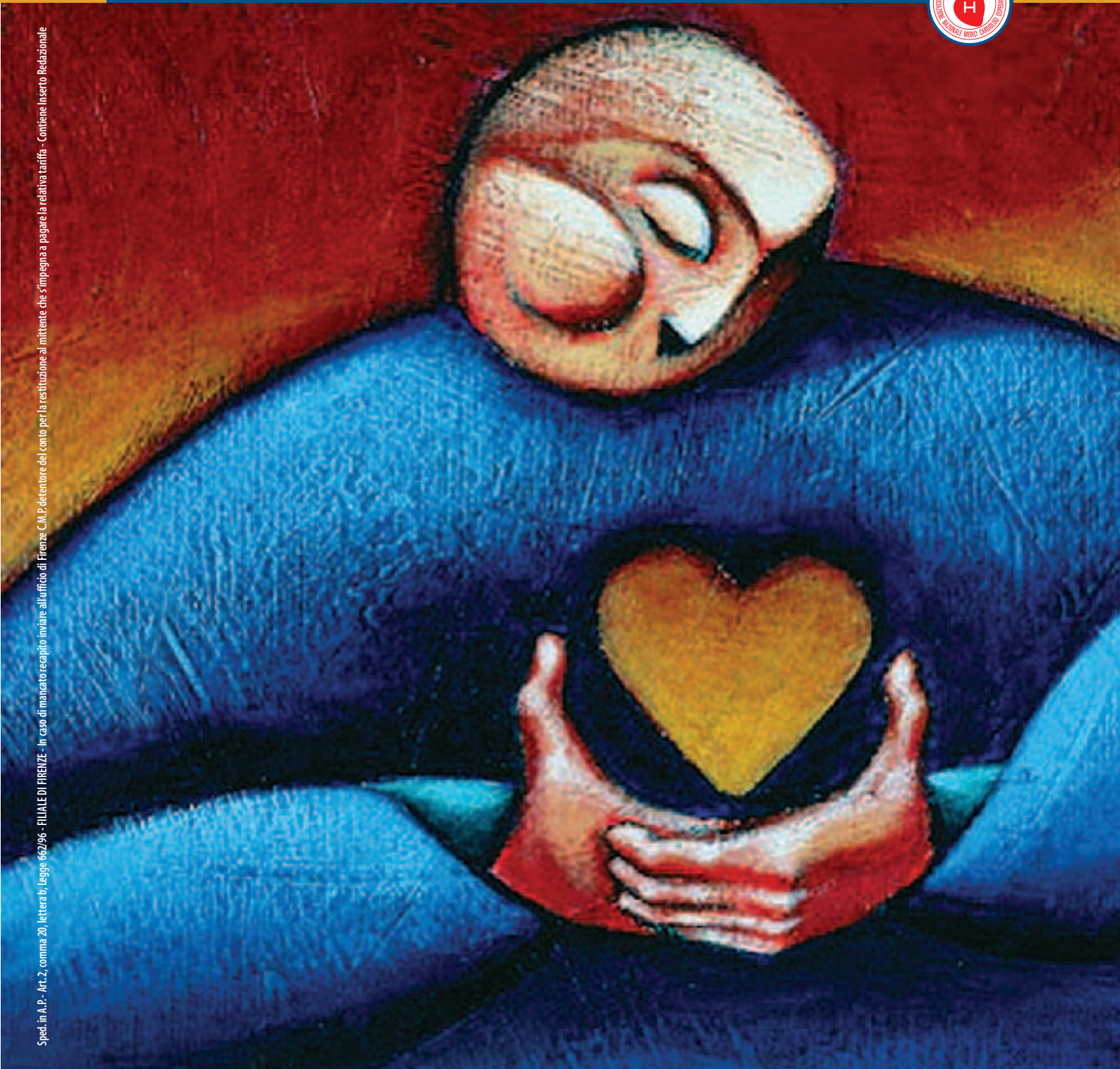


GENNAIO - FEBBRAIO N. 149 2006

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA 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 receipt 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



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

IN QUESTO NUMERO:

DAL PRESIDENTE

2 UNA CASA PIÙ GRANDE PER L'ANMCO
di Giuseppe Di Pasquale

3 AL NASTRO DI PARTENZA LA CAMPAGNA EDUCAZIONALE NAZIONALE SULLE RETI PER LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE
di Giuseppe Di Pasquale

DAL CONGRESSO AHA - AMERICAN HEART ASSOCIATION

6 REPORT DAL CONGRESSO DELL'AHA - SCIENTIFIC SESSIONS 2005
di Rachele Adorisio

13 AMERICAN HEART ASSOCIATION - SCIENTIFIC SESSIONS 2005 - GO TO RED
di Rachele Adorisio

DALLA HEART CARE FOUNDATION

15 PROGETTO SCUOLA TUTTOCUORE/HCF
di Franco Valagussa

19 HEART CARE FOUNDATION HA OTTENUTO LA CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ UNI EN ISO 9001:2000

DALLE AREE

22 AREA INFORMATICA RICHIESTA DI UTILIZZO DEL SOFTWARE CARDIOWEB ANMCO
di Giuseppe Di Pasquale, Antonio Di Chiara, Gianfranco Mazzotta

24 AGENDA ELETTRONICA DI PRENOTAZIONE
di Luigi Paolo Badano

26 AREA MANAGEMENT & QUALITÀ INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO. IL RUOLO DEL DISTRETTO
di Sergio Pedè

29 AREA SCOMPENSO CARDIACO LA CONSENSUS CONFERENCE SUI PERCORSI ASSISTENZIALI DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO: UN PROGETTO ANMCO CONDIVISO CON LE SOCIETÀ MEDICHE NAZIONALI
di Andrea Di Lenarda

DALLE REGIONI

41 BASILICATA PROGETTO PILOTA EDUCAZIONE ALLA SALUTE: ALIMENTAZIONE ED ATTIVITÀ FISICA. ASSOCIAZIONE AMICI DEL CUORE ONLUS E REGIONE ANMCO BASILICATA
di Antonio Cardinale, Francesco Paolo Calciano

44 CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta

46 FRIULI VENEZIA GIULIA DOVE VA L'ECOCARDIOGRAFIA ALL'INIZIO DEL TERZO MILLENNIO?
di Luigi Paolo Badano

49 LOMBARDIA SINTESI DELL'ASSEMBLEA REGIONALE ANNUALE ANMCO LOMBARDIA 2005
di Antonio Mafrici

51 LA TELECARDIOLOGIA IN LOMBARDIA: STATO DELL'ARTE
di Simonetta Scalvini, Fulvio Glisenti, Amerigo Giordano

54 TOSCANA PROGETTO RITA: IL QUADRO INIZIALE DELL'INFERMIERISTICA IN CARDIOLOGIA DELLA TOSCANA
di M. Vaselli, E. Laws, P. Meucci, K. Virag, A. Amadori, D. Bernardi, M. Filice, G. Djukic

CUORI ALLO SPECCHIO

57 I COSTI DELLA RICERCA, I DUBBI DELL'ETICA. CONSIDERAZIONI INTORNO AL CONFLITTO DI INTERESSI IN MEDICINA
di Bruno Milone

59 BRUNO MILONE INTERVISTA MARCO BOBBIO
di Bruno Milone

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

61 ET VINUM LAETIFICET COR HOMINIS

62 PROPRIETÀ ANTIOSSIDANTI DEL VINO E RISCHIO CARDIOVASCOLARE
di Gaetano Serviddio, Antonino Romano, Emanuele Altomare

64 VINO ROSSO E CORONARIE
di Giuseppe Di Pasquale

65 UN BICCHIERE DI RETZINA
di Carlo D'Agostino

FORUM

68 LA CARDIOLOGIA E L'EUROPA: UNA STORIA D'AMORE SEMPRE PIÙ ROSEA
di Paolo Colonna

70 CARDIOLOGIA ED INVECCHIAMENTO: LA SFIDA DI COMPORTAMENTO SI SPOSTA IN AVANTI
di Paolo Bocconcelli

FIGURARE LA PAROLA

72 A cura di Francesco Bovenzi



IN COPERTINA

Immagine dal Web



N. 149 - gennaio/febbraio 2006
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:

Francesco Boncompagni

Co-Editor:

Francesco Bovenzi

Comitato di Redazione:

Gennaro Santoro, Giuseppe Vergara

Redazione:

Simonetta Ricci

E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

Segreteria Nazionale:
ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 588784 - Fax 055 579334

E-mail: segreteria@anmco.it

http://www.anmco.it

Direttore Responsabile:

Pier Filippo Fazzini

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

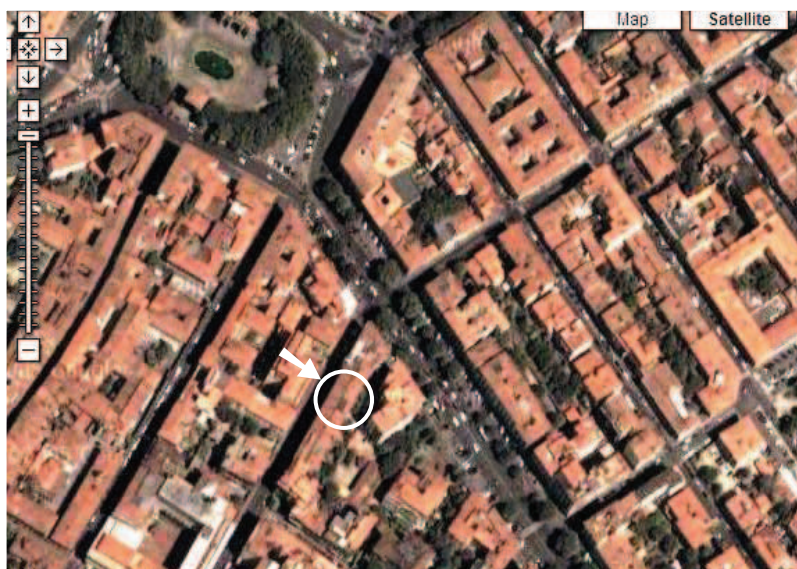
Centro Servizi ANMCO srl

Stampa:

Tipografia Il Bandino - Firenze

UNA CASA PIÙ GRANDE PER L'ANMCO

Dall'inizio dell'anno l'ANMCO ha una Casa più grande. Il giorno 19 dicembre 2005 presso lo Studio del Notaio Steidl di Firenze è stato firmato il rogito per l'acquisto di un nuovo appartamento al 3° piano di Via Alfonso La Marmora 36. Si tratta di un appartamento



Via Alfonso La Marmora, 36 dall'alto

di 250 mq ubicato al piano superiore di quello che attualmente ospita la Sede dell'ANMCO. Il progetto di ristrutturazione prevede la realizzazione di una scala interna di collegamento che consentirà di avere un'unica sede abitativa di circa 700 mq. Sono convinto insieme a tutto il Consiglio Direttivo che si è trattata di una scelta felice nell'interesse dell'ANMCO. Le attività della nostra Associazione sono aumentate notevolmente negli ultimi anni. Tra Segreteria Generale, Amministrazione, Centro Formazione e Segreteria di Heart Care Foundation circa 20 persone sono stabilmente impegnate ogni giorno a lavorare presso la

Sede dell'ANMCO. Esisteva pertanto la necessità di acquisire una sede più ampia. La possibilità di rea-

lizzare

questo auspicato obiettivo senza traslocare da Via La Marmora ci è sembrata un'opportunità irripetibile.

La disponibilità di uno spazio lavorativo più ampio e confortevole contribuirà a rendere ancora più efficiente la complessa attività dello splendido personale della nostra cara ANMCO.



Il Presidente e il Notaio

AL NASTRO DI PARTENZA LA CAMPAGNA EDUCAZIONALE NAZIONALE SULLE RETI PER LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE

Nell'ambito del Piano Annuale Formativo ANMCO 2006 la Campagna Educazionale Nazionale "Rete interospedaliera e linee guida per le sindromi coronariche acute" costituisce l'iniziativa strategicamente più rilevante.

Il progetto prevede lo svolgimento di Riunioni regionali della durata di un'intera giornata nel periodo 2006-2007. La prima Riunione regionale per l'Emilia Romagna, con il patrocinio dell'Assessorato Regionale della Sanità, si è svolta a Bologna il 3 febbraio 2006.

L'obiettivo della Campagna è quello di contribuire all'implementazione di una strategia di Rete interospedaliera per le sindromi coronariche acute in tutte le Regioni italiane con il più ampio coinvolgimento delle Istituzioni sanitarie regionali (Assessorati alla Sanità e Agenzie Sanitarie Regionali) e delle altre principali Società Scientifiche cardiologiche (FIC, SIC, SICI-GISE)

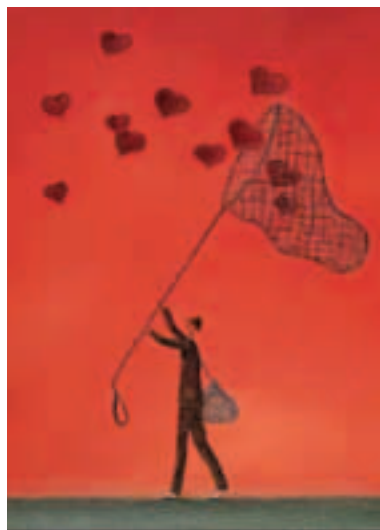


Immagine dal Web

e dell'Emergenza Urgenza (SIMEU, SIS 118). Questo obiettivo è coerente allo spirito del Documento della Federazione Italiana di Cardiologia "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" realizzato nel 2004.

Nelle Riunioni regionali destinate a Cardiologi, Medici della Medicina d'Urgenza e Responsabili di Organizzazione Sanitaria, verranno presentati i contenuti del Documento di Consenso "La Rete interospedaliera per l'emergenza coronarica" recentemente pubblicato sull'Italian Heart Journal a cura della FIC e SICI-GISE con la col-

laborazione di SIMEU e SIS 118. Il Comitato Esecutivo della Campagna ha predisposto i file delle diapositive relative ai diversi argomenti trattati nel programma delle Riunioni. Questo materiale verrà reso disponibile ai Relatori delle singole Riunioni.

È inoltre previsto in ogni Riunione un ampio spazio per l'analisi della situazione regionale dell'organizzazione delle Reti per la gestione delle sindromi coronariche acute. La pianificazione delle Riunioni regionali e la loro organizzazione è affidata ai Presidenti Regionali ANMCO. La Segreteria Nazionale dell'ANMCO e la Segreteria Organizzativa I&C di Bologna cureranno gli aspetti tecnici ed organizzativi della Campagna.

L'implementazione della strategia di Rete va nella direzione dell'applicazione delle linee guida cardiologiche. Le più recenti linee guida sull'infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST (IMA STE) della Società Europea di Cardiologia e dell'American College of Cardiology / American Heart Association esplicitamente inseriscono tra le raccomandazioni l'attuazione di una strategia di Rete "intelligente" che sia in gra-

Tabella 1

| COMITATO ESECUTIVO CAMPAGNA EDUCAZIONALE NAZIONALE "RETE INTEROSPEDALIERA E LINEE GUIDA PER LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE" |
|--|
| Giuseppe Di Pasquale (Bologna) Coordinatore Alessandro Boccanelli (Roma), Francesco Bovenzi (Lucca), Claudio Cavallini (Perugia), Francesco Chiarella (Pietra Ligure), Claudio Cuccia (Brescia), Claudio Fresco (Udine), Cesare Greco (Roma), Silvio Klugmann (Milano), Zoran Olivari (Treviso), Luigi Oltrona Visconti (Genova), Giuseppe Vergara (Rovereto) |



Foto dal Web

do già nella fase preospedaliera di orientare il paziente verso la migliore terapia ripercussiva, tenendo in considerazione il contesto temporale, clinico ed organizzativo.

Il recente Documento di Consenso sull'IMA definisce nei dettagli il modello della Rete interspedaliera affrontando alcune criticità legate allo sviluppo delle Reti. Il contenuto dell'attuale Consensus è stato discusso e condiviso in una riunione tenutasi a Napoli il 5 ottobre 2004, tra i Cardiologi (indicati dall'ANMCO, dalla SIC e dal SICI-GISE), i medici dell'Emergenza-Urgenza (118 e Pronto Soccorso) e rappresentanti istituzionali, di tutte le Regioni italiane. Questa ampia condivisione dei contenuti del Documento fa sì che esso possa essere oggi considerato un autorevole riferimento per l'appropriata gestione dei pazienti con IMA STE nella nostra realtà nazionale.

Gli obiettivi prioritari nella gestione in Rete dell'IMA STE sono molteplici:

- aumentare il numero dei pazienti che giungono vivi in Ospedale;
- aumentare la percentuale di pazienti trattati con tera-

pie di ripercussione (fibrinolisi o angioplastica primaria);

- accogliere in modo appropriato i pazienti con IMA nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC);
- iniziare il più rapidamente possibile il trattamento ripercussivo;
- rendere disponibile il migliore trattamento per tutti i pazienti, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi di IMA;
- assicurare il trattamento interventistico ai pazienti a più alto rischio.

Il modello della Rete cardiologica interspedaliera ha come fine ultimo quello di consentire "pari opportunità" di trattamento, indipendentemente dal punto della Rete nel quale l'infartuato riceve il primo soccorso. Questo, allorché compiutamente attuato, costituisce una vera rivoluzione rispetto alla situazione storica nella quale le prestazioni diagnostico-terapeutiche erogate erano in funzione delle disponibilità "on site" delle risorse.

Una recente indagine condotta dall'ANMCO, i cui risultati sono stati presentati nel Simposio Organizzativo



del Congresso ANMCO 2005, evidenzia che nella quasi totalità delle Regioni italiane esistono progetti di Reti per l'emergenza coronarica già attivi o in fase di prossima attivazione. Si tratta della fotografia di un processo in corso, in crescita progressiva a varie velocità. Diverso è infatti nelle varie realtà regionali il grado di coinvolgimento delle Cardiologie, di applicazione della telecardiologia e dei protocolli di fibrinolisi preospedaliera.

La Campagna Educazionale Nazionale, grazie al coinvolgimento di tutti gli attori della Rete e delle Istituzioni Sanitarie Regionali costituisce l'occasione per fare il punto sullo stato di avanzamento delle Reti regionali e favorirne i processi di implementazione.

In particolare, la Campagna avrà lo scopo di analizzare nel dettaglio le problematiche organizzative regionali, discutere soluzioni per il superamento delle eventuali criticità e proporre gli strumenti per il monitoraggio e la verifica dei risultati nel tempo. L'obiettivo ultimo più ambizioso è quello di offrire un contributo alla lotta nella quale siamo tutti impegnati per ridurre la mortalità e la morbilità dell'infarto nel nostro Paese.

Tabella 2

STRUTTURA DELL'EVENTO FORMATIVO REGIONALE

I Sessione - Le Reti interospedaliere per il trattamento delle sindromi coronariche acute: i concetti

- linee guida e Rete interospedaliera
- standard e clinical competence in UTIC
- standard e clinical competence in Emodinamica
- le criticità dell'assistenza alle sindromi coronariche acute in Italia
- struttura ed obiettivi della Rete interospedaliera regionale

II Sessione - Le Reti interospedaliere per il trattamento delle sindromi coronariche acute: gli attori

- la Rete mobile: il ruolo del 118
- la Rete fissa: il ruolo della Medicina d'Urgenza
- il ruolo dell'UTIC di riferimento
- la formazione degli operatori della Rete
- il governo della Rete

III Sessione - Le Reti interospedaliere per il trattamento delle sindromi coronariche acute: la pratica

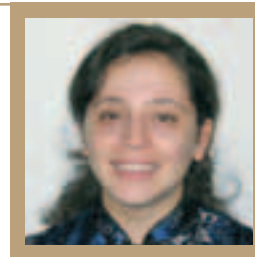
- analisi della situazione regionale
- analisi degli obiettivi della Rete
- progetti di formazione del personale sanitario
- progetti di educazione sanitaria dei cittadini
- la raccolta dei dati (registri nazionali e locali), audit e verifica dei risultati)

IV Sessione - Le Reti interospedaliere per il trattamento delle sindromi coronariche acute: dalla teoria alla pratica

- il modello locale e gli sviluppi organizzativi
- Tavola Rotonda

La realizzazione di questa Campagna Educazionale è stata resa possibile grazie al lavoro del Comitato Esecutivo al quale va il più sentito ringraziamento. In modo particolare a Cesare Greco, Chairman dell'Area Emergenza-Urgenza, che insieme al Past President ANMCO Alessandro Boccanelli è stato il promotore ed il referente scientifico di questo ambizioso progetto.

Un cordiale ringraziamento anche alle Aziende Farmaceutiche Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, Eli Lilly, Merck Sharp & Dohme, Sanofi-Aventis e Bristol-Myers Squibb che, con il generoso supporto, e senza alcuna interferenza nella strutturazione del programma scientifico e dei contenuti della Campagna, ne hanno reso possibile la realizzazione.



REPORT DAL CONGRESSO DELL'AHA - SCIENTIFIC SESSIONS 2005

Quest'anno il Congresso dell'American Heart Association ha presentato un ampio spettro di argomenti, spaziando dalla cardiologia pediatrica a quella interventistica, dalla ricerca di base all'epidemiologia. Il Congresso si è articolato su diversi livelli di attività educative quali le sessioni plenarie e quelle speciali, gli How-To, le presentazioni orali e le sessioni Poster. Il Congresso, svoltosi dal 13 al 16 novembre a Dallas, Texas, USA, è stato inoltre arricchito dalla sessione dei Late Breaking Clinical Trials. Di seguito vi proponiamo una sintesi dei dati presentati durante quest'ultima sessione e alcuni commenti riportati durante la discussione. Da notare, che i dati qui riportati potrebbero non essere quelli definitivi di pubblicazione.



icosapentenoico purificato giornalmente. La durata media del trattamento è stata di 4.5 anni. L'end-point primario includeva morte cardiaca improvvisa, infarto miocardico, angina instabile, o qualunque procedura di ricanalizzazione coronarica. L'aggiunta di olio di pesce

ad una bassa dose di statine ha ridotto significativamente l'incidenza dell'end-point primario (-19%). Gli effetti benefici dell'olio di pesce in aggiunta alle statine erano maggiori nei pazienti nel gruppo di prevenzione secondaria. Non si sono osservati effetti sulla morte improvvisa.

Gli studi precedenti sulla somministrazione di olio di pesce hanno dimostrato risultati conflittuali. È possibile che i risultati di questi studi possono essere stati influenzati dall'alto livello di consumo di pesce nella popolazione giapponese in confronto alle popolazioni occidentali.

Lo studio MEGA ha dimostrato che le basse dosi di statine in popolazione a basso rischio riduce l'incidenza di eventi cardiovascolari maggiori. Comunque, la sicurezza e l'efficacia delle statine in popolazioni di rischio molto alto, come quelli con scompenso cardiaco richiedono ulteriori ricerche.

PREVENZIONE

JELIS (JAPAN EPA LIPID INTERVENTION STUDY) e MEGA (MANAGEMENT OF ELEVATED CHOLESTEROL IN THE PRIMARY INTERVENTION GROUP OF ADULT JAPANESE) trial

Questi studi rappresentano i primi due grandi studi multicentrici nella malattia cardiovascolare condotti in Giappone. I risultati del trial JELIS sono stati presentati dal Dott. Mitsuhiro Yokohama, Università di Kobe; il trial Mega è stato illustrato dal Dott. Haruo Nakamura, Università di Saitama, Giappone.

Il trial JELIS ha arruolato 18.645 pazienti ipercolesterolemici, di cui 3.664 presentavano storia di coronaropatia e sono stati inclusi nel braccio di prevenzione secondaria. I rimanenti 14.981 non avevano storia di coronaropatia ed erano quindi pazienti in trattamento di prevenzione primaria. Tutti i pazienti stavano già ricevendo statine a basso dosaggio e metà sono stati randomizzati a trattamento addizionale con 1.800 mg di acido

ACTIVATE: Effects of ACAT inhibition on the progression of coronary atherosclerosis: a randomized controlled trial

I risultati del trial ACTIVATE sono stati presentati dal Dott. Steven Nissen, Cleveland Clinic Cardiovascular Coordinating Center e commentati dal Dott. Valentine Fuster.

Questo trial è stato condotto per testare un nuovo farmaco: il pactimibe, inibitore dell'acetil coenzima A colesterolo-O-acetil transferasi, per ridurre la placca aterosclerotica. Il trial ha arruolato 534 pazienti con malattia

American Heart Association 
Learn and Live.

scientific sessions 2005

coronarica sintomatica ed una stenosi angiografica maggiore del 20%. I pazienti sono stati randomizzati al trattamento con pactimibe (100 mg) o a placebo per 18 mesi e sono stati sottoposti ad esame ecografico intravascolare (IVUS) di base e dopo 18 mesi. L'IVUS è stato eseguito utilizzando un trasduttore di 40 MHz ed uno sfilo automatico di 0.5 mm/s su un segmento di almeno 30 mm di lunghezza. I dati del follow-up sono stati completati in 408 pazienti.

Come end-point primario è stata considerata la variazione in percentuale di volume di placca aterosclerotica. Non sono state osservate differenze tra i gruppi (0.59% per il placebo e 0.69% per il pactimibe; $p=.77$). Il volume percentuale di aterosclerosi è aumentato significativamente dalla base in entrambi i gruppi. Ugualmente, il pactimibe non ha prodotto alcun cambiamento maggiore nella concentrazione di lipidi sierici in confronto con il placebo.

È stato considerato come end-point clinico composito la morte per cause cardiovascolari, l'infarto miocardico non fatale, lo stroke non fatale, l'ospedalizzazione per angina instabile o la rivascolarizzazione coronarica o carotidea.

Non ci sono state differenze nell'end-point clinico composito dal momento della prima manifestazione clinica (26.5% per il placebo ed il 23.8% per il pactimibe; $p=.53$). Ugualmente, nessuno dei componenti individuali di questo end-point è risultato essere significativamente differente tra i gruppi. Il Dott. Nissen ha sottolineato il



fatto che il trial non era stato disegnato con una potenza statistica tale da determinare differenze in termini di prognosi clinica. È inoltre emersa l'abilità dell'IVUS di discriminare tra le terapie efficaci ed inefficaci e come questa possa accelerare la selezione di nuovi approcci maggiormente promettenti per il trattamento della patologia coronarica aterosclerotica.

Durante la discussione il Dott. V. Fuster si è interrogato se l'IVUS sia la tecnica appropriata per misurare e decidere l'efficacia di un farmaco. Ha inoltre aggiunto che l'IVUS ha dimostrato di fornire un importante contributo alla valutazione della patologia aterosclerotica come dimostrato dalla correlazione di questa tecnica di imaging con l'abbassamento delle LDL nello studio REVERSAL, con la terapia antipertensiva nel trial CAMELOT, e con una terapia che modifica la quota di HDL nello studio APO1 Milano.

SCOMPENSO CARDIACO

Il Levosimendan è un nuovo farmaco correntemente approvato in più di 40 paesi, ma non negli USA, con un'indicazione come terapia aggiuntiva per il trattamento a breve termine dei pazienti con Scompenso Cardiaco Acuto. Ha un'azione inotropica unica che è mediata non solo da un aumento della concentrazione di calcio intracellulare, ma da un'abilità di sensibilizzare i miofilamenti ad una concentrazione di calcio immodificata. La vasodilatazione periferica è mediata da un effetto agonista sui canali del potassio.

REVIVE II

Questo trial è stato illustrato dal Dott. M. Packer, University of Texas Southwestern Medical Center Dallas, Dallas, Texas e commentato dal Dott. M. Komajda.

Il REVIVE II ha arruolato 600 pazienti ricoverati per peggioramento dello scompenso cardiaco, con frazione

d'eiezione inferiore al 35% e dispnea a riposo nonostante l'utilizzo di diuretici endovenosi. I pazienti sono stati assegnati in modo randomizzato al levosimendan (6-12 mcg bolo seguito da infusione per 24 ore 0.2 mcg/kg/min) o placebo in aggiunta al trattamento standard. Lo studio è stato condotto in 100 centri clinici negli USA, Australia ed Israele.

I pazienti trattati con levosimendan hanno presentato una minore incidenza di segni e sintomi di Scompenso Cardiaco Acuto nei primi cinque giorni rispetto al gruppo placebo ($p=0.015$). I sintomi di scompenso cardiaco erano basati su autovalutazione da parte dei pazienti e dai loro medici. Gli episodi di peggioramento dei sintomi che hanno richiesto una terapia di salvataggio si sono verificati nel 15% dei casi trattati con levosimendan e nel 26% del gruppo placebo.

I livelli di BNP sono stati marcatamente ridotti dopo l'infusione di levosimendan durante i primi cinque giorni rispetto al gruppo trattato con placebo, ma que-



Vecchia foto di Dallas

sta differenza è scomparsa a 31 giorni. Questo dato ha suscitato una discussione sulla validità dell'utilizzo del BNP come marker di severità di scompenso cardiaco.

Comunque, i dati presentati hanno dimostrato che il levosimendan può essere associato con aumentato rischio di ipotensione, tachicardia ventricolare, fibrillazione atriale. La mortalità per tutte le cause a 90 giorni è stata del 15.1% nel braccio del levosimendan e del 11.6% nel gruppo controllo, ma il Dott. Packer ha notato che il trial non aveva la potenza per determinare differenze in termini di mortalità.

Il Dott. M. Komajda, durante la discussione, ha riportato che il miglioramento dei sintomi dello scompenso cardiaco, particolarmente come asserito dal nuovo endpoint degli autori del REVIVE, è comunque importante nel trattamento dello Scompenso Cardiaco Acuto. Egli ha espresso delle perplessità comunque, sull'eccesso di mortalità riportata nel trial, sottolineando la necessità di ulteriori studi per dimostrare la sicurezza del trattamento con il levosimendan.

SURVIVE

Questo trial è stato riportato dal Dott. A. Mebazaa.

Il trial SURVIVE ha arruolato 1.327 pazienti con Scompenso Cardiaco Acuto e frazione d'eiezione inferiore al 30%. Questo trial differisce dal precedente perché ha arruolato pazienti più gravi con indicazione al supporto inotropo con dobutamina. Questo si è evinto da una fre-

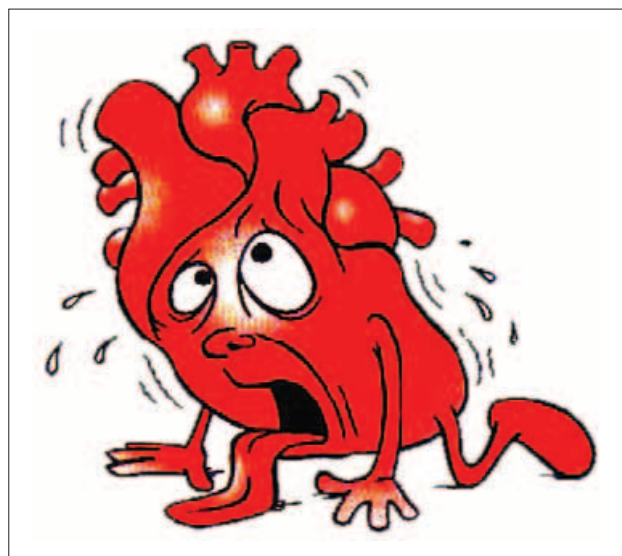


Immagine dal Web

quenza di mortalità generale molto più alta rispetto a quella vista nel REVIVE a sei mesi (27%).

I pazienti sono stati randomizzati a ricevere nel braccio preposto la stessa dose di levosimendan riportata nel REVIVE II. Nel braccio della dobutamina, essa è stata somministrata ad una dose superiore a cinque mcg/kg/min per almeno 24 ore al massimo della terapia medica standard.

Non si sono osservati benefici in termini di sopravvivenza a sei mesi per il gruppo trattato con levosimendan rispetto a quelli con dobutamina. La mortalità per tutte le cause (end-point primario) è stata del 26% per il levosimendan e del 28% per la dobutamina (hazard ratio 0.91, 95% CI =.74-1.13; p=.401). Si è osservata una maggiore sopravvivenza a cinque giorni in favore del levosimendan, ma questa differenza non è stata statisticamente significativa e l'analisi effettuata è stata post hoc. Gli eventi cardiovascolari avversi erano simili tra i due gruppi di trattamento, ad eccezione di un aumento di incidenza di scompenso cardiaco nel gruppo dobutamina e di fibrillazione atriale nel gruppo del levosimendan.

REPAIR AMI: REINFUSION OF ENRICHED PROGENITOR CELLS AND INFARCT REMODELLING IN ACUTE HEART FAILURE

I risultati del REPAIR AMI sono stati presentati durante la sezione dei Late Breaking clinical trials dal Dott. Volker Schachinger dell'Università J.W. Goethe di Francoforte.

In questo studio le cellule midollari sono state aspirate dalla cresta iliaca durante 3-5 giorni successivi a riperfusione ottenuta con PCI e stenting, ed inviate ad un centro specializzato per il processamento. Le cellule processate oppure un placebo (siero acellulare) sono state infuse all'interno della coronaria responsabile dell'infarto entro 24 ore dall'aspirazione utilizzando un pallone gonfiato a bassa pressione che interrompeva momentaneamente il flusso.

L'end-point primario di questo studio è stata la variazione globale della frazione di eiezione calcolata con ventricolografia quantitativa a quattro mesi, che è aumentata passando dal 48 al 54% nel braccio con cellule staminali mentre nel gruppo di controllo è passato dal 47 al 50% (p=.014). L'analisi dei sottogruppi ha indicato che il maggiore beneficio dell'infusione intracoronarica di cel-

lule autologhe del midollo osseo è stato limitato ai pazienti con frazione d'eiezione < 49% e a quelli ricevuti l'infusione nei cinque giorni successivi all'infarto.

A quattro mesi, non c'è stata differenza tra i gruppi riguardo l'end-point combinato di morte, infarto miocardico e rivascolarizzazione del vaso/lesione target ($p=.033$). Il Dott. Schachinger ha sottolineato comunque che il trial non aveva la potenza statistica necessaria per determinare differenze in termini di prognosi clinica.

L'infusione intracoronarica di cellule progenitrici provenienti dal midollo osseo ha fornito la base per la grande promessa di limitare la progressione dello scompenso cardiaco post-infartuale. Sono necessari trial su larga scala per valutare gli effetti sulla mortalità nei pazienti con infarto miocardico acuto esteso.

Durante la discussione di questo studio, il Dott. Menaschew ha riconosciuto l'eccellente disegno di questo trial, ma ha notato che i risultati contraddicono quelli dei precedenti trial e quindi necessitano di conferma. Studi futuri potrebbero avvantaggiarsi di metodi più elaborati per la valutazione della funzione miocardica rispetto alla ventricolografia e sarebbe utile anche estendere il periodo di controllo per determinare se il miglioramento della funzione contrattile persista e se corrisponda ad un beneficio clinico.

FIBRILLAZIONE ATRIALE & ANTICOAGULANTI

ACTIVE-W

Il warfarin è superiore al clopidogrel in associazione con l'aspirina nella prevenzione degli eventi vascolari nei pazienti con fibrillazione atriale, ma solo se somministrato in modo ottimale. Queste sono state le conclusioni dell'ACTIVE W come presentate dal Dott. Stuart Connolly dell'Università di McMaster a Hamilton, Ontario, Canada.

Il trial ACTIVE W ha arruolato 6.706 pazienti con fibrillazione atriale documentata ed un altro fattore di rischio vascolare e li ha randomizzati sia a clopidogrel (75 mg/die) associato all'aspirina (75-100 mg/die) sia a warfarin somministrato con INR target di 2-3, e monitorizzato ogni mese.

Un buon controllo dell'INR è stato ottenuto nel 63.9%

dei pazienti trattati con warfarin. Circa il 77% del campione studiato ha assunto anticoagulante orale come terapia.

Questo studio è stato condotto a livello internazionale ed i partecipanti provenivano da 522 centri clinici in 31 paesi.

Lo studio è stato interrotto precocemente per la chiara evidenza della superiorità della terapia con anticoagulanti orali sull'end-point composito di stroke, embolia sistemica non cerebrale, infarto miocardico o morte per cause vascolari (3.93%/anno vs 5.64%/anno, rischio relativo 1.45, $p=.0002$).

Riguardo ciascun componente degli end-point compositi, il warfarin ha dimostrato di ridurre significativamente le frequenze di stroke (1.40%/anno vs 2.44%/anno per il gruppo clopidogrel e aspirina; $p=.0006$) e di embolie sistemiche non cerebrali (0.10%/anno vs 0.48%/anno per il gruppo clopidogrel e aspirina; $p=.0028$). Non sono state osservate differenze significative nelle frequenze di infarto miocardico (0.55%/anno vs 0.84%/anno per il gruppo clopidogrel e aspirina; $p=.011$) o morte per cause vascolari (2.57%/anno vs 2.85%/anno; $p=0.48$). La mortalità è stata del 3.8% per anno in entrambi i gruppi.

Le frequenze di sanguinamento maggiore non hanno differito tra i gruppi.

Da sottolineare che il maggiore beneficio è stato osservato tra i pazienti già in trattamento con terapia anticoagulante orale di base ed in pazienti già in trattamento con costante mantenimento INR del range 2-3. Il beneficio e la sicurezza dell'anticoagulante vs clopidogrel e aspirina è incerta per i pazienti senza terapia anticoagulante all'ingresso.

CARDIOCHIRURGIA

PREVENT IV: EFFICACY AND SAFETY OF EDIFOLGIDE FOR PREVENTION OF VEIN GRAFT FAILURE FOLLOWING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY

Questo studio è stato presentato dal Dott. J. Alexander, Duke University, Durham, NC.

Il fattore di inibizione di trascrizione edifolgide non è più efficace del placebo nel prevenire l'occlusione dei



L'arrivo del Presidente degli U.S.A. John F. Kennedy e della First Lady Jacqueline Kennedy all'Aeroporto Love Field di Dallas, 22 novembre 1963

condotti venosi utilizzati come by-pass aorto-coronari, in accordo con quanto riportato nel trial PREVENT IV.

L'edilfolgide è un oligonucleotide a doppia catena che decodifica il fattore E2F che in piccoli trial ha dimostrato essere efficace nel ridurre la frequenza di iperplasia intimale nei graft venosi.

Lo studio randomizzato di fase tre ha arruolato 3.014 pazienti tra l'agosto 2002 e l'ottobre 2003 in 107 centri statunitensi. I pazienti eleggibili erano quelli sottoposti a primo intervento di by-pass con almeno due condotti venosi utilizzati. I primi 2.400 pazienti arruolati sono stati sottoposti a coronarografia di controllo a 12 e 18 mesi dopo la chirurgia.

I by-pass venosi sono stati trattati ex vivo sia con edilfolgide ad una concentrazione di 0.28 mg/ml o con placebo in un sistema di rilascio pressione mediato.

L'end-point primario considerato era la stenosi del graft

venoso $\geq 75\%$ in almeno uno dei graft venosi come dimostrato poi dalla coronarografia di controllo. Tale end-point si è verificato nel 45.2% nel gruppo edilfolgide e nel 46.3% nel gruppo placebo ($p=.66$). Le ragioni di questo insuccesso sono state maggiormente legate alle occlusioni, che si sono verificate con la stessa frequenza tra i due gruppi. Anche le continue misurazioni del diametro medio dei graft venosi non occlusi era simile tra i due gruppi.

Gli end-point secondari considerati sono stati gli eventi cardiovascolari maggiori, morte, infarto non fatale, rivascolarizzazione con fallimento del graft venoso. Anche tra gli end-point secondari non sono state riscontrate significative differenze.

Gli effetti a lungo termine devono essere mirati a valutare se questo farmaco possa avere dei benefici a lungo termine anche se non dimostrati a livello angiografico. Il follow-up durerà per altri cinque anni.

TRIAL EASY: EARLY DISCHARGE AFTER TRANS-RADIAL STENTING OF CORONARY ARTERIES

I risultati di questo trial sono stati presentati dal Dott. Olivier F. Bertrand del Laval Hospital, Quebec Heart Lung Institute, Quebec.

Questo studio randomizzato è stato condotto su 1.005

pazienti per valutare l'efficacia di una procedura interventistica con approccio percutaneo radiale o ulnare dopo aver ricevuto singolo bolo di abciximab seguito o meno da infusione del farmaco per 12 ore. I pazienti che hanno ricevuto solo il bolo di abciximab, sono stati dimessi dopo 4-6 ore.

La combinazione dell'approccio transradiale e singolo bolo di abciximab è risultata essere sicura e di facilitare l'esecuzione di procedure interventistiche in regime di day hospital.

I pazienti in cui la dissezione residua era maggiore del grado B, con un ramo suboccluso >1 mm, ed un flusso TIMI < 3 o con la presenza di un trombo persistente dopo l'impianto di stent sono rimasti ricoverati in ospedale a seconda delle richieste e sono stati inclusi in un registro separato (n=343).

A 30 giorni, l'end-point primario – composito di morte, infarto, rivascolarizzazione urgente, sanguinamenti maggiori, nuova reospedalizzazione e severa trombopenia – non ha differito significativamente tra il gruppo del bolo e quello del bolo e perfusione (13.5% e 10.2%, rispettivamente; p=ns). Entrambi i gruppi sono andati meglio rispetto a quelli del gruppo del registro, dove la frequenza dell'end-point primario è stato del 26.8% (<.0001).

Per quanto riguarda l'end point secondario, non ci sono state differenze tra i gruppi in termini di morte, infarto, rivascolarizzazione del vaso target a sei mesi (5.9 e 5.6%, rispettivamente, p=ns).

Sebbene la frequenza di complicazione sia più bassa di quella osservata nell'accesso femorale, l'approccio interventistico transradiale non ha guadagnato un'ampia accettazione legata alla perplessità per una tecnica più dif-

ficile per navigare attraverso piccole arterie e poiché può rendere l'arteria brachiale non utilizzabile in caso di bypass. Il Dott. Bertrand ha sottolineato l'importanza che più operatori facciano ricorso a questa tecnica, notando che il suo centro ha eseguito oltre 30.000 casi fino ad ora e che la frequenza di complicanze siano state meno del

2%. Sebbene il suo utilizzo sia in aumento, il cateterismo per via transradiale utilizzato

sia meno del 10% negli USA e dal 10 al 30% delle procedure europee ed in Asia.



STENT CON SIROLIMUS VS PACLITAXEL PER IL TRATTAMENTO DELLE OCCLUSIONI CRONICHE TOTALI

Sebbene non siano state evidenziate differenze, gli stent con sirolimus sono stati associati con minore riduzione del lume e crescita neointimale rispetto a quelli con paclitaxel nei pazienti con occlusione cronica totale. Questo abstract è stato presentato durante una sessione Poster.

Tra il 2003 ed il 2004, 144 pazienti con occlusione cronica totale sono stati sottoposti ad una ricanalizzazione di successo e sono stati randomizzati ad impianto di stent sia con sirolimus o con paclitaxel. Il follow up angiografico a sei mesi è stato condotto in 32 pazienti nel braccio con sirolimus e a 36 in quello con paclitaxel.

Le caratteristiche demografiche, procedurali ed angiografiche di base erano comparabili tra i due gruppi.

Ad una media di 15 mesi di follow up, sono state osservate differenze tra i due gruppi in termini di morte, infarto miocardico, restenosi (6% sirolimus e 17% paclitaxel, p=NS) o di rivascolarizzazione nella lesione target (3% sirolimus e 6% paclitaxel, p=NS). Al controllo angiografico, la stenosi residua e la perdita tardiva di lume erano entrambe ridotte in maniera significativa (stenosi residua 18% sirolimus vs 27% paclitaxel, perdita del lume 0.23% sirolimus vs 0.49% paclitaxel, p<0.05). Al follow up IVUS, si è osservato una minor incidenza d'ispessimento neointimale (0.25 sirolimus vs 0.25 paclitaxel, p<0.05) e minore area neointimale (0.65 sirolimus vs 1.3 paclitaxel, p<0.05).

AMERICAN HEART ASSOCIATION - SCIENTIFIC SESSIONS 2005 - GO TO RED

Durante l'American Heart Association - Scientific Session 2005, si è discusso se le differenze di genere possano avere implicazioni assistenziali e farmacologiche. In una sessione speciale è emerso che tali differenze tra uomini e donne sono reali. Le donne ricevono meno ipolipemizzanti degli uomini, sono maggiormente a rischio di ricevere dosi in eccesso di inibitori di glicoproteine 2b3a e di non essere trattate con l'aspirina come meriterebbero.

Una survey dell'AHA del 2003, illustrata da A. Jacobs, ha riportato che solo il 43% delle donne è consapevole che le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte tra le donne americane. È stato dimostrato che alla base di questo anche i medici pensano che le donne siano meno a rischio di essere affette da

malattie cardiovascolari rispetto agli uomini. Il Past-President dell'AHA, Dott.ssa Alice K. Jacobs, ha aggiunto che quando questo errore di conoscenza viene corretto, le modalità di trattamento sono le stesse. Pertanto, è necessario intervenire sulla formazione e sull'informazione.

Secondo i dati riportati, poiché le donne sono a mag-



Georges Seurat, *Donna seduta con parasole*, 1884-85



Tamara de Lempicka, *In the Middle of Summer*, 1928

gior rischio di sanguinamento, alcuni medici sono riluttanti a somministrare inibitori di glicoproteine 2b3a alle donne affette da sindrome coronarica acuta senza soprasslivellamento del tratto ST.

Dai dati disponibili dal gruppo della Duke University e presentati dalla Dott.ssa K. Alexander, si apprezza che tale rischio è reale poiché le donne hanno maggiori probabilità di riceverne troppo. In uno studio di oltre 14.000 pazienti con sindromi coronariche acute senza

sopraslivellamento del tratto ST, le donne sono a rischio di ricevere una eccessiva dose di inibitori di glicoproteine 2b3a tre volte superiore agli uomini.

È quanto mai importante sottolineare che nel ridurre eventi cardiovascolari maggiori è necessario aggiustare le dosi sulla base della funzione renale.

Anche sulla somministrazione di ipolipemizzanti, nonostante le solide evidenze riportate sulla riduzione di morbilità e di mortalità, esistono differenze tra uomini e donne.

Dalla Dott.ssa R. Bhargava, Northern California, è stato riportato che le donne vengono trattate molto meno con questa classe di farmaci e più difficilmente raggiungono l'obiettivo terapeutico delle LDL < 100 g/dl. Su 87.730 pazienti con patologie cardiovascolari seguiti alla Northern California University tra il 1999 ed il 2003, solo il 58% delle donne era trattato con ipolipemizzanti rispetto al 67% degli uomini.

Solo il 65% delle donne era nel range terapeutico prescritto rispetto al 78% degli uomini.

In una metanalisi di David Brown, è stato riportato che l'aspirina ha ridotto il rischio di stroke nelle donne del 17% ed il rischio di stroke ischemico del 24%. Non sono state riportate differenze nel rischio di stroke emorragico. Dal gruppo della Duke University è stato dimostrato che l'aspirina può ridurre la mortalità nelle donne in postmenopausa con malattia cardiovascolare.

Lo studio non ha riportato differenze significative tra le diverse posologie di aspirina (81 mg vs 325 mg).



Fernando Botero, Donna con con pappagallo, 1973

PROGETTO SCUOLA TUTTOCUORE / HCF

Documento di Programma

Premessa

Questo documento vuole essere una proposta di Heart Care Foundation Onlus (HCF) per far crescere l'educazione alla salute e la promozione della salute tra i più piccoli ed i più giovani nella scuola e con la scuola. Lo scopo è di prevenire i fattori di rischio delle malattie cardiovascolari e ridurre di conseguenza morbilità e mortalità, anche attraverso la confidenza con le emergenze del cuore.

In Italia infatti, come nel resto del mondo occidentale prevalentemente, il peso delle malattie cardiovascolari è impressionante. Ogni anno 160.000 persone sono colpite da attacco cardiaco: cioè ogni 3-4 minuti una persona ha un infarto di cuore, almeno 1 su 5 non sopravvive e in più della metà dei casi la morte avviene prima che la vittima raggiunga l'ospedale, come morte improvvisa per arresto cardiaco.

Una delle più importanti scoperte degli ultimi decenni è quella che le malattie, che attualmente causano la maggior parte delle morti premature e condizionano spesso invalidità e qualità di vita limitata, sono correlate con lo stile di vita e quindi con le abitudini individuali. Questo vale per le malattie cardiovascolari. In particolare per la malattia coronarica le prime lesioni vascolari compaiono già in età addirittura infantile come hanno dimostrato ricerche su bambini e ragazzi deceduti per incidenti stradali (1).

Il ruolo della scuola

Il canadese Marc Lalonde, in un documento sulla nuova prospettiva per la salute dei canadesi indicava come determinanti della salute umana quattro ordini di fattori:

- fattori genetici;
- fattori ambientali relativi al macroambiente ed al mi-



croambiente in cui viviamo (città, luoghi di scuola e di lavoro, luoghi pubblici, luoghi di svago, abitazioni);

- fattori comportamentali individuali e cioè lo stile di vita;
- livello dei servizi sanitari che privilegiano diagnosi e terapia e più spesso l'intervento sulla malattia acquisita (prevenzione secondaria) piuttosto che la prevenzione della malattia stessa (prevenzione primaria).

Al di là del piano che Lalonde sviluppò e che ha portato il Canada a risultati di rilievo con la successiva Canadian Heart Health Initiative dal 1989 (2), un aspetto particolare delle sue riflessioni merita di essere sottoli-

neato. Se alla base dell'azione preventiva sono importanti i comportamenti della società e lo stile di vita dell'individuo è indispensabile un'azione educativa e per questa deve essere chiamata in campo la scuola che, assieme ai genitori, rappresenta la risorsa educativa e la istituzione deputata per eccellenza alla formazione dei più giovani. Ed ancor più è naturale che questa educazione alla salute avvenga fin dai più piccoli per continuare poi durante le varie tappe scolastiche.

Demandare questo compito per intero al servizio sanitario non sarebbe realistico né opportuno, non fosse altro che per l'esigenza di capacità pedagogica che è prerogativa degli insegnanti e della scuola. Perciò la scuola come istituzione deve educare alla salute e di più far suo il ruolo di scuola che promuove salute, coinvolgendo in questa azione la comunità che le è intorno.

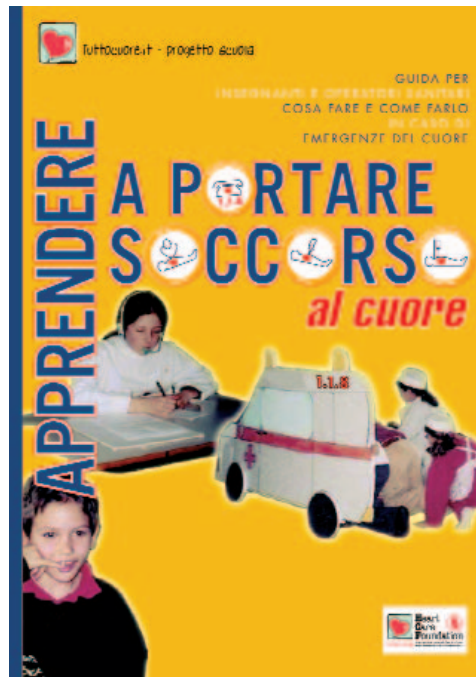
Compito di medici ed operatori sanitari è quello di promuovere tra gli insegnanti la cultura dell'educazione alla salute, predisponendo con loro programmi e percorsi didattici.

L'obiettivo: la scuola come comunità che promuove salute

L'obiettivo da raggiungere è quello di sviluppare uno stile di vita sano salvacuore e di fornire ai più giovani delle abilità per la vita ("life skills") che consentano ai ragazzi di affrontare le varie scelte per la salute con le adeguate conoscenze e le opportune motivazioni e non solo influenzati dal parere dei coetanei, dagli stimoli della pubblicità palese e occulta o da condizionamenti casuali.

Bisogna far apprendere di conseguenza a non delegare la propria salute imparando invece a conoscere e saper controllare il proprio corpo.

Bisogna ancora che uno dei "life skills" riguardi il prendere confidenza con l'emergenza sapendo cosa fare e



come farlo al momento opportuno.

Per fare tutto ciò non può bastare qualche iniziativa sporadica, occorre un vero e proprio Progetto per la salute all'interno del curriculum scolastico e dentro il piano di offerta formativa (POF).

Il punto di partenza può essere la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di salute come benessere fisico, psichico e sociale e come "risorsa per la vita di ogni giorno".

Per quanto riguarda il concetto di promozione della salute esso nasce negli anni '80 proposto dall'OMS tramite il suo ufficio europeo e

consacrato nella Carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986 e viene definito come "il processo che rende la gente capace di sviluppare il controllo della propria salute per migliorarla".

In quest'ottica la scuola viene sempre più vista come sede potenziale per la promozione della salute, attraverso la prevenzione dei fattori di rischio e il sapere cosa fare e come farlo nelle emergenze del cuore.

Il Progetto Scuola Tuttocuore / HCF

Nelle raccomandazioni conclusive della Terza Conferenza Nazionale sulla prevenzione (2004) delle malattie cardiovascolari viene dichiarato come "un ambito di assoluta rilevanza è quello dell'educazione alla salute e ancor più della promozione della salute e quindi di uno stile di vita sano salvacuore. È un passaggio obbligato se si vuole ridurre l'incidenza delle malattie cardiovascolari". È partendo da questa indicazione che HCF ha strutturato il suo programma per la scuola puntando come obiettivo prioritario sulla formazione degli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado.

Per ottenere questo risultato si è creato un Gruppo di Lavoro interdisciplinare che costituisce un vero e proprio laboratorio per sviluppare progetti didattici e verificarli poi sul campo.

I contenuti del progetto, lo ribadiamo, sono essenzialmente due:

1. promuovere uno stile di vita sano salvacuore in sintonia con la definizione della Singapore Declaration on Heart Health del 1998 che indica come caposaldi (3):

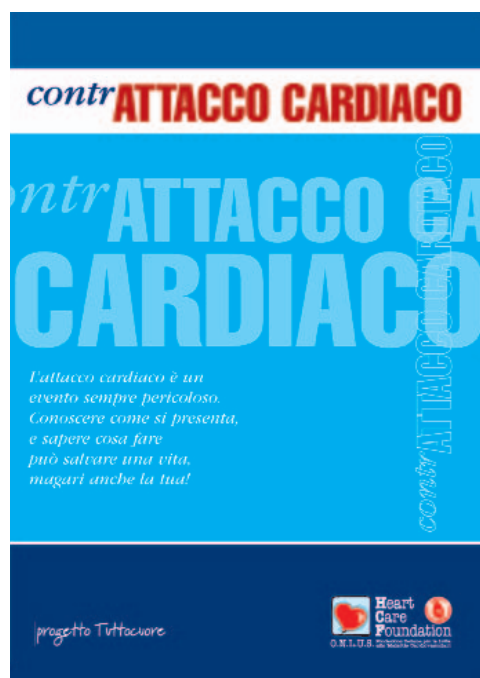
- alimentazione sana
- abolizione del fumo di tabacco
- attività fisica regolare
- ambiente psicosociale favorevole e raccomanda di prevenire i fattori di rischio già nei bambini, negli adolescenti e negli adulti più giovani

2. creare confidenza con le emergenze del cuore:

- saper allertare il sistema 118
- sapere cosa fare e come farlo di fronte ad una persona senza coscienza e senza respiro (possibile arresto cardiaco)
- saper riconoscere e diffondere i segni di allarme dell'attacco cardiaco.

La metodologia impiegata sottolinea i punti chiave dei programmi che vengono proposti:

- approccio positivo, mirato per età dai più piccoli della scuola primaria fino agli adolescenti della scuola secondaria
- proposta ufficiale inserita in un piano di promozione della salute condiviso (Dirigente Scolastico, Collegio Docenti, rappresentanti di studenti e genitori), inserita nel POF come parte del curricolo
- formazione degli insegnanti, con contemporanea realizzazione di strumenti didattici e scelta dei percorsi prioritari
- attività in classe affidata agli insegnanti, se necessario con supporto di operatori sanitari/animatori
- sviluppo quando possibile di un curriculum "a spirale" che copra l'intero ciclo scolastico, secondo il modello di Trefor Williams
- raccolta dati per valutazione di processo e, quando possibile, di primi risultati.



In questa fase, al gruppo di lavoro centrale dovranno accompagnarsi Gruppi di Lavoro Regionali (GLR), formati da insegnanti, Cardiologi, altri operatori sanitari dedicati con lo scopo di diffondere i programmi già sviluppati e di partecipare alla creazione di quelli previsti per completare la serie e per rinnovare quelli che hanno superato i 5 anni sul campo o che sono da aggiornare per nuove conoscenze.

Gli strumenti

Per lo sviluppo dei programmi vengono utilizzati:

- **corsi di aggiornamento** per insegnanti ed operatori sanitari
per ora vengono effettuati: in settembre e prima dell'inizio scuola nel laboratorio dell'area Brianza. Dallo scorso anno il corso indicato viene ribadito nell'ambito del Congresso Nazionale ANMCO ed in alcune regioni pilota (recentemente in Campania)
- **pacchetto ScuolaTuttocuore**: si tratta di una collana di manuali che contengono percorsi didattici provati sul campo.
Attualmente sono stati messi a disposizione:
 - a) Per uno stile di vita salvacuore
Mi muovo sto bene (per tutti i cicli scolastici)
 - b) Per far prendere confidenza con le emergenze del cuore
Apprendere a portare soccorso al cuore (anni 9-13)
 - c) Sono in fase di preparazione:
Viaggio nella salute (scuola primaria)
Agenti segreti per la salute (scuola secondaria primo ciclo)
- **sito ScuolaTuttocuore**:
come sessione del sito per i cittadini "tuttocuore.it" è in fase di sviluppo lo spazio specifico per la scuola che avrà una sezione per i docenti ed una per i giovani
- **opuscoli educativi**:
a tutt'oggi ne sono stati prodotti 4 che sono

“Mangiare sano”
per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari

Una giusta alimentazione aiuta a migliorare lo stato di salute generale e a prevenire il rischio di malattie cronico-degenerative.

progetto Tuttocore 


“Muoviamoci di più”
Il movimento genera benessere

Un'attività fisica regolare aiuta a sentirsi meglio, a lavorare meglio e a migliorare anche il proprio aspetto!

progetto Tuttocore 

“Parliamo di fumo”
Non è mai troppo tardi per smettere!

Molti vantaggi si ottengono già dopo pochi giorni-settimane dalla sospensione del fumo!

progetto Tuttocore 

- a) Mangiare sano
- b) Muoviamoci di più
- c) Parliamo di fumo
- d) ContrATTACCO CARDIACO

Attività svolte ed accreditamenti

L'azione con la scuola di HCF ha preso il via nel 1998 con il primo Corso di Formazione e aggiornamento tenuto a Firenze con 20 Provveditorati e altrettante Regioni collegate e la presentazione del programma “Io, il mio cuore e ...” dedicato alle scuole superiori. Il programma è stato poi replicato con diversi Provveditorati. Successive esperienze sono state realizzate negli anni 2001-2002 a Catania, Bologna, Isernia e Firenze.

Negli anni 2002-2003 in collaborazione con la Regione Piemonte e relativi Ufficio Scolastico Regionale e Assessorato alla Sanità ha preso vita il progetto “Ama il tuo cuore” con un seminario di formazione di formatori a Torino.

Nel settembre/ottobre 2003, in collaborazione con l'As-

sociazione Brianza per il Cuore e con la Scuola di Medicina Preventiva dell'Università di Milano, è iniziata l'attività seminariale del Laboratorio con il Corso “wwwmuoviamocidipiù”. Il prodotto finale è costituito dalla guida per insegnanti “Mi muovo sto bene”, editata da HCF. Il Corso è stato replicato nel gennaio 2004 a Firenze.

Nel settembre/ottobre 2005 il Laboratorio ha organizzato il corso di addestramento “A tu per tu con l'emergenza: cosa fare nei primi minuti”. Nel frattempo è stato edito da HCF il manuale “Apprendere a portare soccorso al cuore”.

I relativi materiali sono a disposizione per la disseminazione.

Si sono definiti rapporti con varie Istituzioni, iniziati nel 1999 con un accordo di programma con il Ministero della Pubblica Istruzione, trasformato in Protocollo d'Intesa nel 2000. La Fondazione è stata riconosciuta dal Ministero della Salute nello stesso anno 2000.

Nel 2003 è stato rinnovato il Protocollo d'Intesa col Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR), specificamente con il Dipartimento per i Servizi nel Ter-

ritorio, direzione generale per lo status dello studente, le politiche sociali e le attività motorie.

HCF ha anche ottenuto dal MIUR Dipartimento per lo Sviluppo dell'Istruzione l'accreditamento per la formazione (D.M. 177/2000), definitivo dopo la verifica degli Ispettori.

La valutazione

La verifica degli interventi educativi e di promozione della salute nella scuola e con la scuola è di fatto indispensabile per orientare l'azione, ma si presenta tutt'altro che semplice. La valutazione di processo, affidata a questionari pre/post autosomministrati per gli insegnanti è fattibile e serve ad ottimizzare i programmi, quella di risultato è praticamente non realizzabile nel breve/medio periodo e finora è stata sostituita da indagini, sempre attraverso questionario, sui comportamenti dei ragazzi. Quello della valutazione, comunque, e quello del costo/beneficio restano per ora problemi aperti.

Prospettive

Come si diceva all'inizio, lo scopo di questo documento è quello di sensibilizzare tutti i Cardiologi ad attivarsi ed in particolare il Consiglio Direttivo ANMCO ed i Consigli Regionali a farsi carico dell'azione di promozione della salute e preventiva nella scuola. Il primo passo in questo senso deve essere la creazione dei gruppi di lavoro interdisciplinari regionali e la diffusione degli strumenti indicati. Per il problema non indifferente delle ri-

sorse è giusto sottolineare che nel Piano Nazionale di Prevenzione Cardiovascolare sono stati attribuiti alle singole Regioni finanziamenti dedicati, che possono certamente consentire di progettare anche interventi nell'ambito scolastico.

L'intero Consiglio di Amministrazione di HCF, insieme con i Referenti Regionali, si augura che la disponibilità creata di manuali ad hoc e lo sviluppo del sito "scuola-tutto cuore", nonché dei corsi di addestramento per insegnanti ed operatori sanitari creino le condizioni per uno sviluppo in crescita dell'azione con la scuola.

Bibliografia essenziale

1. Berenson G.S., Wattigny W.A., Tracy R.E. et al. Atherosclerosis of the aorta and coronary arteries and cardiovascular risk factors in persons aged 6 to 30 years and studied at necropsy (the Bogalusa Heart Study) *Am J Cardiol* 1992; 7: 851-858
2. Stachenko S. The Canadian Heart Health Initiative: Dissemination perspectives. *Can J Public Health* 1996; (Suppl2) :S57-S59
3. The Singapore Declaration. Forging the Will for Heart Health in the Next Millennium. Third International Heart Health Conference, Singapore, September 2, 1998

Documenti utili

- Williams CL (chairman), Hayman LL, Daniels SR et al. AHA Scientific Statement: Cardiovascular Health in Childhood. *Circulation* 2002; 106: 143-160
- Kavey REW, Daniels SR, Lauer RM et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Beginning in Childhood. *Circulation* 2003; 107: 1562-1566
- Hazinski MF, Markenson D, Neish S et al. Response to Cardiac Arrest and Selected Life-Threatening Medical Emergencies. The Medical Emergency Response Plan for Schools. *Circulation* 2004; 109: 278-291

HCF E SISTEMA QUALITÀ

Heart Care Foundation ha ottenuto la Certificazione di Qualità UNI EN ISO 9001:2000

Per la progettazione, sviluppo, organizzazione e coordinamento di progetti di ricerca nel campo biomedico, in particolare nel settore delle patologie cardiovascolari, nonché per la divulgazione dei risultati, **Heart Care**

Foundation ONLUS è conforme alla norma **UNI EN ISO 9001:2000**. La certificazione è stata rilasciata in data 22/12/2005 dalla CERMET come riportato nel certificato nella pagina seguente. Maggiori dettagli potrete trovarli nella Scheda Tecnica consultabile alla pagina www.heartcarefound.org/pdf/Scheda_Tecnica.pdf del Sito WEB di Heart Care Foundation.

CERTIFICAZIONE DEL SISTEMA QUALITÀ
QUALITY SYSTEM CERTIFICATE



SI DICHIARA CHE IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ DELLA AZIENDA
THIS IS TO CERTIFY THAT THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF THE COMPANY

HEART CARE FOUNDATION ONLUS
Via Alfonso La Marmora, 36 - Firenze - Italia

REGISTRAZIONE No. 5259- A
REGISTRATION No. 5259 - A

È CONFORME ALLA NORMA:
IS IN COMPLIANCE WITH:

UNI EN ISO 9001:2000

PER I SEGUENTI PRODOTTI/SERVIZI:
FOR THE FOLLOWING PRODUCTS/SERVICES:

**PROGETTAZIONE, SVILUPPO, ORGANIZZAZIONE E COORDINAMENTO DI
PROGETTI DI RICERCA NEL CAMPO BIOMEDICO, IN PARTICOLARE NEL
SETTORE DELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI.
DIVULGAZIONE DEI RISULTATI.**

**PLANNING, DEVELOPMENT, MANAGEMENT AND COORDINATION OF
RESEARCH PROJECTS IN THE BIOMEDICAL FIELD, PARTICULARLY IN THE
FIELD OF CARDIOVASCULAR DISEASES.
PUBLICATION AND COMMUNICATION OF THE RESULTS.**

Questo certificato è costituito da 2 pagine. La scheda tecnica che segue fornisce i dettagli del campo di applicazione. Il mantenimento della certificazione è soggetto a sorveglianza annuale e subordinato al rispetto del regolamento CERMET.

This certificate consists of 2 pages. The enclosed data sheet supplies details on the field of application. The continuance of possession of the certification is subject to annual survey and dependent upon the observance of CERMET regulations.

11/05/2008 10:11

data rilascio certificato - certificate issuance date: 2005-12-22
data ultima modifica - last modification date: 2005-12-22
data prossimo rinnovo - following renewal date: 2008-12-22

Direttore Generale
General Manager
Ing. Rodolfo Trippodo

SINCERT

ISO 9001
ISO 9002
ISO 9004
ISO 14001

Isotipi di SIA S.p.A. per gli schemi di accreditamento ISO 9001, ISO 9002, ISO 9004 e ISO

14001 del per gli schemi di accreditamento ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9004

Signatory of SIA S.p.A. for the accreditation schemes ISO 9001, ISO 9002, ISO 9004 and ISO 14001

CERMET

Sede Legale, Operativa e Direzione:
40057 Cadriano di Granarolo (BO) via Certmet, 23
tel. 051 764911 fax 051 763362
Altre Sedì Operative: Roma e Torino

www.cermet.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 (Trevise), Carlo Menozzi (Reggio Emilia), Antonio Vincenti (Monza - MI)
Referente Area Chirurgica: Stefano Benussi (Milano)
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

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 (Trevise)
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), Maurizio Burattini (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

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 Cardio WEB ANMCO

Coordinatori: Antonio Di Chiara (Udine), Gianfranco Mazzotta (Genova)
Per l'aritmologia: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Per la cardiologia nucleare: Marco Mazzanti (Ancona)
Per l'ecocardiografia: Luigi Badano (Udine)
Per l'emodinamica: Leonardo Paloscia (Pescara)
Per l'ergometria: Roberto Tramatin (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

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

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

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

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 Uguccioni (Roma)
Referente Area Chirurgica: Paolo Ferrara (Avellino)
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

Richiesta di utilizzo del Software CardioWEB ANMCO

Caro Collega,

facendo seguito alla tua richiesta di utilizzo del Software CardioWEB ANMCO da parte della tua struttura, ti comuniciamo quali sono i criteri che il Consiglio Direttivo dell'Associazione ha stabilito, criteri che in ogni caso puoi trovare pubblicati su "Cardiologia negli Ospedali" n° 144 marzo/aprile 2005 a pag. 2 (reperibile all'indirizzo <http://www.anmco.it/cardiologiaospedali/>), nell'articolo del Presidente ANMCO Dott. Di Pasquale.

Dovendo, purtroppo, far convivere esigenze scientifiche con necessità economiche di autosostentamento dell'Associazione, si è deciso di permettere prioritariamente l'utilizzo gratuito di tutti i verticali CardioWEB ai Centri che partecipano ai Registri ANMCO. Al momento i Registri attivi o di prossima attuazione sono:

IN-ACS Outcome

Survey sulle Sindromi Coronariche Acute (SCA), che prevede 1 anno di arruolamento ed 1 anno di follow-up con controlli a 1, 3, 6, 12 mesi per tutti i pazienti ricoverati per Sindrome Coronarica Acuta nei Centri partecipanti.

Per questo Registro sono già stati identificati tutti i Centri partecipanti.

IN-ACS Registry

Osservatorio permanente sui pazienti con SCA. Non sono previsti limiti temporali né di arruolamento né di osservazione, né dei follow-up specifici, ma si vuole osservare la pratica clinica italiana in questa tipologia di pazienti.

Per questo Registro devono essere ancora identificati circa 100 Centri. Se sei interessato manda una mail al Centro Studi ANMCO: centro_studi@anmco.it.

IN-CP

Osservatorio permanente sui pazienti in prevenzione primaria e secondaria. Non sono previsti limiti temporali né di arruolamento né di osservazione, né dei follow-up specifici ma si vuole osservare la pratica clinica italiana in questa tipologia di pazienti.

Per questo Registro sono già stati identificati tutti i centri partecipanti.

La partecipazione ai Registri dell'ANMCO permetterà l'uso del verticale specifico (per i Registri sulle Sindromi Coronariche Acute, a quello relativo, ...) e, in base alle caratteristiche di utilizzo di ogni Centro (numero di utenti "concorrenti", numero di postazioni abilitate, ...) potrà essere permesso l'utilizzo di qualche altro verticale (ad esempio l'ecocardiografia o l'ergometria).

Le licenze per l'utilizzo dell'intero CardioWEB ANMCO (in numero assai inferiore e di costo assai maggiore) verranno date ai Centri che, oltre a partecipare ad uno dei Registri, ne garantiscano un uso estensivo nei diversi ambiti. Questo sia per massimizzare l'investimento fatto che per avere un ritorno in termini di test dei verticali.

Per i Centri che non rientrano nei Registri, è stato previsto un ampliamento del contratto per l'acquisto di ulteriori licenze del CardioWEB ANMCO a prezzi molto competitivi rispetto a quelli di mercato (in media circa 200 al mese). In questo caso l'onere della licenza è a carico del singolo Centro.

L'utilizzo di un software specifico nell'ambito di uno studio osservazionale è regolamentato dal contratto in essere tra lo sponsor (in questo caso Centro Servizi ANMCO) e l'Azienda Ospedaliera - Comitato Etico.

Al contrario, l'uso di qualunque software del CardioWEB ANMCO, a fini clinici al di fuori dello studio osservazionale, prevede il trasferimento della titolarità dei dati dal Direttore Generale al Direttore di Struttura Operativa, secondo quanto

normato dal D.L. 675/96 e D.L. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali in vigore dall'1 gennaio 2004 - vedi Sito ANMCO Area Informatica: www.anmco.it/aree/elenco/informatica/g8/). Solo a fronte di tale documento, il Centro Servizi ANMCO autorizzerà MEDarchiver (il partner tecnologico) ad implementare il programma nel determinato Centro.

ANMCO ha un contratto di utilizzo della piattaforma WEB di due anni per le licenze limitate ai Registri e di tre anni per le licenze complete. Alla decadenza di tale contratto ANMCO rimane proprietaria del database e del software applicativo. Sono state previste le seguenti possibilità di utilizzo del CardioWEB ANMCO dopo tale periodo:

- Rifinanziamento da parte di ANMCO dei Registri;
- Soluzioni che prevedono il recupero dei propri dati e la gestione in locale, o l'acquisto della piattaforma MEDarchiver. Una serie di proposte (da definirsi contrattualmente) indicate da MEDarchiver include:
 - **Way Out basic:** MEDarchiver predispone un archivio con tutti i dati del Centro in un formato a scelta tra MDS ANMCO (ovviamente solo i dati del CardioWEB previsti dai MDS), Database Access o Export Oracle con struttura dati de-normalizzata e documentata;
 - **Way Out Single User:** MEDarchiver predispone un DVD autoinstallante da inviare al Centro contenente l'archivio con tutti i dati del Centro esattamente come nel caso previsto dall'opzione Basic, oltre che una versione locale, utilizzabile su PC standard con Windows 2000/XP dell'applicativo MEDarchiver Light + moduli CardioWEB. Questa installazione locale consentirà al Centro di continuare a consultare, su singola postazione di lavoro locale, il software CardioWEB con i propri dati;
 - **Way Out MEDarchiver User:** MEDarchiver trasferisce i dati CardioWEB del Centro sulla propria piattaforma con le seguenti opzioni:
 - *ASP MEDarchiver con opzione CardioWEB:* il servizio rimane identico a quello precedentemente erogato per conto di ANMCO, ma viene gestito sulla piattaforma internet di MEDarchiver, con utilizzo delle schede relative ai verticali CardioWEB ANMCO. Questa opzione richiede che ANMCO autorizzi MEDarchiver a configurare, per il Centro interessato, le schede CardioWEB di proprietà ANMCO.
 - *ASP MEDarchiver:* il servizio rimane analogo a quello precedentemente erogato per conto di ANMCO, ma viene gestito sulla piattaforma internet di MEDarchiver, con utilizzo però di sole schede specialistiche MEDarchiver. In questo caso, pertanto, dovrà essere realizzata la migrazione dei dati da G8 Cardio a MEDarchiver, con garanzia del mantenimento dei soli dati previsti dai MDS ANMCO.
 - *CS MEDarchiver con opzione CardioWEB ANMCO:* analogo al caso ASP MEDarchiver con opzione CardioWEB per quanto riguarda verticali specialistici e dati, ma in questo caso il servizio viene trasferito su piattaforma convenzionale Client Server presso la sede del Centro interessato, su piattaforma hardware da definirsi, con attivazione di una regolare licenza d'uso MEDarchiver Client-Server.
 - *CS MEDarchiver:* analogo al caso ASP MEDarchiver per quanto riguarda verticali specialistici e dati, ma in questo caso il servizio viene trasferito su piattaforma convenzionale Client Server presso la sede del Centro interessato, su piattaforma hardware da definirsi, con attivazione di una regolare licenza d'uso MEDarchiver Client-Server¹.

A seguito di tutte queste informazioni puoi dunque valutare quale sia il percorso che più si adatta alla tua Unità Operativa. Con la speranza di aver chiarito i tuoi dubbi restiamo a disposizione per qualsiasi chiarimento e ti inviamo i più cordiali saluti.

Gianfranco Mazzotta
Coordinatore Comitato
CardioWEB ANMCO



Antonio Di Chiara
Chairman Area Informatica ANMCO



Giuseppe Di Pasquale
Presidente ANMCO



¹ Nel considerare queste offerte occorre tenere conto che si tratta solamente di una bozza delle possibili soluzioni, e che ovviamente ciascuna di queste opzioni dovrà essere quantificata economicamente. È stato previsto un costo variabile da poche decine di euro per il semplice export dei dati ad un costo una tantum di alcune centinaia di euro.



Agenda Elettronica di Prenotazione

Un componente fondamentale del laboratorio diagnostico digitale ed un modo per monitorizzare e rendere trasparenti le liste di attesa

Ogni laboratorio diagnostico o ambulatorio ad alto volume deve quotidianamente confrontarsi con una serie di problemi legati alla gestione delle prenotazioni che possono essere riassunti in: 1. identificazione del primo posto disponibile in mezzo al gran numero di disdette, aggiunte e cambi di data; 2. identificazione della data dell'appuntamento per pazienti/ Reparti che lo hanno dimenticato o vogliono disdire o modificare la data dello stesso; 3. controllare gli inserimenti "selvaggi" dei pazienti in lista di attesa, rendendo quest'ultima trasparente; 4. monitorizzare la lista di attesa. Tutti questi problemi sono gestibili con l'agenda cartacea solo con gran dispendio di tempo ed energie, ed alcuni (gestione trasparente della lista di attesa) sono di fatto ingestibili.

Per i laboratori diagnostici digitali, a questi problemi generali se ne aggiungono alcuni specifici. Infatti, il presupposto fondamentale di ogni laboratorio diagnostico digitale è la univocità dei dati anagrafici e la loro consistenza tra i vari database (agenda, referti, immagini, ecc.) in modo che: 1. ogni referto sia associato al paziente corretto; 2. più referti o set immagini dello stesso paziente generati da esami



Figura 1

eseguiti in tempi diversi siano associati alla stessa anagrafica; 3. ogni referto sia associato univocamente ad un unico set di immagini. L'insieme di queste problematiche potrebbe essere gestito introducendo l'utilizzo dell'agenda di prenotazione elettronica con accesso protetto da password.

In questo articolo viene riportata, come esempio operativo, l'esperienza del laboratorio digitale di ecocardiografia del Dipartimento di Scienze Cardiopolmonari dell'A.O.S. Maria della Misericordia di Udine (Figura 1) in cui è stato utilizzato il software G2-SPORTELLO (INSIEL, S.p.a., Trieste, Italia) per la creazione della agenda elettronica prenotazione del laboratorio digitale di ecocardiografia collegata al Centro Unico di Prenotazione (CUP) della nostra Azienda Ospedaliera ed al database dell'anagra-

fe regionale del Friuli Venezia Giulia. Un primo risvolto positivo della creazione di una agenda elettronica è stata la necessità di razionalizzare ed organizzare il flusso di lavoro del laboratorio analizzando le varie componenti della nostra attività: tipologia di pazienti (adulti o pediatrici, allettati o mobilizzabili); provenienza (degenti, ambulatoriali o provenienti da altre aziende); priorità dell'esame (urgente, non urgente, alta priorità, bassa priorità, routine); necessità di esami speciali (transesofageo, ecostress, ecocontrasto, riserva coronarica) per creare uno schema trasferibile in formato elettronico.

Sull'agenda si annotano: dati demografici, tipo di esame (ecocardiogramma standard, eco transesofageo, ecostress/riserva coronarica), quesito clinico, fascia contrattuale (esterno ambulatoriale, ester-

no pre/post-ricovero, degente, day hospital, ecc.) (Figura 2). L'appuntamento viene automaticamente stampato su un foglio personalizzato per il paziente che riporta anche le indicazioni per l'esame (assunzione o meno dei farmaci, eventuale digiuno, opportunità di farsi accompagnare, necessità di consenso firmato all'esame, ecc.) che sono state standardizzate per ogni esame. I dati demografici vengono ricavati on-line dal data-base anagrafico regionale evitando la battitura dei dati ed errori di trascrizione di codici sanitari, codici fiscali ecc. con significativo risparmio

di tempo. L'agenda elettronica è in grado di alimentare sia il database clinico della Cardiologia che le liste di lavoro (*worklist*) degli ecocardiografi e genera un identificativo univoco per il paziente che identifica sia i referti che le immagini di quell'esame eseguito per quel paziente garantendo le caratteristiche di univocità e consistenza dell'identificativo che sono i cardini su cui si fondano gli archivi informatici. Ad un anno di distanza dall'implementazione dell'agenda elettronica di prenotazione possiamo dire che i principali risvolti operativi sono rappresentati da: 1. possibilità di stampare la lista giornaliera degli esami; 2. precisione dell'attribuzione anagrafica, poiché dall'agenda

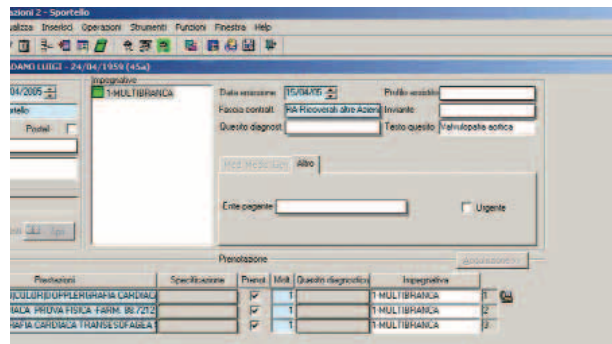


Figura 2

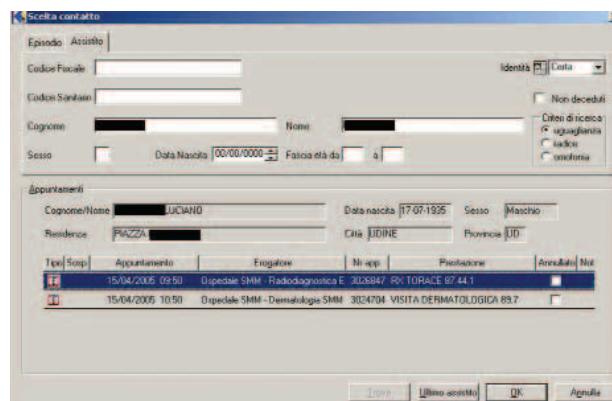


Figura 3

elettronica i dati del paziente arrivano direttamente agli ecografi, tramite il servizio worklist, e sul database di refertazione (come paziente accettato) si annulla il tempo impiegato da tecnici e/o medici per la immissione manuale dei dati anagrafici e si evitano gli errori di battitura di tali dati; 3. la trasparenza della lista di attesa. Infatti, poiché la possibilità di immettere gli appuntamenti è data solo al personale dotato di password individuale, si realizza la tracciabilità di chi e quando ha inserito i singoli appuntamenti; 4. la possibilità di risalire ad un determinato appuntamento conoscendo il nome del paziente (opzione molto comoda per gestire i cambi-appuntamento

dei pazienti in pre/post-ricovero e day hospital) la cui ricerca sull'agenda cartacea è tediosa e *time-consuming*, evitando inoltre i doppi appuntamenti; 5. personalizzazione degli appuntamenti, poiché il collegamento con il CUP permette di avere il quadro degli esami prenotati da quel paziente in un certo arco di tempo e si può programmare l'esame in sequenza ad altri (evitando al paziente inutili spostamenti all'ospedale o sovrapposizioni di esami in contemporanea) (Figura 3).

Un particolare vantaggio dell'agenda elettronica collegata al CUP è che, in presenza di collegamento in rete dei vari CUP attivi entro una determinata area geografica (come avviene per l'area vasta Udinese della Regione Friuli Venezia Giulia), è possibile verificare in linea l'eventuale esistenza di uno o più appuntamenti per la stessa prestazione in Aziende diverse, bloccando in tal modo la *sindrome di Ulisse* cui sono soggetti alcuni pazienti e riducendo le liste di attesa.

L'evoluzione futura del software è stata individuata nel fornire la possibilità della prenotazione autonoma degli esami ecocardiografici da parte dei singoli reparti ospedalieri secondo criteri di appropriatezza e priorità clinica (le modalità per questa opzione sono in fase di studio).



Integrazione Ospedale - Territorio Il ruolo del Distretto

La continuità assistenziale

Per evadere la domanda di salute e di assistenza il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), nel contesto attuale, deve coniugare l'obbligatorietà di fornire prestazioni di qualità con la necessità di razionalizzare le risorse.

È sicuramente difficile conciliare funzioni che hanno contenuti tra di loro contrastanti ma è un obbligo istituzionale a cui il SSN deve ottemperare.

Il Documento FIC su Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia fornisce, almeno nel campo di propria competenza, importanti indicazioni per dare una soluzione operativa a questa incombenza.

La proposta consiste nell'attivare un processo di programmazione dei servizi sanitari basato su un sistema di relazioni e collegamenti tra le varie unità produttive, indipendente dalla loro collocazione fisica.

È la proposta delle *Reti Assistenziali Integrate*.

Le Reti Assistenziali Integrate si basano sulla attivazione di *percorsi assistenziali* centrati sull'individuo e non sulla malattia e spostano l'attenzione dal singolo esame e dalla singola prestazione all'intero per-

corso diagnostico-terapeutico dell'utente.

L'aspetto innovativo della proposta sta nella creazione di un sistema che raccorda i vari servizi, distribuiti anche in ambiti strutturali diversi e fisicamente distanti, e li unifica funzionalmente in modo che l'utente venga seguito in modo unitario attraverso:

- la definizione degli accessi;
- l'individuazione delle tipologie di prestazioni;
- l'identificazione delle strutture eroganti;
- l'attribuzione delle responsabilità gestionali.

Nell'insieme questa è la base concettuale e organizzativa della *continuità assistenziale* e della *integrazione Territorio-Ospedale*.

È un sistema complesso e, per essere funzionale, deve avere un coordinamento.

Questa esigenza richiama immediatamente il ruolo del Distretto.

Il Distretto

La struttura organizzativa e le funzioni del Distretto sono state definite dai provvedimenti legislativi che si sono succeduti nel tempo:

- Legge 833/78, D.L. n. 502/92, Legge 419/98, D.L. n. 229/99.

Per effetto delle norme previste da

questi provvedimenti e dai Piani Sanitari Nazionali varati dal 1994 in poi, l'organizzazione del Distretto garantisce:

- l'*assistenza primaria* che si articola nei tre livelli:
 - Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta,
 - Assistenza Farmaceutica,
 - Assistenza Domiciliare Territoriale;
- l'*assistenza di emergenza* costituita dall'ex guardia medica e dall'emergenza territoriale;
- il *coordinamento* dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, ospedaliere ed accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
- l'erogazione delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, se delegate dai Comuni.

Le attività operative garantite sono:
1 - *Presidi Ambulatoriali Polispecialistici*:

- *Ambulatori Polispecialistici*
 - *Servizi di Medicina di Laboratorio*
 - *Servizi di Diagnostica per Immagini*.
- 2 - *Servizi Consultoriali*
3 - *Servizi rivolti ai disabili*
- *Assistenza Domiciliare Integrata* costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche,



Immagine dal Web

riabilitative, socio-assistenziali rese al domicilio del cittadino;

- *Servizi Ambulatoriali* che possono essere svolti in ambulatori o in centri di riabilitazione dove l'approccio all'handicap è multidisciplinare: medico, psicologico e pedagogico;
- *Centri Diurni* che sono presidi che provvedono al recupero funzionale e sociale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste, che non possono essere trattati in ambito ambulatoriale o domiciliare;
- *Residenze Sanitarie Assistenziali* che sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello "alto" di

assistenza alberghiera.

4 - *Servizi rivolti agli anziani*

- *Assistenza Domiciliare Integrata*, analoga a quella definita nei servizi rivolti ai disabili;
- *Ospedalizzazione Domiciliare* consistente in interventi diagnostici e terapeutici, normalmente possibili in ospedale, effettuati al domicilio del malato, eventualmente integrati da una breve presenza in ospedale con accesso e trasporto facilitati;
- *Residenze Sanitarie Assistenziali*, strutture residenziali coincidenti con quelle per i disabili.

Gli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di famiglia affidano al *Medico di Medicina Generale*:

- *l'Assistenza Domiciliare Integrata*

(ADI), complesso coordinato di prestazioni di carattere sanitario e socio-assistenziale, reso, attraverso accessi anche giornalieri, dopo aver concordato con il Distretto il programma di assistenza integrato con le figure professionali necessarie; il Distretto deve garantire i rapporti fra Ente Locale, titolare dell'assistenza socio-assistenziale, e l'Azienda USL, titolare di quella sanitaria;

- *l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)* nei confronti dei pazienti non ambulabili, attraverso accessi periodici, dopo aver concordato con il Distretto, il programma e l'eventuale necessità di personale di supporto;
- *l'Assistenza Domiciliare* nei confronti dei pazienti ospiti in residen-

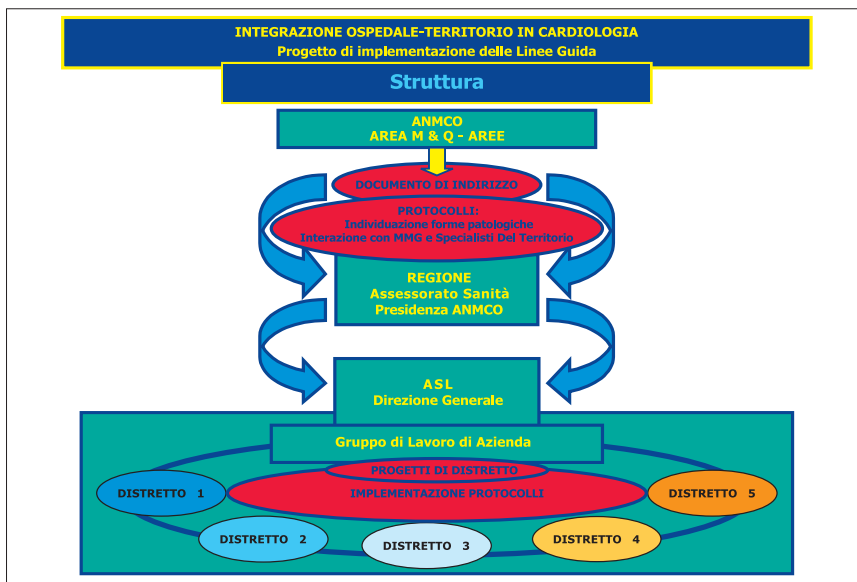


Figura 1

ze protette e collettività (ADR).

Nell'ambito della Assistenza Sanitaria Domiciliare vanno anche annoverate:

- le attività di Ospedalizzazione Domiciliare, per l'erogazione di trattamenti che richiedono competenze professionali a livello ospedaliero, ma che siano tecnicamente erogabili al domicilio del paziente;
- le Dimissioni Protette per consentire la riduzione del tempo di degenza attraverso l'assistenza a domicilio di operatori dell'Ospedale, del Distretto o del Medico di Medicina Generale.

In queste forme di Assistenza Sanitaria Domiciliare compito del Distretto è l'integrazione delle diverse aree ed attività attraverso l'istituzione di un centro di assistenza domiciliare, ai fini di razionalizzare le risorse disponibili.

L'insieme delle attività e delle funzioni che derivano dalle normative vigenti rende il Distretto struttura di

garanzia per i servizi di assistenza primaria e centro di riferimento e di verifica della sanità di territorio e dei bisogni di salute.

Questo ruolo è sostenuto e rafforzato dall'art. 3 del D.L. n. 229/99:

"Il Distretto si configura come la struttura organizzativa che coordina i Medici di Medicina Generale, gli Specialisti Ospedalieri e quelli Ambulatoriali per l'assistenza primaria, favorendo la continuità assistenziale."

A supportare questo ruolo intervengono due elementi di organizzazione e di funzionalità, fissati anche questi dalle normative vigenti:

- la definizione delle competenze degli operatori,
- l'identificazione degli ambiti territoriali e dei bacini di utenza.

Il caso delle Malattie Cardiovascolari

Come utilizzare il Distretto nella implementazione dei percorsi assistenziali in Cardiologia?

Come fruire operativamente del ruolo che ad esso deriva dalle Leggi vigenti?

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Management & Qualità sta lavorando su un progetto basato sulla:

- produzione di protocolli per la implementazione pratica delle indicazioni delle Linee Guida nell'ambito delle forme di patologia cardiovascolare maggiormente diffuse (l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco, la fibrillazione atriale, ...) in collaborazione con le Aree ANMCO e con i Gruppi di Lavoro di competenza;
- trasmissione a cascata di un documento di indirizzo e dei protocolli alle Regioni, alle AUSL e ai Distretti, con il coinvolgimento attivo dei Referenti delle Associazioni di tutti gli Operatori interessati.

Il progetto è finalizzato a:

- introdurre nella pratica clinica protocolli operativi volti a realizzare l'integrazione tra Ospedale e Territorio nell'ambito delle Malattie Cardiovascolari;
- produrre i protocolli operativi finalizzandoli all'utilizzo razionale delle risorse ed alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- rendere istituzionale l'adozione e la messa in pratica dei protocolli operativi.

In ottemperanza all'art. 3 del DL 229/99 nel progetto il ruolo centrale è svolto dal Distretto (Figura 1).

Ringraziamenti al Dott. Antonino ARDIZZONE per la documentazione sul Distretto.

SCOMPENSO CARDIACO

DI ANDREA DI LENARDA



La Consensus Conference sui Percorsi Assistenziali del Paziente con Scompenso Cardiaco: un Progetto ANMCO condiviso con le Società Mediche Nazionali

L'Area Scompenso Cardiaco e l'Area Management & Qualità dell'ANMCO, hanno portato a compimento a dicembre 2005 il progetto di "Consensus Conference sui Modelli Gestionali nello Scompenso Cardiaco".

I mutamenti sociodemografici e i progressi della medicina hanno profondamente cambiato lo scenario dei bisogni assistenziali nel nostro come in altri paesi occidentali, spostando l'asse delle cure dalle patologie acute a quelle croniche che, spesso coesistenti fra loro, colpiscono una popolazione sempre più anziana e assorbono una proporzione sempre maggiore della spesa sanitaria.

La cronicità è quindi il nuovo scenario con cui i professionisti e le istituzioni devono confrontarsi per sviluppare risposte assistenziali efficaci e sostenibili. L'esigenza primaria di offrire ai pazienti chiari punti professionali di riferimento lungo tutto il percorso di cura può trovare soluzione solo dalla consapevole messa in atto di esplicite strategie gestionali condivise dalle diverse professionalità sanitarie e sostenute a livello istituzionale.

Gli studi condotti con modelli di gestione integrata dello scompenso cardiaco hanno dimostrato evidenti miglioramenti dello stato funzionale e della qualità di vita e la riduzione dei ricoveri ospedalie-

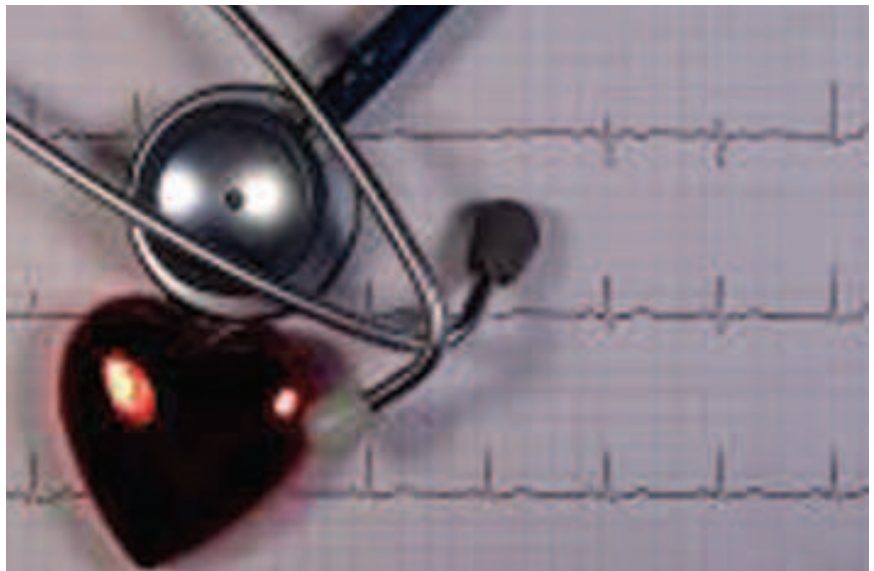


Foto dal Web

ri. Meno convincenti invece appaiono i dati relativi al decremento della mortalità. In una patologia tipica degli anziani, la prospettiva di estendere questi risultati ad una ampia popolazione di pazienti con scompenso appare di grande rilevanza, considerando il miglioramento della qualità di vita obiettivo di importanza pari o per certi versi superiore al prolungamento della vita stessa. Sono pertanto auspicabili sperimentazioni multicentriche su più ampia scala che possano confermare questi dati

nella nostra realtà nazionale e favorire la diffusione di un nuovo modello di cura del malato cronico con scompenso cardiaco.

L'impatto dello scompenso cardiaco sulla salute pubblica

Lo scompenso cardiaco è una patologia dell'età avanzata, ad elevata prevalenza, che colpisce 1,5-2% della popolazione nel mondo occidentale. Prevalenza e incidenza aumentano in maniera esponenziale con l'età. Inoltre questa patologia è oggi una delle patologie

croniche a più alto impatto sulla sopravvivenza, sulla qualità di vita dei pazienti. Se i notevoli miglioramenti del trattamento hanno ridotto la mortalità, ritardato la progressione della malattia e consentito un'accettabile qualità di vita a molti pazienti, la prognosi dello scompenso rimane infausta, peggiore di molte neoplasie.

L'analisi dei ricoveri ospedalieri mostra che il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) è divenuto in Italia nel 2003 la prima causa di ricovero ospedaliero dopo il parto naturale e rappresenta la patologia con i più alti costi per assistenza ospedaliera.

Dai dati dei ricoveri e delle esenzioni per patologia su una popolazione pari a oltre 10 milioni di residenti in diverse regioni italiane, è stata ricavata una stima generale della prevalenza dell'1.19% ed un tasso di letalità annuale del 15.4%, entrambe strettamente correlate all'età dei pazienti. Questi dati derivati da database amministrativi appaiono inevitabilmente imprecisi e tendono a sottostimare il problema ma sono in linea con i dati di altri paesi e confermano l'importanza epidemiologica ed in termini di salute pubblica di questa patologia. Purtroppo in Italia sono disponibili solo piccoli studi epidemiologici locali e sarebbe grandemente auspicabile, anche grazie alla collaborazione con l'Istituto Superiore



di Sanità, l'avvio di uno studio epidemiologico su base nazionale.

Il Disease Management del paziente con scompenso cardiaco

Il progresso delle conoscenze sulla terapia farmacologica negli ultimi anni si è rallentato. Non si vedono infatti all'orizzonte nuovi farmaci che possano rivoluzionare il trattamento farmacologico di questa patologia. Inoltre, ad eccezione della prescrizione della terapia beta-bloccante, la proporzione di pazienti in trattamento con farmaci raccomandati, segnatamente gli inibitori del sistema renina-angiotensina, appare vicina al target raccomandato. Infine, l'affascinante medicina "hi-tech", a fronte dei costi elevati, ha dimostrato uno scarso

impatto sulla prognosi della globalità degli scompensati. Il futuro miglioramento dell'assistenza al paziente scompenso appare fortemente legata alla possibilità di creare una rete assistenziale efficiente e capillare per il paziente cronico. La maggioranza dei pazienti è anziana e non inserita in un chiaro percorso diagnostico-terapeutico. Eterogeneità culturali, professionali, organizzative presenti a tutti i livelli e la mancanza di un coordinamento generale si riverberano in un'assistenza spesso discontinua e frammentaria. Gli indicatori di performance sono largamente insoddi-

sfacenti con ancora una minoranza di pazienti che hanno accesso a fondamentali prestazioni di diagnostica strumentale (solo 25% degli scompensati ha eseguito un ecocardiogramma in Italia nel 2004).

Appare quindi necessario avviare un nuovo corso dell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco, da inserire all'interno del grande tema della cronicità. Le istituzioni sanitarie devono avere su questo un ruolo decisivo supportando lo sviluppo di una rete integrata tra ospedale e territorio, superando l'attuale sistema basato sulla volontà dei singoli, identificando degli strumenti di coordinamento e monitoraggio rigoroso delle performance con l'utilizzo di

opportuni indicatori di struttura, processo e risultato. In alcune realtà il Distretto può farsi carico di queste funzioni, in altre dovrebbero essere creati appositi organismi di coordinamento del sistema.

I principi che regolano la rete assistenziale del paziente con scompenso cardiaco sono unitari, ma diversi per le diverse tipologie di pazienti (severità e fase della malattia, età, comorbidità, tessuto sociale), fino alla personalizzazione per il singolo caso, vanno considerati i bisogni e di conseguenza i percorsi assistenziali.

Il lavoro dei professionisti deve essere organizzato in team multidisciplinari e multiprofessionali con ruoli chiari e disponibilità al supporto reciproco. I piani di lavoro devono essere condivisi, e prevedere obiettivi semplici, misurabili, sostenibili, realizzabili e temporizzabili. Percorsi diagnostico-terapeutici, profili assistenziali, ruoli e responsabilità dei diversi operatori sanitari vanno esplicitati e definiti in dettaglio.

Il paziente rimane al centro del sistema, ha un percorso chiaro e condiviso; è "sorvegliato" costantemente per la globalità dei suoi "bisogni" (Fig. 1). Il programma di ricovero e di dimissione si inserisce nel percorso di cura. Cruciale, come in tutte le patologie croniche, è l'assunzione di un ruolo responsabile e attivo del paziente nella gestione della sua malattia attraverso un appropriato intervento educativo, a cui possono collaborare anche

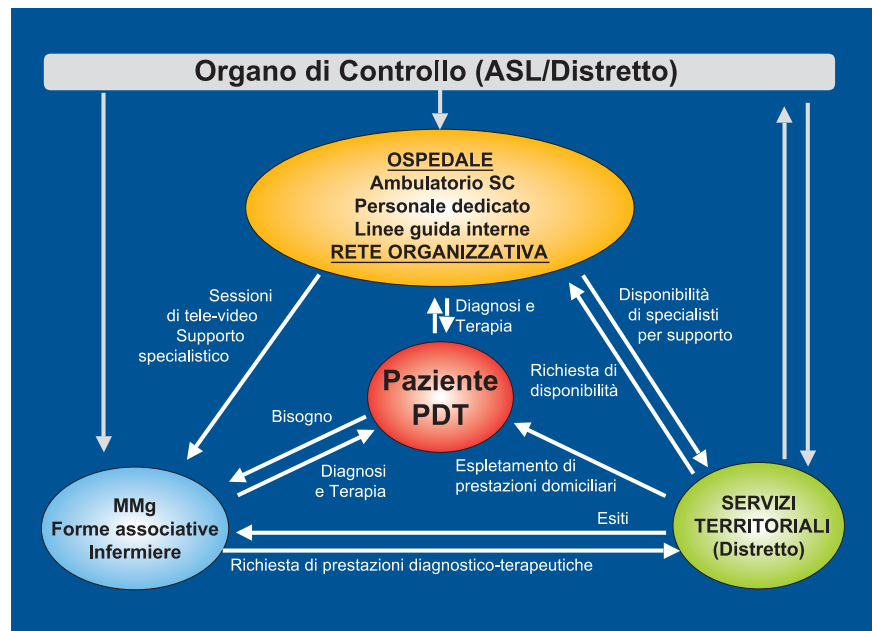


Figura 1

Nella rete assistenziale il paziente è al centro del processo assistenziale e le diverse strutture ospedaliere e territoriali si integrano per rispondere alla globalità dei suoi bisogni.

associazioni non professionali o di volontariato.

Il Medico di Medicina Generale è il responsabile del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, conosce a fondo i suoi bisogni, il contesto familiare e l'ambiente socio-culturale, garantisce un facile accesso per la sua diffusione capillare nel territorio. Pur riconoscendo referenza e competenza al Cardiologo nella gestione di questa complessa patologia, il paziente, anche il più avanzato, vive gran parte della sua esistenza fuori dall'ospedale, e nel territorio devono essere gestiti i suoi bisogni.

Ma il Medico di Medicina Generale può e deve richiedere l'intervento, il supporto o il confronto con lo specialista quando indicato. È inoltre attraverso questo contatto sistematico che il professionista svi-

luppa progressivamente una competenza specifica ed il paziente acquisisce gradualmente fiducia e sicurezza nel sistema sanitario.

Di fondamentale importanza appare anche la riorganizzazione dell'assistenza all'interno dell'ospedale e la necessità di garantire continuità di cure anche attraverso diverse strutture ospedaliere, in stretta collaborazione tra loro. È da ricordare che la maggioranza dei pazienti si ricovera in ambiente medico e quindi appare fondamentale la collaborazione e la condivisione di protocolli e linee guida con gli internisti.

Critica è in particolare la definizione delle modalità di accesso al ricovero ospedaliero e di dimissione, momenti in cui la comunicazione e la condivisione dei percorsi assistenziali tra struttura ospedalie-

ra e territoriale appare decisiva per una efficace presa in carico a garanzia della continuità e qualità delle cure.

Il ruolo del Cardiologo

L'Ambulatorio Cardiologico, idealmente ma non necessariamente dedicato alla diagnosi e cura di questa patologia, rimane il punto di riferimento specialistico per il paziente con scompenso cardiaco, che sia all'interno dell'ospedale o nel territorio. Al suo interno competenze specialistiche multiprofessionali e multidisciplinari forniscono supporto al medico di medicina generale e alle strutture ospedaliere. L'abitudine al lavoro in team, a gestire e condividere casi complessi, la collaborazione con strutture di alta specializzazione o centri trapianti, il coinvolgimento in progetti di ricerca è garanzia di competenza e professionalità.

Il personale infermieristico in queste strutture ha un importante ruolo di tipo organizzativo, clinico ed educativo con diverso grado di autonomia, fino ad arrivare alla costituzione di Ambulatori Infermieristici con un certo grado di autonomia.

Ma a differenza di quanto si è talora creduto nel mondo cardiologico negli anni passati, si deve passare dall'attuale presa in carico di pochi pazienti complessi e selezionati per diventare riferimento e supporto per la medicina generale per i molti casi a gestione extraospedaliera. Inoltre lo sviluppo

della collaborazione con gli internisti e gli altri specialisti nei casi con severe patologie associate, può arrivare anche a modelli di stretta e formale collaborazione all'interno dell'Ambulatorio dedicato.

Per raggiungere l'ambizioso obiettivo di applicare principi unitari a realtà profondamente diverse è necessaria grande flessibilità. Il trasferimento di competenze della gestione della maggior parte dei pazienti con scompenso al territorio va attuata con gradualità e con supporto specialistico. L'implementazione di un capillare sistema informativo appare decisivo per il raggiungimento di questo obiettivo.

Partendo dal Documento della Federazione Italiana di Cardiologia "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia", l'Area Scompenso Cardiaco e l'Area Management & Qualità dell'ANMCO, consapevoli del ruolo centrale ma non esclusivo del Cardiologo nella cura dello scompenso cardiaco, ha promosso questa "Consensus Conference" fra le Società Scientifiche

che espressione delle figure professionali coinvolte nell'assistenza a questi pazienti, con l'importante contributo di rappresentanti delle istituzioni, dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità, dalle Agenzie Regionali alle Aziende Sanitarie Locali.

Dai lavori della "Consensus Conference" è scaturito un documento, che si propone di delineare i principi cardine che devono ispirare l'organizzazione della gestione del paziente con scompenso cardiaco, in stretta collaborazione tra ospedale e territorio, nel rispetto delle specificità locali.

È nostro auspicio che le Regioni o le Agenzie Sanitarie maturino la piena consapevolezza della necessità di organizzare una risposta assistenziale integrata tra ospedale e territorio, per la gestione dei pazienti affetti da scompenso cardiaco, e la traduca in specifici documenti programmatici, in grado di orientare le Aziende Sanitarie e Ospedaliere all'attivazione di interventi gestionali strutturati in accordo con tutte le figure professionali coinvolte.

Partecipanti alla Consensus Conference sui "Modelli Gestionali nello Scompenso Cardiaco"

Chairmen: **A. Di Lenarda, V. Cirrincione**

Coordinatori dei Gruppi di Lavoro: **G. Alunni, G. Cacciatore, R. De Maria, G. Gigli, A. Mortara, F. Oliva, G. Pulignano, L. Tarantini**

Società Scientifiche e partecipanti ai Gruppi di Lavoro:
AIMEF, ANCE, ANMCO, APRO, ARCA, ATO, CONACUORE, FADOI, FIC, GICR, METIS, SIC, SICOA, SICP, SIGG, SIGOs, SIMEU, SIMG, SIMI, SNAMID

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 seguente 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 € 10,00 (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: _____

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

PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2004 - 2006

ABRUZZO - Dott. ANGELO VACRI

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

BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

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

CALABRIA - Dott. MARIO CHIATTO

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

CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

Osp. G. Rummo - Via Pacevecchia, 53 - 82100 Benevento - tel. 0824/57679-689
fax 0824/57679 - e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

EMILIA ROMAGNA - Dott. UMBERTO GUIDUCCI

Arcispedale Santa Maria Nuova - Viale Risorgimento, 80 - 42100 Reggio Emilia
tel. 0522/296111 - fax 0522/296495 - e-mail: guiducci.umberto@asmn.re.it

FRILUI VENEZIA GIULIA - Dott. GIANFRANCO SINAGRA

Ospedale Maggiore - Piazza Ospedale - 34100 Trieste - tel. 040/399111
fax 040/761637 - e-mail: gianfranco.sinagra@aots.sanita.fvg.it

LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

Ospedale San Filippo Neri - Via G. Martinetti, 20 - 00135 Roma
tel. 06/33061-33062467 - fax 06/33062489 - e-mail: fabammirati@libero.it

LIGURIA - Dott. GIANFRANCO MAZZOTTA

Ospedali Galliera - Via A. Volta, 8 - 16128 Genova - tel. 010/5634940-179
fax 010/57481037 - e-mail: gianfranco.mazzotta@galliera.it

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

Osp. Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
tel. 02/64442308 - fax 02/64442818 - e-mail: 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

MOLISE - Dott. EMILIO MUSACCHIO

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

P.A. BOLZANO - Dott. WERNER RAUHE

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

P.A. TRENTO - Dott. ROBERTO BETTINI

Presidio Ospedaliero San Giovanni - Via Alpini, 11 - 38017 Mezzolombardo (TN)
tel. 0461/6111111 - fax 0461/611199 - e-mail: bettini@tn.apss.tn.it

PUGLIA - Dott. GIANFRANCO IGNONE

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

SARDEGNA - Dott. GIAMPAOLO SCORCU

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

SICILIA - Dott. MICHELE GULIZIA

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

TOSCANA - Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

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

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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



Non compilare

Codice Unico _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice ANMCO _____

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

Anno di laurea _____ Specializzato in Cardiologia SI NO Anno di specializzazione _____

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata

Altro _____

Tipologia:

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

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Qualifica:

- Direttore di struttura complessa Responsabile di struttura semplice Dirigente
- Ricercatore - Borsista - Specializzando Ambulatoriale Altro _____

In quiescenza:

Non di ruolo:

Non compilare

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

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Valutazione funzionale e riabilitazione del cardiopatico (VFR) | <input type="checkbox"/> Circolazione polmonare e funzione ventricolare destra (CPF) | <input type="checkbox"/> Malattie del miocardio e del pericardio (MMP) |
| <input type="checkbox"/> Biologia cellulare del cuore (BCC) | <input type="checkbox"/> Epidemiologia e prevenzione (EPR) | <input type="checkbox"/> Emodinamica e Cardiologia Interventistica (EMC) |
| <input type="checkbox"/> Farmacologia in Cardiologia (FCA) | <input type="checkbox"/> Cardiopatie valvolari (CAV) | <input type="checkbox"/> 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 _____

FELLOWSHIP ANMCO

Il 15 marzo 2006 scade il termine per la presentazione delle domande

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

1. Essere Soci ANMCO.
2. Avere dimostrato costante impegno nel campo scientifico-didattico-editoriale:
 - 2.1. Partecipando come autore o co-autore ad almeno 5 pubblicazioni scientifiche, su riviste censite dall'Index Medicus, negli ultimi 5 anni, oppure:
 - 2.2. Partecipando come primo autore ad almeno 5 abstract negli ultimi 5 anni (comunicazioni o poster in convegni o riunioni scientifiche a livello nazionale o internazionale), purché in associazione ad almeno una delle seguenti 3 condizioni:
 - 2.2.1. Autore o co-autore di almeno 3 pubblicazioni per esteso negli ultimi 5 anni (riviste scientifiche indicizzate in Index Medicus, capitoli di libri, etc.), oppure:
 - 2.2.2. Almeno 5 pubblicazioni negli ultimi 5 anni, su riviste censite in Index Medicus, derivate da studi multicentrici (ANMCO o non ANMCO) in qualità di partecipante allo studio, con partecipazione documentata in appendice al lavoro oppure in apposita certificazione, oppure:
 - 2.2.3. Documentando l'attività di revisore per almeno una rivista recensita su Index Medicus.
3. Fellowship in campo organizzativo-gestionale.
Vengono sospese le procedure di accesso alla Fellowship in campo organizzativo-gestionale. Gli Associati ANMCO attualmente titolari di questo tipo di Fellowship continuano a mantenere questo titolo a tempo indeterminato.

Domanda di ammissione alla Fellowship

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

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

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

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro il **15 marzo** dell'anno in

cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Mantenimento della Fellowship

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

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

Aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow

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

Sarà richiesta una lista di:

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

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

Commissione giudicante

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

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

I membri sono:

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

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

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

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Indirizzo lavorativo:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

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

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE _____

Lingue conosciute _____

Livello di conoscenza: ECCELLENTE BUONO MEDIOCRE

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

- lettera di presentazione del Presidente Regionale e di 2 Fellow;
- lista sintetica dei soli titoli delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi 5 anni, così ordinate: articoli pubblicati su riviste internazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste nazionali censite dall'Index Medicus, articoli pubblicati su altre riviste, abstracts a congressi internazionali, abstracts a congressi nazionali, capitoli di libri;
- attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- curriculum vitae completo;
- due fotografie a colori formato tessera

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

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

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - L. 196/2003 (Cosiddetta legge sulla privacy)

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 196/2003. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo. Responsabili del trattamento sono il Centro Servizi ANMCO srl, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina, 58.

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

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

re. La informiamo che, ai sensi della L. n. 196/2003, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

Infine, ma sempre dietro prestazione del Suo consenso espresso, i Suoi dati potranno essere oggetto di pubblicazione (ad esempio, nell'annuario degli Associati o in eventuali opuscoli di carattere informativo), in forma telematica o, più semplicemente, su supporto cartaceo.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi della L. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi ai seguenti indirizzi:

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO, Centro Servizi ANMCO srl, Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS);

- Milano, Via Olgettina, 58, tel. 02/26433068 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT).

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

• Si ricorda che il termine di presentazione delle domande è il 15 marzo 2006 •



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 _____



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

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

Inviatemi il codice di accesso a mezzo

- FAX _____
 E-mail _____
 POSTA _____

A cura dell'AMNMCO

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 _____

DALLE REGIONI

Consigli Regionali ANMCO 2004-2006

ABRUZZO

Presidente: Angelo Vacri (Penne - PE)

Consiglio Regionale: Mauro Cionci (Vasto - CH), Pietro Di Sabatino (Giulianova - TE), Giuseppe D'orazio (Chieti), Angelo Giannandrea (Sulmona - AQ), Massimo Pasquale (Chieti), Antonio Scimia (L'Aquila)

www.anmcoabruzzo.it

BASILICATA

Presidente: Francesco Sisto (Potenza)

Consiglio Regionale: Savino Barbuzei (Venosa - PZ), Mario Sisto Caiazza (Potenza), Antonio Cardinale (Matera), Agostino Mazzeo Cicchetti (Marsicovetere - PZ), Rocco Aldo Osanna (Potenza), Bartolomeo Silvestri (Matera), Maria Teresa Stigliani (Potenza), Luigi Truncellito (Policoro - MT)

www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata

CALABRIA

Presidente: Mario Chiatto (Trebisacce - CS)

Consiglio Regionale: Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria), Francesco Cassadonte (Catanzaro), Fausto Lamenza (Castrovillari - CS), Giampiero Maglia (Vibo Valentia), Vincenzo Pileggi (Lamezia Terme - CZ), Saverio Salituri (Rossano - CS)

www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA

Presidente: Marino Scherillo (Benevento)

Consiglio Regionale: Paolo Capogrosso (Napoli), Vincenzo Capuano (Mercato San Severino - SA), Pietro Giudice (Salerno), Andrea Malvezzi (Caserta), Vittorio Monda (Napoli), Ernesto Murena (Pozzuoli - NA), Rosario Sauro (Avellino), Giuseppe Vergara (Nola - NA)

www.anmco.it/regioni/elenco/campania

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Umberto Guiducci (Reggio Emilia)

Consiglio Regionale: Marco Balducci (Ravenna), Francesca Ghezzi (Cesena), Gabriele Guardigli (Ferrara), Antonio Manari (Reggio Emilia), Silvio Ricci (Carpi - MO), Andrea Santarelli (Rimini), Stefano Urbinati (Bologna), Luigi Vignali (Parma)

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Gianfranco Sinagra (Trieste)

Consiglio Regionale: Roberto Chiozza (Gorizia), Antonio Di Chiara (Udine), Claudio Fresco (Udine), Claudio Pandullo (Trieste), Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN), Gianluigi Rellini (Pordenone)

www.anmco.it/regioni/elenco/friuli

LAZIO

Presidente: Fabrizio Ammirati (Roma)

Consiglio Regionale: Carmela Bisconti (Roma), Giuseppe Cacciatore (Roma), Massimo Ciavatti (Roma), Carlo Citone (Roma), Claudio Coletta (Roma), Enrico Natale (Roma)

www.anmcolazio.it

LIGURIA

Presidente: Gianfranco Mazzotta (Genova)

Consiglio Regionale: Sergio Chierchia (Rapallo-GE), Alfredo Gandolfo (Savona), Guido Gigli (Sestri Levante - GE), Andrea Lonati (Sestri Ponente - GE), Roberto Mureddu (Pietra Ligure - SV), Giorgio Tonelli (La Spezia)

www.anmco.it/regioni/elenco/liguria

LOMBARDIA

Presidente: Antonio Mafri (Milano)

Consiglio Regionale: Antonio Soccorso Capomolla (Montescano - PV), Vittorio Giudici (Seriato - BG), Maurizio Lunati (Milano), Mario Orlandi (Lodi), Enrico Passamonti (Cremona), Massimo Romanò (Vigevano - PV)

www.anmco.it/regioni/elenco/loMBardia

MARCHE

Presidente: Marcello Manfrin (Ancona)

Consiglio Regionale: Domenico Ciliberti (Fermo - AP), Domenico Gabrielli (Ancona), Luciano Moretti (Ascoli Piceno), Attilio Pierantozzi (Pesaro), Franco Racco (Jesi - AN), Giovanni Tarsi (Pesaro)

www.anmco.it/regioni/elenco/marche

MOLISE

Presidente: Emilio Musacchio (Campobasso)

Consiglio Regionale: Filomena Baldini (Campobasso), Cristofaro Carrino (Isernia), Pierluigi Paolone (Campobasso), Pierluigi Pilone (Campobasso)

P.A. BOLZANO

Presidente: Werner Rauhe (Bolzano)

Consiglio Regionale: Rainer Oberhollenzer (Bolzano), Rupert Paulmichl (Merano - BZ)

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO

Presidente: Roberto Bettini (Mezzolombardo - TN)

Consiglio Regionale: Roberto Bonmassari (Trento), Giuseppe Braitto (Trento), Angelo Graffigna (Trento), Massimiliano Maines (Rovereto - TN)

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente: Angelo Sante Bongo (Novara)

Consiglio Regionale: Emanuele Antonielli D'Oulx (Savigliano - CN), Sergio Bongioanni (Rivoli - TO), Alessandro Lupi (Aosta), Vincenzo Martinelli (Tortona - AL), Giorgio Millesimo (Torino), Paolo Musso (Ivrea - TO), Maria Elena Rovere (Torino), Rita Trincherò (Torino)

www.anmco-piemonte.com

PUGLIA

Presidente: Gianfranco Ignone (Brindisi)

Consiglio Regionale: Pasquale Caldarola (Terlizzi - BA), Michele Cannone (Cerignola - FG), Domenico M. Carretta (Bari), Fernando De Santis (Casarano - LE), Cosimo Angelo Greco (Lecce), Vincenzo Morrone (Taranto), Carlo Vigna (San Giovanni Rotondo - FG), Angelo Pio Villani (Andria - BA)

www.anmcoPuglia.it

SARDEGNA

Presidente: Giampaolo Scorcù (Cagliari)

Consiglio Regionale: Carlo Balloi (Carbonia - CA), Antonio Caddeo (Oristano), Bruno Loi (Cagliari), Stefano Masia (Sassari), Giancarlo Molle (Cagliari), Carmela Mossa (Cagliari), Giovanna Mureddu (Nuoro), Piero Zappadu (Olbia - SS)

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

SICILIA

Presidente: Michele Massimo Gulizia (Catania)

Consiglio Regionale: Alberto Carrubba (Palermo), Giuseppe Di Tano (Messina), Antonio Fiscella (Catania), Pietro Gambino (Ribera - AG), Ernesto Mossuti (Siracusa), Marcello Traina (Palermo)

www.anmcosicilia.it

TOSCANA

Presidente: Francesco Mazzuoli (Firenze)

Consiglio Regionale: Roberto Favilli (Siena), Silvia Favilli (Firenze), Maurizio Filice (Firenze), Rodolfo Gentilini (Siena), Carlo Giustarini (Volterra - PI), Gessica Italiani (Pescia - PT), Fabio Lattanzi (Pisa), Roberto Lorenzoni (Lucca)

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

UMBRIA

Presidente: Gerardo Rasetti (Terni)

Consiglio Regionale: Giuliana Bardelli (Spoleto - PG), Mauro Bazzucchi (Terni), Erberto Carluccio (Perugia), Maurizio Del Pinto (Perugia), Adriano Murrone (Perugia), Federico Patriarchi (Foligno - PG)

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

VENETO

Presidente: Giorgio Rigatelli (Legnago - VR)

Consiglio Regionale: Jacopo Dalle Mule (Pieve di Cadore - BL), Francesco Di Pedè (Mestre - VE), Bortolo Martini (Thiene - VI), Zoran Olivari (Treviso), Loris Roncon (Rovigo), Luigi Tarantini (Belluno)

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

BASILICATA

DI ANTONIO CARDINALE, FRANCESCO PAOLO CALCIANO

**Progetto pilota educazione alla salute:
alimentazione ed attività fisica**

Il Progetto ideato dall'Associazione Amici del Cuore di Grassano è stato condiviso dall'ANMCO della Basilicata. Si avvale della collaborazione attiva di alcuni Istituti di Scuola Media Superiore della Provincia di Matera ed inizialmente di una Scuola Media Statale. Progetto sperimentale che si propone alcuni obiettivi:

a) analizzare "lo status quo", le attuali abitudini alimentari, il tempo libero e l'attività sportiva da parte dei ragazzi;
b) verificare se un progetto congiunto scuola-società, nello specifico, scuola-associazione di volontariato ed associazione di specialisti Cardiologi, attraverso alcuni interventi d'informazione, possa riuscire

a modificare atteggiamenti non corretti, o ancor prima, possa evitare che si assumano atteggiamenti scorretti, dando le opportune ed adeguate informazioni. Progetto d'educazione-prevenzione per favorire comportamenti corretti per il proprio benessere. La scuola è l'elemento primario dove poter portare queste informazioni

*I Sassi di Matera*

e poter ottenere risultati positivi ed ottenere anche un'amplificazione notevole del progetto che s'intende portare avanti.

Un progetto siffatto rientra anche nelle mura domestiche in modo "autorevole", tramite i figli, operando così un proficuo dialogo su proposte definite tra la famiglia, la scuola, i medici e le associazioni, nel tentativo di riuscire ad allargare non solo la fase d'ascolto ma la base di coloro che possono essere interessati all'informazione ed alla prevenzione. Obiettivo senz'altro ambizioso, ma possibile. Nello specifico il progetto prevede una prima fase d'incontro e presentazione del progetto ai responsabili degli Istituti. Poi si fissano le date degli interventi.

Sono interessate le II classi e le IV classi degli Istituti Superiori e le I classi della Scuola Media Statale. Previsti due incontri, basale e finale. Nel I incontro, è presentata l'iniziativa, sono date informazioni sia sull'alimentazione, che sul tempo libero e sull'attività fisica, ed al termine i ragazzi compilano un questionario.

Dopo circa sei mesi, è previsto un nuovo incontro con i ragazzi, i quali compileranno nuovamente il questionario, si analizzeranno insieme eventuali cambiamenti avvenuti in quest'arco di tempo e saranno invitati ad esprimere le loro valutazioni sull'iniziativa portata avanti, sia sui contenuti sia sull'aspetto metodologico.

Importante la collaborazione atti-



Associazione Amici del Cuore ONLUS



ANMCO Basilicata

Scheda
Progetto pilota educazione alla salute:
alimentazione ed attività fisica

| | |
|--|---|
| Base | Fine |
| I mese | |
| Attività fisica (Moto e salute ad ogni età) | |
| Alimentazione (abitudini alimentari e salute) | |
| Calcolo BMI | |
| C.A. (classi IV) | |
| Questionario su abitudini alimentari | |
| Ed attività fisica | |
| | VI mese |
| | Calcolo BMI |
| | C.A. (classi IV) |
| | Questionario abitudini alimentari ed attività fisica |
| | Analisi finale (modifica eventuale dei comportamenti, utilità del progetto, eventuali correttivi) |

Associazione Amici del Cuore Grassano
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri Basilicata (ANMCO)

| | | |
|----------|--------|------|
| Istituto | Classe | Sez. |
|----------|--------|------|

Progetto pilota educazione alla salute: alimentazione ed attività fisica

Sesso: M () F () età ()

BMI () Peso Kg _____ Altezza m _____ C. A. ()

Questionario I mese () VI mese ()

Abitudini alimentari

| | mai, raramente | 1/settimana | 2/settimana | 1/die | 2 o più/die |
|-----------|----------------|-------------|-------------|-------|-------------|
| verdure | () | () | () | () | () |
| legumi | () | () | () | () | () |
| insaccati | () | () | () | () | () |
| formaggi | () | () | () | () | () |
| pesce | () | () | () | () | () |
| frutta | () | () | () | () | () |

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| olio d'oliva | regolarmente () | saltuariamente () | mai () |
| olio di semi | () | () | () |
| burro | () | () | () |
| vino | mai raramente () | quotidianamente () | quantità ml _____ |
| birra | mai raramente () | quotidianamente () | quantità cl _____ |
| superalcolici | () | () | bicchierini n _____ |
| caffé | mai raramente () | quotidianamente () | quantità taz _____ |
| Attività fisica | | | |
| Passo davanti al televisore | min/giorno | h/giorno | |
| davanti al computer | min/giorno | h/giorno | |
| Esco e passeggio saltuariamente () | 1/2settimana | tutti i giorni | |
| passeggiata a passo svelto e/o corsa: | quotidiano () | durata in min | |
| | settimanale () | frequenza () | durata in min |
| palestra | quotidiano () | durata in min | |
| | settimanale () | frequenza () | durata in min |
| sport di gruppo () | quotidiano () | durata in min | |
| | settimanale () | frequenza () | durata in min |
| ballo | quotidiano () | durata in min | |
| | settimanale () | frequenza () | durata in min |
| nuoto | quotidiano () | durata in min | |
| | settimanale () | frequenza () | durata in min |
| altro () | quotidiano () | durata in min | |
| | settimanale () | frequenza () | durata in min |
| uso d'integratori | si () | no () | |
| data _____ | | | |

va della scuola, nel richiamare periodicamente le problematiche alla base del progetto.

La prevenzione delle malattie cardiovascolari è tanto più efficace quanto più è iniziata precocemente. Quando possibile occorre cercare di evitare l'assunzione di pratiche non salubri, piuttosto che andare a modificare comportamenti scorretti.

Il veicolo rappresentato dalla scuola è importante. Decisiva una corretta sinergia ed una condivisione della progettualità tra le associazioni e la scuola, pena risultati non soddisfacenti. Laddove si riesca ad entrare in sintonia con i ragazzi, automaticamente si entra in contatto anche con la famiglia, con una duplicazione importante e naturale del messaggio.

Partiamo animati solo da tanto entusiasmo, certi che questa strada rappresenta uno dei possibili veicoli per poter ottenere risultati apprezzabili in ambito preventivo. Progetto che può essere facilmente allargato ad altre realtà regionali. Importante entrare in sintonia con i ragazzi, non tediare con "una nuova lezione", ma proporsi di catturare la loro attenzione ed il loro interesse con lezioni soft, utilizzando supporti in grado di interessarli. Il dato di partenza è l'esperienza maturata dall'Associazione Amici del Cuore di Grassano, con il progetto d'informazione sulla prevenzione della morte improvvisa che ha interessato alcuni istituti superiori della Provincia di Matera.

CALABRIA

DI MARILENA MATTA



News dalla Calabria

La Calabria anche quest'anno ha risposto con entusiasmo all'iniziativa della Heart Care Foundation delle "Cardiologie Aperte". Le Cardiologie Calabresi che hanno aderito all'iniziativa sono state 19 e i Cardiologi ospedalieri calabresi quest'anno hanno cercato di sensibilizzare e spiegare ai cittadini come affrontare un attacco cardiaco e soprattutto come abbattere il ritardo decisionale, ridurre cioè l'intervallo di tempo tra l'inizio dei segni di attacco cardiaco e la necessità di chiamare il più presto possibile il 118.

Quest'incontro annuale è sicuramente un appuntamento di grande significato per i Cardiologi ospedalieri che si rendono disponibili ai cittadini che visitano le Unità Operative e insieme animano dibattiti su tematiche cardiologiche discusse in pieno benessere e non in stato di malattia.

Quest'anno il tema è stato "contrATTACCO CARDIACO" e anche in Calabria, in sintonia con le stime nazionali, solo 1 persona su 4 arriva alle cure entro 1 ora dall'esordio dei sintomi; si sente perciò il bisogno di educare i cittadini a riconoscere un attacco cardiaco e a giungere il prima possibile in Ospedale o chiamare il 118 per ridurre i dan-

ni che un infarto produce se non è curato tempestivamente.

A Trebisacce, cittadina dell'Alto Ionio Cosentino, oltre cento persone provenienti da tutto il comprensorio si sono recate nel reparto di UTIC - Cardiologia "Guido Chidichimo". La Dott.ssa Donnangelo con i Cardiologi del Reparto di Cardiologia - UTIC ha ricordato l'importanza di un intervento medico tempestivo ed ha ribadito la necessità di riconoscere subito i sintomi dell'attacco cardiaco. È stata una giornata intensa quella che ha vissuto la Cardiologia di Trebisacce domenica 23 ottobre 2005 in particolare modo per la disponibilità del personale Medico e paramedico che oltre a distribuire depliant istruttivi sull'attacco cardiaco e a informare

i convenuti, si sono resi anche disponibili ad eseguire esami diagnostici a tutti coloro che ne hanno fatto richiesta.

Anche Cariati ha aderito all'iniziativa con l'apertura di stand cardiologici allestiti presso le ferrovie dello stato con dibattiti animati sulle cause di rischio delle malattie coronariche, del dolore toracico e della tempestività (elemento essenziale della patologia).

Tutti i medici e i paramedici sono stati presenti e hanno dato la loro completa disponibilità perché, così ha commentato un quotidiano locale in quei giorni, "dove c'è un cuore che batte c'è vita, la nostra".

Anche Cetraro, cittadina del Tirreno Casentino, ha aderito alla II Giornata delle Cardiologie Aperte e i



Raffaele Crovara, Il Castello Svevo, Cosenza

Medici e i paramedici dell'U.O. di UTIC - Cardiologia hanno aderito all'iniziativa aprendo le porte del Reparto mettendosi a disposizione dei cittadini che si sono recati in Ospedale.

Si sono distribuiti materiali illustrativi e uno specialista ha spiegato con l'ausilio di depliant illustrativi e mini conferenze con l'aiuto di mezzi informatici come comportarsi quando ci si trova di fronte a una persona colpita da attacco cardiaco.

Sono stati tracciati percorsi guidati ai laboratori di diagnostica, di prevenzione e riabilitazione e sono state eseguite libere discussioni sulla prevenzione dei fattori di rischio quali il fumo, l'obesità, la sedentarietà e il diabete al fine di educare e ottenere una migliore educazione sanitaria e una incisiva azione preventiva dell'attacco cardiaco. È stato distribuito a conclusione della visita un questionario di valutazione del processo di gradimento.

A Siderno si è svolto il secondo Corso Regionale di aggiornamento in Cardiologia organizzato dal Dott. Giuseppe Sarica. Il rationale del Corso nasce dall'esigenza di fare il punto su alcune importanti tematiche quali le aritmie cardiache ipo-iperinetiche e di affrontare la grossa tematica dell'emergenza cardiologica che inizia il suo percorso più arduo sul territorio, territorio complesso quale è quello della Locride, difficile sotto molteplici aspetti quali quello orografico,



Il Presidente della Sezione Regionale ANMCO Calabria, Dottor Mario Chiatto, consegna una targa al Dottor Vincenzo Schirripa

co, della viabilità, economico, organizzativo e non ultimo culturale. Per tali motivi nella seconda parte del Corso è stato illustrato il progetto "Pegaso", modello territoriale di una rete integrata per le ACS, nato dal lavoro dell'U.O. di Cardiologia - UTIC e del Dipartimento di Emergenza-Urgenza dell'Ospedale di Locri. Questo modello organizzativo sarà proposto per la rete regionale per le ACS che indica anche un sistema di sicurezza e di protezione per il paziente colpito da accidenti vascolari in ogni fase dell'articolazione dell'intervento. Questo progetto è già stato un obiettivo principale dell'attività dell'ANMCO Regionale diretta dal Dott. Mario Chiatto che nella stessa giornata ha consegnato una targa al Dott. Vincenzo Schirripa: Primario Cardiologo in pensione dell'Ospedale di Locri e primo Presidente ANMCO Calabria, uomo di grande professionalità e umanità.

Un Simposio di una giornata sul tema "L'ipertensione Arteriosa" si è svolto nel magnifico scenario del castello federiciano a Roseto Capo Spulico organizzato dal Dott. Franco Fontana, dal Dott. Mario Chiatto e dal Dott. Franco Boncompagni.

Il Simposio ha visto la partecipazione di numerosi esperti nazionali con la partecipazione di MMG e specialisti. Il punto centrale della tematica è stato la soluzione dell'annoso problema dell'insoddisfatto controllo pressorio degli ipertesi trattati e la bassa percentuale (20-25%) dei pazienti controllati dalla terapia. Il dibattito ha visto coinvolti Specialisti, Cardiologi, Internisti ma soprattutto MMG.

Si svolgerà a Cetraro l'11 marzo 2006 presso il Grand Hotel S. Michele un Learning Center ANMCO dal titolo "Attualità in Cardiologia preventiva e riabilitativa" per MMG, Internisti, Cardiologi, Infermieri e Terapisti.

FRIULI VENEZIA GIULIA

DI LUIGI PAOLO BADANO



Dove va l'ecocardiografia all'inizio del terzo millennio?

Attualità e prospettive future della metodica di imaging cardiaco più utilizzata nella pratica clinica

Negli ultimi 5 anni l'ecocardiografia clinica ha subito mutamenti tecnologici tumultuosi che hanno ampliato notevolmente le possibilità di esplorazione della funzione e della struttura del cuore e dei vasi, con la disponibilità di nuove modalità di imaging ecocardiografico, ed hanno reso la metodica ancora più utilizzabile nella routine clinica, aumentandone la portabilità con la progressiva miniaturizzazione degli ecografi (Tabella 1). La digitalizzazione degli ecografi

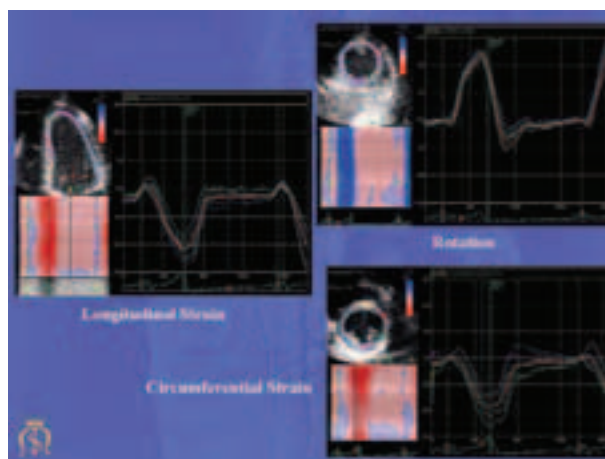


Figura 1

ha comportato sia benefici tecnici che clinici. Dal punto di vista tecnico, il fatto di aver le immagini in formato digitale come dati grezzi ha aperto enormi possibilità di analisi quantitativa delle immagini e di visualizzazione parametrica dei dati. È ora possibile l'analisi quantitativa della perfusione miocardica esplorata con ecocontrastografia, della deformazione miocardica a partire dalle comuni immagini bidimensionali, della rotazione e torsione del ventricolo sinistro (Figura 1), l'analisi vettoriale del movimento endocardico (Figura 2), l'analisi dei tempi di attivazione del miocardio (Figura 3) e, come si vede, nelle figure tutti questi dati quantitativi vengono mostrati on line all'operatore in modalità parametrica (o in codice colore o con vettori). Un

altro beneficio tecnico è la progressiva miniaturizzazione degli ecografi che ha aperto le porte alla costruzione dei cardiografi e degli ecografi miniaturizzati che esamineremo successivamente. Dal punto di vista clinico, la digitalizzazione delle immagini ha permesso di risolvere il paradosso per cui l'ecocardiografia era la metodica di imaging cardiaco più utilizzata in assoluto, ma anche la meno vista dai cardiologi clinici che, a causa dell'impossibilità pratica di accedere al videota-



Figura 2

Tabella 1

MIGLIORAMENTI TECNOLOGICI E NUOVE MODALITÀ ECOCARDIOGRAFICHE ARRIVATE ALL'IMPIEGO CLINICO NEGLI ULTIMI 5 ANNI

- digitalizzazione degli ecografi
- miniaturizzazione
 - cardiografi
 - ecografi miniaturizzati
- agenti di contrasto
- imaging tridimensionale
- Doppler tissutale
- Deformazione miocardica
- Valutazione riserva coronarica

per trovare un dato paziente all'interno di un videota-
pe che ne contiene decine,
prendeavano le loro decisio-
ni sul referto scritto ed, in
pratica non guardavano mai
le immagini ecocardiografiche.
La transizione dei labora-
tori di ecocardiografia alla
modalità digitale rende di-
sponibili le immagini ai clini-
ci ed ai cardiocirurghi 24
ore al giorno, 365 giorni l'an-

no e facilita il confronto di esami
eseguiti in sequenza nello stesso
paziente (1). I cardiologi clinici ed i
cardiocirurghi potranno quindi
utilizzare l'ecocardiografia come
l'elettrocardiogramma, la lastra del
torace o la coronarografia e vedere
le immagini per prendere decisio-
ni sul singolo paziente con positivi
risvolti culturali e di buona pratica
clinica.

La miniaturizzazione degli ecografi
rivoluzionerà la pratica clinica. I car-
dioscopi portatili (2) rivoluzioner-
anno il nostro modo di visitare il
paziente dando la possibilità al car-
diologo, all'internista o al medico
di pronto soccorso di verificare im-
mediatamente la funzione dei ven-
tricoli, la presenza di un versamen-
to pericardico o di una valvulopa-
tia severa nel paziente che stanno
esaminando con strumenti di bas-
so prezzo e facilmente portatili. Ac-
canto ai cardioscopi portatili sono
nati ecografi veri e propri miniatu-
rizzati, delle dimensioni di un note-
book, in grado di eseguire esami
ecocardiografici completi ed accu-

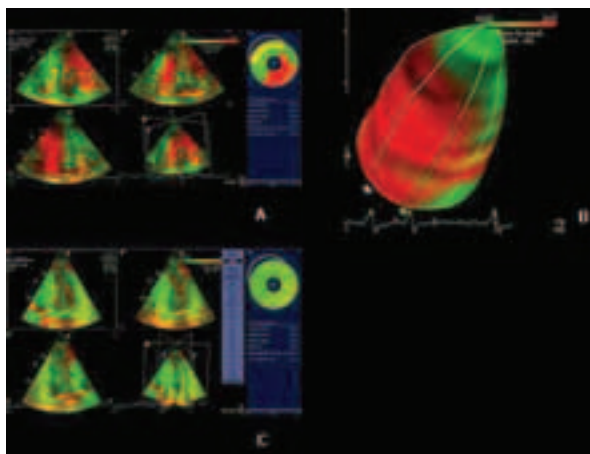


Figura 3

rati e trasmetterli in formato digita-
le al laboratorio di riferimento che
di fatto sposteranno il laboratorio
di ecocardiografia là dove sta il pa-
ziente con problemi di mobilizza-
zione (pazienti critici allettati o con
gravi cardiopatie croniche a domi-
cilio, vedi scompenso cardiaco) o
sui campi di gara, sui campi di bat-
taglia o nelle sedi di gravi traumi.
L'ecocontrastografia, il Doppler tis-
sutale e l'analisi della deformazio-
ne miocardica con la metodica
strain bidimensionale hanno con-
sentito all'ecocardiografista ed al
cardiologo clinico comprendere
meglio la funzione ventricolare si-

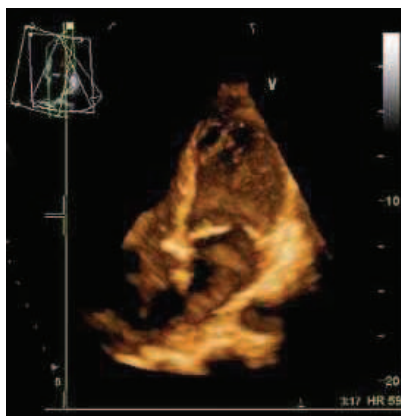


Figura 4

nistra avvicinandolo a con-
cetti quali: la funzione del
microcircolo coronarico, la
riserva coronarica, l'importan-
za dell'accorciamento
base-apice per la funzione
sistolica globale, la sincronia
di contrazione delle pareti
(con i suoi risvolti per l'indi-
cazione alla resincronizza-
zione cardiaca), la rotazione
e la torsione del ventricolo.

L'ecografia tridimensionale
(eco-3D) cambierà completamen-
te il modo di fare ecocardiografia.
Oggi l'ecocardiografista "vede" una
serie di fette bidimensionali del
cuore, acquisite in tempi diversi, e
ricostruisce nella sua testa (in rela-
zione alla sua cultura ed esperien-
za) la struttura tridimensionale del-
l'organo in un ciclo cardiaco imma-
ginario per estrapolare le relazioni
anatomiche e funzionali tra le varie
strutture. L'eco-3D permette di ve-
dere la struttura tridimensionale
dell'organo ed analizzarne i movi-
menti e le relazioni spaziali (Figura
4). L'accuratezza della metodica
per la valutazione dei volumi e del-
la massa ventricolare sinistri e de-
stri è superiore a quella del bidi-
mensionale e paragonabile alla ri-
sonanza magnetica. Non è utopi-
stico pensare che tra non molto
tempo l'esame ecocardiografico,
dal punto di vista dell'acquisizione
delle immagini, si risolverà in un'u-
nica acquisizione di pochi secondi
dell'intero dataset di informazioni
(ad esempio dall'apice cardiaco)
che verranno inviate ad un com-

puter su cui il Cardiologo potrà eseguire elettronicamente tutte le sezioni ed analisi quantitative necessarie senza più problemi tecnici di acquisizione.

Di fatto, a fronte delle enormi possibilità tecnologiche e cliniche offerte dalla ecocardiografia moderna queste nuove tecnologie vengono utilizzate poco. Ad esempio oggi solo 2 laboratori di ecocardiografia in Italia e circa il 5% dei laboratori degli Stati Uniti sono completamente digitali. Le ragioni di questa discrepanza tra possibilità offerte dalla tecnologia ed impiego pratico possono essere diverse: i costi iniziali, la mancata conoscenza, la difficoltà di approcciarsi a nuove metodiche complesse anche dal punto di vista concettuale oltre che tecnico.

Per offrire un contributo alla conoscenza e divulgazione di queste metodiche nella comunità ecocardiografica, l'ecocardiografia digitale (l'organizzazione e la gestione del laboratorio digitale di ecocardiografia), il Doppler tissutale e le metodiche di analisi della deformazione miocardica, e l'eco-3D sono entrati tra gli argomenti del progetto didattico generale denominato "Informatica Applicata in Cardiologia ed Ecocardiografia di Alta Specialità" (Figura 5) organizzato dal Dipartimento di Scienze Cardiopolmonari di Udine e dal Learning Center dell'ANMCO che comprende 5 corsi teorico-pratici:

1. Il laboratorio digitale di ecocardiografia - 26, 27 gennaio 2006



Figura 5

2. Nuove tecnologie in ecocardiografia: valutazione delle velocità e della deformazione miocardica - 2, 3 marzo 2006
 3. La gestione digitale dell'elettrocardiografia ospedaliera - 22, 23 giugno 2006
 4. L'ecocardiografia tridimensionale in tempo reale nella routine del laboratorio di ecocardiografia - 19, 20 ottobre 2006
 5. Gestione informatica di una struttura cardiologica - 30 novembre, 1 dicembre 2006
- organizzati in 2 mezze giornate e strutturati in modo da privilegiare la parte pratica sulla teorica, con il 50% del tempo dedicato ad esercitazioni pratiche sugli ecografi (corsi 2 e 4) e/o sulle workstations (cor-

si 1-5) per far provare ai discenti ad utilizzare le metodiche ecocardiografiche e i software gestionali in modo che possano rendersi conto di persona delle loro applicazioni pratiche e valutarne gli eventuali vantaggi e le possibili applicazioni nelle loro realtà. Questi corsi che, per la realizzazione, richiedono attrezzature informatiche speciali (10 workstations da collegare in rete ai nostri database di immagini, tracciati ECG e dati clinici) saranno a numero chiuso (20 discenti).

Il programma comprende inoltre un corso speciale, di particolare importanza clinica, "Le emergenze cardiologiche in neonatologia (Il incontro) Approccio diagnostico e terapeutico alle cardiopatie congenite complesse" - 5 maggio 2006 che è la prosecuzione del corso organizzato con grande successo lo scorso anno che, a grande richiesta, viene riproposto anche quest'anno.

A dire il vero è difficile dire dove andrà l'ecocardiografia nei prossimi decenni, ma sicuramente quella di oggi si fermerà almeno per alcuni momenti in Friuli Venezia Giulia, ad Udine.

Bibliografia

1. Badano LP, Di Chiara A, Werren M, Sabbadini C, Fioretti PM. La rivoluzione digitale nel laboratorio di ecocardiografia. Stato attuale e prospettive future. Ital Heart J Suppl 2000;1:1561-75.
2. Badano LP, Salustri A, Oikonomou KA, Fioretti PM. Cardioscopi portatili. Una nuova era per il cardiologo clinico. Ital Heart J Suppl 2003;4:533-41.

LOMBARDIA

DI ANTONIO MAFRICI



Sintesi dell'Assemblea Regionale Annuale ANMCO Lombardia 2005

Il 17 dicembre 2005 si è svolta l'Assemblea Annuale Regionale ANMCO della Lombardia.

Diamo qui di seguito un breve riassunto, rinviando alla pagina regionale del Sito WEB dell'ANMCO (<http://www.anmco.it/regioni/elemco/lombardia/comunicazioni/>) la possibilità di leggere per esteso il resoconto dettagliato della seduta. Questa decisione prende spunto da un suggerimento proveniente dai Soci, che chiedono una maggiore possibilità di comunicazione tra centro e periferia utilizzando lo strumento informatico.

Qui di seguito vengono sintetizzati i punti salienti e le conclusioni.

- Necessità di incrementare i rapporti con la periferia: elemento critico, confermato anche quest'anno dalla relativamente bassa affluenza di Soci (complice anche il periodo pre-natalizio). Nonostante la nomina di referenti provinciali e la richiesta di individuare referenti aziendali, alcune iniziative hanno avuto esiti parziali (censimento regionale delle strutture e dei bisogni locali, regolarizzazione delle iscrizioni, nuovi Soci). Il meccanismo di per sé buono, cede di fronte agli impegni personali, alla mancanza di motivazione e di sentito coinvolgimento. Si è pertanto ipo-

La prossima Assemblea Regionale Elettorale, si svolgerà a Milano presso l'Hotel Sheraton Four Points - Via Cardano, 1 - il 18 marzo 2006, associata all'evento Formativo dal titolo: "SCA e diabete: dalla teoria alla buona pratica clinica"

tizzato di aumentare il numero dei Consiglieri Regionali da sette a nove, per favorire, con un coinvolgimento più diretto e una maggiore partecipazione alle attività associative che, per il 2006, sono previste in forte espansione, se andranno in porto alcune iniziative sia culturali che organizzative già da qualche tempo in via di elaborazione. L'assemblea, dopo approfondita di-

Presenta la tua candidatura per il rinnovo del Consiglio Regionale della Lombardia che passerà da sette a nove Consiglieri. Invia per posta elettronica al Presidente Regionale Dott. Antonio Mafri (amafri@tin.it) un breve curriculum vitae accompagnato da due proposte di azione

scussione, approva a maggioranza l'aumento da sette a nove dei Consiglieri Regionali per il prossimo biennio 2006-2008.

- Rapporti con le Autorità Regionali: avviati a livello di organi tecnici, fermi a livello politico per le note vicissitudini che hanno riguardato la Sanità lombarda.

L'ANMCO, da sola o assieme alla SIC, è stata coinvolta in alcune iniziative (di cui è stata data notizia nei precedenti numeri di Cardiologia negli Ospedali); altre saranno proposte nell'incontro col nuovo Assessore e con gli organi tecnici. Il Presidente regionale ANMCO è stato cooptato nella Commissione per l'attuazione del Piano Regionale per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardio-cerebrovascolari.

- Rapporti con la SIC: ripresi con l'elezione del nuovo Presidente, Prof. Salerno. Insieme ci si è presentati alla Direzione Generale della Sanità per discutere di come la Federazione può collaborare con le autorità regolatorie.

- Eventi scientifici ANMCO Lombardia. Il corso residenziale SCA e diabete (due edizioni già svolte, altre tre previste nel 2006) elaborato da ANMCO e AMD Lombardia è diventato un progetto educativo



Angelo Morbelli, *In risaia*, 1898-1901

di valenza nazionale, entrando a far parte del pacchetto formativo ANMCO 2006-2007.

Un Corso del Piano Formativo ANMCO 2005 sulla telecardiologia ha riscosso un notevole successo, confermando la validità e la solida esperienza che alcuni gruppi, in Lombardia, hanno raggiunto in questo interessante campo d'azione (vedi comunicazione a parte). È stato varato il corso teorico-prati-

co, destinato a medici e infermieri di Cardiologia (UTIC in particolare) sulla contropulsazione aortica, la ventilazione non invasiva e l'emofiltrazione.

Sono previste almeno tre edizioni. Altre iniziative di valenza regionale sono in via di elaborazione e di ricerca fondi. In occasione della prossima assemblea elettorale del 18 marzo 2006 (ora è ufficiale) vi sarà un evento formativo incentra-

to sulle SCA nel paziente diabetico.

- Candidature regionali alle prossime elezioni nazionali.

Il Dott. Oltrona Visconti, che è diventato Direttore della SC di Cardiologia dell'Ospedale San Martino di Genova, non può essere considerato ancora un socio lombardo. La Lombardia presenterà quindi un nuovo unico candidato, puntando, se possibile, ad una carica di prestigio. L'assemblea all'unanimità, dopo una approfondita e animata discussione che ha valutato le motivazioni del candidato e i punti qualificanti di un possibile programma, sceglie come rappresentante della Lombardia alle prossime elezioni nazionali il Dott. Salvatore Pirelli, di Cremona.

Per concludere, invitiamo ancora i Soci della Regione a considerare l'opportunità di partecipare attivamente alla vita associativa, prendendo in considerazione la possibilità di candidarsi alle elezioni per il rinnovo del Consiglio regionale per il biennio 2006-2008, ricordando che sono rieleggibili cinque dei sette attuali componenti, ma che il numero totale è stato elevato a nove.

Chi fosse interessato può inoltrare la propria candidatura al Presidente regionale, assieme ad un breve curriculum vitae. È comunque possibile, per qualsiasi socio presentare la propria candidatura il giorno stesso dell'Assemblea Elettorale che si svolgerà a Milano il 18 marzo 2006.

LOMBARDIA

DI SIMONETTA SCALVINI, FULVIO GLISENTI, AMERIGO GIORDANO

La Telecardiologia in Lombardia: stato dell'arte

Nell'ambito del Piano Annuale Formativo ANMCO 2005 si è svolto a Milano il giorno 8 ottobre 2005 un Convegno dal titolo "La Telecardiologia come strumento di integrazione tra ospedale e territorio". L'evento, organizzato dal Dott. S. Capomolla, Consigliere Regionale, ha coinvolto esperti della Telemedicina sia della Lombardia che di altre Regioni, offrendo una esauriente panoramica sulle possibilità, ma anche sulle criticità, che riguardano la Telecardiologia.

Abbiamo chiesto ad alcuni degli esperti invitati di fare il punto sulla Telecardiologia nella nostra Regione: ve lo presentiamo, scusandoci in anticipo se qualche esperienza in atto o di prossima realizzazione non sarà citata. Volentieri, su vostra sollecitazione, aggiorneremo il nostro elenco di progetti operativi in questo campo.

Vi informo inoltre che è recentissima la Delibera Regionale del 14 dicembre 2005 in cui si fa riferimento alle pre-

stazioni erogate con sistemi di Telemedicina e, segnatamente, ai percorsi di ospedalizzazione domiciliare del post-chirurgico e al percorso di Telesorveglianza per lo scompenso cardiaco cronico. Il 31 gennaio era la scadenza entro la quale le strutture ospedaliere interessate potevano far richiesta alla Direzione Generale Sanità.

Da tutto ciò scaturisce la richiesta, inoltrata dal Consiglio Regionale ANMCO della Lombardia al Presidente e al Consiglio Direttivo, di immaginare la costituzione di una task force ANMCO che si occupi specificatamente della Telemedicina in ambito cardiologico e cardiocirurgico, anche nella prospettiva di definire delle linee guida di riferimento. Dato il numero e la diversità degli attori coinvolti, questa potrebbe costituire un'ottima occasione per un'azione da svolgere sotto l'egida della Federazione Italiana di Cardiologia.

Antonio Mafrici

Negli ultimi sette anni Regione Lombardia, Ministero della Salute, alcuni IRCCS (tra cui Fondazione Maugeri, Centro Cardiologico Monzino, San Raffaele, ecc.) e alcune divisioni di Cardiologia di Ospedali pubblici (San Carlo, Niguarda, Sacco, Busto Arsizio, ecc.) hanno portato a termine una serie di progetti pilota e sperimentazioni gestionali di Telecardiologia intesa come strumento d'integrazione ospedale-territorio. La Telecardiologia, in tal senso, è una pratica remota d'interscambio dati, immagini, testi attraverso un network di comunicazione; non è una nuova branca della Cardiologia ma sem-

plicemente un nuovo modo di gestire, attraverso le tecnologie dell'ICT, informazioni e risorse umane e quindi organizzare nuovi percorsi e modelli di disease management del territorio.

E sotto questo aspetto l'Italia appare all'avanguardia anche per il numero di pubblicazioni scientifiche nazionali ed internazionali e riconoscimenti ottenuti.

Per immaginare un'efficace integrazione ospedale-territorio e organizzare l'elevata quantità di dati in entrata (clinici e strumentali) bisogna immaginare la nascita di Centri Servizi, intesi come centrali operative di organizzazione-smi-

stamento-chiamate, raccolta dati e monitoraggio-utenti che possono essere presenti all'interno della struttura ospedaliera o al di fuori in outsourcing in modalità Application Service Provider. Un Centro Servizi quindi, in modalità ASP, è nel contempo un call-center (servizi principalmente in voce) e un contact center (web-services, fax, e-mail, video). Con piattaforme tecnologiche dedicate (hardware+software) e attraverso team di risorse umane medico-infermieristiche "formate ed esperte" offre all'utenza, 24/24/365, teleconsulti/videoconsulti multispecialistici, second opinion, telenursing e triage infermie-

ristico, refertazione di prestazioni strumentali (on-line, store and forward) tenendone traccia in un database protetto.

Per l'integrazione ospedale-territorio ci sono due linee di ricerca e di applicazione: una riguardante essenzialmente i pazienti con patologie croniche (come lo scompenso cardiaco) ed una prevalentemente dedicata agli MMG.

Servizi di teleassistenza/telesorveglianza domiciliare da parte di strutture sanitarie per pazienti in dimissione protetta

Per le strutture ospedaliere vengono approntate nei reparti postazionari informatizzate di Telecardiologia, funzionalmente collegate con il Centro Servizi, specificamente configurate per condividere gli applicativi di centrale mediante licenze di terminal server "on site/on line". Queste consentono di:

- accedere all'applicativo clinico che comprende le tracce ecografiche e i dati pervenuti dagli utenti
- attivare procedure per "dimissioni protette" anche precoci
- attivare supporti di teleassistenza/telesorveglianza domiciliare mediante personale infermieristico dedicato.
- Titolo progetto: "Telesorveglianza sanitaria domiciliare di pazienti



Arturo Tosi, Lago di Como, 1922

con scompenso cardiaco cronico" - Sottoprogetto n. 2 "Le cure intermedie tra ospedale e territorio nella città di Milano"

Oggetto: programma di dimissione protetta per pazienti con scompenso cardiaco cronico.

Partecipanti: Divisioni di Cardiologia degli ospedali S. Carlo, Niguarda e Sacco di Milano.

- Titolo progetto: "Programma di dimissione protetta e di prevenzione secondaria a medio termine nel cardiopatico ischemico"

Oggetto: allestimento di postazione di Telecardiologia e attività di supporto di teleassistenza domiciliare per "dimissioni protette" anche precoci a favore di pazienti ischemici.

Partecipanti: Divisione di Cardiologia Ospedale San Camillo Roma.

- Titolo progetto: "Sperimentazione e valutazione del rapporto costo/beneficio di sistemi di teleassistenza nel cardiopatico cronico ad alto rischio"

Oggetto: sperimentazione di modelli assistenziali domiciliari (telesorveglianza sanitaria).

Partecipanti: sette Istituti della Fondazione Maurgeri.

- Titolo progetto: "CRITERIA - Confronti tra reti integrate tecnologiche per gestire a domicilio pazienti post acuti e cronici"

Oggetto: sperimentazione di modelli assistenziali

(telesorveglianza, ospedalizzazione domiciliare riabilitativa).

Partecipanti: Istituto Scientifico di Gussago (BS), Ospedale di Busto Arsizio (VA).

- Titolo: "Progetto HHH: Home or Hospital in Heart failure"

Oggetto: implementazione architettura tecnologica, acquisizione e trasmissione segnali biologici, sperimentazione modelli di telesorveglianza sanitaria.

Partecipanti: undici centri clinici (5 italiani e 6 europei).

Servizi di second opinion per medici di medicina generale

- Titolo progetto: "Boario Home-care"

Partecipanti: 1.224 Medici di Medicina Generale sparsi sull'intero territorio nazionale.

Il progetto ha portato, a favore dei MMG coinvolti, alla realizzazione-organizzazione-gestione di un Centro Servizi che consente di monitorare "on line" le patologie car-

diovascolari dei loro pazienti 24/24ore mediante una prestazione strumentale (un elettrocardiogramma registrabile in qualsiasi momento della giornata ed in qualsiasi punto del territorio, sia in emergenza che in elezione) ed un teleconsulto con un Cardiologo che provvede ad interpretare il trac-

ciato, a fornire una consulenza interattiva diagnostica e ad orientare i successivi provvedimenti terapeutici.

Il progetto ha ricevuto la menzione d'onore al primo concorso "Health 2003" sulla salute "on line" organizzato a Bruxelles dalla Commissione Europea (www.e-europeawards.org) ed è stato premiato come runner-up ai Telehealth Awards indetti dall'ATSP (Association of Telehealth Service Provider) statunitense il 17 settembre 2003.

A tutt'oggi vi è un data-base di 104.568 pazienti; l'accuratezza diagnostica del servizio (in termini d'invio al Pronto Soccorso) è stata testata su un campione di 3.456 pazienti ed è risultata essere pari al 94.5%.

È stata altresì valutata la potenziale riduzione dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale attraverso l'utilizzo del servizio di Telecardiologia. In un gruppo di 891 pazienti vi è stata una riduzione del 47% degli accessi alle strutture di Pronto Soccorso e del 95% delle consulenze



Anselmo Bucci, *In Galleria*, 1922

cardiologiche inappropriate.

Gli ottimistici risultati ottenuti, benché preliminari, sono da attribuire all'efficace teleconsulto che, mediato dall'invio di un tracciato elettrocardiografico, si attiva tra due professionisti, lo specialista cardiologo esperto e il MMG che, conoscendo in modo approfondito il proprio paziente, orienta e facilita in modo corretto il decision making del primo.

- Titolo progetto: "SUMMA - Second opinion Unificata per Medici di Medicina generale Associati e valore aggiunto delle nuove forme organizzative"

Oggetto: second opinion multispecialistica per le specialità di cardiologia, diabetologia, pneumologia, reumatologia e dermatologia. Partecipanti: 150 MMG delle Regioni Lombardia, Molise e Valle d'Aosta.

Titolo progetto: "Second opinion cardiologica per il Servizio di Guardia Medica e di continuità assistenziale"

Oggetto: second-opinion specialistica cardiologia per il Servizio di

Guardia Medica e di continuità assistenziale.

Partecipanti: servizio di continuità assistenziale e tre distretti dell'ASL di Vallecronica.

- Titolo progetto: "Integrazione dei servizi sanitari del territorio 'ISOLA' TO"

Oggetto: teleconsulto cardiologico per gli MMG delle piccole isole del Mediterraneo.

Partecipanti: MMG di 40 piccole isole del Mediterraneo.

Servizi di telediagnosi per pazienti con aritmie

- Progetto: Programma di diagnostica del cardiopalmo occasionale rivolto ai pazienti del territorio mediante Event Recorder

Partecipanti: 64 MMG dell'ASL di Vallecronica.

Il cardiopalmo (inteso come palpitazione o sensazione di battito mancato) è un sintomo comune a molti pazienti; la sua presenza può essere di difficile documentazione. La Telecardiologia permette di registrare e trasmettere in tempo reale una traccia elettrocardiografica del fenomeno clinico avvertito dal paziente. Soggetti con cardiopalmo occasionale vengono dotati di event-recorder domiciliare in grado di rilevare il sintomo cardiopalmo; questo viene documentato, con una traccia elettrocardiografica, nel 76.4% dei casi rispetto al 38.7% dei casi documentati da una registrazione Holter.

TOSCANA

DI M. VASELLI, E. LAWS, P. MEUCCI, K. VIRAG, A. AMADORI, D. BERNARDI, M. FILICE, G. DJUKIC

Progetto RITA: il quadro iniziale dell'infermieristica in Cardiologia della Toscana

Il 28 ottobre ultimo scorso si è svolto, nella splendida cornice della città di Siena, il Sesto Convegno Toscano di Formazione Infermieristica in Cardiologia.

Hanno partecipato all'evento più di 400 infermieri che hanno seguito i lavori in maniera attenta ed hanno partecipato al dibattito con interesse e competenza, a testimoniare una crescita professionale costante ed un grande bisogno formativo. Argomenti del Convegno sono stati temi caldi della cultura infermieristica: la qualità e la ricerca, l'assistenza in ambito clinico, l'organizzazione dei laboratori, la prevenzione.

L'incontro è stato anche l'occasione per presentare il progetto R.I.T.A., il primo progetto di respiro regionale elaborato da un gruppo di infermieri coordinati dall'infermiere Marco Vaselli dell'Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa.

Nel 2004 si è andato formando un gruppo d'infermieri dell'Area cardiologica che nel gennaio dell'anno successivo si è costituito come AREA NURSING TOSCANA ANMCO. Un gruppo d'infermieri provenienti da diverse realtà della Regione e con un percorso professionale/formativo molto eterogeneo.

All'interno del quadro regionale



Giovanni Fattori, L'aratura, 1881-1882

coesistono realtà cardiologiche, molto differenti tra loro, che richiedono attività assistenziali specifiche. I problemi che emergono durante la pratica professionale difficilmente escono dalle "mura di casa" ed ogni realtà "reinventa" le proprie soluzioni.

Obiettivo dell'AREA NURSING TOSCANA ANMCO è il condividere le diverse esperienze professionali e diventare un punto di riferimento per tutti coloro che attraverso il confronto desiderino trovare una risposta o proporre una soluzione ai problemi che si presentano durante l'esercizio professionale.

Sulla base di questi presupposti ha preso forma il progetto RITA (Rete

Infermieristica Toscana ANMCO).

Questo primo progetto ha quindi come obiettivi:

- creare una rete di riferimenti chiara e ben definita
- comprendere gli ambiti in cui viene erogata l'assistenza (reparti, ambulatori, servizi)
- comprendere quali sono le risorse professionali impegnate nel settore
- evidenziare i criteri principali secondo i quali viene erogata l'assistenza
- conoscere i sistemi di valutazione sull'assistenza erogata
- identificare le attese sugli aspetti formativi.

Metodo

Il progetto ideato nel novembre del 2004 è stato approvato dal Gruppo nel dicembre successivo, dal gennaio al febbraio 2005 si è svolta la fase progettuale. Nel marzo, sempre del 2005, è partita la fase applicativa del progetto che ha visto l'elaborazione dello strumento da impiegare, la definizione dei ruoli, la divisione dei compiti, la raccolta dei dati, l'analisi e la valutazione dei dati e la conclusiva presentazione al VI Convegno Toscano di Formazione Infermieristica in Cardiologia ANMCO. Il Gruppo che ha



Plinio Nomellini, Vespere a Torre del Lago, 1901-1903

realizzato questo progetto era composto inizialmente da cinque infermieri ai quali in un secondo momento se ne sono aggiunti altri due.

Lo strumento scelto è stato quello di un questionario da somministrare telefonicamente. Le unità sono state contattate sulla base di un elenco in uso presso la Segreteria dell'ANMCO, il referente però doveva essere il coordinatore delle attività infermieristiche.

Per la raccolta dei dati è stata realizzata una pagina WEB all'interno del Sito dell'Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa, gli intervistatori potevano accedere alle pagine del progetto e compilare le schede in remoto. I dati sono stati inseriti in un database per consentire la successiva analisi.

Risultati

I contatti infermieristici identificati nelle diverse strutture sono 53, rap-

presentati da 43 infermieri AFD, 6 infermieri, 4 infermieri coordinatori (Master di primo livello in Management).

Gli ambiti identificati sono stati 105 così distribuiti: 26 terapie intensive, 31 degenze, 2 degenze pediatriche, 22 ambulatori, 10 laboratori d'emodinamica, 3 laboratori d'elettrofisiologia, 6 cardiocirurgie, 2 cardiocirurgie pediatriche, 1 medicina interna, 1 diagnostica cardiaca non invasiva, 1 riabilitazione. Gli infermieri impiegati nelle cardiologie toscane sono 1.098 a fronte degli oltre 22.000 presenti sul territorio regionale, mentre il personale di supporto presente risulta essere di 159 unità su di un totale di circa 1.700.

Come criteri d'erogazione dell'assistenza, il 62% delle realtà impiega linee guida, protocolli e procedure operative, il 12% vede l'implementazione di percorsi clinici assistenziali, il 16% usa modelli assistenziali basati su teorie nursing e un 10% impiega ancora consuetudini infermieristiche.

I sistemi informativi in uso per documentare l'assistenza prestata sono i seguenti strumenti: cartella infermieristica 36%, cartella integrata 18%, schede infermieristiche 20%, diari e consegne 26%.

Un aspetto che deve vedere gli infermieri più attivi è quello della valutazione della qualità assistenziale. Abbiamo rilevato che al momento esistono soltanto 11 realtà che hanno avuto esperienze a riguardo e più precisamente 9 sulla

qualità percepita dal paziente e 2 sui processi infermieristici.

Arriviamo quindi agli aspetti formativi, obiettivo tra i più importanti di questo studio; alla domanda: "quale argomento formativo professionale vorresti che fosse affrontato dall'ANMCO" abbiamo ricevuto 73 richieste la cui distribuzione è rappresentata nella tabella 1.

Oltre alle richieste abbiamo cercato d'individuare chi avesse esperienze formative pronte da condividere con gli altri colleghi, sono così emersi 27 argomenti, e relatori, pronti ad essere impiegati.

Conclusioni

Un primo dato che appare evidente è il sottodimensionamento dei coordinatori delle attività infermieristiche rispetto ai reparti. In media ogni coordinatore gestisce 2 reparti: questa scelta orienta l'opera del caposala verso una gestione del contingente e non verso le funzioni proprie di pianificazione, gestione e valutazione dell'assistenza infermieristica, con inevitabili effetti su efficacia, efficienza ed appro-

priatezza del percorso clinico e assistenziale del paziente.

Il personale infermieristico impegnato nel settore di Cardiologia, se confrontato con quello presente sul territorio regionale, ha un peso del 5%, mentre il peso del personale di supporto presente in Cardiologia versus quello presente in tutta la Regione è dell'8%. L'uso del personale di supporto risulta non essere uniforme nelle diverse strutture.

I criteri d'erogazione dell'assistenza e gli strumenti per tracciare l'assistenza prestata mostrano una non ancora diffusa propensione a pianificare e documentare le attività svolte, aspetto quest'ultimo fondamentale per sviluppare e definire argomenti importanti come responsabilità, qualità, e ricerca.

I sistemi informativi risultano essere degli indicatori importanti che rispecchiano i criteri con i quali gli infermieri gestiscono l'assistenza, l'analisi mette in evidenza un impiego esteso di strumenti tipici di un'assistenza orientata alla persona anche se permane ancora un

impiego di strumenti propri di una assistenza per compiti.

Riuscire a svolgere attività di valutazione della qualità non sempre è possibile e comunque non è cosa semplice, resta però la modalità attraverso la quale si innescano dei processi importanti che portano a documentare le attività svolte, trasmettere quello che si è fatto e valutare come è stato fatto. Impegnarsi su questo percorso significa comprendere quante delle nostre attività siano efficaci ed appropriate ed innescare così un processo di miglioramento della qualità professionale.

La domanda formativa si focalizza essenzialmente su aspetti di carattere tecnico/clinico mentre è scarsa sui temi dell'area infermieristica (documentazione, aspetti giuridici, gestione percorsi assistenziali, ricerca, modelli assistenziali) e sulle funzioni della comunicazione e della prevenzione.

A nostro avviso è importante non deludere le aspettative e le richieste di chi ha compilato il questionario ma riteniamo che sia importante anche proporre eventi che portino gli infermieri ad una maggiore consapevolezza professionale.

Dal momento che con questo primo progetto non siamo riusciti a raggiungere la totalità delle realtà cardiologiche toscane ci proponiamo di proseguire la ricerca per definire meglio tutti quegli aspetti professionali utili al confronto e alla conoscenza infermieristica.

Tabella 1

| | |
|--|-----------|
| Area tecnica (ecografia, contropulsatore, cec, ultrafiltrazione.....) | 22 |
| Area clinica (gestione dolore, anestesia pediatrica, infezioni, scompenso....) | 20 |
| Area infermieristica (documentazione, aspetti giuridici, gestione percorsi assistenziali, ricerca.....) | 13 |
| Area comunicativa (relazioni nel gruppo, comunicazione) | 5 |
| Area prevenzione | 3 |
| Altro | 2 |
| Non hanno richiesto argomento formativo | 6 |



“I costi della ricerca, i dubbi dell’etica” Considerazioni intorno al conflitto di interessi in medicina

di **BRUNO MILONE**

Da tempo il conflitto di interessi in medicina è al centro di un ampio dibattito sulle riviste e nelle società scientifiche con prese di posizione e dichiarazioni di intenti più gratificanti, per chi le formula, che efficaci. Marco Bobbio ha presentato in un suo libro un lungo elenco di situazioni in cui l'imperativo etico di medici, ricercatori, esperti e giornalisti, di fornire la migliore prestazione professionale rischia di soccombere di fronte all'interesse che mira a ottenere dei vantaggi, soprattutto di natura economica.

Le risorse finanziarie messe in campo sono ingenti. Prescrivere un farmaco ad un paziente, scrivere una relazione per gli acquisti di un ospedale, presentare i risultati delle proprie ricerche, organizzare i corsi di aggiornamento di una società scientifica, o pubblicare articoli sui trattamenti di certe patologie possono veicolare interessi economici.

Già nel settembre del 2001 tredici direttori di altrettante prestigiose riviste mediche internazionali avevano stigmatizzato in un editoriale comune alcuni comportamenti non etici.

Gli elevati costi per sviluppare nuovi prodotti, che allora ammontavano negli Stati Uniti a circa 500 milioni di dollari, avevano spinto le aziende produttrici a rivolgersi per risparmiare a gruppi privati di ricerca (CRO), piuttosto che ai tradizionali centri medici delle università. In questo modo era stato possibile non solo contenere i costi, ma dettare anche condizioni draconiane ai ricercatori ai quali poteva “essere concessa poca o nessuna voce in capitolo nel disegno dello studio, nessuno accesso ai dati grezzi e solo una limitata partecipazione all'analisi dei dati”.

Infine, spesso veniva imposta una clausola nel contratto di sponsorizzazione che “vietava la pubblicazione dei risultati conclusivi della sperimentazione se sfavorevoli al prodotto dello sponsor”. Accettando molte di queste condizioni le CRO si erano accaparrate il 60% dei fondi per la ricerca delle industrie farmaceutiche, contro il 40% versato ai ricercatori universitari. Questa pratica rischiava di far sparire dalla scena gli studiosi indipendenti, che nel passato avevano svolto un ruolo di garanti dell'oggettività e imparzialità dei dati.

L'appello delle 13 riviste ha avuto il merito di far conoscere il

problema ad un pubblico più vasto, anche se non tutte le prese di posizione sono state favorevoli al documento.

Infatti, non sono stati pochi coloro che hanno messo in discussione il postulato stesso che la medicina possa essere un'attività veramente disinteressata, il cui unico scopo sarebbe il benessere dei pazienti. In una società in cui si afferma strutturalmente la logica di mercato e quindi della competizione tra privati, il conflitto di interessi è “epidemico”, come afferma in un libro dedicato all'argomento l'economista e giurista Guido Rossi, e forse per molti versi irrisolvibile.

Inoltre, si è rilevato, che gli attori in gioco con il quale il ricercatore o il clinico ospedaliero hanno a che fare prima di passare all'applicazione di un farmaco o di un dispositivo medico non sono solamente le industrie farmaceutiche.

Anche i governi, le Fondazioni, o le assicurazioni, che sono molto potenti negli USA, sanno essere padroni altrettanto esigenti nel momento in cui devono fornire le risorse finanziarie per la ricerca e ne vogliono controllare l'allocazione. Comunque alcuni scandali hanno spinto, medici e ricercatori a prendere le distanze da simili comportamenti.

Tre universitari americani specializzati in etica nei primi mesi del 2005 hanno posto domande sulla correttezza dei loro studi ai ricercatori che hanno partecipato ai lavori finanziati dai National Institutes of Health, un'istituzione di ricerca pubblica. Un terzo dei 3.247 studiosi che hanno risposto al questionario ha ammesso “di non aver rispettato le regole etiche negli studi clinici, o di aver coperto colleghi che utilizzavano dati falsi, o di aver proposto interpretazioni non corrette dei dati”.

Se soltanto lo 0,3% “ha confessato di aver completamente falsificato uno studio o di aver copiato un lavoro da altri”, un buon 15% “ha dichiarato di aver modificato il progetto, la metodologia o i risultati per la pressione degli sponsor commerciali” (Corriere della Sera, 14/06/05).

I comitati responsabili degli enti che varano i grandi programmi strategici di finanziamento della ricerca negli USA, individuano ogni tre o cinque anni i settori prioritari sia in relazione all'evoluzione della scienza medica, sia in relazione

alle preoccupazioni dell'opinione pubblica.

Le università e i principali centri di ricerca americani inviano regolarmente ai loro studiosi la lista dei nuovi temi e suggeriscono loro di ripensare i propri studi in modo da beneficiare dei nuovi fondi, talvolta assai ingenti.

A questo punto, i più cercano di mediare fra i propri interessi scientifici e le nuove opportunità di finanziamento.

Successivamente potrà essere necessario aggiustare i dati e presentare un consuntivo che soddisfi le richieste di quel progetto e di quel particolare comitato. Gli elargitori di fondi vogliono risultati concreti in pochi anni, e se sono dei politici, entro e non oltre le elezioni successive.

I ricercatori, pressati dalle richieste e timorosi di essere tagliati fuori dalle possibilità di carriera, all'inizio promettono tali risultati e, successivamente, se non li ottengono possono apportare alcuni "ritocchi" alle loro ricerche.

Di fronte a questa situazione c'è chi vorrebbe prendere dei provvedimenti come bandire i pranzi gratuiti offerti dalle aziende, oppure non permettere agli informatori scientifici di frequentare le corsie delle cliniche o dei centri ospedalieri e universitari dove si fa ricerca. Altri vorrebbero aggiornare il giuramento di Ippocrate, inserendovi l'impegno dei medici "a non accettare soldi, regali e ospitalità che possano creare un conflitto di interesse con l'educazione, la pratica clinica, l'insegnamento o la ricerca medica".

In Italia, tra la fine del 2002 e i primi mesi del 2003, il Coordinamento per l'integrità della ricerca biomedica (CIRB) ha valutato la sensibilità al conflitto di interessi delle Società scientifiche. Al questionario ha risposto solo il 42% delle società interpellate.

Una percentuale così bassa di partecipazione all'iniziativa, nonostante le numerose e ripetute sollecitazioni, può significare sia una scarsa disponibilità al confronto su un tema scottante, sia una sottovalutazione del problema.

Ad ogni modo, i risultati hanno evidenziato che, fra le Società scientifiche che hanno risposto al questionario e che conducono ricerche in proprio, quasi tutte cercano di disporre autonomamente dei dati, di fornire risorse umane proprie per la gestione del progetto e dichiarano, infine, di rifiutare il patrocinio se i ricercatori non hanno la responsabilità diretta dello studio. Al contrario, la vigilanza nei confronti dei possibili conflitti di interesse diminuisce notevolmente per quanto riguarda le attività interne.



Epicuro e il giovane filosofo

Solo un quinto delle Società scientifiche richiede di esplicitare eventuali rapporti con le industrie farmaceutiche ai relatori dei simposi, agli autori degli articoli e coloro che svolgono incarichi associativi. Attualmente coloro che presentano le loro ricerche ai congressi o sulle riviste scientifiche non hanno un sistema preciso di norme cui riferirsi.

Gli allarmi lanciati periodicamente dal Ministero della Salute su possibili irregolarità da conflitto di interessi nel campo medico e ultimamente nella sponsorizzazione degli eventi formativi, non tiene conto del fatto che parte dell'attuale confusione nella materia è dovuta a disposizioni talvolta contraddittorie dello stesso dicastero.

Molte Società scientifiche stanno aggiornando i loro codici etici. L'ANMCO, ad esempio, ha eliminato con qualche dissenso interno il fee-rimborso ai relatori che partecipano agli eventi e alle campagne formative dell'Associazione per prevenire possibili legami economici poco trasparenti con le Aziende finanziatrici.

A livello internazionale, sia nelle riviste che nei congressi, si è cercato di imporre la disclosure, cioè si fa sottoscrivere allo studioso insieme al paper, una dichiarazione firmata che riveli eventuali conflitti di interesse di natura finanziaria. In questo modo si lascia ai lettori la possibilità di giudicare il livello delle distorsioni presenti nello studio pubblicato.

C'è chi ritiene la disclosure insufficiente e vorrebbe richiedere ai ricercatori la sottoscrizione di un documento che dichiari la loro piena responsabilità nella conduzione dei trial, nel controllo e accesso ai dati e nella decisione di pubblicare. In questo modo si riaffermerebbe l'autonomia e l'indipendenza dello scienziato come la condizione necessaria per condurre uno studio.

Altri ritengono che sottolineare i legami economici dell'autore sia inutile per una corretta valutazione della ricerca, la cui scientificità dovrebbe essere indipendente dalle fonti di finanziamento. Anzi sarebbe un modo per minare la credibilità del ricercatore, in quanto introdurrebbe surrettiziamente il sospetto di una sua mancanza di indipendenza.

Ma, scrivono Marco Bobbio e Stefano Cagliano, "l'esplicitazione di un legame economico non è un'etichetta di presunta colpevolezza, né tanto meno può essere vista come un'acqua benedetta che purifica e assolve chi è contaminato". È solo uno strumento che rende più trasparenti i rapporti tra il

mondo della medicina e gli ascoltatori, i lettori e i malati. "Molti ritengono – concludono i due autori – che il male non stia nell'aver un conflitto di interesse, ma nel tenerlo nascosto".

Bibliografia

Marco Bobbio, Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza, Einaudi, 2004

Marco Bobbio-Stefano Cagliano, Rischiare di guarire, Donzelli, 2005

Guido Rossi, Il conflitto epidemico, Adelphi, 2002

Bruno Milone intervista Marco Bobbio

Marco Bobbio è Cardiologo Ospedaliero e insegna Epidemiologia Clinica all'Università di Torino. Componente della Commissione Unica del Farmaco fino al 2000, è Coordinatore della Commissione Etica dell'ANMCO.

Autore di numerose pubblicazioni, ha scritto "Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza", testo in cui si analizzano i rapporti e i conflitti tra i medici e l'industria del farmaco. A lui rivolgiamo alcune domande sui diversi aspetti del problema.

Cosa si intende per Conflitto di interessi?

Il conflitto di interessi è la condizione nella quale si trova chiunque debba rispondere a due "padroni". Non è facile accontentarli entrambi: di solito capita che se ne asseconi uno a scapito dell'altro.

Riguarda solo i rapporti con le aziende farmaceutiche?

No, si tratta di un concetto generale che riguarda anche chi ha investito in prodotti, attrezzature, studi privati e indirizza il paziente laddove potrà trarne un vantaggio personale. Il conflitto di interessi riguarda anche chi viene incentivato dal datore di lavoro (nella fattispecie le Aziende Locali o Ospedaliere) a spendere meno del dovuto nel trattare un singolo paziente.

Collaborare con le aziende farmaceutiche comporta automaticamente un conflitto?

Il rapporto con le industrie farmaceutiche (e anche tutte quelle che optano nel campo della sanità: produttori di test, device, strumentazione) comporta sempre un conflitto, anche se non sempre questo rapporto si trasforma in un

comportamento eticamente censurabile o addirittura penalmente perseguibile.

Il Conflitto di interessi è risolvibile?

Certo: evitando, quando possibile, di dover rispondere a due padroni.

Chi promuove la ricerca in Italia?

Dal 3° Rapporto Nazionale della Sperimentazione clinica dei medicinali in Italia del luglio 2004 (<http://oss-sperclin.sanita.it>) risulta che nel 75% delle ricerche approvate dai Comitati Etici il promotore è un'azienda farmaceutica. Non è chiaro se dietro all'altro 25% ci siano interessi industriali non dichiarati.

Qual è lo spazio per gli studi indipendenti?

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha avviato un programma finalizzato a favorire la ricerca indipendente nel settore farmaceutico, promuovendo ricerche che intervengano su quelle aree che soffrono di una cronica carenza di interesse di mercato, che possono avere importanti implicazioni a livello di salute pubblica e di sostenibilità economica e che si trovino in una posizione periferica della realtà italiana rispetto alle strategie dell'industria internazionale (La ricerca indipendente sui farmaci finanziata dall'AIFA. Bollettino di Informazione sui Farmaci 2005;12:147-151).

Esiste un registro ufficiale delle ricerche avviate o istituzioni che ne verificano le conclusioni per valutare l'opportunità e la validità?

L'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali (OsSC) è uno strumento tecnico-scientifico, che

ha come obiettivo quello di garantire la sorveglianza epidemiologica delle sperimentazioni cliniche condotte in Italia.

I Comitati Etici locali hanno anche il compito di monitorizzare l'andamento delle ricerche da loro approvate.

Ci sono stati casi clamorosi di Conflitto di interessi in Italia?

Ognuno di noi ha assistito, con un certo disagio, a qualche conferenza tenuta da un illustre clinico che ha dato l'impressione di essersi trasformato in un illustre piazzista.

Come affrontano il problema le Società scientifiche?

Molte camminano su un sottile filo, cercando di mantenere un difficile equilibrio tra la propria indipendenza scientifica e le pressioni dei finanziatori. Altre, purtroppo, sono solo il paravento di esigenze commerciali. L'ANMCO ha istituito una Commissione etica, alla quale è stato dato il compito di fornire al Direttivo indicazioni su come rendere indipendenti le iniziative scientifiche promosse dall'Associazione.

Il Ministero della Salute ha lanciato l'allarme su irregolarità da conflitto di interesse nella sponsorizzazione degli eventi formativi in medicina. Quali soluzioni possono essere adottate per garantire etica e trasparenza ad una sponsorizzazione dell'ECM sostenuta dall'industria farmaceutica?

Il Ministero più che lanciare allarmi dovrebbe provvedere a emanare norme che garantiscano eventi ECM esenti da pressioni commerciali. Ci sono molte soluzioni: basterebbe la volontà di intervenire.

È efficace per fronteggiare eventuali conflitti richiedere agli autori di articoli scientifici la disclosure esplicita di ogni eventuale legame economico con le ditte farmaceutiche?

La disclosure non fronteggia gli eventuali conflitti di interessi: li rende espliciti, in modo che chi legge o ascolta sappia quali interessi ha chi scrive o chi parla. Sarebbe già qualcosa.

Chi deve occuparsi di gestire, dal punto di vista delle regole, il conflitto? Il Ministero della salute, le Società scientifiche o gli Ordini professionali?

Ognuno ha la sua responsabilità. Il Ministero dovrebbe sta-



Peter Paul Rubens, I quattro Filosofi, 1611-1612

bilire norme che riducano l'intrusione di marketing delle industrie nel mondo della salute. Purtroppo il decreto legge approvato dal Consiglio dei Ministri il 2 dicembre non sembra andare in questa direzione. Le Società scientifiche dovrebbero darsi norme affinché i propri rappresentanti e le proprie iniziative culturali non subiscano interferenze commerciali. L'Ordine dei medici dovrebbe introdurre nel Codice deontologico norme per chiarire che non si possono servire due padroni e per sanzionare chi offende la categoria con comportamenti eticamente censurabili.

Che ruolo possono avere i Comitati etici?

Dovrebbero bocciare quelle ricerche nelle quali l'aspetto commerciale prevale su quello scientifico.

Come procede e come valuta l'attività del CIRB?

Il Coordinamento per l'Integrità della Ricerca Biomedica ha lavorato negli scorsi anni per studiare il peso del conflitto di interessi nelle Società scientifiche, tra i giornalisti scientifici e i Direttori Generali delle Aziende Locali e Ospedaliere. Attualmente si sta occupando del ruolo e del significato della ricerca indipendente, organizzando un convegno su questo tema nella tarda primavera del 2006 presso l'Istituto Superiore di Sanità.

ET VINUM LAETIFICET COR HOMINIS E IL VINO RALLEGRI IL CUORE DELL'UOMO

SALMI 103, 15

*“La felicità è un vino pregiato:
deve essere assaporato sorso a sorso”*

LUDWIG ANDREAS FEUERBACH

*“Et perciò credo, che molta felicità sia agli Homini
che nascono dove si fa il vino buono...”*

LEONARDO DA VINCI



Coppa a figure rosse; pittore di Epèleios, raffigurante un personaggio imberbe che si accosta ad un vaso per mischiare il vino con l'acqua recando in mano uno skyphos, e con la mano sinistra protesa verso la bevanda. Ca. 510 a.C.

Il vino nella Grecia Antica

Nella letteratura greca il vino è trattato a più livelli. Viene considerato rimedio per gli affanni degli uomini e per le loro angosce, grazie al sonno, conseguenza del bere, che offusca la mente. La bevuta si configura quindi come una liberazione per l'animo umano. Fondamentale è anche l'idea del vino come dono di Dioniso agli uomini, tanto importante quanto il dono di Demetra: il grano. Tutti, poveri e ricchi, devono poter usufruire dei suoi benefici. Il vino inoltre rientra in una dimensione religiosa. Secondo il mito, la vite corrisponderebbe ad un ceppo caduto dal cielo oppure sarebbe nata da un animale, mentre il vino, in quanto risultato della vinificazione, è un prodotto dell'uomo. Dioniso però istruisce gli uomini sul modo in cui servirsi del tanto importante dono: esso deve necessariamente essere mescolato all'acqua (anche perché il vino utilizzato dai Greci presentava un'altissima gradazione alcolica).

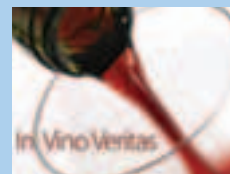


Disegno di Lissarague di coppa a figure rosse del pittore di Colmar (ca. 500) raffiguranti sei giovani seduti in cerchio mentre sollevano in alto le coppe e conversano

Il vino puro è detto *kratoj* (non mescolato) e possiede un carattere decisamente negativo; berlo è considerato barbaro. A Sparta, con Licurgo, il vino, usato come droga, veniva utilizzato con scopi selettivi e pedagogici. Il vino era anche concepito, in quanto rivelatore della verità, come strumento per una prova; secondo Platone si tratta di una

sorta di esperimento, che permette di conoscere veramente gli altri, rendendo così possibile un miglioramento della loro natura (di qui la massima usata dai Latini “*in vino veritas*”). La duplice natura umana, che il vino è capace di portare alla luce, è spesso perfettamente rappresentata da satiri (metà uomini e metà bestie). Dioniso è inoltre spesso raffigurato intento nel praticare la vendemmia e ciò richiama fortemente la connessione Dioniso - vigna - vino. Testimonianza essenziale della connessione Dioniso - vino è per noi l'arte vascolare. Un significativo esempio è un'anfora a figure nere nella quale Dioniso è raffigurato davanti ad una giara. Vicino ad essa è rappresentata una vite ricca di grappoli.

Inoltre due satiri sono l'uno intento a danzare rivolto verso



Anfora a figure nere; ca. 510

Dioniso, l'altro a portare sulle spalle un'anfora. Il Dio invece tiene in mano un *krateros* su cui si concentra il nostro sguardo. Proprio questo vaso sta ad indicare lo stretto legame tra il Dio e il vino. Esso costituisce un'importante peculiarità di Dioniso, in quanto lo identifica come signore della bevanda e dell'ebbrezza da esso provocata.

Water? For external use only! (umorismo anglosassone)

PROPRIETÀ ANTIOSSIDANTI DEL VINO E RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Moderato consumo di alcol e rischio cardiovascolare: quale relazione?

di Gaetano Serviddio, Antonino Romano, Emanuele Altomare

La storia del vino muove i primi passi in oriente, nella culla della civiltà. La *Bibbia* ci riferisce di Noè che appena uscito dall'arca pianta una vigna e ne ottiene vino, fornendoci testimonianza del fatto che le tecniche enologiche erano ben conosciute già in epoca antica. Attraverso i *Greci* e i *Fenici* il vino entrò in Europa.

I poemi omerici testimoniano ampiamente la presenza e l'importanza del vino: a Polifemo, ad esempio, viene fatto bere un vino definito puro, mentre, secondo le usanze dell'epoca, veniva diluito con 16 parti di acqua. A quel tempo il vino si diffuse proprio in terre come l'Italia, la Francia e la Spagna che ne sarebbero diventate la patria. Nel Medioevo il vino era ancor più sinonimo di ricchezza e prestigio.

I *Benedettini*, diffusi in tutta Europa, erano famosi per il loro vino e per il consumo non proprio moderato che ne facevano. Quando Bernardo, ex monaco benedettino, fondò nel 1112 l'ordine dei *Cistercensi*, fu dato ulteriore impulso al tentativo di produrre vini di alta qualità specialmente in *Borgogna*, obiettivo alimentato anche dalla forte competizione tra le abbazie.

Nella Champagne si cominciò a parlare di un monaco benedettino, *Dom Perignon*, famoso per il suo perfezionismo quasi maniacale e per il suo straordinario vino. L'obiettivo di Dom Perignon era quello di ottenere un vino perfettamente "fermo", ma i suoi sforzi erano frustrati da un clima e da un terreno che facevano inesorabilmente rifermentare il vino nelle bottiglie rendendolo spumeggiante.

L'Italia, in origine chiamata Enotria, è un paese straordinariamente votato alla viticoltura. D'altra parte i consumatori si dividono ancora in "bevitori" e "degustatori", i primi (ancora la maggioranza) affezionati al vino della casa e un po' incuranti della qualità, i secondi più consapevoli del fatto che il vino può essere un'opera d'arte.

Il vino scientificamente parlando...

Il mondo scientifico continua a dibattere sul possibile ruolo protettivo esercitato da una modesta assunzione di vino. Numerosi studi epidemiologici hanno eviden-

ziato un'associazione tra l'assunzione di alcol e una riduzione del rischio di sviluppare malattie cardiovascolari¹. Queste osservazioni hanno fornito un valido supporto al cosiddetto "paradosso francese", fenomeno caratterizzato da una minore mortalità per coronaropatia in alcune regioni della Francia rispetto ad altre regioni europee, a parità di fattori di rischio di aterosclerosi. Gli studi scientifici hanno suggerito, in verità abbastanza semplicisticamente, che il consumo di vino poteva in qualche modo essere legato alla bassa incidenza di eventi cardiovascolari.

In seguito al suggerimento che il consumo di vino potrebbe spiegare questo "paradosso", alcuni studi hanno confrontato i diversi tipi di bevande alcoliche rispetto alla loro efficacia nel ridurre il rischio cardiovascolare. Sebbene alcuni autori abbiano riscontrato un effetto benefico del vino superiore a quello degli altri alcolici, le conclusioni non sono unanimi. Studi molto recenti hanno evidenziato la capacità dell'alcol di indurre sintesi di VEGF, un fattore responsabile della crescita vascolare, che com'è noto può risultare benefica in caso di danni da ischemia ma anche complicanze in caso di eccessiva proliferazione.

Più definito è invece il concetto del "moderato consumo": è stata confermata la correlazione inversa tra tasso di mortalità per coronaropatia e consumo di alcol, ma anche evidenziato una curva di correlazione a "J", nel senso che i tassi di mortalità più elevati si riscontravano fra gli astemi ed i forti bevitori, mentre la significativa riduzione si osservava solo in presenza di un consumo moderato di alcol (< 30 gr/die, 2-3 bicchieri di vino da 100-125 ml). L'assunzione moderata di alcol, quindi, esercita effetti benefici mentre un consumo elevato (≥30 gr/die) si accompagna ad una mortalità più elevata per malattie epatiche e cerebrovascolari².

I polifenoli e le proprietà antiossidanti

Gli effetti protettivi del vino si esercitano a vari livelli. Non vi è dubbio che uno dei meccanismi principali, e anche più conosciuto, è rappresentato dalla compo-



Caravaggio, Bacco, 1597

nente alcolica del vino che incrementa i livelli plasmatici delle HDL, riduce i livelli plasmatici di fibrinogeno e fattore VII.

Il vino rosso sembra avere maggiori effetti protettivi rispetto alle altre bevande alcoliche ed anche rispetto ai vini bianchi in quanto in esso sono contenute sostanze antiossidanti che vengono liberate dalle bucce degli acini e dai semi, che invece, nella vinificazione in bianco, vengono separate immediatamente dal mosto che è lasciato fermentare senza le parti solide dell'uva.

Le sostanze ritenute responsabili di tale effetto protettivo sono i polifenoli, tra i quali distinguiamo i **Flavonoidi** (che comprendono la quercitina, le catechine, le antocianine, le procianidine e i tannini) e i **non Flavonoidi** di cui fanno parte gli stilbeni, in particolare il resveratrolo, e gli idrossicinnamati.

Caratteristica comune ai polifenoli è soprattutto l'elevato potere **antiossidante** che li rende potenzialmente in grado di contrastare i processi ossidativi innescati dai radicali liberi che contribuiscono all'invecchiamento cellulare ed alla patogenesi di malattie cardiovascolari e tumorali. Tali composti sarebbero, pertanto, in grado di proteggere le lipoproteine a bassa densità (LDL) dai processi ossidativi, meccanismo importante per l'innescio e la formazione della placca aterosclerotica. È stato, infatti, documentato che la lipoperossidazione delle LDL piccole e dense rappresenta una delle basi patogenetiche dell'aterosclerosi.

Tra i polifenoli non flavonoidi di particolarmente il **resveratrolo**, sostanza localizzata nella buccia delle uve rosse, ha dimostrato di possedere il maggiore potere antiossidante.

Il principio di base resta questo: il consumo di be-

vande moderatamente alcoliche, di vino in particolare, può risultare utile o dannoso a seconda della sua entità che, se eccessiva, porta inevitabilmente ad alterare l'equilibrio della dieta, sostituendo con l'alcol altri fondamentali consumi alimentari, oltre ad esporre al rischio delle conseguenze tossiche derivanti dall'uso sconsiderato ed eccessivo di alcol³.

Bibliografia

1. Rimm EB, et al. Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine, or spirits. *BMJ* 1996; 312: 731-6.
2. Gronbaek M et al. Mortality associated with moderate intakes of wine, beer or spirits. *BMJ* 1995; 310: 1165-9.
3. Mukamal KJ et al. Roles of drinking pattern and type of alcohol consumed in coronary heart disease in men. *NEJM* 2003; 348: 109-118.

VINO ROSSO E CORONARIE

di Giuseppe Di Pasquale

“L'alcol dilata le coronarie”. Per il medico ed il cardiologo in particolare questa affermazione nel passato era classificata nella categoria dei luoghi comuni non sostenuti dall'EBM.

All'inizio del mio apprendistato di cardiologo, nella seconda metà degli anni '70, il vino figurava nella lista nera dei piaceri proibiti dopo un attacco cardiaco. Ma le certezze assolute in Medicina non hanno vita lunga. E così negli anni più recenti quello che veniva considerato uno dei tradizionali nemici della salute e del cuore in particolare, l'alcol e soprattutto il vino, è stato dapprima

rimosso dalla lista dei fattori di rischio, per essere successivamente inserito in quella dei fattori di protezione contro l'infarto.

L'EBM a supporto di questa rivoluzione culturale parte dal “paradosso francese” e si consolida definitivamente attraverso lo studio Interheart. La Francia come ipotesi di lavoro. Come è possibile che i francesi si ammaliano meno di infarto, non risparmiando certo i piaceri della buona tavola ricca di foie gras, salse a base di burro e formaggi? Una possibile spiegazione per il “paradosso francese” è il più elevato consumo di vino rispetto agli altri Paesi industrializzati, compresa l'Italia. Lo studio Interheart, per la prima volta in uno studio caso-controllo di ampie dimensioni, dimostra che oltre a sei fattori di rischio per l'infarto ne esistono tre protettivi: l'attività fisica regolare, l'assunzione quotidiana di frutta e vegetali ed il consumo moderato di alcol.

Il vino pertanto fa bene alle coronarie. Il meccanismo del beneficio non passa attraverso la dilatazione delle coronarie, come sosteneva l'adagio popolare affermato in un'epoca in cui anche i cardiologi avevano una visione idraulica di stenosi coronariche ed infarto miocardico. Il ruolo protettivo del vino è attribuibile ad altri meccanismi antiaterogeni, antitrombotici ed antiossidanti molto ben definiti nella Rassegna pubblicata in questo numero di *Cardiologia negli Ospedali*.

La discussione tra l'opzione terapeutica del vino rosso



Caravaggio, Autoritratto come Bacco, 1593-1594

versus il vino bianco, analoga alla controversia tra angioplastica primaria e trombolisi, è probabilmente da ridimensionare. Come per l'infarto quello che più conta è riprendere, così per il vino l'importante è l'assunzione.

Per finire, il problema dei dosaggi. Il consumo ottimale sembra aggirarsi intorno ai 200-300 ml di vino al giorno. In realtà non esistono studi di “dose finding” né trial clinici randomizzati dei diversi dosaggi. E allora, come in Medicina, anche qui deve intervenire il buon senso clinico. Due-tre bicchieri di vino al giorno costituiscono un buon riferi-

mento anche perché dosaggi più alti comportano un significativo problema di calorie. Sarebbe però molto triste per chi come me ama il vino, ed ha imparato a conoscerlo e a degustarlo, se questo piacere venisse trasformato in prescrizione terapeutica magari in tetrapack predosati per l'assunzione giornaliera. Teniamo infatti presente che un buon bicchiere di vino fa bene alle coronarie anche attraverso meccanismi diversi da quelli sopra elencati. Stress e depressione costituiscono potenti fattori di rischio per infarto. Anche questo ci è stato confermato dallo studio Interheart. Il piacere di consumare una buona bottiglia di vino, quando la sera ci sediamo a tavola in famiglia o con gli amici dopo una pesante giornata lavorativa determina un miglioramento dello stato dell'umore, della qualità di vita e dell'allentamento dello stress che sulle coronarie producono effetti favorevoli sicuramente non inferiori a quello di aspirina, statine e beta-bloccanti.

Cerchiamo di non medicalizzare un benefico piacere, analogamente a quanto in alcune situazioni è avvenuto per l'attività fisica. L'acquisizione scientifica degli effetti benefici del vino sulle coronarie può costituire l'opportunità per approfondire la sua conoscenza, avvicinarsi alla semeiotica della sua degustazione ed apprendere gli abbinamenti migliori con il cibo. In altre parole impariamo ad amarlo per poterne ricavare il massimo piacere anche per le nostre coronarie.

UN BICCHIERE DI RETZINA

di Carlo D'Agostino

Undici mesi in cui anche pochi milligrammi di colesterolo LDL hanno “fatto a cazzotti” per infiltrarsi nelle pareti delle arterie sotto la spinta dei radicali messi in libertà dai continui attacchi di uno stress non appagante. Mesi in cui il fondamentale obiettivo del cardiologo ospedaliero, curare la coronaria occlusa dell'ultimo paziente giunto nella fase acuta dell'infarto, è stato ampiamente superato dall'apparentemente irresolubile problema di garantire un'adeguata assistenza con l'ulteriore turno infermieristico scoperto per carenza di personale o dalla ricerca dei motivi per cui non sia ancora stata acquistata la carta per l'ecocardiografo richiesta ormai da più di un mese. Ma adesso, per qualche ora, per pochi giorni, tutto ciò non mi riguarderà. Con Francesco, con cui fino a poche ore fa discutevamo su cosa pensare dei risultati del BLITZ o di quali siano state le ultime determinazioni del Consiglio Direttivo dell'ANMCO; la principale preoccupazione adesso è se sia o meno il caso di ridurre vela o fidarci di questo maestraletto che ci sta portando alla bella velocità di 6 nodi (circa 10 Km/ora per i profani) verso le coste greche. Da circa un'ora, per fortuna anche Francesco si è accorto che il suo, come il mio cellulare in mezzo al canale d'Otranto non ha campo. Questa prima resa alla natura sembra già dare effetti: gettato il telefono in un borzone, sembrano accantonate anche le preoccupazioni terrene (della terra ferma voglio dire): il corpo, i movimenti sono già più rilassati. Sembra essere trascorsa una vita da quando si è reso conto che dopo “solamente” 12 ore di navigazione abbiamo visto dal mare le bianche case di Ostuni; un percorso che abitualmente lui copre in 45 minuti di auto. Ha capito anche lui che passare dalla velocità di 5 a 7 nodi per noi vuol dire spiccare il volo.

Il colesterolo HDL può avere finalmente la meglio. Ma la cura non finisce qui: l'incredibile cielo stellato notturno visibile come mai, nel buio assoluto, non inquinato da alcuna luce artificiale (ho irregolarmente spento per alcuni minuti anche le tenui luci di navigazione), l'altrettanto assoluto silenzio in cui l'unico rumore è rappresentato dallo sciabordio della chiglia che taglia il mare e dallo schiocco delle vele che cambiano mura (sì, proprio lo stesso suono del III tono cardiaco o del IV?). Il richiamo mentale al “mestiere” non cambia la sensazione di



Il velista

benessere. La notte trascorre in una navigazione tranquilla che contribuisce ad esaltare la sensazione di piacere. Nessuna voglia di dormire, del resto non avrei lasciato per nessun motivo il controllo della barca. Non è la prima volta che resto sveglio per più di 24 ore con-



Itaca. Fiscarota



Locanda Brettos nella Plaka - Atene

secutive. L'abitudine alle guardie notturne sarà pur servita a qualcosa. E, d'altra parte, in una navigazione con poco vento ci si può anche rilassare per un po'. L'alba ci sorprende ancora in pieno canale: solo mare intorno, un traghetto lontano compare e scompare dopo poco. Verso mezzogiorno scorgiamo terra: niente di trascendentale, ho fatto questa rotta tante altre volte ma la visione dell'isola è sempre uno spettacolo. Chiamo Francesco che ha dormito qualche ora come un neonato nella culla. Il rollio ed il beccheggio della barca sono quanto di più vicino un adulto possa immaginare somigli al dondolio della culla o, ancor prima alle dolci oscillazioni nell'utero materno. Fra poco ci fermeremo. Ormai anche Francesco ha capito: tra poco vuol dire ancora 4 ore di navigazione, o forse 5 o più, che importa, dipende dal vento.

Il porticciolo di Othoni, Fanò come la chiamiamo noi italioti, la prima delle tre isolette che attraversando il canale d'Otranto si raggiunge facendo rotta verso Corfù. Diamo fondo nel mare cristallino del porticciolo. Un tuffo in un mare da bere e poi qualche ora di riposo ancora sulla barca.

Sbarchiamo, passeggiamo per un po' in una terra fuori dal tempo (e dallo spazio). Seduti in una taverna, dove l'oste ci ha fatto scegliere dalla sua gabbia immersa nel mare un'aragosta che ci costerà pochi euro (per quanto ancora?), la scena che osserviamo è questa: un uomo sui 50 anni con pantaloni chia-

ri ed una camicia con le maniche arrotolate cammina con passo tranquillo; dalla sua mano destra pende inconfondibile il marchio che lo identifica, una borsetta di cuoio di forma tubulare. Io e Francesco ci guardiamo divertiti ed all'unisono "Un collega!?" diciamo. Seguiamo la camminata tranquilla; le poche persone che lo incrociano lo salutano con familiarità "γεια σου", "γεια σας" risponde. Il suo obiettivo sono tre vecchine che, sedute su un muretto sbrecciato, nei loro abiti neri con l'immancabile velo sul capo lo accolgono contente. Si scoprono una per volta il braccio, senza alzarsi dalla comoda e soleggiata posizione. Il medico posa la borsa e tira fuori la conferma della nostra identificazione: fonendoscopio e sfigmomanometro; misura la pressione ad ognuna e con ognuna scambia qualche battuta. Sorridono le donne, immaginiamo che sorrida anche il medico che di spalle si intrattiene ancora qualche minuto. Compare chi sa da dove una bottiglia ed un bicchierino e viene offerta la bevanda trasparente al dottore: un bicchierino di ouzo, il pagamento della prestazione.

Riprende il suo cammino il dottore, calmo, verso un'altra destinazione.

La mente ormai sconvolta dalla tempesta di sensazioni piacevoli si rifiuta di accettare la ragione che dice che anche in questo angolo di paradiso ci possano essere degli ipertesi.

L'aragosta arriva in tavola, insieme ad una serie di antipasti: tzatziki, taramosalata, tiropitakia, olive greche, saganaki e soprattutto una caraffa di vino bianco freddo. "Assaggia Francesco"... so già che il suo palato abituato ai forti vini pugliesi e raffinato dai vini DOC toscani sarà shockato. La reazione è quella che mi aspettavo: un'aria dapprima apparentemente disgustata ma poi il volto si allarga in un ampio sorriso... "buoooo!" È Retzina, un vino bianco locale a cui per garantire la conservazione viene aggiunta della resina di pino. Questa sovrasta ogni altro sapore, conferendo una boccata molto particolare che anche ore dopo ti fa sentire come se avessi passato la giornata respirando le vernici di una falegnameria. La Retzina... e per la prima volta dopo quasi due giorni ci "imbarchiamo" in una disquisizione dotta sul vino ed in particolare su questo vino che sembra aggiungere alle doti

QUANDO È VERO

di Aldo Cellie

Un sorso, due sorsi

Al cuore

Un sorso

Al cervello

Un sorso

Un altro sorso

Per me

si allegrano le arterie

si rinfrancano vene

il passo è più lento

quando è buono

È festa sia che sia

rosso,

bianco,

ambrato,

rosato,

rosso nero

È vero

e quando è vero

È vino



Vetrina a Itaca

protettive dell'alcool (a piccole dosi!) le qualità antiossidanti della resina. E con un altro bicchiere e poi un altro immaginiamo uno studio clinico controllato, in cross over, doppio cieco per verificarne le proprietà salvifiche. E mentre il sole tramonta in un'immagine che dire da cartolina sarebbe uno sminuirne la grandiosità, la caraffa di vino si esaurisce, subito sostituita da un'altra e, nella pace di questo momento sentiamo che il Colesterolo HDL ha, per questa giornata, definitivamente vinto la sua battaglia.

P.S. Ho portato più volte bottiglie di Retzina in Italia, offrendone ai miei amici e bevendone io stesso. Ho smesso di farlo, formulando una teoria assoluta: "La Retzina può essere bevuta esclusivamente in una trattoria greca affacciata sul mare; in ogni altro posto e condizione perde ogni proprietà terapeutica e, soprattutto organolettica... in poche parole diventa una vera schifezza".



Taverna a Spartochoi - Meganisti



Costantino Kavafis

ITACA

*Quando ti metterai in viaggio per Itaca
devi augurarti che la strada sia lunga,
fertile in avventure e in esperienze.
I Lestrigoni e i Ciclopi
o la furia di Nettuno non temere,
non sarà questo il genere di incontri
se il pensiero resta alto e un sentimento
fermo guida il tuo spirito e il tuo corpo.
In Ciclopi e Lestrigoni, no certo,
né nell'irato Nettuno incapperai
se non li porti dentro
se l'anima non te li mette contro.*

*Devi augurarti che la strada sia lunga.
Che i mattini d'estate siano tanti
quando nei porti - finalmente e con che gioia -
toccherai terra tu per la prima volta:
negli empori fenici indugia e acquista
madreperle coralli ebano e ambre
tutta merce fina, anche profumi
penetranti d'ogni sorta; più profumi inebrianti che puoi,
va in molte città egizie
impara una quantità di cose dai dotti.*

*Sempre devi avere in mente Itaca -
raggiungerla sia il pensiero costante.
Soprattutto, non affrettare il viaggio;
fa che duri a lungo, per anni, e che da vecchio
metta piede sull'isola, tu, ricco
dei tesori accumulati per strada
senza aspettarti ricchezze da Itaca.
Itaca ti ha dato il bel viaggio,
senza di lei mai ti saresti messo
sulla strada: che cos'altro ti aspetti?*

*E se la trovi povera, non per questo Itaca ti avrà deluso.
Fatto ormai savio, con tutta la tua esperienza addosso
già tu avrai capito ciò che Itaca vuole significare.*

LA CARDIOLOGIA E L'EUROPA: UNA STORIA D'AMORE SEMPRE PIÙ ROSEA

di Paolo Colonna

Già dall'origine del nome "Europa", potremmo pensare ad una donna rapita (per esempio da noi cardiologi predatori) e trasportata via lontano (per esempio verso la potenza scientifica degli Stati Uniti). Infatti, nella mitologia greca la bella Europa veniva dapprima rapita da Zeus travestito da toro (Figura 1) e, poi, trasportata per mare verso l'isola di Creta e lì segregata (Figura 2). Se questa era l'immagine dell'Europa del '900 sottoposta all'America, oggi è invece una realtà forte e unita. Ma ancora prima che la politica e l'economia avessero compiuto questo processo di unificazione, la nostra Cardiologia ha cercato di avvicinare i colleghi di tutta Europa, attraverso lavori collaborativi, importanti pubblicazioni scientifiche, il più grande Congresso cardiologico del mondo e soprattutto una casa comune che è la Società Europea di Cardiologia (ESC).

Questa breve rassegna si propone di illustrare i recenti passi avanti che questo idillio fra i cardiologi delle diverse nazioni e la Società Europea stanno compiendo.

La European Society of Cardiology (ESC) rappresenta più di 45.000 Cardiologi professionisti in Europa e nei paesi che si affacciano sul Mediterraneo. Essa si propone di ridurre l'impatto delle patologie cardiovascolari attraverso attività scientifiche ed educative che comprendono il coordinamento di linee guida cliniche, corsi ed iniziative educative, registri osservazionali su patologie specifiche e così via. Negli ultimi anni, per rendere più stretto il rapporto con i Cardiologi di tutta Europa, i Presidenti ed i colleghi impegnati nel Consiglio Direttivo della ESC hanno seguito una linea programmatica di sviluppo della parte editoriale, del Congresso Nazionale, degli altri meeting e dei prodotti educativi della ESC. Questi punti di forza stanno agendo in maniera sinergica con l'obiettivo di avvicinare i Cardiologi soci alla ESC e farli sentire partecipi della Società (facciamo parte della ESC se siamo soci di una delle Associazioni Nazionali; per noi italiani basta far parte dell'ANMCO o della SIC e quindi della Federazione Italiana di Cardiologia, FIC).

Un importante punto di attrazione è stato l'introduzione delle Associazioni Europee di settore, che si mantengono sotto l'egida dell'ESC, avviata con successo nel 2003 con la costituzione della European Association of Echocardiography (EAE) e la European Heart Rhythm Association (EHRA). Entrambe queste associazioni sono oggi molto attive, con una propria rivista, un proprio meeting di settore annuale ed hanno avvicinato tanti Cardiologi alla famiglia europea dell'ESC. Nel 2004, a queste associazioni, si sono aggiunte la Heart Failure Association (HFA) e la European Association for Cardiovascular Prevention che hanno allargato ulteriormente l'orizzonte di interessi per i Soci.

La proverbiale apertura di mente di noi cardiologi europei, sempre attivi nei rapporti con le istituzioni nei nostri paesi, come pure nel diffondere le nostre esperienze ai meeting americani e nelle collaborazioni con gli stati extraeuropei, è stata ricalcata anche dalla ESC che si impegna a rappresentarci. Infatti, le buone relazioni esterne della ESC hanno permesso una importante partnership con il governo europeo sia per lo sviluppo delle politiche sanitarie comunitarie che per le varie linee di ricerca nel campo cardiovascolare. Si aggiunga che i rapporti internazionali sono stati particolarmente curati, aprendo la possibilità di iscriversi come "Soci aggregati" ai Cardiologi che risiedono al di fuori dell'Europa.

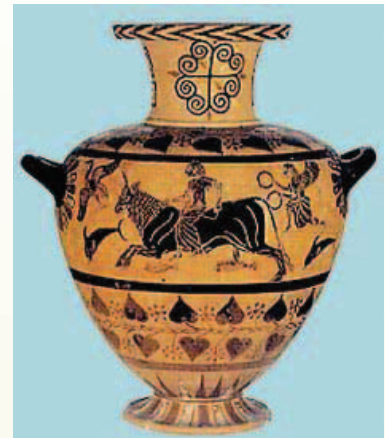


Figura 1.

Idria con la rappresentazione del ratto di Europa in groppa al toro, che attraversa il mare tra pesci e delfini. VI sec. a.C. Tarquinia, Museo Archeologico.



Figura 2.

Simon Vouet; 1640 ca. "Jove seduce Europa." Madrid, Museo Thyssen-Bornemisza.

Tutto ciò ha fatto crescere la comunità cardiologica europea e divenire la organizzazione professionale cardiovascolare più grande e affidabile, con una solida e ben riconosciuta reputazione scientifica. Lo spazio che deve essere ancora riempito è quello di migliorare dapprima la interattività della ESC con i Soci, così da rendere più fattiva la collaborazione dei Cardiologi esperti nella ricerca e nella didattica. Il Presidente ed il Consiglio Direttivo della ESC tuttora svolgono un giro di consultazioni per conoscere le opinioni dei Soci sulle attività societarie più o meno interessanti, nonché per ricevere proposte di nuove attività. Questo aspetto consultivo a breve dovrebbe far sviluppare nuovi aspetti strategici per la ESC, nella speranza che vengano presentati ai Soci nel mese di marzo prossimo.

Passando al pratico, diverse attività cercano di aumentare questa cooperazione Cardiologi-ESC. Per esempio il prossimo Congresso Annuale, che dal 2 al 6 settembre 2006 a Barcellona ci vedrà uniti nel Congresso Mondiale di Cardiologia (Figura 3). La deadline per partecipare attivamente inviando degli abstract è sempre quella del giorno di S.Valentino, il 14 febbraio e, nel marzo successivo, sul sito internet della ESC (www.escardio.org) sarà possibile vedere il programma in fase avanzata.

Un altro punto di coesione e di forza è il rinnovato sito internet. L'accesso personalizzato a "My ESC" permette di essere informati sulle attività dell'Associazione, sia come meeting che come linee guida (con versioni anche più aggiornate ed estese dei siti delle organizzazioni americane). Si possono sottomettere gli abstract per tutti i Congressi, consultarne i programmi e, per il Congresso Annuale, scaricare video e diapositive delle relazioni più importanti. Inoltre i Soci ESC hanno libero accesso al sito WEB case portal dell'ESC al www.esced.org, con stimolanti sessioni interattive.

Infine, è interessante fare menzione dell'attività per il coordinamento scientifico di ricerche e registri. Negli ultimi anni sono stati pubblicati i primi risultati del programma "Euro Heart Survey" che unisce gli sforzi di Cardiologi da tutte le 49 nazioni che partecipano alla ESC (vedi mappa nella Figura 4). Da questo programma, che si articola in numerosi sottoprogetti, molti dati sono stati elaborati, altri vengono attualmente raccolti. I risultati dei survey sulle patologie valvolari, sulle sindromi coronariche acute (attualmente in corso di aggiornamento), sull'Euroaspire II (survey sulla prevenzione primaria e secondaria della patologia coronarica) sono anche visibili in rete sul sito internet dell'ESC. Su tutti questi dati, un importante contributo è dato anche dai Cardiologi italiani (vedi nella Figura 5 l'importanza dei contributi nella "Euro Heart Survey" sulla fibrillazione atriale).

Quindi l'invito a noi Cardiologi italiani, accanto ai colleghi di tutta Europa, è quello di partecipare sempre più attivamente alle proposte europee e della ESC, in maniera da contribuire ad una azione congiunta ed imprimere la nostra "iniziativa italice" a molte delle proposte.



Figura 3.
Manifesto del prossimo Congresso Annuale dell'ESC, che si terrà come Congresso Mondiale di Cardiologia dal 2 al 6 settembre 2006 a Barcellona.



Figura 4.
Mappa delle 49 nazioni che partecipano all'ESC per il programma "Euro Heart Survey".

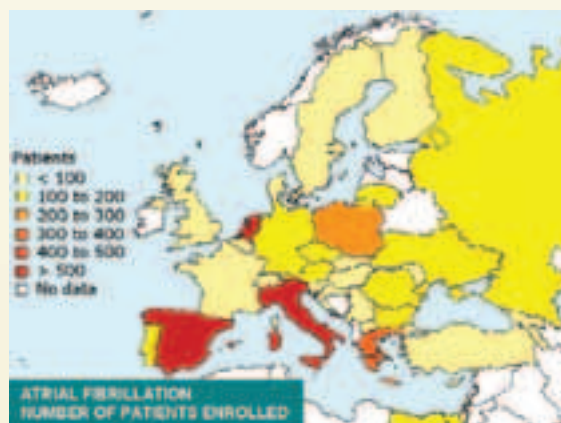


Figura 5.
"Euro Heart Survey" sulla fibrillazione atriale: Mappa dei contributi come numeri di pazienti arruolati nelle 49 nazioni partecipanti; l'Italia ha il massimo dei pazienti arruolati insieme alla Spagna e l'Olanda.

CARDIOLOGIA ED INVECCHIAMENTO: LA SFIDA SI SPOSTA IN AVANTI

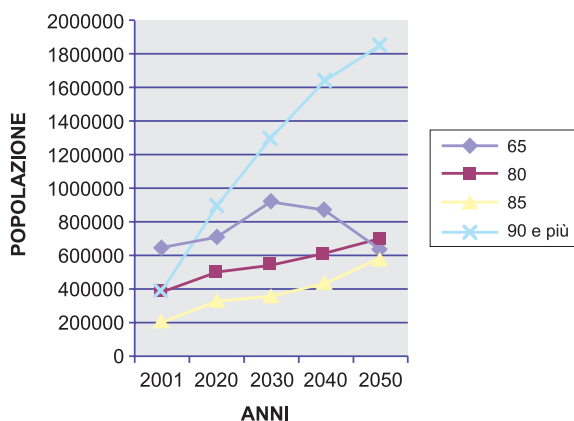
È necessario definire Linee Guida di comportamento nelle scelte terapeutiche riferite alla popolazione anziana, che sarà la maggioranza in un prossimo futuro

di Paolo Bocconcelli

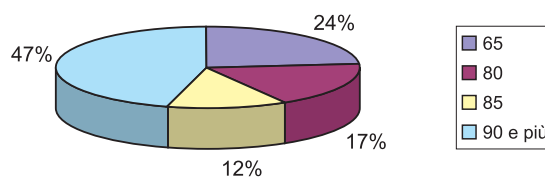
Molti ricorderanno un tempo, non così lontano, in cui la cardiocirurgia era preclusa ai pazienti sopra i 65 anni e dal trapianto di cuore erano esclusi coloro che ne avevano più di 55. Non erano molto più di 20 anni fa. Oggi i problemi veri ce li pongono i soggetti sopra gli 80 anni mentre nessuno si sogna di escludere da un by pass o una sostituzione valvolare un settantacinquenne. Il fatto è che la popolazione sta rapidamente cambiando e la Cardiologia deve farlo di conseguenza. Le proiezioni ISTAT per i prossimi 40 anni danno in calo i soggetti sotto 65 anni, in aumento dal 104 al 167% gli ultraottantenni e quintuplicati i centenari (1). **Non è questo certo il luogo in cui chiedersi chi lavorerà per mantenere chi, o quanto costerà la Sanità di un futuro prossimo. Certo qualcuno dovrà cominciarci a pensarci. Per conto nostro, di Cardiologi, dovremo per forza rivedere qualcosa del nostro operato.** Come è ampiamente noto nell'ambito della cardiopatia ischemica, a giovare dei trattamenti interventivi (leggi angioplastica) verso quelli conservativi (trombolisi) sono proprio i soggetti a maggiore rischio e ad alzare paurosamente il rischio è l'età (2). Ciò nonostante i soggetti più anziani sono i meno trattati aggressivamente in tutto il mondo. A parziale scusante vi è l'eccesso di comorbidità, ma non basta. Vi è una sorta di discriminazione legata alla presunzione di una ridotta attesa di vita? Eppure ad 80 anni di età l'aspettativa di vita è di 8,1 anni e ad 89 anni di 6 anni (3).

E ovviamente questi numeri sono destinati a cambiare in fretta. C'è poi la cosiddetta "età biologica" contrapposta a quel-

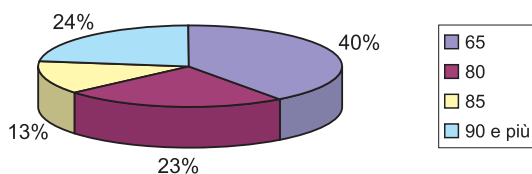
PREVISIONI ISTAT 2001-2051



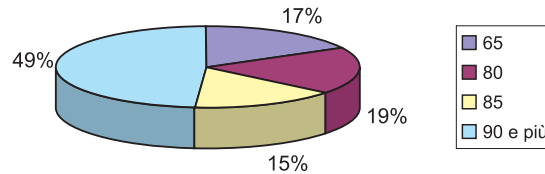
2040



2001



2050



la anagrafica. Un concetto questo che non trova altro corrispettivo se non in un giudizio del tutto soggettivo e spesso arbitrario del medico, basato su aspetti esteriori e talvolta superficiali. Certo lo stato di conservazione delle masse muscolari e della cute, una maggiore o minore vivacità intellettuale rappresentano qualcosa, ma non garantiscono per il futuro del paziente né tanto meno per la tenuta del suo sistema circolatorio. **Il fatto è che non abbiamo strumenti di valutazione obiettiva su quale scelta terapeutica effettuare in un soggetto ultra ottantenne** (e volendo neppure ultra settantenne). Mancano specifiche "linee guida" di comportamento. Il soggetto anziano spesso sopra i 75 anni, quasi sempre sopra gli 80, è escluso dalla maggior parte dei Trial clinici. Perciò tutto quello che decidiamo per la sua salute, ogni nostra scelta terapeutica è basata nel migliore dei casi su una estrapolazione di dati tratti da una popolazione più giovane. Ma il tempo corre e i soggetti fra i 75 e i 90 anni saranno presto la maggior parte dei nostri pazienti (senza pensare poi che potremo esserci noi stessi). Che fare di una valvulopatia aortica calcifica severa e sintomatica di un ottantacinquenne e oltre?

Come gestire una coronaropatia multivasale sintomatica in un soggetto di questa età? Come ridurre l'umiliazione e il grave disagio di frequenti ricoveri per scompenso nell'anziano? Di qui due necessità improrogabili. Da un lato sviluppare tecniche terapeutiche tecnologicamente avanzate ma sempre meno invasive: dopo l'angioplastica, la sostituzione valvolare aortica percutanea, tecniche miste di chirurgia mini invasiva e percutanee, implementare – e ridurre i costi – i devices per il trattamento dello scompenso, ecc. Dall'altra pensare a trial clinici dedicati al soggetto anziano e grande anziano, in modo da potere sviluppare Linee Guida specifiche di trattamento che ci aiutino a scegliere in modo più oculato e meno soggettivo per la salute di questi pazienti. **Servono criteri di valutazione più obiettivi del rapporto costo/beneficio dei nostri gesti terapeutici in questa popolazione. Ma, ovviamente, serve anche una ridefinizione del significato di "beneficio" in questa categoria di pazienti.** Sottolineo che per definire il QUALY (anno di vita salvato pesato per la qualità di vita del paziente), nella elaborazione del rapporto costo/beneficio di un gesto medico, è determinante una domanda da rivolgere al paziente: "quanti anni della sua vita attuale sarebbe disposto a cedere per avere una qualità di vita migliore?". Qualche anno fa incontrammo una arzilla (età biologica!!) ottantaseienne con severa valvulopatia aortica che ci disse: piuttosto che campare passando le notti seduta di fianco al letto per respirare, preferisco rischiare di morire per cambiare la valvola. Ebbe come unica complicanza post operatoria una piccola piaga da decubito che la afflisse per circa un mese. Spesso la qualità di vita del vecchio malato è la peggiore che si possa desiderare, e dunque è possibile che questa categoria di pazienti sia anche disposta a "rischiare" di più rispetto a soggetti più giovani.

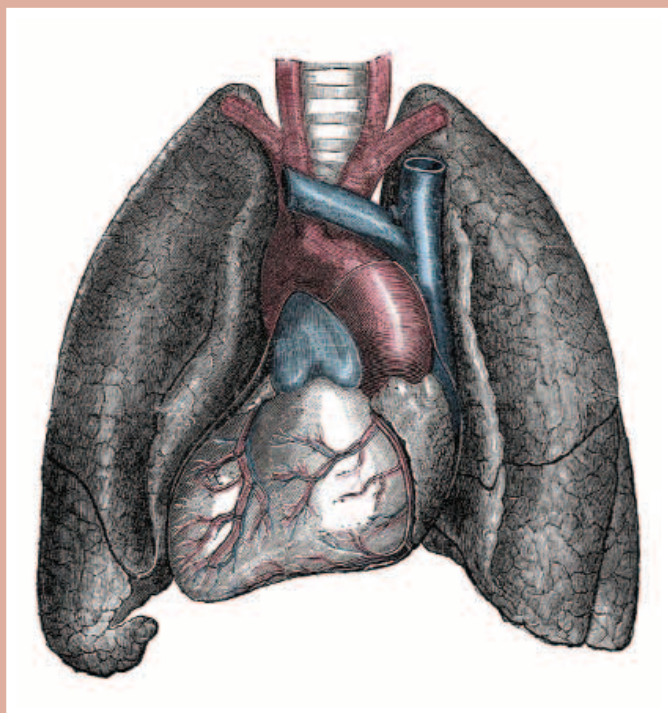


Giorgione, Col tempo... , 1508 ca

Cenni bibliografici:

1. Demo.istat.it - Previsioni della popolazione residente 2001-2051
2. Bach RG, et al. "The effect of routine, early invasive management on outcome for elderly patients with non ST-segment elevation acute coronary syndromes". Ann. Intern. Med. 2004; 141: 186-95
3. Statistical abstract of the United States/1991. 11th edition. Washington DC Department of Commerce, US Bureau of the Census, 1991

a cura di FRANCESCO BOVENZI



Destrocardiaco

Se voi, come qualunque persona poco attenta, gli faceste mettere a nudo il petto e ascoltaste il suo cuore battere, lo trovereste probabilmente più o meno simile al cuore di chiunque altro. Ma a questo punto non andrete più d'accordo con un osservatore esercitato. Se voi trovaste che quel cuore non ha niente di strano, un osservatore esercitato non sarebbe d'accordo con voi. E una volta che vi fosse stata indicata, anche voi potreste partecipare la particolarità abbastanza facilmente. Ed è il fatto che il cuore di Gottfried batte nella parte destra del suo corpo.

HERBERT GEORGE WELLS (1866-1946)
IL CASO PLATTENER

Il mio cuore, del quale ho filato i grandi avvenimenti della prosa visuta, mi sembra oggi, scritto nella distanza di queste pagine riflette con un'altra anima, una pompa di un cortile di campagna, installata per istinto e manovrata per servizio. Ho fatto naufragio senza tempesta in un mare nel quale si tocca il fondo con i piedi.

FRANCESCO PESSOA (1888-1935)
IL LIBRO DELL'INQUIETUDINE



Foto dal Web

XXXVII Congresso Nazionale ANMCO

31 maggio - 3 giugno 2006



