Sanitari;
- la monografia, in collaborazione con l'Area Scompenso Cardiaco, dedicata a "La Prevenzione dello Scompenso Cardiaco" per il Pensiero Scientifico Editore;

- il "Manuale Cardionursing", che prevede un ampio capitolo "Epidemiologia e Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari" dedicato ai fattori di rischio cardiovascolare, al loro trattamento ed alle proposte organizzative per un ruolo del nursing nella prevenzione;
- un volumetto ed un CD-Rom, a cura del Centro Scientifico Editore, da utilizzare per la Campagna di diffusione dei contenuti della "III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari", denominata "La Prevenzione Cardiovascolare nella Pratica Clinica".

Tra i progetti per il prossimo biennio il Comitato di Coordinamento sta valutando alcune ipotesi tra cui:

- un testo sui rapporti tra cuore e rene, il cui titolo potrebbe essere "Patologia renale e cardiovascolare nella pratica clinica: percorsi integrati di prevenzione e terapia";
- un testo sulla comunicazione e sul counseling non farmacologico, che si potrebbe avvalere della collaborazione del GICR;
- un testo che riprenda i contenuti della futura campagna educativa sulla consulenza cardiologica;
- eventuali altri prodotti editoriali sulla sindrome metabolica e i fattori di rischio nell'anziano.

### Rapporti con le Regioni

Quasi tutte le Regioni, dopo il nostro invito hanno individuato un Referente Regionale per l'Area.

I nominativi dei referenti delle rispettive Regioni li potete trovare sul sito Web ANMCO alla pagina [www.anmco/aree/prevenzione/referenti](http://www.anmco/aree/prevenzione/referenti). Colgo l'occasione per sollecitare i Presidenti delle Regioni mancanti a completare al più presto questa Rete che ci consentirà in futuro di dialogare più facilmente con la periferia. A breve tutti i Referenti Regionali riceveranno una lettera di invito a segnalare eventuali iniziative dedicate alla prevenzione nella loro Regione a cui l'Area garantisce il contributo. Verranno informati inoltre prioritariamente delle iniziative dell'Area, organizzate centralmente, che sono già state programmate nella loro Regione. Invito tutti i Referenti Regionali a partecipare all'Assemblea dell'Area che si terrà in occasione del prossimo Congresso Nazionale ANMCO venerdì 3 giugno alle ore 15.00 presso la Sala Giotto.



## FELLOWSHIP ANMCO

### IL CONFERIMENTO DELLA FELLOWSHIP ANMCO AL XXXVI CONGRESSO NAZIONALE

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTA'	PROV.
ABRIGNANI	MAURIZIO GIUSEPPE	OSPEDALE CIVILE SANT'ANTONIO ABATE	ERICE	TP
ADORISIO	RACHELE	OSPEDALE BAMBINO GESÙ	ROMA	RM
AGRICOLA	PIETRO MARIA GIOVANNI	OSPEDALE MAGGIORE	CREMA	CR
ANGELI	FABIO	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PERUGIA	PG
ARAGONA	PIERLUIGI	G. CHIDICHINO	TREBISACCE	CS
BARBATO	GAETANO	OSPEDALE MAGGIORE C.A. PIZZARDI	BOLOGNA	BO
BARTOLOMUCCI	FRANCESCO	OSPEDALE L. BONOMO	ANDRIA	BA
BELARDINELLI	ROMUALDO	OSPEDALE CARDIOLOGICO G.M. LANCISI	ANCONA	AN
BOSCHETTI	CARLA	OSPEDALE SAN CAMILLO	ROMA	RM
CERAVOLO	ROBERTO	OSPEDALE CIVILE A. PUGLIESE	CATANZARO	CZ
CITRO	RODOLFO	OSPEDALE SAN LUCA	VALLO DELLA LUCANIA	SA
CONTE	MARIA ROSA	OSPEDALE DEGLI INFERMI	RIVOLI	TO
CORDONI	MARIO	OSPEDALE VILLAMARINA	PIOMBINO	LI
DE LUCA	LEONARDO	POLICLINICO UMBERTO PRIMO	ROMA	RM
GABRIELLI	DOMENICO	OSPEDALE CARDIOLOGICO G.M. LANCISI	ANCONA	AN
ITALIANI	GESSICA	OSPEDALE DELLA VAL DI NIEVOLE	PESCIA	PT
MAINES	MASSIMILIANO	OSPEDALE SANTA MARIA DEL CARMINE	ROVERETO	TN
MONTERICCIO	VINCENZO	ISTITUTO POLICLINICO SAN DONATO	SAN DONATO MILANESE	MI
OLIVOTTI	LUCA	OSPEDALE SANTA CORONA	PIETRA LIGURE	SV
PALMIERI	ROSA	OSPEDALE CIVILE	ADRIA	RO
PANDOLFO	LUCIANO	OSPEDALE SANTO SPIRITO	ROMA	RM
PASSAMONTI	ENRICO	ISTITUTI OSPITALIERI	CREMONA	CR
PATRIZI	ROBERTO	POLICLINICO CASILINO	ROMA	RM
PATRUNO	NICOLINO	OSPEDALI RIUNITI ALBANO-GENZANO	ALBANO LAZIALE	RM
PAVESI	PIER CAMILLO	OSPEDALE MAGGIORE C.A. PIZZARDI	BOLOGNA	BO
PIERI	DANIELE	PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA SOFIA	PALERMO	PA
POLIMENI	ROCCO MARIO	OSP. SANTA MARIA DEGLI UNGHERESI	POLISTENA	RC
PUGLIESE	MARCO	OSPEDALE SAN CAMILLO	ROMA	RM
ROSSINI	DUCCIO	OSPEDALE DELLA VAL DI NIEVOLE	PESCIA	PT
RUBINO	ANTONIO	PRESIDIO OSPEDALIERO VILLA SOFIA	PALERMO	PA
SERAFINI	OSCAR	OSPEDALE SANTISSIMA ANNUNZIATA	COSENZA	CS
VALLEBONA	ALESSANDRO	OSPEDALE SESTRI LEVANTE	SESTRI LEVANTE	GE
VONA	MARGHERITA	OSPEDALE BEAUREGARD	AOSTA	AO



# Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055/588784 - Fax 055/579334

e-mail: soci@anmco.it

## RICHIESTA PASSWORD E USERNAME SITO WEB ANMCO PER SERVIZI RISERVATI AI SOCI

### DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

ABITAZIONE: INDIRIZZO \_\_\_\_\_ FAX. \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

### COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

#### Presidio:

DENOMINAZIONE \_\_\_\_\_  SI

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_ PRIMARIO O F.F. \_\_\_\_\_

#### Qualifica:

Direttore di struttura complessa  Responsabile di struttura semplice  Dirigente  Ambulatoriale

Ricercatore - Borsista - Specializzando  Altro \_\_\_\_\_ **In quiescenza:**  SI

### A cura dell'AMNMCO

#### Inviatemi il codice di accesso a mezzo

FAX \_\_\_\_\_

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

POSTA \_\_\_\_\_

Non compilare

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Non compilare

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

Non compilare

Codice unico \_\_\_\_\_

#### Codice attribuito

USERNAME \_\_\_\_\_ PASSWORD \_\_\_\_\_ Firma Segreteria ANMCO \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

## 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 Direttori 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 Direttori 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](mailto: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](mailto:sistopz@tiscali.it)

### CALABRIA - Dott. MARIO CHIATTO

Presidio Ospedaliero - Via Viccinelli - 87075 Trebisacce (CS)

tel. 0981/5091-509263 - fax 0981/500164 - e-mail: [compama@libero.it](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:gianfranco.sinagra@aots.sanita.fvg.it)

### LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinetti, 20 - 00135 Roma

tel. 06/33061-33062467 - fax 06/33062489 - e-mail: [fabammirati@libero.it](mailto:fabammirati@libero.it)

### LIGURIA - Prof. SERGIO CHIERCHIA

Ospedale Civile - Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova - tel. 010/5552236-2841

fax 010/5556846 - e-mail: [sergio.chierchia@Hsanmartino.liguria.it](mailto:sergio.chierchia@Hsanmartino.liguria.it)

### LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

Osp. Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano

tel. 02/64442308 - fax 02/64442818 - e-mail: [amafric@tin.it](mailto:amafric@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](mailto:manfrinmar@libero.it)

### MOLISE - Dott. EMILIO MUSACCHIO

Ospedale Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 Campobasso

tel. 0874/4091-409319 - fax 0874/409442 - e-mail: [cardiologiabc@virgilio.it](mailto:cardiologiabc@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](mailto: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](mailto:werraubz@yahoo.it)

### P.A. TRENTO - Dott. ROBERTO BETTINI

Presidio Ospedaliero San Giovanni - Via Alpini, 11 - 38017 Mezzolombardo (TN)

tel. 0461/6111111 - fax 0461/611199 - e-mail: [bettini@tn.apss.tn.it](mailto:bettini@tn.apss.tn.it)

### PUGLIA - Dott. GIANFRANCO IGNONE

Ospedale Perrino - SS Brindisi - Mesagne - 72100 Brindisi

tel. 0831/537466 - fax 0831/537778 - e-mail: [ignonegf@libero.it](mailto:ignonegf@libero.it)

### SARDEGNA - Dott. GIAMPAOLO SCORCU

Ospedale San Michele Brotzu - Via Peretti - 09134 Cagliari

tel. 070/539517-510 - fax 070/531400 - e-mail: [giampaolo.scorcu@tin.it](mailto: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](mailto: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: [frmazzuo@tin.it](mailto:frmazzuo@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](mailto: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](mailto:giorgiorigatelli@yahoo.it)



## 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"/> Cardiochirurgia (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 \_\_\_\_\_



# 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

## Aree 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**                       **Direttore di struttura complessa**  
 **Responsabile di struttura semplice**                       **Dirigente**                       **Infermiere**                       **Altro**

### Indirizzo abitazione:

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

### Notizie sulla Struttura:

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

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

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ EMAIL 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 Scopenso Cardiaco - 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 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 \_\_\_\_\_



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

**Heart  
Care  
Foundation**



**NON COMPILARE QUESTO RIQUADRO**

DATA RICEZIONE \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## **CARDIOLOGIE APERTE - 23 OTTOBRE 2005**

### **DATI U.O. DI CARDIOLOGIA:**

Ospedale \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Direttore \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

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

Sito web ospedale \_\_\_\_\_

Direttore Generale \_\_\_\_\_

Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Esatta dicitura Az. Osp. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

### **DATI PERSONALI RICHIEDENTE**

Nome \_\_\_\_\_

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

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

Inviare via fax: **055582756**

## ABRUZZO

DI ANGELO VACRI



## L'ANMCO Abruzzo ad un significativo traguardo

Il 2 aprile scorso si è tenuto a Vasto il XX Convegno Regionale dell'ANMCO Abruzzo **"Linee guida 2005. Una grande opportunità culturale"** che ha riscosso un notevole successo sia in termini di partecipazione, con oltre 220 partecipanti tra cardiologi, internisti e medici di medicina generale, che di gradimento, segno evidente dell'interesse per gli argomenti trattati.

I principali temi affrontati sono stati il rischio cardiovascolare globale, la terapia non farmacologica dello scompenso cardiaco, la cardiopatia ischemica acuta STE e la valutazione del rischio post-infartuale. Quest'appuntamento, giunto al ventennale, rappresentava per l'ANMCO Abruzzo un traguardo importante a testimonianza e conferma di una crescita culturale vigorosa e costante negli anni: non è stata quindi fortuita la presenza del nostro Presidente Nazionale Dott. Giuseppe Di Pasquale che ha tenuto una lettura magistrale sullo "Stato attuale e prospettive dell'ANMCO".

Nella sessione dedicata alla cardiopatia ischemica STE si è fatto anche il punto sulla istituzione della rete per l'emergenza coronarica: al momento attuale stanno per essere attivate le ambulanze del 118 at-

trezzate per la trasmissione dell'ECG alle UTIC territoriali di riferimento, individuate dalla delibera regionale. È un primo passo al quale dovranno seguire, con la ripresa, dopo le recenti elezioni, del dialogo con le istituzioni e con il nuovo Assessore regionale alla Sanità, una integrazione della delibera istitutiva, che ha escluso dalla rete quattro presidi dotati di UTIC, e soprattutto la formalizzazione di protocolli e procedure nonché la formazione specifica del personale del 118, anche ai fini della trombolisi preospedaliera.

A questa sessione non ha potuto partecipare per imprevisti ed inderogabili impegni il Dott. Felice Vitullo, direttore dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, organismo operativo dalla seconda metà del 2004: ci ha fornito però alcuni interessanti e preliminari dati sulla epidemiologia dell'infarto miocardico nella nostra Regione, che, approfonditi, saranno certamente utili nello sviluppo della rete per l'emergenza.

Nel corso del Convegno, a riconoscimento della meritoria attività assistenziale, formativa e divulgativa svolta sia come Primari Cardiologi sia in veste di Delegati ANMCO Abruzzo, sono state consegnate dal Presidente Nazionale le pri-

me quattro Targhe ANMCO Abruzzo al merito della cultura ai Dott. Camillo De Luca, Domenico Di Gregorio, Giuseppe Di Marco ed Aurelio Rossi.

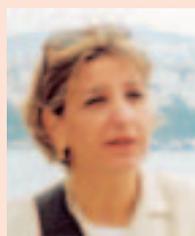
Il giorno precedente, primo aprile, nella stessa sede, si è tenuto l'evento **"Cardionursing Abruzzo 2005"** dedicato al ruolo infermieristico in prevenzione cardiovascolare e comprendente un minicorso di elettrocardiografia.

### Prossimi eventi di aggiornamento:

- **Attualità in tema di cardiomiopatia ipertrofica** – Pescara 18 giugno 2005 Sala Convegni Aeroporto di Pescara – organizzato dalla U.O. di Cardiologia P.O. Penne e da ANMCO Abruzzo in collaborazione con MILENA Onlus di Roma.
- **Elettrocardiografia di base per i Medici di Medicina Generale:** rischio cardiovascolare e danno d'organo – Pescara e L'Aquila in ottobre (data da definire) – eventi regionali coordinati da ANMCO Abruzzo facenti parte della campagna educativa nazionale organizzata dall'Area Prevenzione dell'ANMCO.
- **Riunione Regionale AIAC** - Teramo 7 ottobre 2005 - Sala Convegni Ospedale Civile.

## CALABRIA

DI MARILENA MATTA



## News dalla Calabria

**A**nche quest'anno in Calabria gli eventi formativi regionali sono stati organizzati con l'intento di preparare Medici e Infermieri a percorsi di formazione professionali con la promozione di tematiche che integrano il ruolo dell'infermiere e del Medico. Il Forum che si è svolto a Rossano l'11-12 marzo 2005 ha visto un numero consistente di figure professionali Mediche e Infermieristiche che hanno affollato la sala conferenze dell'ASL 3 di Rossano (Cosenza).

"**Attualità in Cardiologia clinica**" è stato il tema del Forum, il cui scopo è stato di informare i cardiologi, i medici del Pronto Soccorso e del 118 e quelli di Medicina Generale, su argomenti clinici di grande attualità come l'interventistica nella cardiopatia ischemica e il trattamento ablativo delle aritmie. Ampio spazio è stato dedicato al paziente anziano e gli esperti hanno illustrato le indicazioni alla sostituzione valvolare e ai rischi e benefici cui va incontro il paziente anziano che assume anticoagulanti orali.

Interessante è stato il dibattito che si è concentrato sugli sviluppi più recenti in merito all'epidemiologia, alla fisiopatologia, alla diagnostica **dell'ipertensione arteriosa**, con ampio intervento anche dei MMG. Una sessione intera è stata dedicata al tema sempre attuale **dell'e-**

**mergenza cardiologica** che nella nostra Regione registra ancora un'organizzazione non sempre efficiente per carenze strutturali e ambientali. Lo scambio di idee e il confronto clinico e diagnostico su queste patologie cardiologiche non possono che ottimizzare al massimo le risorse e definire i migliori trattamenti possibili per i pazienti cardiopatici.

**La sessione parallela per infermieri** ha affrontato un tema che registra sempre consensi numerosi: "l'infermiere professionale nella gestione della cardiopatia ischemica cronica" è stato l'argomento trattato da Medici e Infermieri relatori del convegno.

**Il ruolo dell'infermiere** nei laboratori di diagnostica e la gestione infermieristica nell'ambulatorio dello scompenso cardiaco e nella riabilitazione cardiologica, sono problematiche che hanno confermato la reale integrazione dei ruoli tra il Cardiologo e l'Infermiere.

Nell'ambito dei progetti che **l'Heart Care Foundation** sta realizzando in Regione Calabria con lo scopo di sensibilizzare i cittadini a modificare stili di vita e ridurre i fattori di rischio cardiovascolari diventati ormai obiettivi essenziali per una Cardiologia moderna, si è tenuto a **Cetraro** il Convegno dal titolo "**Dal ben bere al ben stare**".

Il Convegno si inserisce nel pro-

gramma 2004-2006 PROGETTO CALABRIA CUORE con il fine di promuovere iniziative per la diffusione della cultura del **vivere sano e per il calcolo del rischio cardiovascolare**. Il Convegno conclude il **I Master of Food** di degustazione di vini in cui si decantano le preziose qualità di un buon bicchiere di vino, alleato del vivere sano.

Questa iniziativa ha voluto portare avanti un progetto di informazione e educazione dei consumatori di vino. Questi incontri didattico-conviviali sono diretti non tanto a creare un degustatore infallibile, ma a far ragionare e contemplare i partecipanti sul piacere del bere. Alla fine delle lezioni di degustazione si sono incontrati enologi, cardiologi per spiegare come il vino, una bevanda alcolica che fa parte delle nostre tradizioni alimentari, possa avere alcuni effetti positivi sull'organismo se consumata in dosi che tengano conto della tolleranza e delle necessità energetiche di ciascun individuo.

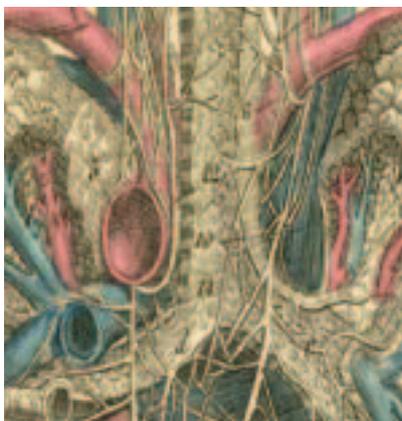
Il Convegno dal titolo "Dal ben bere al ben stare" ha concluso egregiamente il discorso su uno dei simboli più eloquenti dello stile di vita italiano, lento e contemplativo che riassume le idee di convivialità, ospitalità, divertimento, salute e cultura indissolubilmente associate, almeno così si vuole alla natura degli italiani.

## MOLISE

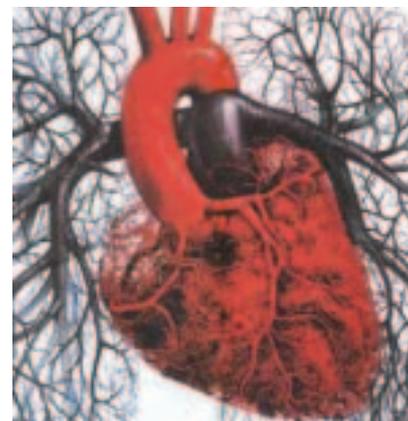
DI MARIO SINISCALCHI, PIER LUIGI PAOLONE, EMILIO MUSACCHIO

**Polso Laringeo, correlazione anatomo-semeiologiche****Le basi anatomiche dei segni di Oliver e Cardarelli**

Il 13 settembre 1878 il chirurgo inglese V.S. Oliver, tramite una breve lettera al direttore del LANCET, diede comunicazione di un "metodo di esame" utile nel diagnosticare gli aneurismi dell'aorta toracica: "...Situare il paziente nella posizione eretta e fategli chiudere la bocca ed elevare il mento per quanto è possibile, allora prendete la cartilagine cricoide tra il pollice e l'indice, ed esercitate su di essa una leggera pressione in su; ciò posto, se la dilatazione o l'aneurisma esiste, la pulsazione dell'aorta sarà sentita distintamente trasmessa attraverso la trachea alla mano". Nello stesso periodo il clinico molisano Antonio Cardarelli stava lavorando all'interpretazione delle pulsazioni del massiccio laringo-tracheale nei soggetti con aneurisma aortico e dopo circa 9 mesi da Oliver pubblicò sul periodico "Il movimento Medico-Chirurgico" l'articolo "Sulla pulsazione del tubo laringo-tracheale come segno di certi aneurismi dell'arco aortico" (anno XI, serie II, vol. I, 1879, pp. 223-229). Nonostante tale lavoro scientifico fosse postumo rispetto alla missiva di Oliver, nel mondo accademico dell'epoca nacque una diatriba sulla paternità della manovra semeiologica; alla fine fu lo stesso Cardarelli



a pacificare sulla presunta originalità del segno: "...Non sono già uno stesso ed identico segno, ma due segni essenzialmente distinti. Sono sì fondati sullo stesso fatto obiettivo, cioè sul rapporto che la trachea ha con l'aneurisma, ma sono raccolti diversamente; ... il fenomeno mio si rileva premendo sul tiroide con qualche forza e spostandolo da destra verso sinistra: è quindi una pulsazione laterale; ... la pulsazione del tubo laringo tracheale si può trasmettere o nel senso verticale o nel senso antero-posteriore, ma sempre ha lo stesso valore: sempre sta ad indicare l'esistenza di un aneurisma aortico" (Tommaso Senise, Lezioni scelte di clinica medica del Prof. Antonio Cardarelli, Biblioteca dello "Studium", Napoli, 1921, p. 179). Quanto detto consente di rivisitare un segno vecchio di oltre un secolo, che conserva il suo



pieno significato nell'ambito della medicina clinica e della diagnostica differenziale. Nonostante i notevolissimi progressi della diagnostica per immagini il medico pratico è sempre solo nella formulazione del perenne imperativo clinico: il sospetto diagnostico, e talvolta i segni di Cardarelli e di Oliver possono risultare di ausilio nella formulazione del ventaglio di ipotesi differenziali. L'aorta emerge dalla base del ventricolo sx, volge in alto da dx verso sx, si curva ad abbracciare il bronco sx e di qui scende nel mediastino posteriore lungo la colonna vertebrale, attraversa il canale aortico diaframmatico e, a livello della quarta vertebra lombare si apre nelle due arterie iliache comuni. Dell'aorta si distinguono vari tratti: a) Porzione intrapericardica; b) Arco; c) Porzione discendente (segmento toracico ed ad-

dominale). L'aorta intrapericardica ha una lunghezza variabile da 5-7 cm e sulla sua superficie anteriore si accolla il tratto anteriore alto del pericardio fibroso e vi si adagiano, nel portarsi dall'avanti verso dietro, i nervi cardiaci anteriori ed il vago di sx. La superficie dx o posteriore dell'arco è a contatto col plesso cardiaco profondo e contrae, procedendo dall'avanti verso dietro, importanti rapporti con la trachea, sulla quale lascia un'impronta, con l'esofago e con il dotto toracico. La superficie inferiore, concava, dell'arco circonda prima il ramo dx dell'arteria polmonare, poi accavalta il bronco sx. Nello spazio a fionda delimitato dai due rami di biforcazione dell'arteria polmonare, chiuso in alto dall'orlo concavo dell'arco aortico, si dispiega il plesso cardiaco superficiale. Da queste premesse di anatomia è possibile trarre diversi segni e sintomi, oltre il polso laringo-tracheale, che possono indirizzare il sospetto di aneurisma dell'aorta prossimale: 1) Disfonia-raucedini per paresi/paralisi della corda vocale sx; 2) Polsi radiali asimmetrici (maggiormente c'è iposfigmia della radiale di dx per compressione sul tronco brachiocefalico); 3) Disfagia (aneurismi dell'aorta toracica); 4) Lacrimazione e miosi sx per compressione sulla catena simpatica omolaterale; 5) Dolore epigastrico simil-anginoso con irradiazione verso il fianco sx (il meccanismo peculiare di questo tipo di dolore non è stato ancora delucidato: alcuni autori lo assimi-



lano al dolore irradiato della cardiopatia ischemica, altri lo fanno risalire a compressione sull'origine dei nervi intercostali); 6) Senso di soffocamento per spasmo riflesso della glottide; 7) Dispnea per compressione sia del ramo sx dell'arteria polmonare, che del bronco sx. La pulsazione laringea non è, comunque, patognomonica di aneurisma aortico; in letteratura sono riportati casi di carcinomi esofagei, linfomi mediastinici, carcinomi bronchiali, sarcomi mediastinici, in cui sia il segno di Cardarelli, che di Oliver sono positivi. Nella pratica clinica vale sicuramente un criterio enunciato dal filosofo Karl Popper: "Le ipotesi non confutabili probabilmente sono vere"; in altri termini l'osservazione del paziente e la ricerca semeiologica consentono di orientare in modo completo, rapido, efficiente ed economico la parte di diagnostica strumentale tale da poter "confutare" le ipotesi false e lasciare intatta l'ipotesi ultima: la causa reale della malattia. In ultima analisi l'esame clinico fonda ed il "laboratorio" corrobora. Nel mo-

mento in cui ritroviamo la positività del polso laringeo, associato a segni di stiramento del nervo ricorrente di sx (disfonia e/o raucedini) saremo autorizzati a pensare alla presenza di un aneurisma dell'arco aortico, fino a prova contraria. Nella valutazione iniziale di questo tipo di problematiche l'ecocardiografo diventa sempre di più una sorta di "fonendoscopio tecnologicamente avanzato", indispensabile nella pratica clinica quotidiana; esso dovrebbe quasi diventare un prolungamento delle dita del medico durante l'esame obiettivo. Lo studio della patologia dell'aorta toracica presuppone, con l'approccio bidimensionale, le classiche sezioni parasternale sinistra, asse corto e asse lungo per i grossi vasi, che permettono di visualizzare il tratto iniziale dell'aorta ascendente, e le sezioni soprasternali dal giugulo, asse corto e asse lungo, per la visualizzazione dell'arco aortico, dell'origine dei tronchi sopraaortici e del primo tratto dell'aorta discendente. Queste semplici proiezioni, insieme con la ricerca routinaria dell'aorta addominale, consentono di identificare la presenza di dilatazioni diffuse o circoscritte del vaso e la eventuale apposizione di materiale trombotico. Per ogni cardiologo una buona pratica è quella di completare l'esame obiettivo con questo semplice approccio ecografico, anche in considerazione, oramai, della grande diffusione di apparecchi ecografici negli ambulatori medici.



## Intervista al Prof. Pier Luigi Prati

di ALESSANDRO BOCCANELLI

25 gennaio 1972: avevo appena compiuto 25 anni, mi ero laureato l'anno prima e già da medico interno avevo maturato la passione per la Cardiologia. Quella mattina avevo parlato con un giovane Primario di Ancona, tale Professor Prati, a cui ero stato indirizzato perché mi avevano detto che aveva messo in piedi un Centro di Cardiologia di livello molto avanzato. Ero uscito dal colloquio con lo stato d'animo immaginabile di un giovane a cui era stato detto che in quel posto avrebbe trovato quello che desiderava: una Cardiologia moderna, un centro di ricerca e un maestro. Avevo preso una stanza ammobiliata presso una famiglia del Centro Storico. Quella notte ci fu quello che ad Ancona chiameremo sempre "il sisma". Un terribile terremoto che mi fece passare in macchina tutta la notte, al freddo, insieme con i due miei anziani padroni di casa, con la neve. Una situazione angosciata, lontano da casa, dalla fidanzata, in un ambiente per me sconosciuto, con la grossa tentazione di tornarmene a Roma. "Sliding doors": decisi di rimanere e fu una scelta felice, perché dette inizio alla mia lunga collaborazione con il Prof. Prati, al quale riconobbi naturalmente il ruolo di guida e che seguì entusiasticamente quando, dopo alcuni anni felici ad Ancona, mi riportò a Roma al San Camillo.

Il Prof. Prati è profondo, capisce le persone e le situazioni al volo ed è capace di vivere anche quelle più difficili con distacco ironico. Gli ho posto sette brevi domande a cui ha risposto con sette brillanti "pennellate", secondo il suo stile.

### **Caro Professore, ci può raccontare come ha vissuto personalmente la separazione della Cardiologia dalla Medicina Interna?**

L'ho vissuta come l'ultimo, grande errore dell'Università Italiana ed il primo, sorprendente, isolato, grande successo dell'Ospedale. Non avrei mai creduto che la miopia di chi ci dirigeva e che era stato per noi buon maestro, potesse rinunciare ad un progresso tecnologico per difendere privilegi personali, professionali, alla lunga indifendibili.

La separazione della Cardiologia dalla Medicina Interna era inevitabile come lo è ora quella dell'Emodinamica dalla Cardiologia. L'Università fece finta di non accorgersene e pagò un duro prezzo culturale. L'ospedale lo capì e conobbe con largo anticipo attraverso la Cardiologia, un'impen-



*Ospedale Cardiologico di Ancona. Pier Luigi Prati (freccia a sinistra) e Alessandro Boccanelli (freccia a destra) nel 1978*

nata di prestigio, oggi ancora riconoscibile. Personalmente ne soffrii perché amavo e stimavo l'Università e le ero grato per quello che mi aveva dato. Non fu facile lasciarla e non fu senza difficoltà inserirsi in un ambiente nuovo, più concreto ma anche meno idoneo a coltivare i sogni professionali della giovinezza. Confortò vedere crescere in Italia una generazione di eccellenti Cardiologi, formati costantemente ed inevitabilmente all'estero, uniti dal prepotente desiderio di dare al nostro Paese una cardiologia di cui essere fieri.

### **Gli anni di Ancona. Eravamo tutti molto giovani ed entusiasti: è stato quello il segreto del successo?**

Quello di Ancona era l'unico ospedale cardiologico specializzato con tutti i suoi pregi ed i suoi difetti. Lo raggiunsi il primo luglio 1967, provenendo dal settentrione, quando l'ultimo casello dell'autostrada era quello di Rimini Nord. Il "Cardiologico" di Ancona si presentò come una clinica in periferia, anzi in campagna. Vicino all'ospedale vi era un pollaio che io scelsi subito come monumento a quello che, contro evidenti difficoltà, ci ripromettevamo di fare. Davanti a quel pollaio passarono molti valenti medici che venivano ad insegnare molte cose, ad impararne qualcuna, a discuterne tante altre. Questo traffico davanti al pollaio nasceva dal fatto che eravamo stimati ma anche dall'essere una delle sole 4 divisioni di cardiologia esistenti in Italia.

Ricordo con emozione le cose fatte per la prima volta: le sostituzioni valvolari, i bypass aortocoronarici, l'Unità coronarica, la correzione di tante malformazioni e di quelle malattie reumatiche che chiamavano mediterranee per sottolinearne l'estrema gravità raggiunta. È stata conservata una ricca corrispondenza tra i ricoverati di allora e l'Ospedale Lancisi. Meriterebbe di essere riletta. Alfredo Palminiello ne ha pubblicato sia sul Giornale Italiano di Cardiologia che su Cuore e Salute nel 1998.

Ricordo con grande affetto gli undici anni di Ancona. Mentre i miei figli andavano a scuola e cominciavano a sentirsi marchigiani, io imparavo quanto fosse bello lavorare tra tante persone amiche e stimate. Una di queste si chiamava Boccanelli. Non penso che il merito del successo vada attribuito principalmente al fatto che eravamo giovani ed entusiasti. Penso molto ai vantaggi di un ospedale senza politica imperversante, senza eserciti di amministratori, senza carriere dettate dalle raccomandazioni, mandato avanti da giovani che avevano scelto la medicina come strumento per la loro affermazione nella vita e che nutrivano fiducia in uno Stato, discreto garante per i meritevoli ed i volenterosi.

**Gli anni di Ancona e poi quelli del S. Camillo. Le Divisioni da Lei dirette funzionavano come orologi svizzeri: può dare qualche consiglio a qualche Primario (o Direttore) più giovane?**

Ricordo stimate persone domandarmi se avessi fatto bene ad andare ad Ancona ed a Roma. Erano domande che nascevano da particolari considerazioni opportunistiche. Debbo dire che io mi sono trovato benissimo sia ad Ancona che a Roma, felice dell'ospitalità concessami, pur sentendomi grandemente legato ai ricordi della mia terra. Ho vissuto nell'Ospedale e per l'Ospedale. Ho gioito della visita domenicale mattutina, di una cartella ben tenuta, di una diagnosi difficile strappata dalla ennesima rimediazione di un'anamnesi, di un corridoio liberato da letti indecorosi, dal ritrovarsi dopo cena per scrivere un lavoro, dall'aver convinto qualcuno che ai vecchi non si deve dare del tu, chiamarli "nonno" o trattarli con sufficienza. Non so se queste cose vadano consigliate ai giovani di oggi. Io mi ci sono trovato bene. Mi sarei trovato bene in qualsiasi altro ospedale d'Italia purché mi avessero lasciato lavorare come mi piaceva.

**Il cardiologo clinico: sembra che oggi sia una sorta di specialista armato solo di esperienza. Esiste davvero questa figura o vuole provare Lei a darne una definizione?**

Il cardiologo clinico mi fa pensare allo spazzacamino, un personaggio che sta scomparendo, di cui non abbiamo più vero bisogno ma che provoca ancora in noi un moto di tenerezza e di nostalgia. È chiaro che il cardiologo clinico ha ancora attributi per farsi valere ma in una ipotetica finale

non arriverebbe neppure ai tempi supplementari, dovendo gareggiare contro coloro che passano la vita col computer e con gli strati crescenti della TAC spirale. Sa ascoltare il cuore, sa sistemare le tessere del mosaico che conducono alla diagnosi ma cade miseramente quando il rapido posizionamento di un catetere può salvare una vita.

Credo che oggi il cardiologo più vicino al ruolo sia quello interventista e mi auguro che non cada in eccessi di presunzione quale quello di pensare che la sua tecnologia renda superfluo il resto delle conoscenze del settore.

**Lei ha scritto "Nostalgia di baroni". Vuole darne una breve versione aggiornata?**

"Nostalgia di baroni" è stata una ventata sentimentale in uno di quei momenti in cui il soffio dei ricordi è più forte del solito.

Sono contento di averlo pensato e scritto. Sono riconoscente a Franco Fontanini per avermi aiutato tanto. Mi sarebbe piaciuto far seguire un "Ridateci gli imbroglioni" ma non riesco a trovare l'esatta definizione del tipo di imbroglione – piuttosto intelligente e piuttosto bravo – al quale penso. Per esistere, l'imbroglione ha bisogno di una società diversa dalla nostra, più pulita e ordinata, di cui costituire la voce fuori dal coro, utile all'autocelebrazione della maggioranza che, dal confronto, uscirebbe più rispettabile.

La nostra "Nostalgia di baroni" era la nostalgia della gente di talento. Andavamo d'accordo con Pitigrilli "Posso capire il bacio al lebbroso, non capirò mai la stretta di mano al cretino". Forse, nella nostra vita abbiamo stretto qualche mano di troppo.

**Il Centro per la Lotta contro l'Infarto, il congresso Conoscere e Curare il Cuore, la mostra Cuorevivo. Storia e ingredienti di altri successi.**

Ci siamo divertiti a fare queste cose e siamo piuttosto fieri dei successi ottenuti. La formula ha funzionato. Abbiamo invitato a parlare solamente le persone che ci sembravano possedere la massima competenza e capacità espositiva, rinunciando ad ogni scelta politica, geografica o – orribile dictu – opportunistica per ricambio di inviti. Abbiamo rinunciato agli argomenti con traino pubblicitario o con predilezione per la terapia farmacologica. Abbiamo soppresso le sessioni monotematiche, inevitabilmente ripetitive, dando la preferenza a temi con risvolto pratico.

Forse siamo stati premiati più di quanto meritassimo. Sarà stato un riconoscimento alla serietà?

**Che tipo di ricerca è secondo Lei possibile in Ospedale?**

Penso che il Centro Studi dell'ANMCO meriti ampia considerazione. La rete costituita dalle Cardiologie italiane, che è stata capace di produrre gli studi GISSI, è un modello di ricerca che nel mondo ci viene invidiata.

## LE ARTICOLAZIONI DELLA DIRIGENZA MEDICA

di Giovanni Gregorio

*Ogni essere umano, nel corso della propria esistenza, può adottare due atteggiamenti:  
costruire o piantare.*

*I costruttori possono passare anni impegnati nel loro compito,  
ma presto o tardi concludono quello che stanno facendo.*

*Allora si fermano. e restano lì, limitati dalle loro stesse pareti.*

*Quando la costruzione è finita, la vita perde di significato.*

*Quelli che piantano soffrono con le tempeste e le stagioni, raramente riposano.*

*Ma, al contrario di un edificio, il giardino non cessa mai di crescere.*

*Esso richiede l'attenzione del giardiniere,*

*ma nello stesso tempo gli permette di vivere come in una grande avventura.*

BRIDA PAULO COELHO

### Le caratteristiche della Dirigenza Medica

L'evoluzione del significato e dei contenuti della Dirigenza Medica è la conseguenza dei profondi mutamenti che hanno investito l'organizzazione e gli assetti del Sistema Sanitario Nazionale. Ciò è il risultato, da un lato, delle modifiche della normativa che regola la Dirigenza della Pubblica Amministrazione, e, dall'altro, della introduzione di disposizioni particolari riguardanti la Dirigenza Medica.

La cardiologia ha subito gli effetti dell'enorme sviluppo delle conoscenze e della rivoluzione tecnologica che ne ha profondamente modificato il modo di essere. Parimenti il modo di essere o più semplicemente l'essere cardiologo all'interno della organizzazione sanitaria assume contenuti assai diversi a seconda della epoca considerata.

La condizione del medico in generale e quella del cardiologo in particolare è il risultato della combinazione di caratteristiche diverse, le più importanti delle quali sono la professionalità, la managerialità, il grado di specializzazione e la capacità di verifica e controllo.

La professionalità si identifica nella capacità di svolgere il proprio lavoro con competenza, appropriatezza ed adeguata preparazione. I determinanti della professionalità possono essere individuati nel sapere, definito dal grado

di competenza – cultura medica – necessaria a svolgere una determinata funzione, e nel saper fare, definito dalla proprietà di tradurre in pratica il bagaglio di cultura medica e specialistica posseduta.

La managerialità attiene alle competenze più propriamente gestionali ed organizzative necessarie per ricoprire una specifica funzione e si identifica con il saper essere, consistente nella capacità di gestire le risorse umane, tecnologiche ed economiche necessarie a realizzare una determinata attività. Il grado di specializzazione è il livello di specializzazione richiesto per svolgere una determinata attività.

La capacità di verifica e controllo è la proprietà che consente di attuare il processo che permette di garantire il conseguimento degli obiettivi della organizzazione. In altre parole la capacità di verifica e controllo si identifica, in buona parte, nel monitoraggio continuo della performance sanitaria e si esprime nel rapporto tra il risultato raggiunto e quello previsto.

### L'evoluzione della Dirigenza Medica

Il primo, organico e sistematico approccio alla organizzazione ospedaliera con la contestuale definizione dei profili professionali della Dirigenza Medica si ha con la Legge 12 febbraio 1968 n° 132 Enti Ospedalieri e

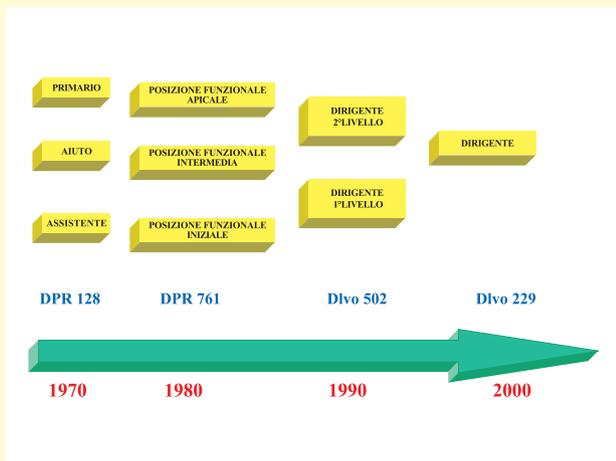


Figura 1

Assistenza Ospedaliera e con il DPR 27 marzo 1969 n° 128 Ordinamento Interno dei Servizi Ospedalieri che definisce con chiarezza compiti e funzioni di primario, aiuto ed assistente.

Con la legge 833.1978, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, la disciplina della dirigenza medica trova i suoi riferimenti nell'art 47 della L. 833,1978, e nel DPR 20 dicembre 1979 n° 761 che conferma l'articolazione della dirigenza medica in tre diversi livelli articolati in posizione funzionale apicale (Primario), livello funzionale XI, posizione funzionale intermedia (Aiuto Corresponsabile), livello funzionale X, posizione funzionale iniziale (Assistente Medico), livello funzionale IX.

Su questo panorama giuridico-normativo si inserisce il Dlgo 3 febbraio 1993 n° 29 il quale riconduce ad un unico livello tutti i preesistenti livelli di dirigenza pubblica stabilendo eccezionalmente per la dirigenza medica le figure di dirigente di I e II livello, prevedendo che il primo livello dirigenziale ricomprenda sostanzialmente coloro che in precedenza erano inquadrati nel IX e X livello funzionale ed economico e che il II livello ricomprenda il personale dell'XI livello. Un'ulteriore graduazione di funzioni è definita dal Dlgo 30.12.1992 n° 502 e Dlgo 7.12.1993 n° 517 con la previsione dell'affidamento ai Dirigenti di I livello della responsabilità di moduli e settori organizzativo o funzionali. L'ultima e radicale modifica di tale disciplina si è avuta con l'emanazione del Dlgo 19 giugno 1999 n. 229 che prevede la collocazione della dirigenza medica in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità pro-



Figura 2

fessionali, organizzative e gestionali (Figura 1 e 2).

Nel disciplinare la Dirigenza Medica, il Dlgo 19 giugno 1999 n. 229 sancisce che l'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle mansioni e funzioni di ciascuno, dall'autonomia tecnico professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati.

L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e alla erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

All'atto della prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività.

A tali fini il dirigente responsabile della struttura predispone e assegna al dirigente un programma di attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi prefissati ed al perfezionamento delle competenze tecnico-professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza. In relazione alla natura e alle caratteristiche dei pro-

grammi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente, accertate con le opportune procedure valutative di verifica, al dirigente con cinque anni di attività con valutazione positiva possono essere attribuite funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché incarichi di direzione di strutture semplici. Lo stesso decreto precisa che per struttura si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista, dall'atto aziendale, responsabilità di gestione, di risorse umane, tecniche o finanziarie.

### Le Dimensioni della Dirigenza

È possibile definire le caratteristiche delle articolazioni della Dirigenza Medica sulla base del diverso grado di professionalità, managerialità, grado di specializzazione e capacità di verifica e controllo richiesti per svolgere una determinata funzione. Se si collocano sugli assi cartesiani rispettivamente le competenze organizzative e manageriali (M), le competenze professionali (P), il grado di specializzazione (S) e la capacità di verifica e controllo (V) vengono identificati quattro quadranti all'interno dei quali si sviluppano le caratteristiche proprie di ciascuna posizione di modo che ciascun incarico viene dimensionato in rapporto alle specifiche competenze richieste (Figura 3).

Per il Direttore del Dipartimento sono richieste elevate competenze professionali, manageriali, di controllo e verifica mentre il grado di specializzazione richiesto può non essere elevato purché sia sufficientemente alto. L'area che identifica tale tipologia di incarico risulta molto ampia e distribuita su tutti e quattro i quadranti (area celeste della Figura 4).

Per il Direttore di Struttura Complessa sono richieste elevate competenze professionali ed alte competenze manageriali, di verifica e controllo nonché un alto grado di specializzazione. L'area che identifica tale tipologia di incarico risulta sufficiente ampia e distribuita su tutti e quattro i quadranti (area blu della Figura 4).

Per il Dirigente Responsabile di Struttura Semplice è richiesto un livello medio di competenze professionali, manageriali, di verifica e controllo ed un grado medio di specializzazione. L'area che identifica tale tipologia di incarico pur non risultando eccessivamente ampia è

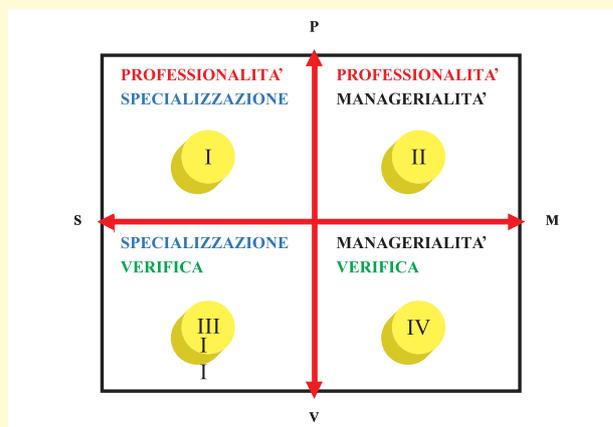


Figura 3

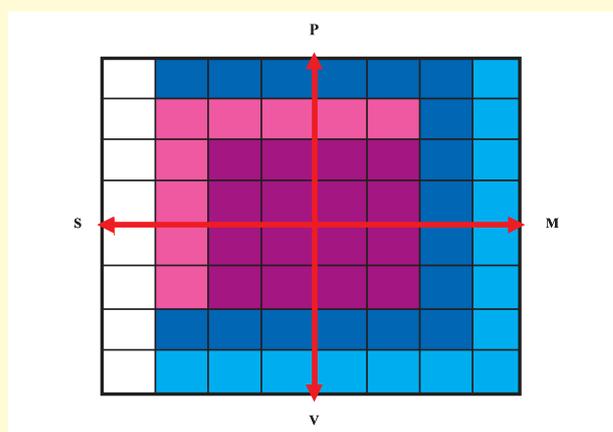


Figura 4

distribuita su tutti e quattro i quadranti (area viola della Figura 4) e si caratterizza per la responsabilità gestionale di risorse umane, tecnologiche o finanziarie tenendo presente che quando risorse, tecnologie e personale siano comuni a più strutture sarà il Regolamento del Dipartimento a fissare le modalità organizzative e gestionali. Le strutture semplici sono distinte in Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici IntraUnità Operativa, a seconda che la struttura sia un'articolazione del Dipartimento o della Unità Operativa.

Per il Dirigente Responsabile di incarico professionale a fronte di basse competenze manageriali, di verifica e controllo sono richiesti livelli medi/alti di professionalità e specializzazione. L'area che identifica tale tipologia di incarico si sviluppa nei quadranti della professionalità, specializzazione e verifica (area marrone scuro e chiaro della Figura 5).

Per il Dirigente titolare di incarico di alta specialità, a fronte di basse competenze manageriali, di verifica e

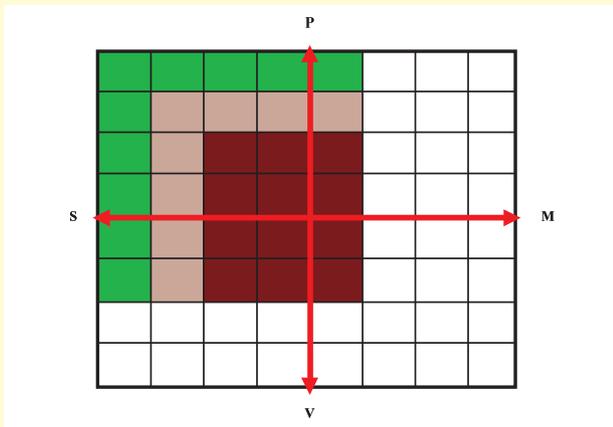


Figura 5

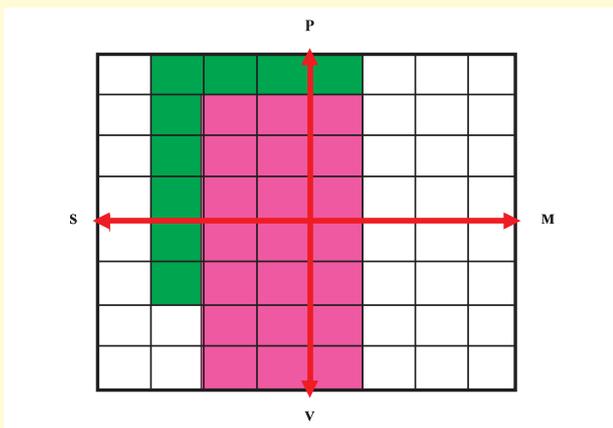


Figura 6

controllo sono richieste elevate competenze professionali ed un elevato grado di specializzazione. L'area che identifica tale tipologia di incarico, dominata dall'elevato

grado di professionalità e specializzazione, si sviluppa quasi esclusivamente nel quadrante della professionalità e della specializzazione (area verde della Figura 5).

Per il Dirigente titolare di incarico di ricerca e studio, a fronte di basse competenze manageriali, sono richieste elevate competenze professionali, un alto grado di specializzazione e medie competenze di verifica e controllo.

L'area che identifica tale tipologia di incarico, dominata dall'elevato grado di professionalità e dall'alto grado di specializzazione, si sviluppa quasi esclusivamente nel quadrante della professionalità e della specializzazione (area verde della Figura 6).

Per il Dirigente titolare di incarico di controllo e verifica a fronte di basse competenze manageriali sono richieste alta professionalità ed elevate capacità di controllo e verifica anche a fronte di un grado medio di specializzazione. L'area che identifica tale tipologia di incarico si sviluppa lungo il quadrante della professionalità e della capacità di verifica e controllo (area rosa della Figura 6).

### Dirigenza Medica e Organizzazione Aziendale

Il Sistema Sanitario è stato attraversato ed è attraversato da continue trasformazioni che finiscono per investire il modo di essere del Dirigente Medico all'interno della Organizzazione Aziendale. Al medico moderno sono richieste capacità di aggiornamento delle conoscenze e flessibilità organizzativa

impensabili fino a qualche anno fa. La collocazione della Dirigenza Medica in un unico livello e la sua articolazione in ragione di incarichi diversificati per competenze professionali, gestionali, grado di specializzazione e capacità di verifica e controllo (Figura 7) è funzionale alla dinamicità che viene richiesta al Dirigente in una moderna organizzazione aziendale. Per dirla con Coelho, la missione del Dirigente Medico moderno non è tanto quella di costruire ma piuttosto quella di piantare.

INCARICO	PROFESSIONALITA'	MANAGERIALITA'	SPECIALIZZAZIONE	VERIFICA
DIRETTORE DIPARTIMENTO	ELEVATO	ELEVATO	ALTO	ELEVATO
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA	ELEVATO	ALTO	ALTO	ALTO
DIRIGENTE STRUTTURA SEMPLICE	MEDIO (ALTO)	MEDIO	MEDIO (ALTO)	MEDIO
INCARICO PROFESSIONALE	MEDIO (ALTO)	BASSO	MEDIO (ALTO)	MEDIO (ALTO)
INCARICO ALTA SPECIALITA'	ELEVATO	BASSO	ELEVATO	MEDIO
INCARICO RICERCA E STUDIO	ELEVATO	BASSO	ALTO	MEDIO
INCARICO DI CONTROLLO E VERIFICA	ALTO	BASSO	MEDIO	ELEVATO

Figura 7

## HANS CHRISTIAN ANDERSEN A FIRENZE

di Alessandro Berti - Console Generale Onorario di Danimarca

In questo anno 2005, Hans Christian Andersen, il famoso danese di favole, compie 200 anni. Andersen infatti nasce a Odense, sull'isola di Fionia il 5 aprile 1805 che a ragione è considerata lo scrigno della cultura narrativa orale e delle antiche tradizioni popolari. In questa piccola ma affascinante città Andersen ha vissuto la sua infanzia fino a che a quattordici anni andò a Copenaghen per cercar fortuna.

Le bellezze naturali ed i suggestivi manieri della Fionga, chiamata il giardino di Danimarca, insieme alla povertà che lo seguì per tutta l'infanzia (Andersen era figlio di un modesto ciabattino che morì quando il poeta aveva appena 11 anni) saranno uno dei motivi ricorrenti delle sue fiabe ancorché universalmente riconosciute e apprezzate per la straordinaria fantasia e da uno stile letterario particolare e caratteristico.

Non voglio certo scrivere qui la biografia di Andersen ma vorrei però sottolineare come la sua vita a Copenaghen cambiò grazie ad alcuni benefattori che lo aiutarono sia a darsi una buona istruzione e poi ad entrare ed essere accettato nella migliore borghesia ottenendo così col tempo il generale riconoscimento e una grande fama.

Non credo però che quando H. C. Andersen pubblicò nella Copenaghen dei primi dell'800, le prime fiabe e cominciò ad essere conosciuto ed apprezzato avesse immaginato che un giorno, qualche anno dopo, avrebbe avuto modo di visitare Firenze e ricordarla in una delle sue più conosciute favole.

Ma Andersen pur non avendo imparato ad usare la matita, sapeva anche disegnare. Era quasi un artista nei piccoli ritratti e nelle figurelle che regalava generosamente ai bambini delle numerose famiglie di amici che lo ospitavano per brevi o lunghi periodi.

Pur non prendendo parte alla lotta politica, era estremamente interessato agli avvenimenti del suo tempo. Gli piaceva moltissimo poter essere il primo a riportare una novità.

Il progresso della tecnica lo affascinava, suscitando in lui delle visioni simili a quelle di Giulio Verne e non si stancava mai di descrivere la bellezza del "volo" sui nuovi "treni" col "drago a vapore" paragonandolo al lento, disagiato e polveroso viaggiare in diligenza che gli era ben noto dalla gioventù.

Per tutta la vita fu infatti un viaggiatore appassionato, quasi professionista. Passò infatti quasi quindici anni della sua vita in viaggio, se si "sommano" tutti i suoi brevi e lunghi percorsi. E non si accontentava dei luoghi e delle strade note.

"Viaggiare è vivere", una frase che si ritrova sotto forme diverse nelle sue numerose lettere, nei diari, in tutte le sue opere. Forse una liberazione dallo stato di depressione nel quale spesso si trovava a Copenaghen. Una carica della sua "pila" spirituale. Avido d'impressioni e benché spesso debole e malato

– e lo era davvero, almeno durante l'ultimo periodo della sua vita – era instancabile non appena si trovava all'estero.

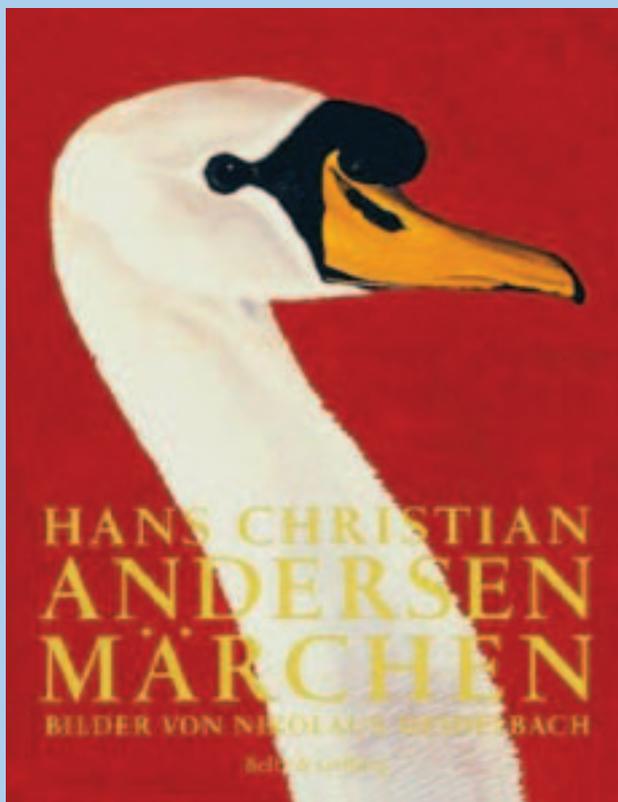
Non si accontentava di vedere. Annotava, spesso con ricchezza di dettagli ed anche con "schizzi" di ciò che vedeva, ogni fatto ed ogni impressione nel suo diario ed inviava lunghe, innumerevoli lettere ai suoi amici. Da queste, ancor più che dalla sua autobiografia e dai suoi libri di viaggi, risulta in modo inequivocabile che il poeta era un reporter nato.

Andersen visitò così più volte Firenze, la città della favola "Il porco di metallo"<sup>1</sup>. Non si può tuttavia ignorare che la prima impressione fu deludente.

Così lo stesso in vettura postale lasciò Pisa l'8 ottobre 1833, lungo una "strada eccellente" come egli informa nel suo diario, "dove tutti correvano all'impazzata. Giungemmo a Firenze in otto ore ... La campagna era ravvivata da ottime costruzioni, di contrapposto le strade erano affollate di mendicanti ... fra cui una ragazza di eccezionale bellezza, con le guance vermiglie, gli occhi scuri come carbone e i denti candidi, coperta solo da una camicia, che sfrecciò via per un quarto di miglio issata su un carro, con le chiome corvine che le sferzavano le magnifiche spalle. Giunti a Firenze, restammo meravigliati della città, del suo aspetto sordido, la porta era orribile e la strada che partiva da essa misera e angusta ... per lungo tempo non riuscii a cancellare dalla mia memoria l'impressione che la città mi fece".

H.C. Andersen fu però un turista infaticabile. Il giorno successivo visitò prima di tutto "Le museo d'istoria naturale (sic) che si ritiene il migliore fra i tanti esistenti, con la sua eccezionale riproduzione in cera del corpo umano in ogni suo dettaglio, di donne incinte, minerali, insetti e fiori ...". Successivamente si recò a "Santa Maria dei Fiori o le Duomo (sic)" che non trovò all'altezza del Duomo di Milano o di Notre Dame. "Il campanile svetta nell'aria in tutta la sua bellezza. Di fronte c'è S. Giovanni o Battistero di Marco, a forma di Pantheon, con le due porte di bronzo del Ghiberti che erano, una volta, ricoperte d'oro. Sono così belle che il Buonarroti (sic) le definì le "porte del Paradiso".

Da Santa Croce, "un imponente, meraviglioso edificio" egli riporta accuratamente le iscrizioni incise sulle tombe dei grandi italiani ivi sepolti. Delle Tombe medicee, meta successiva della sua visita, il poeta ricorda soltanto che "sono costruite con tutti i tipi di marmo esistenti e la superficie è così polita che ci si potrebbe specchiare", ma non fa alcun cenno dell'opera di Michelangelo. L'ultimo punto del suo nutrito programma è la visita a "L'Academie Royale delle belle Arti", con "la sua galleria degli antichi maestri ospitata nello stesso edificio" e "l'ospedale, con 5.000 letti. All'interno ci sono due piani con



un altare in fondo; i letti sono separati da tende bianche". A conclusione del programma culturale Andersen compie la sera stessa una passeggiata lungo l'Arno "dove non c'era quasi acqua, e una lepre correva sul greto".

Le osservazioni sulla lunga, intensa giornata si chiudono con una umile considerazione del poeta: "Tutte quelle opere d'arte, tutta la magnificenza che io vidi, accusò la mia ignoranza. Potessi ora, col pensiero e la mente, ricominciare daccapo, da 17 anni: quanto avrei allora da imparare in così breve tempo. Voi, come me, non potete molto; in confronto al grande tutto, noi siamo nulla".

Il senso di impotenza si accentuò il giorno successivo, dopo la visita compiuta agli Uffizi e a Palazzo Pitti. "Tutto un mondo mi è passato davanti, nel breve tempo di poche ore", scrive nel diario, "che cosa potrei ricordare di esso, soltanto pochi punti sono rimasti vivi in me, rivedo la stanza ottagonale con i tesori artistici del mondo intero, un quadro, la Venere del Tiziano e la statua di marmo, la Venere medicea ne rappresentano il fulcro".

"Ma quale è la più bella? Quale è terrena, questa è divina; l'occhio di marmo senza pupilla ha qui, di fronte alla bellezza dell'universo, una espressione inesplicabile. L'altra Venere quella di Tiziano, non mi colpì con la stessa intensità. Per un'ora stetti ad ammirarle, quelle meraviglie, per decidere quale delle due fosse la più bella.

Uno dei motivi chiave delle favole di Andersen come si è detto è quello dell'infanzia povera, sfruttata ed emarginata che nell'attento esame e nella successiva descrizione che An-

dersen fa del dipinto della discesa al Limbo del Bronzino (attualmente in restauro), del quale Andersen mette in rilievo i bambini non battezzati e la loro espressione di sollievo e di slancio verso il cielo.

Dunque Andersen rimane letteralmente fulminato dalle bellezze di Firenze e fra tutte il Porcellino del Tacca sul quale egli scrisse poi una novella che inizia così:

"Nella città di Firenze, non lontano da piazza del Granduca, passa una piccola via laterale, credo che si chiami Porta Rossa, in questa, davanti a una specie di bazar dove si vendono verdure, c'è un porcellino di bronzo di buona fattura, l'acqua fresca e limpida sgorga dal muso dell'animale, che è verde scuro per l'età; solo il muso luccica come se fosse stato lucidato, e così è, a causa delle centinaia di bambini e lazzaroni che lo afferrano con le mani e avvicinano la loro bocca all'animale per bere. È un bel quadretto vedere il grazioso animale abbracciato da un bel ragazzo seminudo che gli posa la fresca bocca sul muso."

Ecco un primo richiamo al "Porco di Metallo", la favola fiorentina di Andersen sulla città, sull'arte e sugli artisti.

Proprio in quella novella "Il Porcellino", ispirata al nostro cinghiale di bronzo del Tacca, che ancora sta al mercato nuovo (della paglia) il poeta (sotto le spoglie del piccolo mendicante) fa in sogno il giro dei più importanti e suggestivi monumenti di Firenze, e appare come abbagliato dalla bellezza e dallo splendore della nostra città e fa vivere in sogno ma in modo "vivo" tutto ciò che lo aveva colpito.

Immagina così che un fanciullo scappato da casa per evitare maltrattamenti buttato fuori, a sera dal giardino di Boboli, si reca dal porcellino, si adagia sulla sua schiena e si addormenta. Il porcellino cominciando a parlare e a muoversi lo invita a tenersi forte per fare un volo sulla città.

Ed ecco che tutto ciò che Andersen aveva visto nei suoi soggiorni fiorentini lo rivive in modo irrealmente ed in movimento.

Le splendide veneri, le sabine rapite, il David che rotea la sua fionda mentre il cavallo del monumento equestre al Granduca in Piazza Signoria si muove. E così ripercorre il suo itinerario fiorentino non trascurando Santa Croce e le varie tombe dei grandi (e ricorda la scala nello stemma di Galileo Galilei), i giardini e i fiori.

Questo motivo di ripercorrere con la fantasia e volando un percorso effettivamente fatto, lo ritroveremo, insieme alla presenza di bambini spesso poveri e derelitti in molte altre favole oltre che ne "Il Porcellino".

Mi riferisco alla novella l'Angelo che inizia così:

"Ogni volta che un buon bambino muore, un angelo di Dio scende in terra, prende fra le braccia il bambino morto, allarga le sue grandi ali bianche, e dopo aver volato su tutti i maghi che il morticino ha amato sulla terra, coglie un gran mazzo di fiori e li porta in Paradiso dove continuano a fiorire meglio che sulla terra!"

<sup>1</sup> Andersen visitò Firenze quando il Granducato di Toscana era retto da Leopoldo II della casa dei Lorena.

## A TRENT'ANNI DAL DRAMMATICO SERVIZIO DI UN INVIATO SPECIALE SUL FRONTE DELLA MALATTIA ATTUALITÀ PER I CARDIOLOGI DELLA TESTIMONIANZA DI GIGI GHIROTTI

di Silvano Fiorato

Poco più di trent'anni fa, nel 1974, finiva la vita di Gigi Ghirotti; ma resta tuttora viva la sua testimonianza. Era nato a Vicenza nel '20. Giornalista di vaglia, collaborò con "La Stampa" a partire dagli anni '50. Lo resero famoso sia la capacità di saper esprimere, con stile brillante, giudizi e critiche sugli avvenimenti di cronaca, sia di saper evidenziare, con mordente ironia, i peggiori difetti della società civile. Non poteva sfuggire a questa sua critica il mondo della medicina; tantopiù che, proprio a lui, era toccata in sorte una malattia micidiale e allora incurabile: il linfogranuloma maligno. Il suo libro "Lungo viaggio nel tunnel della malattia" fu pubblicato nel 1973 (Eda, Torino), ripubblicato dall'Editrice La Stampa nel '94 e successivamente dal Comitato Nazionale "Gigi Ghirotti" nel 2002: è una raccolta degli articoli scritti come cronista e protagonista, cui seguirono servizi televisivi e inchieste sul rapporto tra medici, "pazienti" e strutture sanitarie.

Lo stesso Presidente della Repubblica si dichiarò profondamente impressionato. Al di là del caso personale il "viaggio" di Gigi Ghirotti divenne testimonianza diretta e sofferta di una situazione di disagio per i disservizi della nostra sanità. Solo grazie al personale impegno di molti operatori, medici e no, si poteva risalire parzialmente la china, inventarsi i rimedi caso per caso.

Le interviste ai malati e ai medici suonarono allora come campane a martello.

Fece scalpore quella dell'ematologo Professor Quattrin, che si era ricoverato per un check-up senza rivelare la sua qualifica: dopo una settimana non seppe più resistere al trattamento ospedaliero.

E un altro medico, il Professor Dini, resistette solo due giorni ad un'analogha situazione. "L'umanità nell'ospedale è tenuta in molto poco conto – dichiarava con rammarico – l'ammalato abitualmente lo si considera come un numero". E, commentava Gigi Ghirotti, "non può reagire, pieno com'è di paure e di incomodi fisici".

Rileggiamo alcune frasi della sua esperienza di "inviato speciale" sul fronte della malattia: "Sventola su questa



ingloriosa epopea del disinteresse per gli ospedali e per i suoi ostaggi una bandiera bianca: sono le lenzuola dei nostri letti, con i loro cento rammendi, cicatrici visibili di una battaglia che dura ininterrotta da anni. La battaglia per risparmiare il centesimo, mentre il caos divora i miliardi" (pag. 71). "un rapido biancore, un frullare improvviso di camici a capo del letto. Talvolta, ma di rado, l'apparizione comporta brevi scambi di parole".

"Ma in generale il corpo sanitario sembra perennemente tallonato dall'urgenza di correre altrove e il rapporto medico-degente ne risulta straziato ... Suscitati dal tornado emergono da misteriosi sotterranei oscuri specialisti. Trafelati messaggi si incrociano da e per tutte le direzioni. Tra mezzogiorno e mezzogiorno e mezzo, tuttavia, il tornado si placa; la maggior parte dei camici sparisce, quasi inghiottita dalla tromba delle scale.

"All'una, sullo scenario, poco fa tanto animato, si distende una greve pace ... Dopo quell'ora non si fa più una lastra, più un esame, più un'applicazione radiologica, più una medicazione un po' impegnativa, più un consulto, più un ricovero, più una cartella clinica. Insomma più nulla, salvo qualche iniezione e aspettare" (pag. 72).

"Noi diventiamo ogni giorno di più una cartella clinica che si ingrossa via via, s'affardella di sempre nuovi documenti, responsi di laboratorio, lastre, grafici, e tutto l'insieme costruisce una verità fragile, deperibile, perché si riferisce sempre allo stato di conoscenze di quel momento ... il medico sente, di fronte a tutto ciò, l'inutilità della parola buona, della partecipazione emotiva al dramma dell'ammalato" (pag. 79).

Trent'anni fa eravamo solo alle soglie di quel progresso tecnologico che oggi ha trasformato radicalmente tutta l'attività medica. Tuttavia è lecito chiederci se questo progresso è di per sé sufficiente per affermare che le cose sono migliorate.

Certamente sì, per quanto riguarda le possibilità diagnostiche e terapeutiche; ma molti pensano che lo stesso progresso abbia contribuito a spersonalizzare i rapporti umani; per cui il medico di oggi non è più capace di "accarezzare" il malato.

Gigi Ghirotti, nel suo libro, cita una frase del celebre magistrato Carnelutti: "I giudici prima di indossare la toga dovrebbero fare un anno di carcere". Per analogia, sosteneva Gigi Ghirotti, i medici "dovrebbero trascorrere non dico un anno, ma anche solo una settimana in un ospedale, nella corsia comune". È difficile non convenire con questa asserzione, anche se è duro accettarla.

Anche noi cardiologi, che viviamo ogni giorno a fianco del cardiopatico, dovremmo porci tutte le domande suscitate da Gigi Ghirotti. Il grande progresso tecnologico diagnostico e terapeutico della cardiologia può mettere a rischio il rapporto umano, rischio che è tanto maggiore quando, esperito ogni presidio tecnico e nonostante tutte le terapie, il cardiopatico si avvicina alla soglia dell'irrimediabile: come può accadere, tutti lo sappiamo, in un cuore sfiancato da una cardiopatia dilatativa senza possibilità di recupero o di trapianto. È allora che dovrebbe scattare un surplus di assistenza e non già l'atteggiamento – conscio o inconscio – di distacco per rinuncia al miglioramento clinico.

È proprio allora che si dovrebbe aprire un nuovo percorso nell'approccio al malato: lo stesso percorso che ci ha indicato Gigi Ghirotti e che ha portato, come tutti sappiamo, alla nascita della benemerita Associazione che porta il suo nome da cui i malati terminali e le loro famiglie vengono assiduamente seguiti sul piano terapeutico e psicologico, a domicilio o in hospice, fino all'ultimo giorno.

Sono prevalentemente malati neoplastici; ma, a ben riflettere, anche il cardiopatico che arriva a questa soglia, non si differenzia esistenzialmente da loro. Anche noi cardiologi dobbiamo tenere presente questa possibilità di aiuto concreto, affiancandoci nel trattamento domiciliare, al supporto psicofisico del malato irrimediabile. Rimane affidato a noi, alla nostra individuale capacità umana, saper aggiungere "un supplemento d'anima" – come direbbe Bergson – alla nostra opera di sanitari. Come farlo? Avvicinandosi alla persona del malato con sentimenti di compartecipazione: quasi a condividere con lui lo sforzo degli ultimi battiti del suo cuore.

## 40 ANNI AL SERVIZIO DEL CUORE: UNA RISORSA PER TRIESTE, UN ESEMPIO PER TUTTI

Sabino Scardi, targa d'oro e fellow dell'ANMCO, ci ha inviato un elegante opuscolo che testimonia 40 anni d'impegno e dedizione di tanta gente per la Cardiologia di Trieste. Egli ripercorrendo dalle origini le tappe fondamentali della sua struttura cardiologica, ci fa rivivere nel testo e nelle immagini quella che è la storia della cardiologia italiana di questi ultimi 40 anni.

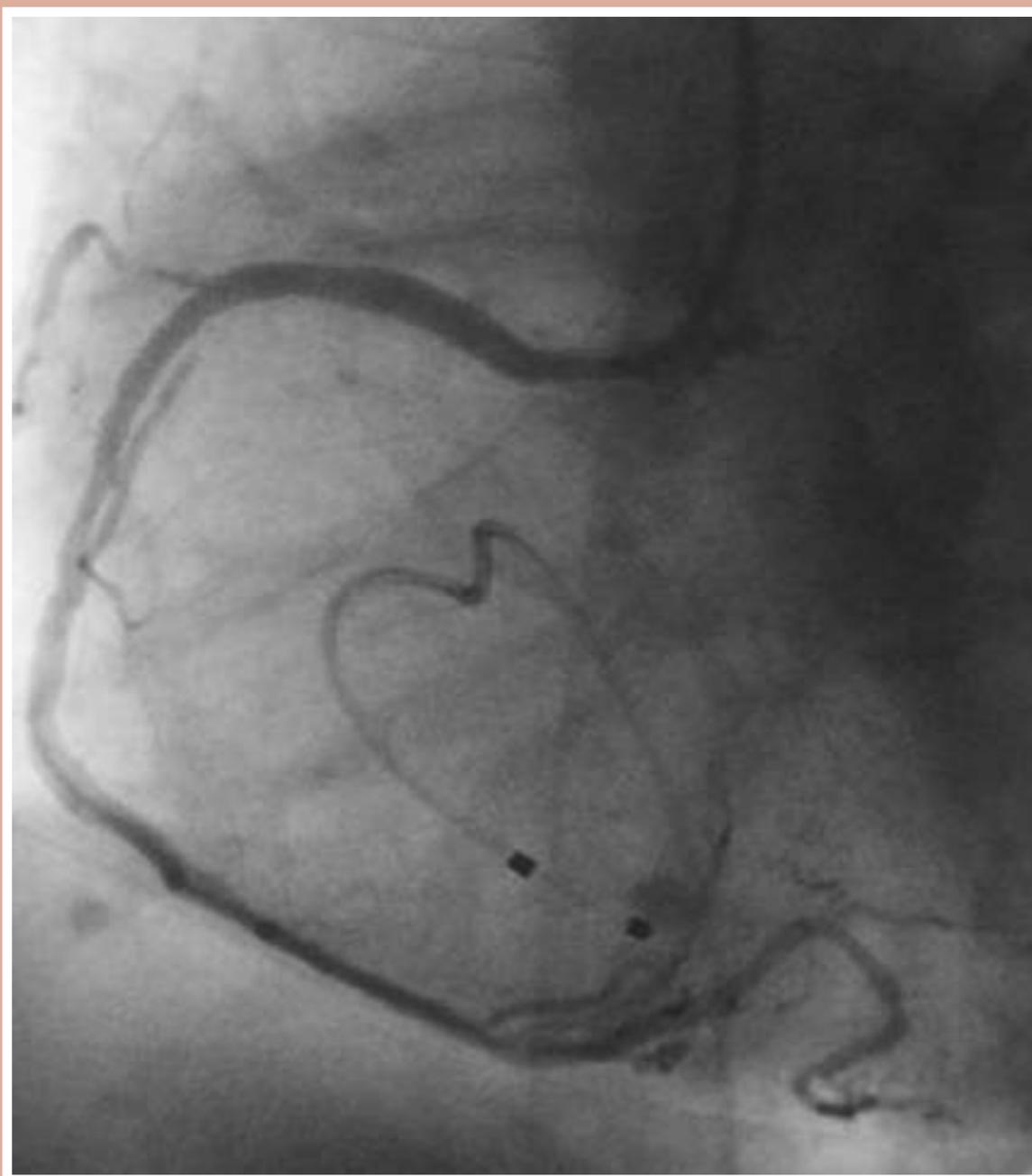
Un percorso semplice tracciato con sacrificio, passione e grande impegno. Una storia che rivive attraverso il racconto dei programmi assistenziali pianificati, della qualificante ricerca scientifica, degli eventi formativi organizzati, fino ai nostri giorni con le più moderne forme di collaborazione tra Ospedale e Territorio.

Francesco Bovenzi



a cura di FRANCESCO BOVENZI

## ***QUANDO CON I CATETERI SI FA ARTE***



# FELLOW ANMCO 2005



L'onore alimenta le arti  
La dignità non consiste nel possedere onori,  
ma nella coscienza di meritarli

(ARISTOTELE)

