



MARZO - APRILE N. 150

2006

# CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



## È nata l'ANMCO Giovani!

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

**AMICI**  
DELL'ANMCO

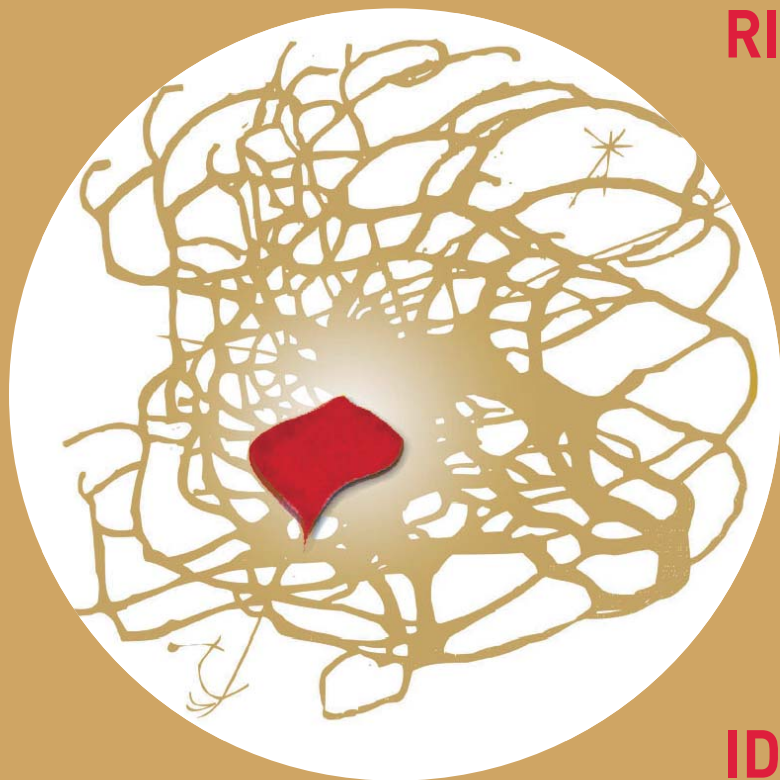
AstraZeneca • Boehringer Ingelheim • Pfizer Italia • Roche • Sanofi-Aventis • Servier Italia • Takeda



# ANMCO 2006



**RICORDA CHE AL CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA  
DELL'ANMCO C'È SEMPRE TANTO SPAZIO DEDICATO A:**



**RICERCA**

**CONFRONTO**

**FORMAZIONE**

**ORGANIZZAZIONE**

**COLLABORAZIONE**

**CULTURA**

**IDEE**

## **XXXVII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA**

**FORTEZZA DA BASSO  
FIRENZE**

**31 MAGGIO  
3 GIUGNO  
2006**

- **ANMCO 2006**
- **CARDIOGENERALIST**
- **CARDIONURSING**



IN QUESTO NUMERO:

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

- 2** È NATO IL GRUPPO ANMCO GIOVANI  
*di Francesco Bovenzi*
- 3** PROGETTO ANMCO GIOVANI  
*di Rachele Adorisio*
- 5** PRESENTE E FUTURO DELLA CARDIOLOGIA IN ITALIA  
*di Giuseppe Di Pasquale*
- 8** LA SINDROME DA FRAMMENTAZIONE  
*di Francesco Chiarella*
- 10** UN CUORE A PEZZI?  
*di Francesco Bovenzi*
- 11** CERTIFICAZIONE ISO 9001:2000  
IL PERCORSO DI MIGLIORAMENTO E SVILUPPO DELLA QUALITÀ IN ANMCO  
*di Francesco Bovenzi e Oreste Pitocchi*

LE NOVITÀ DALL'ACC 2006

- 13** REPORT DALL'AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY  
*di Paolo Verdecchia*

DALLA HEART CARE FOUNDATION

- 19** L'AGENDA 2006 DI HEART CARE FOUNDATION  
*di Franco Valagussa*

DAL CENTRO STUDI ANMCO

- 24** LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DEL CENTRO STUDI ANMCO  
*di Martina Ceseri*

DALLE AREF

- 40** AREA MANAGEMENT & QUALITÀ IL BENESSERE ORGANIZZATIVO: UNA NUOVA OPPORTUNITÀ?  
*di Loredano Milani*
- 43** AREA SCOMPENSO CARDIACO LO SCOMPENSO CARDIACO NELLA REALTÀ OSPEDALIERA, OVVERO I VESTITI NUOVI DELL'IMPERATORE  
*di Giovanni Pulignano*

AGGIORNAMENTI DAL GRUPPI DI STUDIO ANMCO

- 47** GRUPPO DI STUDIO DI RISONANZA MAGNETICA CARDIOVASCOLARE ED IMAGING INTEGRATO DELL'ANMCO  
*di Giancarlo Casolo*

DALLE REGIONI

- 50** CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA  
*di Marilena Matta*
- 51** EMILIA ROMAGNA IL CARDIOLOGO E LA PRESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA  
*di Umberto Guiducci*
- 53** FRIULI VENEZIA GIULIA PROTOCOLLO DI GESTIONE DEL PAZIENTE DA SOTTOPORRE A TERAPIA ANTIBLASTICA  
*di L. Massa, C. Lestuzzi, E. Viel, N. Meneguzzo, G. Sinagra*

CUORI ALLO SPECCHIO

- 56** FRANCESCO BONCOMPAGNI INTERVISTA STEPHEN PRUETT SANDERS  
*di Francesco Boncompagni*
- 58** OLTRE LO SPECCHIO...  
*di Francesco Bovenzi*

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

- 60** DALLA CULTURA MEDITERRANEA UN ALLEATO PER IL CUORE DI OGNI ETÀ  
*di Francesco Bovenzi*
- 61** L'OLIO D'OLIVA: IL CUORE DELL'ALIMENTAZIONE MEDITERRANEA  
*di Emanuele Altomare, Gaetano Serviddio, Francesco Bellanti*

FORUM

- 63** A PROPOSITO DI COMUNICAZIONE  
*di Giuseppe Di Pasquale*
- 64** QUANDO IL CUORE FA GOLA  
*di Bruno Milone*
- 65** LA CLINICAL COMPETENCE DEL CARDIOLOGO DELL'UTIC  
*di Giuseppe Di Pasquale*

FIGURARE LA PAROLA

- 66** FORSE IL CUORE CI RESTA, FORSE IL CUORE...  
*di Francesco Bovenzi*

IN COPERTINA

Immagine dal Web



N. 150 - marzo/aprile 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](mailto:cardiologiaospedali@anmco.it)

Segreteria Nazionale:  
**ANMCO**

Via La Marmorata, 36 - 50121 Firenze

Tel. 055 588784 - Fax 055 579334

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

<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:

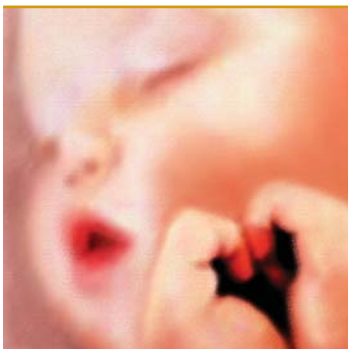
**Pier Filippo Fazzini**

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

Centro Servizi ANMCO srl

Stampa:

Tipografia Il Bandino - Firenze



## È NATO IL GRUPPO ANMCO GIOVANI

L'ANMCO Giovani nasce come una task force di 12 Cardiologi under 40 con lo scopo di promuovere coinvolgimento, cultura, formazione e ricerca cardiologica con i giovani Associati.

Con questa maggiore sensibilità associativa l'ANMCO mira ad avvicinare i Cardiologi volendo rappresentare un osservatorio privilegiato per la realtà giovanile, proprio nella fase di intensa crisi e cambiamento nei confronti delle dinamiche offerte dal mondo formativo e del lavoro post-specializzazione.

C'è da credere che il nostro futuro è nella loro professionalità, nel loro crescente coinvolgimento attivo, nelle motivate proposte innovative, nel farli sentire protagonisti sin dalla loro costituzione, nella volontà di coordinarsi e dare slancio.

Una energia nascosta per una Associazione che vuole

innovarsi dall'interno, un vero motore pensante capace di stimolare e rilanciare la crescita di un futuro che mira con estrema attenzione ai giovani impegnati.

Il documento programmatico qui sinteticamente presentato dalla Coordinatrice del gruppo Rachele Adoriso è la testimonianza più vera di una volontà comune di impegno, linee programmatiche che riportano la loro struttura e il loro atteso modus operandi nel campo della ricerca e della formazione. Questo documento è stato di recente accolto con favore dal Presidente Giuseppe Di Pasquale e da tutto il Consiglio Direttivo.

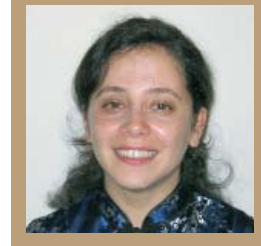
L'augurio è che i giovani siano sempre più impegnati nella nostra Associazione e che queste proposte ne stimolino entusiasmo e partecipazione. Buon lavoro alla Task Force e arrivederci al prossimo Congresso Nazionale ANMCO.



23 novembre 2005: Prima riunione del Gruppo di Lavoro dell'ANMCO Giovani

## PROGETTO ANMCO GIOVANI

La Task Force dell'ANMCO Giovani nasce con l'intento di delineare un ruolo specifico dei giovani cardiologi all'interno della vita associativa e di rispondere alle esigenze di formazione e ricerca di quanti, nell'immediato post-specializzazione e nei primi anni di attività clinica, cercano l'inserimento nel mondo del lavoro. Durante la riunione di Febbraio del Consiglio Direttivo abbiamo presentato il progetto sulle attività di ricerca e di formazione specifiche per i Cardiologi al di sotto dei 40 anni.



### TASK FORCE DEL GRUPPO ANMCO GIOVANI

Rachele Adorisio  
COORDINATORE

Brunella De Michelis  
SEGRETARIO

Alessandro Battagliese

Roberto Caporale

Leonardo De Luca

Laura Massa

Annamaria Nicolino

Iacopo Olivotto

Emilio Pasanisi

Daisy Pavone

Chiara Pedone



Lara Selva, Per mano, 2005 (olio su tela)

Per quanto riguarda l'attività di formazione, abbiamo proposto dei corsi formativi specifici per le nostre problematiche sottolineando le finalità di orientare al saper fare/saper applicare rispetto al puro sapere teorico. Diversi sono i modelli organizzativi proposti, per favorire l'upgrading di conoscenze già acquisite ed ampliare il know how della continua pratica clinica, organizzando attività seminariale a livello regionale e nazionale.

Abbiamo previsto l'istituzione di Rubriche quali la Domanda all'Esperto e Recensione Bibliografica, proposte dai giovani e per i giovani con l'obiettivo di stimolare l'approfondimento partendo dalla pratica clinica. Tali rubriche potrebbero apparire sul Web e sulla Rivista di Cardiologia negli Ospedali.

Sul piano della ricerca, stiamo lavorando con il Dott. Maggioni per mettere a punto la collaborazione tra i giovani ed il Centro Studi per l'analisi di database attualmente esistenti in ANMCO.

In questo progetto, i giovani avranno la possibilità di promuovere la propria idea, aiutati dall'esperienza di





*Formazione, Natasha Bondarenko, 2004 (tecnica mista su juta)*

un tutore e dal supporto statistico del Centro Studi. I risultati di questa ricerca, oltre alla pubblicazione, verranno presentati durante il Congresso Nazionale. Sulla base del modello della Cochrane Collaboration, stiamo lavorando anche all'elaborazione dell'epidemiologia delle domande cliniche: i giovani, che trascorrono magari più tempo al letto del paziente, possono proporre problematiche cliniche reali, con revisione della let-

teratura riguardo quella problematica specifica. Dalle problematiche irrisolte potrebbero quindi nascere ulteriori protocolli di ricerca da sviluppare.

Il progetto prevede la presentazione di questi modelli all'interno di una serie di giornate ECM, che si terranno a Milano, Bologna, Palermo, Bari e Napoli. Attraverso la sponsorizzazione di progetti di ricerca proposti dai giovani, l'ANMCO riconosce il merito e le capacità di quanti, con entusiasmo e serietà, partecipano all'attività scientifica.

Tutti i Cardiologi di età inferiore ai 40 anni saranno invitati a partecipare attraverso una lettera informativa dal gruppo ANMCO Giovani per renderli partecipi dei nostri programmi ed invitarli direttamente a conoscere le attività proposte. Durante il prossimo Congresso Nazionale, il 1° giugno 2006, si terrà una sessione dedicata al confronto sulle attività di formazione e di ricerca proposte. Il giorno successivo abbiamo anche organizzato un'Assemblea in cui siamo tutti invitati a discutere delle problematiche e avanzare nuove proposte. Ci vediamo al Congresso!

### PROGETTI PROPOSTI

- |                           |   |
|---------------------------|---|
| 1. CAMPAGNA DIVULGAZIONE  | Facilitazioni a divenire membri ANMCO / partecipazione al Congresso<br>Sito Web dedicato<br>Incontri in diversi centri italiani<br>Organizzazione di diversi gruppi di lavoro all'interno della Società o all'interno delle Aree                                |
| 2. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE | Attivazione di corsi dedicati ai giovani cardiologi<br>Istituzione di una rubrica dedicata ai giovani per la risoluzione di casi clinici<br>Sito web per attività mentoring<br>Recensione bibliografica su giornali dell'Associazione<br>Cochrane collaboration |
| 3. ATTIVITÀ DI RICERCA    | Riconoscimento di giovani che vengono guidati nella conduzione della ricerca nella Cardiologia Ospedaliera<br>Collaborazione all'interno del Centro Studi ANMCO   |



## PRESENTE E FUTURO DELLA CARDIOLOGIA IN ITALIA

Il Simposio Organizzativo del Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO quest'anno avrà come tema "Le criticità in Cardiologia oggi e le proposte dei Cardiologi". Sarà l'occasione per fare insieme il punto su quelli che costituiscono oggi, nel nostro Paese, gli aspetti più critici della Sanità in generale e della Cardiologia in particolare. Limitatezza delle risorse ed appropriatezza clinica, unitarietà della Cardiologia ed interazioni con le altre Discipline, integrazione Università-Ospedale nella formazione dello specialista cardiologo, Ricerca clinica, continuità assistenziale Ospedale-Territorio: sono i temi principali che verranno trattati.

L'obiettivo del Simposio non è quello di esternare la lista dei problemi, in una specie di *cahiers de doléances*, ma di proporre soluzioni costruttive. Vorremmo che fossero le proposte dell'intera Cardiologia italiana, anche se il Simposio Organizzativo si svolge all'interno del nostro Congresso dell'ANMCO. La presenza del Presidente della Società Italiana di Cardiologia, Maria Grazia Modena, e del Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia, Attilio Maseri, all'interno di questo Simposio è indicativa di questa volontà condivisa dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO.

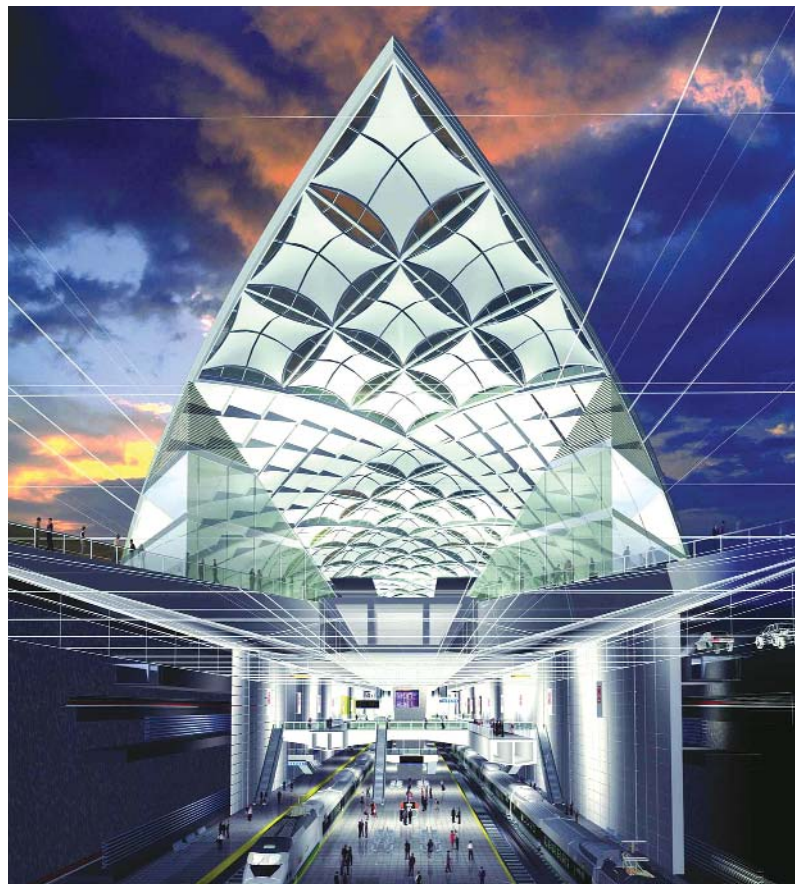
Questi gli spunti di riflessione da me presentati in occasione dell'inaugurazione del Congresso ANMCO dello scorso anno e che hanno costituito lo stimolo a prevedere nel Congresso ANMCO 2006 uno spazio di più ampia discussione.

La Cardiologia italiana costituisce un patrimonio importante del Servizio Sanitario Nazionale. La qualità dell'assistenza cardiologica erogata nelle oltre 800 Strutture Cardiolo-

giche del nostro Paese è mediamente di buon livello pur con le ovvie differenze e punte di eccellenza.

Dal punto di vista culturale e scientifico esiste una ventennale tradizione di ricerca scientifica collaborativa al migliore livello internazionale.

Nel 1984 l'ANMCO e l'Istituto Mario Negri organizzarono il primo grande studio sull'infarto miocardico acuto: il GISSI 1. Il trial nacque e fu percepito come una sorta di manifesto di una intera comunità professionale, volto ad integrare l'attività clinica routinaria con l'esercizio sperimentale, dando vita in tal modo al primo network sanitario pubblico e cooperativo.



Progetto dell'architetto Norman Foster per la Stazione Alta Velocità di Firenze

Al GISSI 1 hanno fatto seguito numerosi altri studi che hanno costituito un riferimento importante per la comunità scientifica internazionale. Autorevoli ricercatori clinici inglesi e nord-americani hanno reso omaggio alla ricerca cardiologica ospedaliera italiana arrivando ad affermare: “dovremmo tutti imparare dai cardiologi italiani”.

L'esperienza trialistica del GISSI ha aperto la strada a numerose altre originali strategie di ricerca collaborativa come i Registri delle malattie cardiovascolari. L'ANMCO ha avuto un ruolo importante in questo processo culturale e continua ad averlo anche attraverso nuovi studi ed i Registri attivati per lo scompenso cardiaco, le sindromi coronariche acute e la prevenzione cardiovascolare, che costituiscono preziosi strumenti per verificare gli esiti delle cure e l'appropriatezza degli interventi diagnostici e terapeutici.

La ricaduta principale di questa vivace ricerca clinica cardiologica italiana è stato il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza cardiologica nel nostro Paese. Il fatto che Studi e Registri abbiano attivamente coinvolto la maggioranza delle Strutture Cardiologiche del Paese, e non soltanto pochi Centri di eccellenza, ha facilitato la capillare diffusione dei principi della buona pratica clinica in tutto il territorio nazionale.

Un altro punto di forza della Cardiologia italiana è rappresentato dalla sua capacità di interazione con le Istituzioni Sanitarie sia a livello nazionale che regionale. La proposizione al Decisore Pubblico di modelli organizzativi basati sul Dipartimento Cardiovascolare e sulla rete integrata interospedaliera per l'assistenza cardiologica costituiscono un contributo della Cardiologia per coniugare qualità dell'assistenza e limitatezza delle risorse. Il consolidamento della Federazione Italiana di Cardiologia è fondamentale per arrivare ad avere un interlocutore unico e credibile nei confronti delle Istituzioni Sanitarie.

Questi i punti di forza. Quali le criticità?

Anzitutto il problema delle risorse che investe in modo particolare la Cardiologia che utilizza tecnologie sempre più avanzate e device costosi. L'attenzione verso gli aspetti economici dell'atto medico tradizionalmente non faceva parte della cultura professionale. Credo che qualcosa sia cambiato negli ultimi 10 anni, in particola-

re nel mondo cardiologico. Nei Congressi dell'ANMCO dalla metà degli anni '90 cominciammo a parlare di budget, aziendalizzazione e DRG. L'Area Management & Qualità costituita nel 1999, all'interno dell'ANMCO, è un esempio dell'attenzione dei Cardiologi per gli aspetti economico-gestionali dell'assistenza.

Se la razionalizzazione delle risorse è un concetto accettato e condiviso dai professionisti, il suo indiscriminato razionamento comporta invece un forte rischio di smantellamento del Sistema Sanitario Nazionale ed in particolare dell'assistenza pubblica ospedaliera. Questo pericolo è particolarmente forte per specialità high-tech come appunto la Cardiologia.

Se è vero che le malattie cardiovascolari continuano ad essere anche nel nostro Paese la causa principale di morte e invalidità, gli investimenti in termini di prevenzione, innovazione tecnologica, cura e riabilitazione dovrebbero essere significativamente diversi. Oggi in Cardiologia abbiamo la disponibilità di interventi terapeutici (angioplastica, stent coronarici, defibrillatori, pacemaker per lo scompenso) che sono in grado di modificare in misura importante la prognosi e la qualità di vita dei pazienti. Si tratta di procedure costose che tuttavia, quando sono utilizzate con appropriatezza risultano tutte associate ad un favorevole rapporto costo-efficacia. Soltanto attraverso una stretta sinergia tra Pubblici Amministratori e professionisti sarà possibile distribuire con competenza ed equità le risorse disponibili.

Oltre alle limitate risorse, un'altra criticità è rappresentata dall'identità del Cardiologo che oggi molti tendono a delimitare in superspecialista di procedure tecnologiche. È necessario invece rivalutare il ruolo del Cardiologo Clinico che è quello che gestisce ogni giorno pazienti con sindrome coronarica acuta, scompenso cardiaco e aritmie anche quando non è richiesta una procedura di angioplastica coronarica, di impianto di pacemaker biventricolare o di ablazione transcatetere. In altre parole deve essere recuperata la figura del Cardiologo “dotto-re”, non necessariamente un professionista esecutore di prestazioni tecnologiche, ma specialista della gestione clinica complessiva del paziente cardiopatico.

La recente tendenza alla frammentazione della Cardiologia in superspecialità tecnologiche rischia di portare ad una perdita dell'autonomia delle Istituzioni cardio-



logiche collocate negli Ospedali di comunità o comunque di non grandi dimensioni (UTIC senza Emodinamica, Cardiologie senza letti di degenza). Sarebbe un pericoloso ritorno al passato e di questo chi ne soffrirebbe di più sarebbero soprattutto i pazienti.

Già adesso constatiamo che meno del

20% dei pazienti con scompenso cardiaco in Italia vengono ricoverati nei Reparti di Cardiologia. Inadeguatezza di posti letto modulati su standard obsoleti, oppure cultura della prestazione tecnologica in base alla quale in Cardiologia si viene ricoverati soltanto per essere sottoposti ad impianto di stent o device? Probabilmente entrambe le cose. La responsabilità di questa situazione è sicuramente anche dei Cardiologi. Fin dalla formazione universitaria post-laurea si assiste ad un pericoloso orientamento degli specializzandi verso specifiche sub-specialità cardiologiche di solito a più elevato ed attraente contenuto tecnologico, perdendo di vista la formazione clinica cardiologica complessiva.

La riaffermazione della centralità delle UTIC, intese come Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e non solo coronarica è chiaramente espressa nel Documento della Federazione Italiana di Cardiologia "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia". Si tratta ora di impegnarsi affinché tutto questo venga di fatto attuato nelle singole realtà locali.

Il sistema delle reti cardiologiche integrate, su base metropolitana, provinciale o di Area Vasta, è il modello organizzativo proposto per evitare costose duplicazioni di servizi e nello stesso tempo offrire equità di assistenza cardiologica al paziente che afferisce in qualsiasi punto della rete, indipendentemente dal livello di complessità del singolo Presidio ospedaliero.

Ancora una criticità in Cardiologia è oggi costituita dal-



Fortunato Depero, *The New Babel*, 1930

la continuità assistenziale.

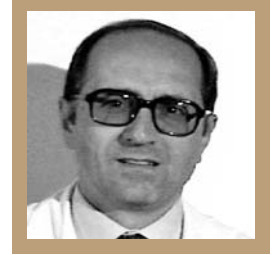
Nella maggioranza dei casi il paziente cardiopatico, in particolare quello affetto da cardiopatia ischemica o scompenso cardiaco, è un paziente "cronico" per il quale il ricovero in Ospedale rappresenta soltanto un momento di instabilizzazione della malattia.

Oggi esiste ancora una netta separazione tra l'Ospedale ed il Territorio. Abbiamo finora assistito ad un arroccamento dello specialista cardiologo all'interno delle UTIC e dei Laboratori delle procedure cardiologiche invasive. L'attenzione per il paziente cronico dopo la dimissione dall'Ospedale è di solito limitata al controllo dei soggetti gestiti ambulatoriamente dalla Struttura ospedaliera.

Anche la Medicina Generale ha avuto negli ultimi due decenni una crescita culturale che l'ha portata al livello dei Paesi europei più avanzati. Un più rapido trasferimento delle conoscenze specialistiche nella pratica clinica sul Territorio è tuttavia ostacolato dal timore di un'invasione culturale da parte dello specialista ospedaliero.

I rapporti tra questi due mondi non sono sempre soddisfacenti e la comunicazione è spesso condizionata dalla buona volontà dei singoli professionisti. In poche parole, manca una cultura condivisa tra Ospedale e Territorio incentrata sui bisogni del paziente.

Non è ipotizzabile un modello nazionale di continuità assistenziale tenuto conto della crescente regionalizzazione della Sanità. L'integrazione tra le diverse Strutture deve avvenire attraverso una progettualità di realizzazioni graduale e condivisa. L'attuazione di un progetto di efficace continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio rappresenta una sfida per la Cardiologia ed un'opportunità di salute per il cittadino-paziente.



## LA SINDROME DA FRAMMENTAZIONE

**P**otremmo chiamare “sindrome da frammentazione” la malattia che affligge tutta l’area medica, Cardiologia inclusa. In forme diverse ciascuno dei lettori ne troverà tracce nella propria realtà. Ne parleremo concretamente, ci interessa infatti capirne gli effetti su di noi, sui nostri Pazienti e più in generale sull’intera Cardiologia. Come tutte le malattie viene da lontano, i primi indizi si possono rintracciare nella formazione scolastica ed universitaria. Come per molte malattie la genesi è multifattoriale: analizziamo in concreto, a partire dalle propensioni ed abitudini personali, i condizionamenti indotti dalla crescita tecnologica e le difficoltà strutturali maturate nell’attuale clima aziendale, le cause del fenomeno.

### L’individualismo clinico

Secondo una mentalità alquanto diffusa, talora teorizzata, il Paziente ricoverato è un caso clinico che un Medico dovrebbe gestire in proprio. È fuori dubbio che in Cardiologia le decisioni vadano prese con tempestività, spesso da una sola persona, e questo non contrasta affatto con l’ottica del team. L’elemento di frammentazione cui ci riferiamo è riconducibile all’“individualismo clinico”, al lavorare “facendo da sé” secondo una mentalità antitetica al lavoro di gruppo. Il clinico individualista, forte della propria “esperienza” non è aperto alla discussione del suo operato, accampa scuse, non si fa trovare, elude il confronto. Non gli interessa migliorare il processo lavorativo, adotta una linea costantemente difensiva, trova seccante il confronto con altri centri, teme il cambiamento.

### La deriva superspecialistica

La tecnologia ha trasformato la Cardiologia. In pochi anni siamo passati dalla tradizionale elettrostimolazione all’impianto dei defibrillatori ed alla resincronizzazione. Il numero delle sale di emodinamica è cresciuto

esponenzialmente, oggi nessuna sede di vascolare è irraggiungibile, nessuna stenosi intrattabile, la Cardiologia Interventistica ricostruisce interi vasi coronarici, tratta malattie congenite e valvolari.

L’imaging ci affascina, dall’eco, alla risonanza, alla tomografia multistrato, alla TAC/PET. Ma se le competenze superspecialistiche spalancano ampi orizzonti destando entusiasmo, chi lavora giorno per giorno sul Paziente avverte il rischio di essere soverchiato dal tecnicismo e coglie il rischio di frammentazione indotto dalla deriva superspecialistica.

Il superspecialista guarda con soddisfazione al proprio operato, è gratificato dell’eccellenza del suo settore, diviene un cultore di particolari e rischia di perdere di vista sia il Paziente che il team.

Ma non è finita: la frammentazione superspecialistica non risparmia il clinico, che desiste dal varcare la soglia delle superspecialità preferendo acquisire e trasmettere resoconti e referti piuttosto che entrare nel merito e chiedere ragioni. In questo modo il dettaglio ipertecnologico prevale sulla vera clinica, che è profonda capacità di analisi, di discussione e di sintesi. Si finisce con lettere di dimissione che assemblano referti di procedure e che sviliscono le capacità cliniche.

Infine la frammentazione colpisce anche il Paziente che, lasciando l’Ospedale con un pezzo di ricambio, s’illude di essere guarito. L’importante è che esca in fretta, anche se manca il tempo per spiegare che senza assumere la terapia e senza cambiare lo stile di vita quel pezzo di ricambio non basterà.

### La spinta aziendalistica

Tutti ragioniamo in termini aziendali, la Sanità è una piramide, al vertice hanno posto i Direttori Generali, che hanno l’obbligo di governare il bilancio aziendale e la preoccupazione di non sfiorare il tetto assegnato. Cosa



Jose' Perez, Un giorno all'ospedale, 1929

chiedono i Direttori Generali? Chiedono il peso dei DRG, i numeri delle prestazioni, l'abbattimento delle liste di attesa, la collaborazione per il contenimento dei costi. L'aziendalismo ha le sue regole ed i propri inevitabili luoghi comuni.

I Direttori hanno ragione, il bilancio deve quadrare, le risorse sono limitate, concordare con tutti i budget è un'impresa... Ma più passa il tempo più cresce l'evidenza che anche l'aziendalismo concorre a produrre frammentazione culturale ed operativa.

Per definizione l'aziendalismo guarda alla produzione, ma com'è difficile applicarne le regole al campo della salute! Come coniugare produzione ed appropriatezza? Come far valere e valorizzare gli elementi di qualità che sfuggono alla conta e alla pesa? Nel clima di garantismo, che punta ad oltranza all'abbattimento delle liste di attesa, chi valuta l'appropriatezza delle richieste? Con chi concertare il rifiuto di procedure inutili e ripetitive? Come spiegare che ci sono procedure appropriate irrinunciabili, per cui non c'è tetto di spesa che tenga?

### Spunti di terapia

In realtà nella vita d'Ospedale stenta a crescere la cultura della discussione clinica condivisa e le competenze settoriali fanno fatica ad integrarsi. I momenti di confronto nella vita di reparto sono insufficienti, non vengono considerati la parte più nobile del lavoro di un gruppo, sono accettati con sufficienza, come se se ne potesse fare a meno, come se il racconto anamnestico, l'obiettività, l'imaging, la scelta delle varie procedure fos-

sero elementi staccati. La "discontinuità assistenziale" è anche intraospedaliera, non solo tra Ospedale e territorio.

Com'è difficile tenere la barra del timone orientata verso l'unitarietà del paziente, che vuol dire anche verso l'unità del nostro essere medici ed anche della Cardiologia! Com'è difficile

scrivere una lettera di dimissione pensando non ad un anonimo ma al Medico che la leggerà, pronti – se occorre – ad alzare il telefono per trasmettere qualche elemento in più!

Questo genere di problemi, in cui ci imbattiamo tutti i giorni, non sono soltanto nostri. Gli anglosassoni li hanno affrontati individuando possibili vie d'uscita rappresentate dalla mentalità del "case management" e del "solving problem". A questi due punti fermi ne andrebbe aggiunto un terzo, il "link management".

Oggi il passaggio più arduo è dare dignità alla discussione comune, creare stabili momenti di comunicazione sui casi clinici, far digerire a medici ed amministratori che il problema non è evadere le richieste ed aumentare il numero delle prestazioni ma metter al centro il Paziente, porre appropriate domande e dare corrette risposte.

Non possiamo essere individualisti, autoreferenziali, non possiamo considerare le competenze superspecialistiche come monadi perfette, non possiamo moltiplicare il numero delle prestazioni, senza farci domande.

La sindrome da frammentazione si contrasta sviluppando la cultura della partecipazione alla gestione clinica, esigendo di dare o di avere le ragioni di quanto operato, analizzando senza complessi i possibili errori, conferendo dignità al discutere insieme, cercando un confronto serrato con le Amministrazioni sui problemi gestionali. Quanto più la Cardiologia evolve in complessità tanto più deve crescere ed aprirsi come sistema operativo condiviso.



## UN CUORE A PEZZI?

**F**rancesco Chiarella definisce “sindrome da frammentazione” quella grande sproporzione nel rapporto comunicativo tra medici e medico-paziente, troppo sbilanciato a favore della componente scientifico-tecnologica spesso cristallizzata, rispetto a una componente più propriamente olistica e informativa del rapporto di cura.

Come risolvere questo empasse clinico? Il lavoro di Chiarella sembra richiamare giustamente al bisogno di una forte comunicazione codificata all’interno degli Attori del processo diagnostico-terapeutico.

Possiamo individuare almeno tre modelli di comportamento comunicativo “aggregante” nella relazione terapeutica: la gestione del paziente acuto, quella del paziente d’elezione e quella del paziente cronico.

Nel primo caso la gestione urgente della situazione clinica, che richiede di per sé risposte rapide in tempi brevissimi, porta l’équipe curante a momenti comunicativi rapidi, ponderosi e tesi alla risoluzione/stabilizzazione del caso nei tempi brevi. Potrei pensare di definire questo modello di relazione diagnostico-terapeutica paradossalmente “leggero”.

Il vettore comunicativo medico/paziente sembrerebbe essere poco importante, data la condizione di relativa indisponibilità del soggetto in cura ad accedere ad una completa informazione e condivisione del suo stato.

Il secondo modello d’elezione diviene più “pesante”, perché implica dapprima una dilatazione temporale nel processo di analisi e studio del caso, poi anche un’attesa diversità nella stratificazione e nelle soluzioni terapeutiche integrate (farmaci e interventi).

Tale articolazione implica una codifica dei flussi d’informazione all’interno dell’équipe curante, necessitando di un accettore medico finale in grado di sintetizzare il percorso clinico proponibile e renderlo comprensibile al paziente. Questo importante momento



*Claude Le Lay, L'Europe des Coeurs, 2001*

comunicativo potrebbe essere un tentativo per risolvere la “sindrome da frammentazione”.

Il terzo modello del “cronico” ha grandi analogie con il modello precedente, avendo però come peculiarità lo spostamento del suo baricentro clinico-gestionale dall’Ospedale al Territorio. In tal caso l’accettore finale dei flussi diagnostico-terapeutici diviene il Medico di Medicina Generale. Tale modello lo definirei “dinamico” in quanto alla prestazione subentra un “percorso”. Inoltre esso mette in movimento relazioni complesse, diversi livelli di competenze relative anche al possibile verificarsi di instabilizzazioni cliniche.

In quest’ultimo caso un modo di ovviare alla “sindrome da frammentazione” potrebbe essere quello di rendere più saldo e continuo il rapporto di formazione/informazione tra strutture tecnologicamente avanzate, ipercompetenti (Ospedali, Ambulatori, Servizi, ecc.) e il Medico di Medicina Generale, rendendo quest’ultimo più protagonista, ben formato nello specifico cardiovascolare ed esperto decisore nella presa in carico del proprio assistito.

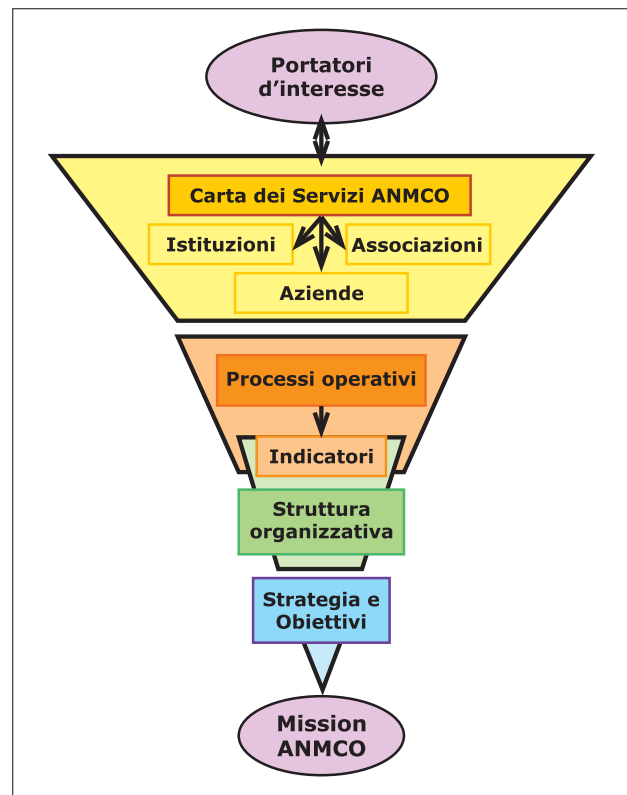
## CERTIFICAZIONE ISO 9001:2000 IL PERCORSO DI MIGLIORAMENTO E SVILUPPO DELLA QUALITÀ IN ANMCO

L'ANMCO ha inteso perseguire una nuova governance associativa che mira alla qualità, prevedendo per questa prioritaria scelta un percorso di cambiamento, di miglioramento e di sviluppo interno per il quale emergono evidenti ragioni. Scartate tutte quelle motivazioni di tipo puramente “commerciale” o di “immagine”, o peggio ancora legate ad una sorta di “mode” del momento, è necessario focalizzarsi sugli aspetti capaci di valorizzare nel concreto la propria “mission” associativa, ovvero l’anima della nostra ragion d’essere.

Proviamo a ricordare per grandi linee tutte le attività che animano il nostro lavoro. Dalla promozione della formazione e della ricerca clinica alla salvaguardia dei principi etici e deontologici, dalla individuazione di modelli di sviluppo delle competenze professionali fino all’implementazione di raccomandazioni e di Linee Guida. Questi momenti concettuali di diffusione della cultura cardiologica rappresentano l’elemento di partenza, di riferimento nell’ambito dell’analisi e della riprogrammazione dei nostri modelli organizzativi.

L’unione della Mission con i valori storici, statutari e portanti dell’ANMCO, l’elencazione dei processi, la verifica dei risultati attesi e i programmi strategici (in particolare in campo formativo) costituiscono l’essenza degli obiettivi coerenti da conseguire. L’ANMCO diviene così capace in modo semplice, standardizzato e verificabile di formalizzare le sue capacità organizzative, coniugando le differenti tipologie di risorse disponibili (umane, strumentali, finanziarie, ecc.) con i risultati attesi.

Parlare di risultati implica automaticamente identificare oltre ai Soci tutti quelli che rappresentano semplicemente i “portatori di interesse” (Aziende, Istituzioni, Associazioni, Fondazioni) cui l’organizzazione deve fare riferimento, secondo un processo di ascolto, elaborazione, offerta, erogazione e misurazione.



Creare una partnership ed un’efficace comunicazione risulta essere una condizione imprescindibile per cogliere i bisogni, tradurli in una diretta offerta di servizio (progettazione), definire con i destinatari gli elementi caratterizzanti l’attuazione del servizio (erogazione), misurare le performance e monitorare nel tempo la soddisfazione dei vari portatori di interesse in merito ai servizi ricevuti (verifica).

Il processo di certificazione di qualità dell’ANMCO va quindi interpretato e vissuto come una opportunità che l’organizzazione ha a disposizione per accrescere, secondo un percorso guidato, la capacità di generare valore, puntando ad apprendere un “metodo” e non solo a raggiungere il “risultato” di certificazione ISO 9001:2000.

Il progetto di certificazione è stato impostato e procede



*La qualità è frutto dell'armonia*

al fine di garantire il raggiungimento di semplici obiettivi:

1. garantire agli Associati ed agli altri portatori di interesse un livello di qualità elevato, dichiarato e garantito in merito ai servizi offerti;
2. migliorare l'efficienza e l'efficacia dei processi operativi della Segreteria Nazionale e di conseguenza la qualità dei servizi, definendo chiare e condivise regole tra Utenti - Segreteria - Organi Direttivi, consolidando un preciso modello organizzativo;
3. affinare un sistema di verifica dell'efficacia e di validazione dei percorsi legati agli eventi formativi ed alle campagne educazionali, individuando e monitorando nel tempo adeguati e predefiniti indicatori.

Il percorso intrapreso già a partire dalla seconda metà del 2005 è entrato nella fase decisiva di preparazione della Carta dei Servizi e di conclusiva analisi delle attività con relativa definizione delle procedure operative e dei livelli di responsabilità.

L'analisi dei processi, in ottica di miglioramento, viene

gestita al fine di:

- evidenziare le attuali criticità (rischio di situazioni indesiderate e/o mancate opportunità);
- individuare condivise azioni correttive e preventive;
- creare un panel di indicatori adeguato a misurare la capacità di controllo di ciascun processo da parte dell'organizzazione, eliminando l'autoreferenzialità, incrementando l'autocontrollo, il coinvolgimento e la motivazione tra le parti interessate.

La credibilità, l'affidabilità e la garanzia di qualità verso cui sempre più punta l'ANMCO potranno crescere in funzione della capacità di agire nell'ottica sinergica di un "sistema aperto" tra mondo della Cardiologia, delle Istituzioni e principi ispiratori delle regole operative della Società Scientifica.

Tali modelli organizzativi in ANMCO miglioreranno le strategie formative, ma ci auguriamo che nell'ambito della rete delle Cardiologie Ospedaliere potranno anche contribuire a generare più "salute" per il cittadino con riferimento alla società.



## REPORT DALL'AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY



**R**icchissimo programma scientifico all'American College of Cardiology di quest'anno. Come di consueto, le sessioni relative ai Late Breaking Clinical Trials hanno riscosso grande attenzione ed accessi dibattiti, sia per l'importanza dei temi trattati sia per il tipo di conclusioni raggiunte, quest'ultime non sempre coincidenti con le previsioni.



*Quando il congressista è felice...*

### Alto Rischio Cardiovascolare

CHARISMA (Clopidogrel for High Atherothrombotic Risk and Ischemic Stabilization, Management and Avoidance). I risultati dello studio CHARISMA sono stati presentati da Deepak L. Bhatt e colleghi della Cleveland Clinic (Ohio, USA). Si trattava di uno degli studi più attesi, che prevedeva il confronto tra clopidogrel (75 mg/die) e placebo in 15.603 pazienti ad alto rischio cardiovascolare, di età > 45 anni.

Tutti i pazienti ricevevano un trattamento di base che includeva aspirina alla dose di 75-162 mg/die. Circa 12.000 di questi pazienti avevano avuto un pregresso evento cardiovascolare maggiore (infarto miocardico nei 12 mesi precedenti, ictus cerebrale nei 5 anni precedenti, arteriopatia periferica) ed altri 3.000 erano asintomatici, ma ad alto rischio per la presenza di vari fattori in combinazione diabete mellito, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, fumo di sigaretta).

Il razionale dello studio era l'ipotesi che l'inibizione del recettore piastrinico P2Y12 per l'ADP, operata dal clopidogrel, rinforzasse il grado di aggregazione piastrinica globale operata dall'aspirina mediante l'inibizione della cicloossigenasi, con conseguente riduzione del rischio di futuri eventi cardiovascolari.

In effetti, l'end-point primario (pool composito di infarto miocardico, ictus cerebrale e morte per cause cardiovascolari) è stato raggiunto in 534 pazienti su 7.802 nel gruppo clopidogrel (6,8%), contro 573 pazienti su 7.801 nel gruppo placebo (7,3%), ma la riduzione, pari al 7%, non è risultata statisticamente significativa.

L'end-point secondario di efficacia (pool composito di infarto, ictus, morte per cause cardiovascolari

oppure ospedalizzazione per angina instabile, TIA o rivascolarizzazione coronarica, cerebrale o periferica) è risultato significativamente meno frequente ( $p=0,02$ ) nel gruppo clopidogrel (1.301 pazienti, pari al 16,7%) rispetto al gruppo placebo (1.395 pazienti, pari al 17,9%).

C'è stato un maggior numero di sanguinamenti di grado moderato nel gruppo clopidogrel rispetto al gruppo placebo (2,1% versus 1,3%;  $p<0,001$ ), con un'incidenza di emorragie intracraniche simile nei 2 gruppi (0,3% versus 0,3%) ed un'incidenza di emorragie severe non significativamente maggiore nel gruppo clopidogrel (1,7% versus 1,3%,  $p=0,09$ ).

Tra le numerose analisi di sottogruppo, l'incidenza dell'end-point primario è risultata significativamente più bassa nel gruppo clopidogrel che nel gruppo placebo tra i pazienti sintomatici con pregresso evento cardiovascolare (6,9% versus 7,9%;  $p=0,046$ ).

Al contrario, nei pazienti senza precedente evento cardiovascolare l'incidenza di end-point primario non è risultato significativamente differente tra i 2 gruppi ( $p=0,20$ ), ma la mortalità per cause cardiovascolari (soprattutto per infarto miocardico e morte cardiaca improvvisa) è risultata più frequente nel

gruppo clopidogrel rispetto al gruppo placebo (3,9% versus 2,2%;  $p=0,01$ ).

Nel complesso, lo studio CHARISMA: (a) non è riuscito a dimostrare l'ipotesi della maggiore efficacia del clopidogrel rispetto al placebo nella totalità della popolazione studiata; (b) suggerisce che il clopidogrel potrebbe essere più efficace del placebo nei pazienti sintomatici con pregresso evento cardiovascolare, nei quali il grado di aggregazione piastrinica potrebbe essere più accentuato; (c) mostra che il clopidogrel aumenta il rischio di emorragie di grado moderato.

A questo punto andrebbe pianificato un ulteriore studio di confronto tra clopidogrel e placebo in pazienti sintomatici con pregresso evento cardiovascolare allo scopo di verificare l'ipotesi che i benefici del clopidogrel in termini di eventi maggiori siano superiori agli effetti avversi in termini di emorragie.

In ogni caso, va sottolineato il punto che l'efficacia del clopidogrel in pazienti con pregressa angioplastica resta totalmente fuori discussione. L'American College of Cardiology ed altri organismi hanno ribadito il messaggio che i risultati del CHARISMA non hanno nulla a che vedere con la ben nota efficacia "life-saving" del clopidogrel in queste condizioni. Mai e poi mai un paziente con stent ed indicazione al clopidogrel deve sospendere anzitempo questo trattamento sulla base dei risultati del CHARISMA!!

### **Sindromi Coronariche Acute**

ACUITY (Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage strategy). I risultati dello studio ACUITY sono stati presentati da Gregg Stone della Columbia University di New York. Si tratta di uno studio eseguito in 13.819 pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) senza soprasslivellamento del tratto ST. Tutti i pazienti venivano sottoposti a coronarografia entro le 72 ore, e rivascolarizzazione se necessaria. I pazienti sono stati randomizzati ad uno dei seguenti tre gruppi:

- (a) eparina non frazionata (UFH), oppure enoxaparina (a scelta dei ricercatori), associata ad un inibitore di GP IIb/IIIa;
- (b) bivalirudina associata ad un inibitore di GP IIb/IIIa;
- (c) bivalirudina da sola, con eventuale aggiunta di un inibitore di GP IIb/IIIa solo in caso di necessità (in effet-

ti somministrato nel 7% dei pazienti).

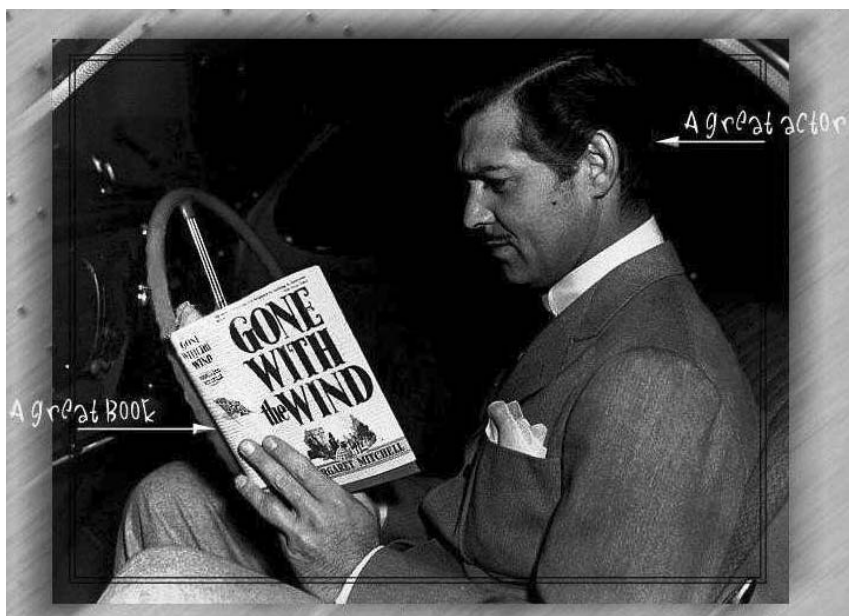
I pazienti che comunque hanno assunto un inibitore di GP IIb/IIIa sono stati ulteriormente randomizzati a ricevere tale farmaco precocemente (al momento della presentazione clinica), oppure subito prima di eseguire la procedura emodinamica. Nel primo caso, si è trattato per 2/3 dei casi dell'eptifibatide e per 1/3 dei casi del tirofiban, nel secondo caso, per il 60% dei casi dell'eptifibatide e per il 40% dei casi dell'abciximab).

L'end-point primario (pool composito di morte, infarto miocardico, rivascolarizzazione non pianificata per ischemia miocardica ed emorragie maggiori a 30 giorni) è stato raggiunto nell'11,7% dei pazienti trattati con UFH/enoxaparina + GP IIb/IIIa, versus 10,1% nei pazienti trattati con sola bivalirudina ( $p$  per non-inferiorità = 0,0001;  $p$  per superiorità = 0,015). Escludendo le emorragie maggiori dall'end-point primario, l'incidenza dell'end-point è stata del 7,3% nel gruppo UFH/enoxaparina + GP IIb/IIIa, versus 7,8% nel gruppo bivalirudina ( $p$  = 0,011 per non inferiorità;  $p$  = 0,32 per superiorità). Le emorragie maggiori si sono presentate nel 5,7% dei pazienti nel gruppo UFH/enoxaparina + GP IIb/IIIa, versus 3,0% nei pazienti trattati con sola bivalirudina ( $p$  = 0,0001 per non inferiorità;  $p$  = 0,0001 per superiorità). Analizzando separatamente gli eventi ischemici, la bivalirudina è risultata significativamente non-inferiore all'associazione UFH/enoxaparina + GP IIb/IIIa.

In conclusione, i risultati dello studio ACUITY mostrano che, in pazienti con SCA senza soprasslivellamento del tratto ST, la bivalirudina non è inferiore all'associazione di UFH/enoxaparina + GP IIb/IIIa in termini di eventi maggiori a 30 giorni, causando tuttavia una minore incidenza di sanguinamenti. Poiché questi risultati sono stati presentati in assoluta anteprima all'ACC, il moderatore della sessione, Dott. Pail Armstrong (Edmonton, Canada) ha osservato che, prima di modificare le attuali linee guida sulle SCA senza soprasslivellamento del tratto ST, i risultati dello studio ACUITY andrebbero esaminati in maggiore dettaglio. Possiamo scommettere che così avverrà.

### **Emodinamica**

TYPHOON (Trial to Assess the Use of the CYPHer Stent in Acute Myocardial Infarction Treated with Balloon



Clark Gable legge "Via col vento"

Angioplasty) e PASSION (PAclitaxel-Eluting Stent versus Conventional Stent for STEMI) sono 2 trial simili, ma che sono arrivati a conclusioni diverse. Entrambi i trial hanno messo a confronto stent metallici con stent medicati (sirolimus nel TYPHOON, paclitaxel nel PASSION) in pazienti con infarto miocardico acuto. Lo studio TYPHOON è stato presentato da C. Spaulding (Cochin Hospital, Parigi) e lo studio PASSION da Maurits T. Dirksen (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Paesi Bassi). Nei 712 pazienti ammessi allo studio TYPHOON, l'endpoint composito definito come 'target vessel failure' (infarto miocardico + morte improvvisa + rivascolarizzazione della lesione colpevole) è risultato meno frequente nel gruppo stent medicato rispetto al gruppo stent metallico (7,3% versus 14,3%,  $p < 0,0036$ ). Anche gli eventi cardiaci maggiori sono risultati meno frequenti nel gruppo stent medicato che nel gruppo stent metallico (5,9% versus 14,6%,  $p < 0,001$ ).

Al contrario, nei 619 pazienti ammessi allo studio PASSION, lo stent medicato con paclitaxel non ha mostrato differenze significative, rispetto agli stent metallici, sia in termini di rivascolarizzazioni della lesione colpevole (6,2 versus 7,4%;  $p=0,23$ ), sia in termini di eventi cardiaci avversi maggiori (8,7 versus 12,6%;  $p=0,12$ ). Da notare che per "rivascolarizzazione della lesione colpevole" si intendeva un pool composito di: rivascolarizzazione percutanea oppure mediante by-pass aorto-co-

ronarico della lesione colpevole.

Varie ragioni possono spiegare i risultati discordanti dei 2 studi. Un dato importante è stato il seguente: l'incidenza di eventi cardiaci maggiori nel gruppo randomizzati allo stent metallico nello studio TYPHOON è stata molto superiore a quella nel gruppo trattato con stent metallico nello studio PASSION. Una possibile ragione sta nel fatto che il TYPHOON ha confrontato lo stent medicato con qualsiasi tipo di stent metallico disponibile in sala di emodinamica, mentre lo studio PASSION ha confrontato lo stent medicato con il suo preciso corrispettivo non medicato. In altre parole, lo stent medicato si

sarebbe scontrato con un avversario più "debole" nell'ambito dello studio TYPHOON, e più "forte" nell'ambito dello studio PASSION.

Inoltre, lo studio PASSION ha incluso anche i pazienti con malattia del tronco comune e con malattia a livello delle biforcazioni, nonché anche pazienti con trombi di dimensioni importanti, mentre il TYPHOON ha escluso questo tipo di pazienti. Da non trascurare, l'intervallo fra l'insorgenza dei sintomi e la procedura di rivascolarizzazione è stato leggermente maggiore nello studio TYPHOON.

In ogni caso, il tasso di rivascolarizzazione della lesione colpevole nei gruppi randomizzati agli stent medicati di entrambi gli studi è risultato non dissimile. Pertanto, dal complesso di questi dati non è possibile affermare con certezza che un certo tipo di stent medicato sia preferibile ad un altro tipo di stent medicato in pazienti con infarto miocardico acuto.

TAXUS V ISR (TAXUS V Intra Stent Restenosis). I risultati dello studio TAXUS V ISR sono stati presentati da Gregg Stone, della Columbia University di New York. Si è trattato di uno studio eseguito in 397 pazienti con restenosi intra-stent su stent non medicati (bar-metal stent). I pazienti, arruolati in 37 Ospedali Nord Americani, sono stati randomizzati a uno stent medicato Taxus con paclitaxel (195 pazienti) oppure a brachiterapia con radiazioni beta intra-vascolari (210 pazienti).



Veniva ovviamente scoraggiata (ma non proibita) l'apposizione di un nuovo stent nei pazienti randomizzati alla brachiterapia, ma nonostante ciò 22 pazienti nel gruppo randomizzato alla brachiterapia hanno comunque avuto l'impianto di un secondo stent.

L'end-point primario dello studio, la rivascolarizzazione (indotta da ischemia) del vaso sede della precedente re-stenosi è stato valutato nel corso di nove mesi di osservazione. Tale end-point primario si è manifestato nel 17,5% dei pazienti randomizzati alla brachiterapia, e solo nel 10,7% di quelli randomizzati allo stent medicato Taxus con paclitaxel (riduzione del 40%,  $p = 0,046$ ).

Il gruppo randomizzato allo stent medicato ha anche mostrato una minore frequenza di rivascolarizzazione anche ad altri livelli coronarici. Il follow-up angiografico a 9 mesi, eseguito con successo in 172 pazienti randomizzati allo stent medicato ed in 170 pazienti randomizzati alla brachiterapia, ha mostrato un maggiore diametro luminale (1,99 cm versus 1,55 cm -  $p < 0,001$ ) ed una minore prevalenza di restenosi (14,5% versus 31,2% -  $p < 0,001$ ) nel gruppo randomizzato allo stent medicato rispetto al gruppo randomizzato alla brachiterapia. I risultati di questo studio suggeriscono chiaramente la superiorità dello stent medicato Taxus con paclitaxel rispetto alla brachiterapia in pazienti con restenosi all'interno di stent metallici.

BASKET-LATE. Come è noto, il The Basel stent cost-effectiveness trial (BASKET), pubblicato lo scorso anno sul The Lancet, aveva randomizzato 826 pazienti ad angioplastica con stent metallico oppure con stent medicato (Cypher in 264 o Taxus in 281). Dopo 6 mesi di follow-up, durante i quali era stato somministrato anche clopidogrel, l'end-point composito di infarto, morte cardiaca o rivascolarizzazione del vaso colpevole (RVC) si era verificato nel 12,1% dei pazienti trattati con stent metallico versus 7,2% di quelli trattati con stent medicato ( $p=0,02$ ). Ora, Matthias E. Pfisterer, dell'Ospedale di Basilea, ha presentato i risultati di un follow-up di ulteriori 12 mesi di questi pazienti, dopo che era stato interrotto il trattamento con clopidogrel. Con grande sorpresa dell'uditorio, l'incidenza di infarto miocardico (4,1% versus 1,3%:  $p=0,04$ ) e di morte cardiaca + infarto non fatale (4,9% versus 1,3%:  $p = 0,01$ ) sono risultati più frequenti nel gruppo trattato con stent medicato.

Osservando le curve attuariali relative alla rivascolarizzazione del vaso stentato negli interi 18 mesi di osservazione, la minore incidenza di RVC nel gruppo trattato con stent medicato iniziava già al quarto mese dopo la randomizzazione.

Tuttavia, l'incidenza di morte cardiaca + infarto miocardico risultava simile nei 2 gruppi fino a circa l'ottavo mese dopo la randomizzazione, dopo il quale l'incidenza saliva nel gruppo con stent medicato rispetto a quello con stent metallico. In sintesi, impiegando uno stent medicato, anziché uno stent metallico, in 100 pazienti, eviteremmo 5 rivascolarizzazioni del vaso stentato, ma al prezzo di 3 morti cardiache o infarti miocardici tardivi, cioè dopo il sesto mese. Vale dunque la pena risparmiare al paziente un evento sostanzialmente meno grave (restenosi tardiva) per esporlo al rischio di uno più grave (morte + infarto miocardico)?

Nel corso della discussione questi risultati sono stati aspramente criticati. Si è fatto notare che il numero di eventi tardivi era troppo basso per trarre conclusioni definitive. Tuttavia, Pfisterer ha ribattuto che, pur nella cautela, i risultati appaiono altamente suggestivi.

Al momento attuale, possiamo ricavare il seguente messaggio fondamentale: in presenza di stent medicato, la sospensione del clopidogrel a 6 mesi potrebbe essere prematura. Un anno di trattamento può essere preferibile. In futuro, il problema potrà essere forse superato da nuovi stent con piattaforme bioassorbibili.

### Prevenzione

ASTEROID (A Study To Evacuate the Effect of Rosuvastatin On Intravascular Ultrasound). I risultati dello studio ASTEROID sono stati presentati da Steven E. Niessen della Cleveland Clinic (Ohio, USA). Si è trattato di uno studio aperto e non comparativo in 507 pazienti con stenosi coronariche angiografiche  $> 20\%$ , stenosi del vaso target all'ecografia intracoronarica (IVUS) maggiore del 50% e non precedentemente rivascolarizzata, lunghezza della stenosi  $> 40$  mm ed assenza di precedente trattamento con statine. È importante considerare che i livelli di colesterolemia LDL non sono stati considerati come criteri di inclusione o di esclusione. Venivano esclusi i pazienti con Hb glicosilata  $> 10$  g/dl e quelli con trigliceridemia  $\geq 500$  mg/dl. Tutti i pazienti sono

stati trattati con rosuvastatina alla dose di 40 mg ed è stato eseguito IVUS basalmente e dopo 2 anni. Gli IVUS sono stati esaminati in un laboratorio centralizzato in condizioni di cecità rispetto alle condizioni cliniche del paziente e alla sequenza (in pratica, i lettori non sapevano se stavano esaminando il tracciato basale o quello di follow-up). In sintesi, la colesterolemia LDL è scesa dai 130,4 ai 60,8 mg/dl ( $p < 0,001$ ) e la colesterolemia HDL è aumentata da 43,1 a 49,0 mg/dl ( $p < 0,001$ ).

Lo studio aveva previsto 2 endpoint primari pre-specificati. Il primo di questi, rappresentato dalla variazione percentuale del

volume dell'ateroma, è risultato significativo (variazione dello 0,98%;  $p < 0,001$  rispetto all'inizio). Il secondo endpoint, rappresentato dalla variazione del volume totale dell'ateroma in segmenti di 10 mm con il maggior grado di alterazione di base, si è pure ridotto in maniera significativa (in media, di 6,3 mm<sup>3</sup>,  $p < 0,001$  rispetto all'inizio). Non sono stati segnalati pazienti con rhabdomiolisi.

È evidente che lo studio ASTEROID, pur in assenza di un gruppo di controllo (placebo, oppure un'altra statina) conferma il dato, emerso in precedenza in altri studi, che una marcata riduzione della colesterolemia può accompagnarsi ad una regressione dell'ateroma. È necessario, a questo punto, eseguire confronti tra la rosuvastatina ed altre statine sia in termini di grado di regressione dell'ateroma che, sperabilmente, di implicazioni cliniche in termini di protezione da futuri eventi cardiovascolari.

TNT-Renal Function. Lo studio del Treating to New Targets (TNT), pubblicato nel New England Journal of Medicine nel 2004, aveva dimostrato che 80 mg di atorvastatina erano più efficaci di 10 mg di atorvastatina nella riduzione degli eventi coronarici in pazienti con cardiopatia ischemica cronica stabile. James Shepard (Università di Glasgow) ha presentato i risultati di un'analisi po-



*Ospedale all'aperto in una strada di Atlanta in "Via col vento"*

st-hoc dello studio TNT che ha riguardato 7.965 pazienti (su circa 10.000 dello studio) per i quali era disponibile una determinazione della creatininemia all'inizio dello studio (randomizzazione) e dopo 5 anni. I valori di colesterolemia LDL al quinto anno di trattamento erano pari a circa 100 mg/dl nel gruppo trattato con la dose di 10 mg, e di 80 mg/dl nel gruppo trattato con la dose di 80 mg. I valori di creatininemia sono stati utilizzati per calcolare la velocità di filtrazione glomerulare (VFG) che, come è noto, diminuisce di circa 1 ml per minuto per ogni anno di età.

Nello studio TNT, dopo 5 anni di trattamento, la VFG è migliorata di 3,5 ml per minuto per 1,73 m<sup>2</sup> di superficie corporea (pari a 5,6% rispetto al basale) nel gruppo atorvastatina 10 mg, e di 5 ml per minuto per 1,73 m<sup>2</sup> di superficie corporea (pari a 8,4% rispetto al basale) nel gruppo atorvastatina 80 mg ( $p < 0,0001$ ).

Nella discussione che è seguita alla presentazione di questi dati, Shepard ha osservato che i meccanismi alla base del beneficio della statina sulla progressione del danno renale non sono ancora chiari. Probabilmente, la riduzione del colesterolo LDL potrebbe migliorare la funzione endoteliale, e quindi il flusso ematico, a livello delle arteriole renali.

HOPE-2. Lo studio Heart Outcome and Prevention

Evaluation (HOPE-2) ha valutato l'ipotesi che una dieta ricca di acido folico, vitamina B12 e vitamina B6 potesse ridurre le complicanze cardiovascolari attraverso la riduzione della sintesi di omocisteina, di cui è noto il potenziale aterogeno, da parte di queste sostanze.

Lo studio è stato eseguito in 5.522 soggetti di età  $\geq 59$  anni con pregresso evento cardiovascolare maggiore oppure con diabete mellito associate ad altro fattore di rischio. Questi soggetti sono stati trattati per 5 anni con placebo oppure con una compressa che conteneva acido folico (2,5 mg), vitamina B6 (50 mg) e vitamina B12 (1 mg). Ovviamente i trattamenti erano randomizzati ed in doppia cecità. L'end-point primario (pool composito di infarto miocardico, ictus cerebrale e morte per cause cardiovascolari) si è verificato nel 19,8% dei pazienti trattati con placebo e nel 18,8% dei pazienti trattati con trattamento attivo (riduzione non significativa del 5%;  $p=0,41$ ). Addirittura, vi è stato un maggior numero di ricoveri per angina instabile nel gruppo di trattamento attivo rispetto al gruppo placebo (9,7% versus 7,9%).

I risultati dello studio HOPE-2 sono stati immediatamente pubblicati sul *The New England Journal of Medicine* in un numero che conteneva anche i risultati dello studio NORwegian VITamin (NORVIT). Lo studio NORVIT, condotto in 3.749 soggetti di sesso maschile con infarto miocardico non oltre 7 giorni prima della data di randomizzazione, ha messo a confronto, secondo un disegno fattoriale, i seguenti quattro trattamenti: (1) acido folico 0,8 mg; (2) vitamina B12 0,4 mg; (3) vitamina B6 40 mg; (4) placebo. I livelli di omocisteina sono stati ridotti del 27% dal trattamento con acido folico associato alla vitamina B12, ma tale riduzione non si è tradotta in alcuna riduzione dell'end-point primario (pool composito di infarto miocardico ricorrente, ictus cerebrale e morte cardiaca improvvisa). Addirittura, nei soggetti trattati con la combinazione di acido folico, vitamina B12 e vitamina B6 si è osservato un trend verso un aumento del numero di eventi ( $p=0,05$ ).

In conclusione, i risultati degli studi HOPE-2 e NORVIT dimostrano che l'acido folico e la vitamina B12 in soggetti con pregressi eventi cardiovascolari non solo non inducono benefici clinici, ma potrebbero anche aumentare i livelli di rischio. L'editore di *Circulation* Joseph Loscalzo, grande esperto di questi temi, ha suggerito

cautela nel dismettere completamente l'importanza di una via metabolica complessa come quella dell'omocisteina. Saranno necessari ulteriori studi.

### **Ipertensione arteriosa**

TROPHY (TRial Of Preventing HYpertension). I risultati dello studio TROPHY sono stati presentati da Stevo Julius (Ann Arbor, MI, USA). Si è trattato di uno studio eseguito in 809 pazienti con pre-ipertensione e valori di pressione arteriosa (PA) sistolica di 130-139 mmHg (e PA diastolica  $\leq 89$  mmHg), oppure con PA diastolica 85-89 mmHg (e PA sistolica  $\leq 139$  mmHg). I pazienti, aventi un'età media di 48,5 anni, sono stati randomizzati ad un trattamento con candesartan oppure con placebo, in doppia cecità, per una durata di 2 anni. Successivamente, tutti i pazienti hanno ricevuto placebo ancora per 1 anno. Oltre al trattamento farmacologico, appropriate misure non farmacologiche venivano consigliate in tutti i pazienti. L'end-point primario era rappresentato dalla comparsa di ipertensione arteriosa almeno in stadio I (rilievo di PA sistolica  $> 140$  mmHg oppure di PA diastolica  $> 90$  mmHg in almeno 3 visite, ovvero rilievo di PA sistolica  $> 160$  mmHg oppure di PA diastolica  $> 90$  mmHg in almeno una visita nel corso del follow-up). Tra gli 809 pazienti randomizzati, una condizione di ipertensione si è sviluppata in 154 pazienti nel gruppo placebo, contro 53 pazienti nel gruppo candesartan ( $p < 0,001$ ). Anche dopo la sospensione del trattamento, la comparsa di ipertensione è risultata del 15,6% meno frequente nei pazienti precedentemente trattati con candesartan rispetto ai pazienti precedentemente trattati con placebo ( $p < 0,007$ ).

I risultati dello studio TROPHY mostrano che il trattamento dei pazienti con pre-ipertensione e valori di PA pari a quelli considerati nello studio può prevenire la comparsa di ipertensione arteriosa. Tuttavia, gli stessi autori suggeriscono che il trattamento farmacologico di tutti i soggetti con pre-ipertensione (solo negli USA sono ben 25 milioni!!) è al momento prematuro. Sono quindi necessari ulteriori studi in quest'area, che prendano in esame non solo il trattamento della pre-ipertensione, ma anche le implicazioni in termini di prevenzione del danno d'organo e dei futuri eventi cardiovascolari maggiori, con attenta analisi costo-beneficio.





## L'AGENDA 2006 DI HEART CARE FOUNDATION

**P**rosegue lo sviluppo delle iniziative di HCF tese a consolidare ed accrescere la sua visibilità presso i cittadini, a entrare “nel cuore” dei Cardiologi, a strutturarsi anche per raccogliere fondi da dedicare alle azioni educazionali ed alla ricerca cardiologica.

Di seguito elenchiamo le varie attività in programma nell'arco dell'anno.

### Lo studio “Cuore e Qualità” HCF in collaborazione con Eurisko

È uno studio sulla soddisfazione dei pazienti nei diversi settori delle Unità Operative Cardiologiche. È attualmente in fase quantitativa la raccolta dei dati attraverso la somministrazione di questionari già provati nella precedente fase qualitativa relativa al progetto “Cuore e Qualità”.

I circa 80 centri partecipanti devono registrare i dati raccolti in pazienti consecutivi alla dimissione dall'UTIC, da Reparti di Degenza e dagli Ambulatori. Il campione sarà di 10 unità per settore per centro. L'analisi dei risultati verrà presentata durante il XXVII Congresso ANMCO.

L'importanza dello studio sistematico sulla qualità percepita dei servizi cardiologici ospedalieri da parte dei pazienti è anche determinata dal fatto che non esiste uno studio sistematico al proposito.

È prevista anche la realizzazione di uno strumento “short” da utilizzare per rilevazioni continuative della qualità dei servizi.

### Eventi HCF nel XXXVII Congresso ANMCO

Sarà ricca di iniziative, anche quest'anno, la presenza della Fondazione nel Congresso.

**Destina il 5 per mille all'HCF per la lotta alle Malattie Cardiovascolari info a pagina 23**

**È partito lo studio “Cuore Qualità”**

Il 31 maggio si svolgerà per la prima volta una esperienza cardio-educazionale dedicata alla scuola. Si tratta di un corso a numero chiuso per 60 partecipanti tra Insegnanti, medici Cardiologi ed Operatori Socio Sanitari rappresentanti le regioni italiane. Il tema del corso è “A Tu per Tu

con l'Emergenza Medica: saper affrontare i primi minuti”. Riprendendo l'esperienza fatta in Lombardia nel settembre scorso, lo scopo del corso è creare confidenza con l'emergenza del cuore tra i più piccoli e i più giovani tramite l'azione dei loro insegnanti. Si tratta anche di realizzare un piano di pronto intervento che coinvolga tutte le figure della scuola. Ragazzi, insegnanti e genitori devono alla fine sapere cosa fare e come fare in presenza di un'urgenza/emergenza, e in attesa dei mezzi del Sistema di Soccorso 118. È infatti importante che chiunque sia testimone di un evento abbia confidenza con l'emergenza. L'Evento ha ottenuto 6

crediti ECM per Medici e siamo in attesa della comunicazione degli ECM per gli Infermieri.

Sempre il 31 maggio Heart Care Foundation prenderà parte al Cardiogeneralist con un intervento sul tema “Un'alleanza forte per il cittadino: l'interazione tra il Medico di Medicina Generale e la Fondazione per la lotta alle malattie cardiovascolari”. Saranno sviluppate proposte di metodo per facilitare questa intesa, indispensabile per realizzare i principi basilari del programma di HCF relativi alla promozione della salute e alla prevenzione dei fattori di rischio.

I giorni 1 e 2 giugno rispettivamente si svolgeranno i due eventi aperti anche ai cittadini.

Il primo sarà una Tavola Rotonda “Cuore e Industria Alimentare”: in pochi decenni sono cambiate le consuetudini di vita e di alimentazione della nostra società.

L'industria ha sviluppato raffinati processi di produzione, la grande distribuzione ha sostituito la vendita al dettaglio, l'offerta di prodotti è diventata ampia e innovativa. In questo nuovo panorama è cresciuto l'imbarazzo dei cittadini, che devono fare i conti con il bombardamento dei messaggi pubblicitari, con la aggressività del mercato alimentare ed hanno crescente difficoltà ad orientarsi in una giungla di prodotti dall'etichettatura difficile o evasiva, e improvvisi ed ingiustificati allarmismi. La Tavola Rotonda che HCF propone al Congresso Nazionale ANMCO parte dallo slogan "La salute del cuore comincia a tavola" e vedrà un serrato confronto tra un Cardiologo, un rappresentante dei cittadini, un rappresentante di Aziende produttrici, ed illustri esponenti di Coldiretti, di Federalimentare e Federconsumatori.

L'evento del 2 giugno propone il tema "Muoviamoci di più: l'attività fisica per vivere sani". Nella società moderna si sta assistendo paradossalmente ad una progressiva riduzione dell'attività fisica favorita dall'uso della televisione, dei videogiochi e più recentemente del computer. La sedentarietà e l'abbandono della pratica motoria fin dall'età più precoce costituiscono un vero e proprio fattore di rischio cardiovascolare con un impatto sugli indicatori di salute di comunità che può diventare rilevante.

Si affronterà la questione del corpo come risorsa per l'educazione alla salute così come si valuteranno le strategie più opportune per attuare lo slogan "mi muovo sto bene" alla base della filosofia preventiva di HCF, fino a valutare la possibilità della pratica dei 10.000 passi al giorno per tutti i giorni. Il tutto partendo anche dai dati epidemiologici forniti dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare frutto della collaborazione dell'Isti-

**Mercoledì 31 maggio 2006 ore 8:30-16:15**

CORSO DI AGGIORNAMENTO PER DIRIGENTI E DOCENTI  
SCOLASTICI DI OGNI ORDINE E GRADO APERTO ANCHE A 20  
MEDICI ED A 20 INFERMIERI

**A tu per tu con l'emergenza medica:  
saper affrontare i primi minuti**

**Giovedì 1 giugno 2006 ore 16:30-18:00**

TAVOLA ROTONDA  
SESSIONE APERTA ANCHE AI CITTADINI  
(Sala Donatello)

**Cuore e Industria Alimentare**

**Dall'industria alimentare ad una corretta offerta  
sul mercato: come tutelare la salute del cuore?  
Esigenze dei cittadini, le domande dei Cardiologi,  
le risposte dell'Industria**

**Venerdì 2 giugno 2006 ore 14:30-16:00**

SESSIONE APERTA AI CITTADINI  
(Sala Donatello)

**Muoviamoci di più:  
l'attività fisica per vivere sani**

tuto Superiore di Sanità e dell'ANMCO.

Il 3 giugno HCF parteciperà al Cardionursing con un intervento volto ad inquadrare il ruolo dell'Infermiere nella Cardiologia di Comunità con l'intento di promuovere una partecipazione attiva nell'Educazione alla Salute, in genere tanto più efficace quanto maggiore è la vicinanza alla gente tipica della figura e della cultura infermieristica.

### **Campagne per i cittadini**

Sono in preparazione due campagne per i cittadini.

La prima ha come obiettivo la diffusione del concetto di "confidenza con l'emergenza". L'attacco cardiaco è sempre pericoloso. Riconoscerlo tempestiva-

mente e sapere cosa fare e come intervenire allertando il Sistema di Emergenza 118 e attivando le reti per le Sindrome Coronariche Acute può salvare una vita. Il target è rappresentato da tutta la popolazione adulta. L'iniziativa dovrebbe concretizzarsi in una fase iniziale con contemporanea attivazione dei mezzi di comunicazione: TV, radio, stampa, internet. La fase successiva si dovrebbe sviluppare con strumenti diversi da diffondere e dovrebbe essere indirizzata a differenti segmenti di popolazione. Attualmente si è ancora in una verifica di fattibilità e di approccio metodologico.

La seconda campagna per i cittadini dovrebbe essere la terza edizione di "Ascolta il tuo cuore, usa il cervello" che nelle prime due edizioni ha avuto notevole successo scegliendo target particolari (centri commerciali, treni, aeroporti) e prendendo ad obiettivo, con messaggi semplici diffusi attraverso gli organi di stampa e le radio, prima i fattori di rischio cardiovascolare e lo stile di vita salvacuore e quindi il rischio cardiovascolare globale e l'uso delle carte del rischio.

## LA BOMBONIERA DEL CUORE



Da oggi è possibile sostenere la Fondazione con la BOMBONIERA DEL CUORE. Lo hanno già fatto due coppie di giovani sposi ed in particolare siamo grati ad una di loro che ha realizzato e donato il modello ad HCF. Per maggiori informazioni potete contattare la Segreteria HCF:

e-mail: [heartcarefound@heartcarefound.org](mailto:heartcarefound@heartcarefound.org)  
[segreteria@heartcarefound.org](mailto:segreteria@heartcarefound.org)  
Fax: 055/582756  
Tel.: 055/575661



### Cardiologie Aperte

Anche la seconda edizione di "Cardiologie Aperte" è stato un successo sotto tutti i punti di vista: per il numero dei visitatori, per la partecipazione attiva di Cardiologi (856) ed Infermieri (1.005), e per la rilevanza che la manifestazione ha avuto sulla stampa andata oltre ogni più rosea aspettativa (cfr tab. 1). Rispetto alla prima edizione, si è registrata una crescita nei consensi e l'adesione delle Cardiologie è passata dal 23% al 40% sul totale delle 693 contattate su tutto il territorio nazionale; in particolare un segnale importante è rappresentato dall'81% di strutture che hanno aderito alla prima edizione ed ha ripetuto l'esperienza nel 2005.

Anche per questa seconda edizione Heart Care Foundation ha realizzato materiali specifici della giornata ma ha anche dato il via alla realizzazione di una collana di opuscoli educazionali cominciando con i principali fattori di rischio. In totale ogni Car-

diologia ha ricevuto 60 kg. di materiali!

Dai dati rilevati dalle schede relative alla manifestazione è stato confermato il parere positivo dei partecipanti. Dichiarano che la manifestazione è stato un "successo" l'81% ma il 91% conferma di voler ripetere l'esperienza. Cardiologie Aperte si sta definendo come un appuntamento importante per realizzare concretamente la "Cardiologia di Comunità", per questo vogliamo realiz-

zare la 3ª edizione il 24 settembre 2006 durante la Giornata Mondiale del Cuore, in tal modo crediamo di rispondere anche a quelle critiche mosse da molti rispetto all'affollamento di iniziative sul "cuore" fatte in momenti diversi.

La Fondazione auspica anche per quest'anno una grande partecipazione delle strutture e vi invitiamo fin da adesso ad iscrivervi rinviando la scheda di adesione che trovate in questo numero alla pagina 22. A tutti un sentito grazie di cuore.

### CARDIOLOGIE APERTE

Domenica 24 settembre 2006



**Fai in modo che anche  
la tua U.O. di Cardiologia  
partecipi all'iniziativa!  
Compila e invia il Format  
che troverai a pag. 22**







**Heart  
Care  
Foundation**

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



**NON COMPILARE QUESTO RIQUADRO**

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

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

## **CARDIOLOGIE APERTE - 24 SETTEMBRE 2006**

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

Ospedale \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_

Direttore \_\_\_\_\_

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

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Indirizzo \_\_\_\_\_

### **DATI PERSONALI RICHIEDENTE**

Nome \_\_\_\_\_

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

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

Inviare via fax: **055582756**

## IL 5 PER MILLE AD HEART CARE FOUNDATION ONLUS

Carissimo,

da oggi c'è un nuovo strumento per sostenere le attività di **Heart Care Foundation Onlus – Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari** che nel solo interesse degli ammalati, promuove lo sviluppo della conoscenza nel settore medico-scientifico, in particolare nel campo cardiologico, attivandosi nella ricerca scientifica, nella istruzione e nella formazione. Con la Legge Finanziaria del 2006 è infatti possibile destinare il **5 per mille** dell'Irpef e quindi già con la prossima dichiarazione dei redditi abbiamo la possibilità di sostenere concretamente HCF.

Non si tratta di una parte dell'"8 per mille", ma di un'altra cosa, destinabile, per decisione di ogni individuo ad organizzazioni **Onlus** (organizzazioni non lucrative di utilità sociale). Non costa nulla al contribuente poiché è una quota di imposta a cui lo Stato rinuncia e che destina appunto alle organizzazioni no-profit per sostenere le loro attività.

**Il 5 per mille delle imposte dovute allo Stato potrà essere destinato all'attività di ricerca della Fondazione.**

### Cosa fare per destinare il cinque per mille per sostenere **Heart Care Foundation Onlus**?

I modelli per la dichiarazione dei redditi CUD, 730 e UNICO prevedono uno spazio "Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni" dedicato al **5 per mille**. Se vuoi

aiutare HCF compila la sezione dedicata come l'esempio riportato oppure comunica la tua scelta al Commercialista o al CAF.

Per maggiori informazioni ti invito a visitare il nostro sito istituzionale [www.heartcarefound.org](http://www.heartcarefound.org) ed il sito dedicato interamente ai cittadini [www.tuttocuore.it](http://www.tuttocuore.it)

**SCELTA DEL DICHIARANTE PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)**

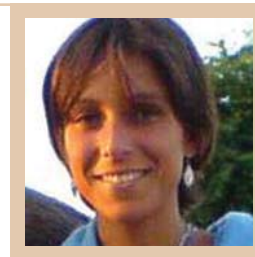
Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni		Finanziamento della ricerca scientifica e della università	
FIRMA <input checked="" type="checkbox"/>	Codice fiscale del beneficiario (eventuale) <b>94070130482</b>	FIRMA	Codice fiscale del beneficiario (eventuale)
Finanziamento della ricerca sanitaria		Atività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente	
FIRMA	Codice fiscale del beneficiario (eventuale)	FIRMA	

In aggiunta a quanto spiegato nell'informativa sul trattamento dei dati, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

**AVVERTENZE**

Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinatarie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Per alcune delle finalità il contribuente ha la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie.

Il Presidente  
Dott. Franco Valagussa  
*F. Valagussa*



## LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO DEL CENTRO STUDI ANMCO

Nel corso dell'ultimo decennio, e soprattutto a partire dal 1997, quando in Italia sono state recepite dal Ministero della Sanità le linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni dei medicinali (Good Clinical Practice - GCP), la conduzione di un progetto clinico è stata regolamentata, ovvero sono state identificate con maggiore precisione le figure professionali che devono essere coinvolte nelle varie fasi di un progetto di ricerca e ne sono stati definiti diritti e doveri. Le GCP forniscono infatti un buon supporto per tutti gli attori della ricerca, ed in particolare per il monitor clinico. Nell'ambito della ricerca indipendente ANMCO, condotta dalla Heart Care Foundation (HCF), nel corso degli anni si sono delineate le varie figure professionali descritte dalla normativa: HCF in qualità di sponsor/promotore di studi clinici ha un centro di coordinamento, il Centro Studi ANMCO, che si occupa della pianificazione e conduzione degli studi, quindi della raccolta e revisione dei dati clinici fino alla pubblicazione degli stessi, e dal 2002 ha costituito anche un gruppo di monitor clinici che operano sia in sede che perifericamente presso i centri di ricerca con la stessa finalità, quella di rendere il più affidabili possibile i dati raccolti per ogni specifico progetto di ricerca.

Il monitor o assistente di ricerca clinica è colui che supervisiona l'andamento di uno studio clinico nei centri dove la ricerca viene svolta, per garantire che questo



*Vista di Firenze da Forte Belvedere*

venga effettuato, registrato e relazionato in osservanza del protocollo, delle procedure operative standard, delle GCP e della normativa applicabile. Inoltre, il monitor garantisce un tramite di comunicazione tra il centro di ricerca e il centro di coordinamento dello studio, sede in cui i dati vengono raccolti, revisionati, analizzati.

Da una lettura in termini rigorosi della normativa europea, si può pensare che le operazioni svolte dal monitor siano paragonabili a quelle di un "controllore". Nell'ambito della ricerca ANMCO il ruolo del monitor deve essere invece inteso come un aiuto per il ricercatore in tutte le attività secondo le procedure ed il rigore scientifico richiesti dallo studio: il monitor, infatti, segue lo staff incaricato di condurre la ricerca presso il centro per tutto il corso della sperimentazione, ma non si sostituisce ad esso nello svolgimento delle procedure e nella raccolta dei dati.



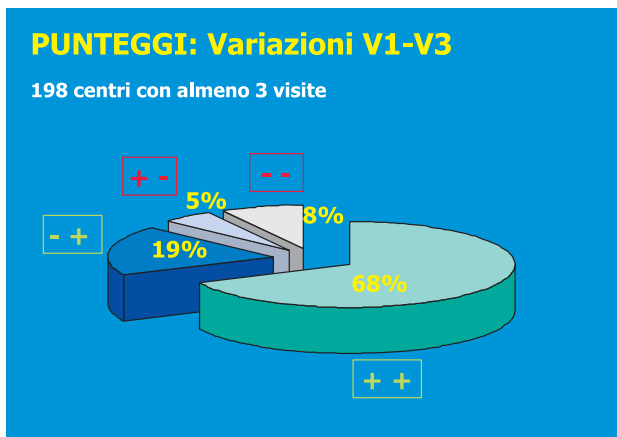
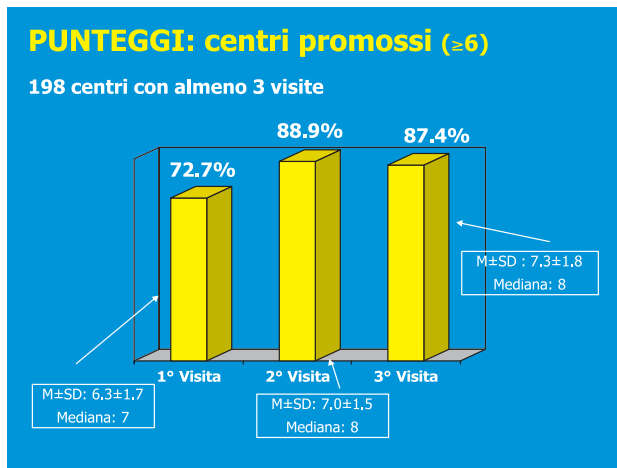


Fig. 1

La peculiarità dei monitor ANMCO risiede nel fatto che si tratta di un gruppo giovane, che ha iniziato ad operare nel Centro Studi ANMCO a partire dall'agosto del 2002: i primi centri partecipanti allo studio GISSI-HF avevano infatti avviato la fase di arruolamento dei pazienti nello studio ed era quindi il momento di iniziare anche le attività di monitoraggio on site. Ad oggi tutti i centri coinvolti in questo studio multicentrico, che hanno arruolato almeno 4-5 soggetti/pazienti, sono stati visitati tre volte (alcuni quattro) dal monitor e hanno di volta in volta migliorato la qualità della loro ricerca.

In realtà, molti monitor hanno intrapreso la strada della ricerca clinica con lo studio GISSI-HF e hanno portato il loro contributo all'ampliamento delle procedure interne di monitoraggio del Centro Studi ANMCO, mediando il proprio bagaglio culturale con le esperienze frutto della "scuola sul campo". Dunque, il monitoraggio ANMCO ha un forte indirizzo formativo per i giovani laureati che si affacciano al mondo dei trial clinici:

alla laurea in materie biomediche, segue la formazione vera e propria attraverso corsi interni volti ad acquisire le procedure di monitoraggio proprie del Centro di Coordinamento, risultato di un'attenta e proficua esperienza nella ricerca scientifica: in particolare, il monitor deve avere un'approfondita conoscenza del protocollo di studio e di tutto ciò che questo comporta nella pratica, dei moduli di consenso informato e di ogni altra informazione destinata ai pazienti.

Inoltre, le procedure operative del gruppo di monitoraggio ANMCO, diversamente applicabili a seconda del tipo di protocollo seguito (sia esso di fase III o fase IV, con farmaco o con una strategia terapeutica), prevedono:

- revisione totale dei dati di arruolamento dei pazienti, messi a confronto con la documentazione clinica originale;
- revisione 'random' dei dati di follow-up dei pazienti arruolati (questa attività dipende principalmente dalle caratteristiche della ricerca in oggetto);
- revisione degli eventi avversi occorsi ai pazienti arruolati;
- revisione e riorganizzazione dell'archivio della documentazione cartacea presso il centro;
- revisione dell'appropriata gestione del farmaco sperimentale laddove previsto dal protocollo;
- discussione dell'andamento dello studio nel centro;
- varie ed eventuali.

Questa serie di operazioni ha quindi come principale scopo quello di garantire la sicurezza dei soggetti inseriti negli studi clinici e di ottimizzare la qualità e l'uniformità dei dati raccolti.

Le visite di monitoraggio vengono organizzate con cadenza annuale, al più semestrale, perché questo tipo di attività richiede un grosso impiego di fondi, mentre l'ottimizzazione delle risorse con una suddivisione oculata tra tutte le attività previste dalle GCP è fondamentale anche per preservare il carattere di indipendenza della ricerca che è proprio delle attività di HCF.

Se il monitoraggio ANMCO può sembrare 'leggero' rispetto a quanto i centri sono abituati con gli studi promossi dalle industrie farmaceutiche, è evidente nella pratica, dalla mole e dalla qualità dei dati raccolti, come anche questo tipo di attività possa avere un buon impatto



*Jean-Michel Folon, Prémère Pensée, 1996*

to sul lavoro svolto. Infatti, la presenza in loco del monitor dà modo ai ricercatori di rivedere nuovamente i dati e le modalità di conduzione del progetto con una persona, il monitor appunto, la cui presenza è interamente dedicata a tale attività. Chiaramente, le attività svolte dai monitor on site sono affiancate, e sicuramente rafforzate, da quelle operate dai monitor “interni” che operano al Centro Studi ANMCO, dove le informazioni e i dati provenienti dai singoli centri della comunità cardiologica italiana che partecipano ai progetti di ricerca vengono riviste, analizzate, approvate o sottoposte a nuove revisioni con ulteriori richieste di chiarimento per i ricercatori.

Il senso del monitoraggio interno e on site, così come inteso dall'ANMCO per tenere vivo e costante il dialogo con i centri di ricerca dislocati sull'intero territorio nazionale, è quindi quello di dare l'occasione al ricercatore di approfondire alcuni aspetti degli studi che spesso nella routine e nelle urgenze di reparto vengono persi. Per consentire ai centri di progredire nella qualità del lavoro sarebbe auspicabile una sovrapposizione della fase di ricerca a quella operativa vera e propria, possibile solo grazie ad una migliore organizzazione interna ed una maggiore attenzione e partecipazione a protocolli di ricerca di rilevanza nazionale e internazionale. Sarebbe a

tal proposito molto importante, oltre che molto apprezzato dal Centro di Coordinamento e dai monitor, che il ricercatore e i collaboratori incaricati della conduzione di un protocollo trovassero tempo e spazio da dedicare alla visita, per trarne il maggiore beneficio ed utilità possibili.

L'attività di formazione fatta dal Centro Studi ANMCO attraverso la costituzione di un proprio gruppo di monitoraggio ha avuto un duplice risultato: da un lato il miglioramento delle procedure di monitoraggio, dall'altro l'incremento della qualità e dell'attendibilità dei dati raccolti localmente presso gli stessi centri, che

hanno tratto beneficio da questa collaborazione strutturando in modo più preciso la loro attività di ricerca. Ne è prova il fatto che alcuni parametri presi come indicatori della qualità del lavoro svolto dai ricercatori sono migliorati in seguito all'intervento del monitor (Fig.1 Delta-punteggi 1<sup>a</sup>-2<sup>a</sup>-3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> visita).

Avviata l'esperienza GISSI-HF, la Heart Care Foundation ha utilizzato la stessa rete di monitor per lo svolgimento delle attività di monitoraggio degli altri studi clinici, come l'AREA IN-CHE, il GISSI-AF, il Cardio-Sis e anche lo studio BEAUTIFUL (benché si tratti solo di un endorsement che l'ANMCO ha accordato a uno studio non direttamente promosso da HCF).

Questo ha generato una continuità di rapporti con i ricercatori tale da rendere meno burocratico il lavoro di tutti, innalzando il livello di collaborazione generale e apportando un contributo di inestimabile valore alla ricerca scientifica. A scopo esemplificativo basti pensare che dal 2002 ad oggi sono state condotte 1.375 visite di monitoraggio in 409 dei circa 850 centri cardiologici di ricerca presenti in tutto il territorio nazionale da parte di 20 monitor. Un buon lavoro, dunque, ma che offre ancora notevoli possibilità di miglioramento grazie al contributo di quanti operano in linea con le direttive europee delle Good Clinical Practice.



## 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

#### **A cura dell'ANMCO**

##### **Inviatemi il codice di accesso a mezzo**

FAX \_\_\_\_\_

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

POSTA \_\_\_\_\_

**Non compilare**

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

**Non compilare**

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

**Non compilare**

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

##### **Codice attribuito**

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

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

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

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

È possibile inoltre che i dati raccolti siano comunicati da ANMCO a terzi, tipicamente case editrici che curino la spedizione delle riviste dell'associazione o di altre pubblicazioni agli associati, e ad altre associazioni, anche estere. La informiamo che, ai sensi della L. n. 196/2003, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione.

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

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

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

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

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

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

DO IL CONSENSO     NEGO IL CONSENSO

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

DO IL CONSENSO     NEGO IL CONSENSO

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



## SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

### Sei già Socio ANMCO?

Puoi pagare la quota associativa con la tua **Carta di Credito**; basta compilare il coupon allegato ed inviarlo via fax alla Segreteria ANMCO, che provvederà al prelevamento.

### Vuoi diventare Socio ANMCO?

Compila il modello pubblicato nella pagina 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: \_\_\_\_\_

## PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2004 - 2006

### ABRUZZO - Dott. ANGELO VACRI

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

### BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

Ospedale Regionale S. Carlo - Via P. Petrone - 85100 Potenza  
tel. 0971/613563 - fax 0971613003 - e-mail: [sistopz@fiscali.it](mailto:sistopz@fiscali.it)

### CALABRIA - Dott. MARIO CHIATTO

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

### CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

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

### EMILIA ROMAGNA - Dott. UMBERTO GUIDUCCI

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

### FRIULI VENEZIA GIULIA - Dott. GIANFRANCO SINAGRA

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

### LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

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

### LIGURIA - Dott. GIANFRANCO MAZZOTTA

Ospedali Galliera - Via A. Volta, 8 - 16128 Genova - tel. 010/5634940-179  
fax 010/57481037 - e-mail: [gianfranco.mazzotta@galliera.it](mailto: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](mailto:amafric@tin.it)

### MARCHE - Dott. MARCELLO MANFRIN

Osp. Cardiologico G.M. Lancisi - c/o Polo Osped. Torrette - 60122 Ancona  
tel. 071/5965320-348 - fax 071/5965032 - e-mail: [manfrinmar@libero.it](mailto:manfrinmar@libero.it)

### MOLISE - Dott. EMILIO MUSACCHIO

Ospedale Cardarelli - Contrada Tappino - 86100 Campobasso  
tel. 0874/4091-409319 - fax 0874/409442 - e-mail: [cardiologiach@virgilio.it](mailto:cardiologiach@virgilio.it)

### PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott. ANGELO SANTE BONGO

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

### P.A. BOLZANO - Dott. WERNER RAUHE

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

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

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

### PUGLIA - Dott. GIANFRANCO IGNONE

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

### SARDEGNA - Dott. GIAMPAOLO SCORCU

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

### SICILIA - Dott. MICHELE GULIZIA

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

### TOSCANA - Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

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

### UMBRIA - Dott. GERARDO RASETTI

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

### VENETO - Dott. GIORGIO RIGATELLI

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



# 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 \_\_\_\_\_





## 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 Scompenso 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 \_\_\_\_\_

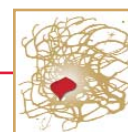
Firma \_\_\_\_\_



# XXXVII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

## ANMCO 2006

31 maggio - 3 giugno 2006 - FIRENZE, FORTEZZA DA BASSO - Viale Strozzi, 1



## INFORMAZIONI SCIENTIFICHE E GENERALI

### EVENTI SEMINARIALI

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

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

**Controversie:** pro e contro su argomenti di attualità

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

**Clinical Round:** casi clinici con snodi decisionali

### MINIMASTER

Corsi teorico-pratici di clinical competence in Cardiologia, gratuiti e a numero chiuso riservati a 50 iscritti ciascuno.

La partecipazione è subordinata all'iscrizione al Congresso. Per l'iscrizione si prega di utilizzare la scheda allegata alle pagine successive del Programma.

### SESSIONE PLENARIA

- Le criticità in Cardiologia oggi e le proposte dei cardiologi

### MAIN SESSION

- Interventistica cardiovascolare nel percorso clinico del cardiopatico
- Gli Studi Clinici dell'ANMCO

- Dalla prevenzione al disease management dello scompenso cardiaco
- Convention delle UTIC: moderna organizzazione, innovazioni tecnologiche, clinical competence e rischio professionale degli operatori

Simposi Tradizionali

Simposi Congiunti con altre Società Scientifiche  
Live Session

Comunicazioni Orali e Poster

Simposi e Letture Satellite

Simposio su innovazioni tecnologiche in  
Cardiologia

Luncheon Panel

Eventi a cura di Heart Care Foundation - ONLUS:

- Cuore e industria alimentare: dall'industria alimentare ad una corretta offerta sul mercato: come tutelare la salute del cuore? Le esigenze dei cittadini, le domande dei Cardiologi, le risposte dell'Industria.
- Muoviamoci di più: l'attività fisica per vivere sani.

### CREDITI FORMATIVI ECM

Ai fini dell'Educazione Continua in Medicina sono stati accreditati separatamente i quattro giorni del Congresso ed hanno ottenuto:

31 maggio	<b>6 crediti</b>
1 giugno	<b>7 crediti</b>
2 giugno	<b>6 crediti</b>
3 giugno	<b>4 crediti</b>

### ASSEMBLEA DEI SOCI ANMCO

L'Assemblea dei Soci ANMCO si svolgerà venerdì 2 giugno dalle ore 11.15 alle ore 14.15. Si ricorda che per partecipare all'Assemblea occorre essere in regola con le quote associative.

### ELEZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO

Le operazioni di voto per il rinnovo del Consiglio Direttivo ANMCO si svolgeranno venerdì 2 giugno dalle ore 14.30 alle 19.30 e sabato 3 giugno dalle ore 8.00 alle 10.30. Il nuovo Direttivo resterà in carica dal giugno 2006 al giugno 2008.

### EVENTO TUTTI INSIEME

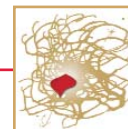
Si svolgerà la sera di venerdì 2 giugno 2006. Per l'adesione si prega di utilizzare la scheda di iscrizione allegata.

### ISCRIZIONI

La quota di iscrizione al Congresso è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il 28 aprile 2006. La quota verrà restituita con la detrazione del 30%.

Gli annullamenti dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso.

L'iscrizione al Congresso sarà accettata fino al **5 maggio 2006**; dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale.



31 maggio - 3 giugno 2006 - Firenze, Fortezza da Basso

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_

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

### ISCRIZIONI

Quote (incl. IVA 20%)	entro il 28/4/2006	dal 29/4 al 5/5/2006	al Congresso
Soci ANMCO, SIC, ANCE ARCA, SICP, SICCH, SICOA	€ 250,00	€ 280,00	€ 350,00
Non Soci	€ 310,00	€ 360,00	€ 420,00
Giovani Medici (nati dopo il 1/1/71)	€ 30,00	€ 30,00	€ 30,00
Evento "Tutti insieme"	€ 70,00	€ 85,00	€ 110,00

Desidero iscrivermi al seguente Minimaster:

- Cell therapy for the heart  
 Sindromi coronariche acute  
 Una "nuova" metodica diagnostica in Cardiologia: l'elettrocardiografia.  
 Come utilizzare in chiave clinica e decisionale il "vecchio" ECG standard  
 Embolia polmonare acuta e ipertensione polmonare: cosa deve sapere e cosa deve fare il cardiologo  
 Gestione del rischio clinico in Cardiologia

Allego le seguenti quote:

Socio ANMCO     Socio SIC     Socio ANCE  
 Socio ARCA     Socio SICP     Socio SICCH     Socio SICOA    € \_\_\_\_\_

Non socio    € \_\_\_\_\_

Giovane medico (nato il \_\_\_\_\_)    € \_\_\_\_\_

Evento "Tutti insieme"    € \_\_\_\_\_

**TOTALE** € \_\_\_\_\_

mediante assegno N. \_\_\_\_\_

della Banca \_\_\_\_\_

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

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



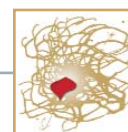


# XXXVII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

## CARDIONURSING ANMCO 2006

1-3 giugno 2006 - FIRENZE, FORTEZZA DA BASSO - Viale Strozzi, 1

### INFORMAZIONI SCIENTIFICHE E GENERALI



#### CARDIONURSING ANMCO 2006

Il Congresso Nazionale degli infermieri delle Strutture cardiologiche ospedaliere italiane o Cardionursing è ormai diventato una tradizione ampiamente consolidata.

In questi ultimi anni abbiamo assistito alla crescita esponenziale del numero dei temi, dei contenuti degli stessi e del numero dei partecipanti, divenendo in breve tempo il maggiore Evento infermieristico congressuale italiano.

L'elemento caratterizzante resta comunque l'evidenza della crescita culturale degli infermieri di Cardiologia italiani così come documentato dal livello scientifico delle relazioni ed in particolar modo dai contenuti delle Comunicazioni e dei Poster. Sono questi infatti i più fedeli indicatori della ricchezza culturale e dell'entusiasmo di questa professione che in questi ultimi anni ha attraversato grandi, difficili e profondi cambiamenti.

Il Cardionursing ANMCO 2006 vuole pertanto essere oltre al consueto fulcro culturale anche l'occasione e lo strumento per sottolineare ancora una volta ed approfondire ulteriormente quegli elementi di convergenza tra la professionalità del cardiologo e dell'infermiere di Cardiologia che sono alla base e condizionano l'esito delle cure dei nostri pazienti.

Il processo di sempre maggiore integrazione comprende anche tutte quelle tematiche comuni, oggi prepotentemente emergenti nel nostro Paese, relative alla sicurezza dei pazienti intesa come riduzione del numero e della tipologia degli errori.

Come nel Congresso 2005 avremo un'apertura

ra con una Sessione Plenaria dedicata alla documentazione clinica quale strumento indispensabile per una corretta comunicazione ma anche come potenziale fonte di errori sanitari; vi saranno inoltre i consueti Seminari e Simposi, i Minimaster e la Sessione Congiunta con i Cardiologi nella Convention delle UTIC.

#### MINIMASTER

Corsi di approfondimento teorico-pratici della durata di 6 ore a numero chiuso, riservati a 50 iscritti ciascuno.

È necessaria una pre-iscrizione con una quota di 100,00 Euro ognuno. Per l'iscrizione si prega di utilizzare la scheda allegata alle pagine successive del Programma e di inviarla al Centro Servizi ANMCO (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze) entro il **5 maggio 2006**.

Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti e per l'assegnazione varrà la data del timbro postale. A coloro che resteranno esclusi dal Minimaster prescelto verrà offerta la possibilità di partecipare ad un altro corso, oppure verrà restituita interamente la quota versata. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il 28 aprile 2006.

La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Per gli annullamenti dopo tale data non è previsto alcun rimborso.

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

#### EVENTO "TUTTI INSIEME"

Si svolgerà la sera di venerdì 2 giugno 2006. Per l'adesione si prega di utilizzare la scheda di iscrizione allegata.

#### CREDITI FORMATIVI ECM

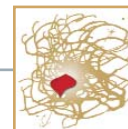
È stata inoltrata al Ministero della Salute richiesta per i crediti formativi ECM - Educazione Continua in Medicina. I crediti assegnati verranno indicati sul Programma Definitivo. L'attestato con l'indicazione dei crediti formativi ottenuti verrà inviato agli iscritti dopo il Congresso. A tutti gli iscritti verrà comunque consegnato, alla fine del Congresso, il consueto attestato di frequenza.

#### ISCRIZIONI

La quota di iscrizione di Euro 30,00 (IVA inclusa) è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il 28 aprile 2006. La quota verrà restituita con la detrazione del 30%.

Gli annullamenti dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso. L'iscrizione al Congresso sarà possibile fino al **5 maggio 2006**; dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale.

L'iscrizione ai Minimaster con una quota di Euro 100,00 (IVA inclusa) è subordinata all'iscrizione al Congresso e verrà accettata fino al raggiungimento del numero massimo previsto per ciascun Minimaster. L'elenco dei Minimaster si trova sulla scheda di iscrizione allegata.



1-3 giugno 2006 - Firenze, Fortezza da Basso

## SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_

**(Assolutamente indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti ECM)**Qualifica:  Infermiere  Tecnico di Cardiologia  Fisioterapista

### ISCRIZIONI

Quote (incl. IVA 20%)	entro il 28/4/2006	dal 29/4 al 5/5/2006	al Congresso
Iscrizione	€ 30,00	€ 30,00	€ 30,00
Minimaster*	€ 100,00	€ 100,00	-
Evento "Tutti insieme"	€ 30,00	€ 40,00	€ 50,00

Desidero iscrivermi al seguente Minimaster:

- L'infermiere nel Laboratorio di Emodinamica
- Il clinical risk management in Cardiologia: concetti introduttivi ed aspetti infermieristici
- La prevenzione in pazienti ad alto rischio cardiovascolare: come implementare i risultati mediante tecniche di counseling e di comunicazione

Allego le seguenti quote:

 Iscrizione € 30,00 Minimaster € \_\_\_\_\_ Evento "Tutti insieme" € \_\_\_\_\_**TOTALE** € \_\_\_\_\_

mediante assegno N. \_\_\_\_\_

della Banca \_\_\_\_\_

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

**Non verranno considerate le schede di iscrizione non accompagnate dal pagamento della quota**

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

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_





# XXXVII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

## CARDIOGENERALIST

31 maggio 2006 - FIRENZE, FORTEZZA DA BASSO - Viale Strozzi, 1

### INFORMAZIONI SCIENTIFICHE E GENERALI



#### CARDIONURSING ANMCO 2006

- Simposi
- Seminari
- Update
- Incontro con l'Esperto

#### CREDITI FORMATIVI ECM

È stata inoltrata al Ministero della Salute richiesta per i crediti formativi ECM. Alla fine della giornata verrà consegnato un attestato di frequenza. L'attestato con l'indicazione dei crediti formativi verrà inviato successivamente.

#### ISCRIZIONI

L'Evento è rivolto ai Medici di Medicina Generale. L'iscrizione è gratuita. È necessario compilare la scheda allegata e inviarla al Centro Servizi ANMCO entro il **5 maggio 2006**.

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale/P. IVA \_\_\_\_\_

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

**Desidero iscrivermi al Cardiogeneralist ANMCO 2006**

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

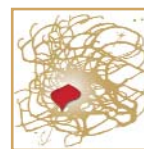
Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_







# ANMCO 2006



## ANCHE QUEST'ANNO AL CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA DELL'ANMCO POTRAI PARTECIPARE ALLE LIVE SESSION



### LIVE SESSION INTERVENTISTICA CORONARICA

1 giugno 2006, 8.00-9.30  
Sala Michelangelo

Collegamento con  
i Laboratori di Emodinamica  
dell'Ospedale "Campo di Marte" di Lucca e  
dell'Ospedale "Maggiore" di Bologna

### LIVE SESSION INTERVENTISTICA NON CORONARICA

2 giugno 2006, 16.15-17.45  
Sala Michelangelo

Collegamento con  
il Laboratorio di Emodinamica  
del Dipartimento del Cuore e dei Vasi  
dell'Ospedale "Careggi" di Firenze



*A maggio Firenze diventa il cuore dell'ANMCO*



# DALLE AREE

## Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2005-2006

### AREA ARITMIE

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

### AREA CHIRURGICA

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

### AREA EMERGENZA-URGENZA

*Chairman:* Cesare Greco (Roma)  
*Co-Chairman:* Gianni Casella (Bologna)  
*Comitato di Coordinamento:* Lorenzo Borgo (Genova), Maurizio Del Pinto (Perugia), Patrizia Maras (Trieste), Zoran Olivari (Treviso)  
*Consulenti Scientifici:* Claudio Fresco (Udine), Stefano Savonitto (Milano)  
*Consulente per le tematiche di rete e clinical competence:* Claudio Cuccia (Brescia)  
*Consulente per le problematiche del dolore toracico:* Filippo Ottani (Forlì)  
*Comitato Editoriale:* Cesare Baldi (Salerno), Fabrizio Bandini (Firenze), Giovanni Barbieri (Roma), 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](http://www.anmco.it/aree/elenco/utichotline)

### AREA INFORMATICA

*Chairman:* Antonio Di Chiara (Udine)  
*Co-Chairman:* Luigi Badano (Udine)  
*Comitato di Coordinamento:* Francesco Antonio Benedetto (Reggio Calabria), Giancarlo Casolo (Firenze), Pier Camillo Pavesi (Bologna), Giuseppe Trocino (Monza - MI)  
*Consulenti tecnico-scientifici:* Gianfranco Mazzotta (Genova), Walter Pitscheider (Bolzano), Christian Pristipino (Roma), Davide Terranova (Padova), Paola Vagni (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 Tramarin (Pavia)  
*Per la prevenzione:* Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)  
*Per la risonanza magnetica:* Peter Knoll (Bolzano)  
*Per le SCA:* Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)  
[www.anmco.it/aree/elenco/informatica](http://www.anmco.it/aree/elenco/informatica)

### AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

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

### AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

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

### AREA NURSING

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

### AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

*Chairman:* Carmine Riccio (Caserta)  
*Co-Chairman:* Furio Colivicchi (Roma)  
*Comitato di Coordinamento:* Piero Clavario (Arenzano - GE), Alberto Genovesi Ebert (Livorno), Stefania De Feo (Peschiera del Garda - VR), Stefano Urbinati (Bologna)  
*Consulente Editoriale:* Maurizio Abrignani (Trapani)  
*Consulente per la formazione:* Massimo Uguccione (Roma)  
*Referente Area Chirurgica:* Paolo Ferrara (Avellino)  
[www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione](http://www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione)

### AREA SCOMPENSO CARDIACO

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





## Il benessere organizzativo: una nuova opportunità?

Le organizzazioni sono costituite da individui: la loro "soddisfazione personale" è alla base della qualità del lavoro e dei risultati.

Il "benessere organizzativo" è la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psichico e sociale della comunità lavorativa, nell'ottica di un miglioramento sia della prestazione che della soddisfazione dei singoli componenti l'organizzazione.

Negli ultimi anni si è verificato un radicale cambiamento nei sistemi sanitari, sia dal punto di vista organizzativo che negli aspetti più professionali.

Di fronte ai cambiamenti dei sistemi sanitari ci si è molto occupati del contesto culturale ed organizzativo mentre si è sostanzialmente trascurata la componente umana.

Il ruolo di un'Associazione professionale quale l'ANMCO, storicamente pronta nel cogliere i cambiamenti del contesto clinico-organizzativo è, a mio parere, quello di partecipare alla elaborazione culturale della problematica, evitando che da strumento di miglioramento del sistema divenga un obiettivo fine a se stesso calato dall'alto in maniera burocratica.

Negli ultimi anni si è verificato un

radicale cambiamento nei sistemi sanitari, sia dal punto di vista organizzativo che negli aspetti più professionali.

La necessità di far fronte alla progressiva contrazione delle risorse ha portato all'introduzione di nuove categorie mentali ed operative mutate dal mondo della produzione: al medico non si richiede più solo un'adeguata capacità clinica ma anche una gestione manageriale degli stessi percorsi di cura.

Di fronte a questi cambiamenti ci si è molto occupati del contesto culturale ed organizzativo insistendo sulla competenza tecnica professionale e sugli aspetti gestionali (definizione di linee guida, percorsi basati sull'evidenza, analisi costo beneficio, modelli clinici orientati all'efficienza) mentre si è sostanzialmente trascurata la componente umana la cui motivazione e partecipazione propositiva sono invece alla base del buon funzionamento di ogni organizzazione.

Si potrebbe dire che ci si è preoccupati del saper fare piuttosto del saper essere.

Nel campo specifico del benessere l'approccio fin qui seguito è stato rivolto al singolo individuo mediante la prevenzione di possibili danni alla salute fisica (applicazione

della legge 626 relativa agli ambienti di lavoro, Medicina del Lavoro rivolta alle possibili patologie organiche) mentre è mancata un'analisi adeguata dell'influenza complessiva dell'organizzazione; ciò ha comportato il frequente insorgere di situazione di frustrazione, demotivazione e conflitto di cui vi è comune esperienza.

Considerando le organizzazioni come costituite da individui va innanzitutto tenuto presente come le persone sono motivate e giustificate nell'attività professionale dalla soddisfazione di alcuni desideri:

### 1. Intrinseci

- crescita personale
- significato dell'attività svolta nel contesto dell'organizzazione
- partecipazione propositiva.

### 2. Estrinseci

- remunerazione
- status
- sicurezza lavorativa.

Si può notare come sono attualmente prese in considerazione, anche se frequentemente disattese, solo alcune delle esigenze legate alla motivazione estrinseca.

Una risposta a queste problematiche potrebbe derivare dall'affron-



sità degli apporti: ponendo al singolo richieste congrue rispetto a quello che lui è (ruolo, competenze, qualifiche) e fa; facilitando l'espressione del saper fare in tutte le sue potenzialità (tecnico-professionale, trasversali e sociali); riconoscendo reciprocità negli scambi: attribuendo un corrispettivo per quanto si riceve (economico, visibilità sociale, ecc.); promuovendo lo sviluppo del saper fare (aggiornamento, condivisione e circolazione delle conoscenze).

4. Ascoltare le istanze dei dipendenti.

L'organizzazione considera le richieste e le proposte dei dipendenti come elementi che contribuiscono al miglioramento dei processi organizzativi e che vengono pertanto tenute in considerazione nei principali processi decisionali (definizione obiettivi, organizzazione lavoro, definizione regole, ecc.). Presenza nell'organizzazione di processi di negoziazione, in cui viene riconosciuta "l'esistenza" delle due parti (dirigenza-dipendenti), che interagiscono in base a regole di reciprocità. Questo aspetto rimanda a processi di coinvolgimento e partecipazione.

5. Mettere a disposizione le informazioni pertinenti al lavoro.

Tutto ciò che si fa e che succede costituisce informazione da rendere disponibile e nota agli altri, quando ovviamente rientra nella sfera lavorativa di competenza. A tutti è consentito l'accesso all'informazione e vi sono strumenti e re-

tare la questione dal punto di vista dell'analisi del "benessere organizzativo": cioè la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psichico e sociale della comunità lavorativa, nell'ottica di un miglioramento sia della prestazione che della soddisfazione dei singoli componenti l'organizzazione. Nel trasferire in concreto il concetto di benessere organizzativo in una struttura complessa, quali quelle sanitarie, si può fare riferimento ad alcune dimensioni, cui fornire un'adeguata risposta:

1. Allestire un ambiente di lavoro salubre, confortevole ed accogliente.

Per ambiente salubre si intende un ambiente che garantisca le fondamentali regole di igiene; confortevole e accogliente fa riferimento ad aspetti di funzionalità – in rap-

porto sia alle esigenze lavorative che a quelle dei lavoratori e/o clienti – di gradevolezza estetica e di cura dell'aspetto dell'ambiente.

2. Porre obiettivi espliciti e chiari con coerenza tra enunciati e prassi operative.

Il riferimento è alla direzione strategica che deve formulare in maniera chiara gli obiettivi da perseguire e allo stile direzionale che deve comunicare tali obiettivi ai dipendenti, con modalità di comunicazione non ambigue. Inoltre, la direzione non contraddice nei fatti e nella operatività quotidiana quanto deciso, regolamentato e condiviso.

3. Riconoscere e valorizzare le competenze e gli apporti dei dipendenti e stimolare nuove potenzialità.

Devono essere riconosciute le caratteristiche individuali e le diver-

gole chiare per la diffusione delle informazioni.

6. Adottare tutte le azioni per prevenire gli infortuni e i rischi professionali.

Le organizzazioni rispettano e assolvono gli obblighi di legge. La sicurezza e la tutela della salute devono divenire elementi fondamentali della stessa identità e cultura aziendale.

7. Stimolare un ambiente relazionale franco, comunicativo, collaborativo.

La qualità della comunicazione e lo stile di lavoro sia a livello orizzontale che verticale devono essere particolarmente curati al fine di evitare conflitti interpersonali.

8. Assicurare scorrevolezza operativa, rapidità di decisione, supportando l'azione verso gli obiettivi.

Dev'essere assicurata la fluidità operativa della vita lavorativa: i problemi vengono affrontati con l'intenzione di superarli, non si creano falsi problemi che rallentano il lavoro, prevale la sensazione che si procede verso gli obiettivi comuni, anche a partire dalle situazioni problematiche.

9. Assicurare equità di trattamento a livello retributivo, di assegnazione di responsabilità, di promozione del personale.

Vengono predefiniti criteri e percorsi chiari per compiti, responsabilità, carriere, premi, ecc., che vengano esplicitati e resi pubblici. A tutti dev'essere data in eguale misura la possibilità di accedervi.

10. Stimolare, nei dipendenti, il sen-

so di utilità sociale contribuendo a dare senso alla giornata lavorativa dei singoli e al loro sentimento di contribuire ai risultati comuni.

Va chiarito che l'attività dei singoli dipendenti fa parte ed è necessaria a un processo più complesso che tende al raggiungimento di risultati comuni, rilevanti per la società.

11. Essere aperta all'ambiente esterno e all'innovazione tecnologica e culturale.

L'organizzazione dev'essere flessibile, aperta al cambiamento, in grado di adattarsi ad esso e considerare l'esterno come una risorsa per il proprio miglioramento.

12. Gestire i fattori di stress e di conflittualità.

Il livello percepito di fatica fisica e mentale e di stress va confrontato con una valutazione oggettiva per eventuali interventi correttivi. Nell'eventuale presenza di situazioni conflittuali sia manifeste che implicite vanno previsti degli strumenti per la gestione di questi.

Nella realtà italiana esigenze del benessere organizzativo sono uscite dall'ambito meramente speculativo trovando un riconoscimento ed un'iniziale risposta in una direttiva del Ministero della Funzione Pubblica del 2004 che sollecita l'attuazione di indagini conoscitive ed azioni concrete di miglioramento nella pubblica amministrazione.

Al riguardo sono state attivate una serie di iniziative in vari contesti,

tra cui quello sanitario, al momento più focalizzate nelle fasi conoscitive.

Il ruolo di un'associazione professionale quale l'ANMCO, storicamente pronta nel cogliere i cambiamenti del contesto clinico-organizzativo è, a mio parere, quello di partecipare alla elaborazione culturale della problematica, evitando che da strumento di miglioramento del sistema divenga un obiettivo fine a se stesso calato dall'alto in maniera burocratica. Vanno ricordate quali esempi le precedenti iniziative della nostra Associazione, per certi versi pionieristiche nell'ambito sanitario italiano, di conoscenza dei meccanismi dei DRG, dei budget, della certificazione ed accreditamento che hanno fornito gli strumenti culturali per consentire ai Cardiologi Italiani di affrontare adeguatamente preparati le nuove problematiche che si affacciavano nel mondo sanitario. Se i Cardiologi sapranno vivere la loro professione nel contesto di una organizzazione più attenta alla realizzazione personale non potranno che conseguire risultati migliori nell'assistenza ai pazienti che non va dimenticato, è il fine ultimo del nostro agire.

#### **Rimando bibliografico:**

Negro G., Grandis R., L'organizzazione del benessere: logiche, principi e modello applicativo, Cantieri di innovazione - Benessere Organizzativo, Dipartimento della Funzione Pubblica, Roma, 2003. Disponibile sul sito: [www.cantieripa.it](http://www.cantieripa.it)

## SCOMPENSO CARDIACO

DI GIOVANNI PULIGNANO



## Lo scompenso cardiaco nella realtà ospedaliera, ovvero i vestiti nuovi dell'imperatore

*"C'era una volta un imperatore molto vanitoso: egli passava tutte le sue giornate a provarsi abiti nuovi, e spendeva quasi tutto il suo denaro per vestirsi...".*

*(H.C. Andersen)*

L'evoluzione demografica e i progressi terapeutici determinano un incremento delle patologie croniche. Nell'immediato futuro, lo scenario sarà quindi dominato dalla sfida di conciliare contenimento della spesa sanitaria e risposta ai bisogni di salute in un contesto normativo e finanziario ancora impreparato. In questo contesto, lo scompenso cardiaco acuto e avanzato, che interessano una popolazione eterogenea, prevalentemente anziana, con comorbidità e spesso affetta da cardiopatia ischemica, rappresenteranno le patologie più onerose sul piano economico e sociale. La complessità del quadro clinico, l'elevata mortalità intraospedaliera, la lunga durata della degenza rendono auspicabile una riorganizzazione dell'assistenza.

Una criticità è rappresentata dall'attuale sistema di rimborso, che privilegia il pagamento per prestazione della

fase acuta e non favorisce modalità assistenziali condivise come il consulto ambulatoriale e telematico, penalizzando la continuità assistenziale che invece ha l'obiettivo di stabilizzare la fase cronica e prevenire gli eventi acuti. Mentre nei Paesi industrializzati si va verso una riduzione e qualificazione della risposta ospedaliera a favore di una rete territoriale di servizi integrati, nel nostro Paese questo processo stenta a decollare, poiché l'assistenza alle patologie croniche è considerata ancora una appendice "impropria e dispendiosa", in un si-



Jacques-Louis David, Napoleone attraversa le Alpi, 1801

stema ancora incentrato sull'ospedale. Quasi sempre ciò si ritorce contro l'ospedale stesso, che deve conciliare la mission dell'alta specializzazione (high-tech) con la necessità di erogare assistenza di qualità (high-touch) a una patologia di dimensioni epidemiche.

Ciò impone all'ospedale (che assorbe circa il 70% della spesa) di ridisegnare percorsi di cura interni con più efficaci modalità di stabilizzazione e dimissione, finalizzati a garantire appropriatezza e uniformità. La ricerca di soluzioni organizzative appropriate rappresenta

il requisito per una corretta gestione delle risorse. Inoltre, solo un riordino del percorso intra-ospedaliero può consentire il coinvolgimento efficace post-dimissione delle cure primarie, con presa in carico da parte del MMG e dei servizi territoriali.

Per i pazienti con SC refrattario di età inferiore ai 65 anni il trapianto cardiaco (TC) rimane il golden standard dei trattamenti ma, la discrepanza tra numero di donatori e potenziali riceventi, richiede una corretta allocazione degli organi, ottimizzando il bilancio rischio/beneficio. La



maggioranza dei pazienti con SC severo o refrattario, tuttavia, non è candidabile a TC, per età avanzata e/o comorbidità, e rappresenta una popolazione ad elevata complessità clinica, con necessità di assistenza intensiva, specialistica e multidisciplinare.

A fronte di queste complesse problematiche, si registra un persistente deficit di "consapevolezza", che si estende dalla popolazione generale (come ci è stato dimostrato dall'esperienza SHAPE), ai livelli istituzionali e amministrativi. Ciò genera una discrepanza evidente tra importanza reale del problema e livello di attenzione istituzionale.

*Un giorno due furbacchioni convinsero l'Imperatore a farsi confezionare a caro prezzo un vestito con una stoffa magica: "Pensate che riescono a vederla solo le persone intelligenti, mentre gli sciocchi non vedono niente..."*

Molteplici sono gli snodi critici che qualificano la gestione intra- (e post-) ospedaliera di questi pazienti. Inoltre, ogni realtà locale opera in base a criteri di gestione non solo clinici, ma anche logistici e organizzativi. Che fare?

### **Organizzazione della rete intere intraospedaliera**

Secondo il documento FIC "Struttura e Organizzazione funzionale della Cardiologia", in ambito regionale e/o di Area Vasta, a seconda delle diverse realtà locali, si dovrebbe

promuovere la costituzione di una rete fra strutture di I, II e III livello, secondo il modello organizzativo dell'"hub & spoke", già consolidato nella sindrome coronarica acuta. Nella rete dovrebbero essere definiti e condivisi i criteri di invio dei pazienti alle varie strutture, per rispondere ai bisogni specifici e garantire l'equo accesso a tutte le risorse disponibili. In ogni Ospedale dovrebbero essere realizzati:

1. un Ambulatorio dedicato, possibilmente multidisciplinare, eventualmente affiancato da Day-Hospital o Day Service;
2. una équipe multidisciplinare di medici (Internisti, Cardiologi e Geriatri) ed infermieri, responsabile della diagnosi e cura del paziente affetto da SC;
3. Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) per severità e tipologia di paziente condivisi fra le diverse strutture ospedaliere, dal PS/DEA ai reparti di Medicina e di Cardiologia, all'UTIC e/o Terapia Intensiva, Semintensiva. Questi PDT sono particolarmente importanti per i pazienti a maggiore difficoltà gestionale come l'anziano fragile e il paziente refrattario o con comorbidità. Ciò permetterebbe un uso più efficiente ed efficace delle risorse strumentali e di personale.

### **Triage**

La scelta dell'unità di Degenza più appropriata è funzione al profilo di gravità del paziente e dovrebbe avvenire secondo specifici criteri, ove logisticamente possibile in ba-

se alla disponibilità di posti letto. In Unità di Terapia Intensiva (UTI, Unità Coronarica o Medicina d'Urgenza) dovrebbero essere ricoverati, per il tempo strettamente necessario al conseguimento di una adeguata stabilizzazione, i pazienti con ischemia acuta, scompenso refrattario, instabilità elettrica e/o emodinamica, soprattutto se potenziali candidati ad intervento cardiocirurgico o impianto di assistenza ventricolare. Ad un'Unità Semintensiva (USI, Cardiologia o Medicina d'Urgenza, Unità dello Scompenso Cardiaco) dovrebbero afferire pazienti instabili, con scompenso de novo o cronico instabilizzati per una qualunque causa. Nei reparti di Degenza Ordinaria (Cardiologia, Medicina, Geriatria) potranno essere ricoverati i pazienti a basso rischio, senza necessità di monitoraggio emodinamico o supporto meccanico-respiratorio. Il trasferimento dalla Cardiologia alla Medicina dovrebbe essere favorito da opportuni protocolli interni in modo da permettere con maggiore facilità il ricovero in Cardiologia di pazienti avanzati e/o anziani con necessità di terapia intensiva/monitorizzazione nella fase iniziale di stabilizzazione, ma con necessità di proseguimento e completamento della degenza in strutture internistiche.

### **Implementazione e ottimizzazione della terapia**

A differenza dello SC cronico, quello acuto è stato dominato per lun-



Jacques-Louis David, *Consacrazione dell'Imperatore Napoleone I e incoronazione della Principessa Josephine, 1806-1807*

go tempo, in assenza di chiare evidenze fornite da "robusti" trial clinici, dall'empirismo, dal buon senso e dall'esperienza. Questo problema è stato affrontato, ma non risolto, dalle recenti Linee Guida ESC. Inoltre la terapia ormai non riguarda solo aspetti farmacologici, ma implica sempre più spesso la selezione appropriata a procedure ad alto contenuto tecnologico e assorbimento di risorse come quelle di cardiologia interventistica e impianto di devices. La cardiocirurgia offre possibilità terapeutiche sempre più promettenti, rappresentate da rivascularizzazione, correzione dell'insufficienza mitralica, ricostruzione del ventricolo sinistro, correzione di patologie strutturali della mitrale o aortica o, in caso di accertata irreversibilità della

disfunzione, assistenza circolatoria meccanica permanente e trapianto cardiaco.

#### **Definizione eziologica e stratificazione del rischio**

Rappresenta un aspetto spesso negletto. Durante il ricovero, la valutazione clinica del paziente dovrebbe comprendere sia una precisa definizione eziologica, sia una stratificazione del rischio basata su marcatori validati. Fra i vari indici strumentali utili è emerso di recente un ruolo importante per i peptici natriuretici.

#### **Programma di dimissione**

La corretta gestione della dimissione consente di consolidare i risultati ottenuti nel corso del trattamento ospedaliero e di instaurare

efficacemente un percorso integrato in continuità col territorio, ma rappresenta uno degli aspetti di maggiore criticità. La necessità di contenere la durata della degenza induce spesso a dimettere pazienti ancora relativamente instabili. Questo problema non sarebbe di per sé rilevante se la dimissione fosse adeguatamente organizzata. In questo contesto, i pazienti anziani rappresentano un gruppo con caratteristiche particolari e dovrebbero essere sottoposti a una valutazione multidimensionale (VMD) che definisca stato funzionale, stato cognitivo e bisogni assistenziali. Solo la VMD permette una distinzione obiettiva tra età biologica e anagrafica (a prescindere dalla soggettività del singolo medico) e quindi l'appro-

priata scelta di un determinato PDT nel singolo paziente. Per programmare la dimissione è quindi opportuno considerare, oltre al profilo clinico, le caratteristiche del paziente, il contesto socio-sanitario, presenza e qualità del supporto familiare e disponibilità di assistenza domiciliare. Nel pianificare la continuità assistenziale è auspicabile realizzare le condizioni perché il MMG venga informato del percorso ospedaliero del malato, mediante un'appropriata lettera di dimissione e un contatto diretto. Particolarmente importante in questa fase è il riconoscimento di quegli aspetti di educazione alla consapevolezza della malattia e all'autocura che consentono al paziente di assumere un ruolo attivo nella gestione della patologia.

### Follow-up

La possibilità di riferire ad una struttura Ambulatoriale dedicata i pazienti dimessi ma considerati a rischio di instabilizzazione rappresenta uno dei punti qualificanti di un percorso finalizzato alla gestione integrata dello SC. Per i casi più complessi, con SC severo, o con gravi comorbidità e anziani fragili, dimessi dopo una fase di instabilizzazione, è auspicabile un controllo specialistico precoce dopo 7-30 giorni secondo il livello di severità, per verifica della stabilità clinica, monitoraggio e ottimizzazione terapeutica, e risoluzione di problematiche aperte (stratificazione prognostica, procedure diagnosti-

che e interventistiche di alta specializzazione, lista d'attesa per TC o fase terminale). L'Ambulatorio dello SC dovrebbe quindi rappresentare il punto di continuità assistenziale per i pazienti con SC grave, svolgere attività di consulenza per altri reparti di degenza e per le strutture territoriali.

La gestione dovrebbe essere multidisciplinare, ma le caratteristiche organizzative saranno necessariamente in funzione della tipologia della struttura, del case-mix e della complessità clinica. I pazienti candidabili a TC o in prospettiva di soluzioni chirurgiche non tradizionali dovrebbero essere sotto la cura diretta del Programma TC. L'Ambulatorio dello SC dovrebbe mantenere stretti rapporti con la struttura degenziale, con i Laboratori di Emodinamica ed Elettrofisiologia-Elettrostimolazione, con il Programma TC di riferimento e può collaborare a progetti di ADI e telemedicina.

Gli Ambulatori si possono anche avvalere della collaborazione di un genetista (o di personale cardiologico con adeguate competenze in campo genetico), dedicato allo screening delle patologie del miocardio a genesi familiare.

Il trasferimento in strutture per Cure intermedie (reparti di post-acute e strutture riabilitative), dovrebbe essere considerato per tutti i pazienti che, sufficientemente stabili per la dimissione ma non in grado di rientrare a domicilio, andrebbero incontro a degenze inu-

tilmente protratte o ricoveri inappropriati in strutture per acuti. Per quanto riguarda i pazienti con SC terminale, l'attuale organizzazione non consente una risposta adeguata ai bisogni. L'incertezza della prognosi è una delle principali barriere all'organizzazione di un percorso adeguato nell'ambito di un programma di Cure palliative, eventualmente erogate in ADI o in Hospice.

*Il corteo uscì per le strade della città, nessuno tra la folla osava dire per primo che l'imperatore era in mutande, per non passare per sciocco di fronte agli altri: ma a un tratto si sentì la voce di un bambino... "Ma l'imperatore è in mutande, perché?" L'imperatore divenne rosso per la vergogna, ma ormai era troppo tardi per riconoscere che il vestito non esisteva, e così il corteo proseguì il suo giro fra grandi risate.*

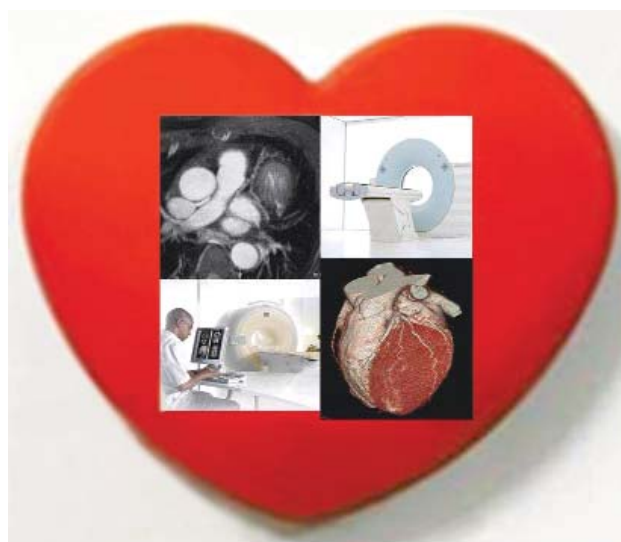
L'ANMCO, consapevole del ruolo centrale, ma non esclusivo, del Cardiologo nella cura dello SC, ha promosso una Consensus Conference fra le Società Scientifiche, espressione delle figure professionali coinvolte nell'assistenza a questi pazienti. Lo spirito che ha animato il lavoro dei molteplici partecipanti è stato quello del bambino della favola di Andersen. Nell'interesse dei pazienti, che sono al centro del sistema, auspichiamo che anche altri "spettatori" istituzionali, innanzitutto quelli con potere decisionale, ma anche tutti i professionisti sanitari coinvolti, possano acquisire questa consapevolezza.

DI GIANCARLO CASOLO



## Gruppo di Studio di Risonanza Magnetica Cardiovascolare ed Imaging Integrato dell'ANMCO

Nel corso degli anni la diagnostica per immagini è divenuta una vera e propria disciplina autonoma della Cardiologia con molteplici protagonisti ciascuno con competenze specifiche. Accanto alle tecniche tradizionali quali l'ecocardiografia e le tecniche radionucleari si sono andate affermando prima la Risonanza Magnetica e, di recente, la TC multistrato (MSCT). Queste ultime due metodiche hanno conosciuto una diffusione quasi esponenziale solo di recente. Per complessità di utilizzo, necessità di conoscenze informatiche, presentazione ed elaborazione nei dati esse richiedono competenze specifiche che, al momento attuale, male si integrano con il background culturale comune Cardiologico. Gli stessi cultori di "imaging" tradizionale non possono tout cour trasferire le loro conoscenze in questo settore poiché sono pochissime le competenze comuni. Così il Cardiologo esperto di ecocardiografia ad esempio, trova poco conforto nelle sue conoscenze di fronte alla RM del cuore o alla MSCT delle arterie coronarie.



*Il futuro del nuovo imaging per arrivare al cuore*

Nel 1994 nasce a Firenze su iniziativa del Prof. P.F. Fazzini e del Dott. P. Pellegrini il Gruppo di Lavoro ANMCO di Risonanza Magnetica in Cardiologia. Il Gruppo nacque in occasione del Congresso Nazionale di quell'anno e fu istituito, primo in Italia, per affrontare il nuovo panorama che l'introduzione della RM portava a immaginare. Il Gruppo, formato da Cardiologi dell'ANMCO che lavoravano già con le RM in applicazioni Cardiologiche era costituito da Salvatore Biasi, Giovanni Bisignani, Giancarlo Casolo, Peter Knoll, Massimo Lombardi, Arturo Raisaro, ed Antonello Zoni. Questi Colleghi hanno più di tutti creduto nelle potenzialità della RM e nella sua diffusione cli-

nica ed hanno continuato a impegnarsi sia sul piano scientifico che assistenziale per promuovere la conoscenza e le applicazioni della RM in Cardiologia. Ad oggi, sia come Gruppo che singolarmente molti dei Cardiologi del Gruppo sono noti ai colleghi Italiani e stranieri. Nell'ambito del Congresso Nazionale il Gruppo di Studio ha più volte curato sessioni e seminari e sono molte le pubblicazioni che hanno visto coinvolti i componenti del Gruppo.

Oggi la RM è divenuta una tecnica diagnostica irrinunciabile in molte patologie cardiovascolari e con soddisfazione possiamo affermare che l'ANMCO ha permesso lo sviluppo e la visibilità di competenze che rischiavano di restare fuori dai canali dell'aggiornamento professionale Ospedaliero.

L'attenzione del Gruppo all'Imaging Cardiovascolare ha permesso anche di cogliere al momento della sua nascita il rinnovato interesse all'uso della TC in Cardiologia. Così, già 4 anni fa il Gruppo ha modificato il suo nome in Gruppo di Studio di RM Cardiovascolare ed





*Jack Vettriano, Billyboys, 1988*

Imaging Integrato proprio per far fronte in modo appropriato alle nuove sfide che l'avvento della MSCT introduceva nella Cardiologia Clinica.

Sia la RM che la MSCT sono considerate tradizionalmente tecniche "radiologiche". In realtà le informazioni che queste tecniche offrono interessano e sicuramente interesseranno sempre più la Cardiologia, specie quella Clinica. In attesa che si vada diffondendo la figura del Cardiologo che si occupa di Imaging Cardiaco multidisciplinare (MSCT, MR, ecocardiografia, ecc.) anche attraverso opportuni percorsi formativi nell'ambito delle Istituzioni Universitarie è quanto-

meno opportuno e necessario sviluppare canali di informazione rapidi e precisi per conoscere pregi e difetti delle singole metodiche, riconoscere indicazioni e controindicazioni ai singoli esami. Inoltre appare particolarmente sentita la necessità di integrare queste nuove possibilità diagnostiche in un percorso appropriato per il paziente cardiologico.

Altro importante ruolo del Gruppo è quello di affrontare le nuove tematiche mediante un confronto con le altre realtà associative (vedi SIC, SIRM, ecc.) allo scopo di costruire documenti di consenso condivisi. Un esempio di questa attività è il Consensus Statement sul-

l'uso della RM nella Displasia Aritmogena del Ventricolo destro pubblicata nell'*Italian Heart Journal* del 2004 a cura del Gruppo ANMCO, SIC e di Cardioradiologia della SIRM.

Il Gruppo di Studio di RM Cardiovascolare ed Imaging Integrato dell'ANMCO intende rinnovare e rafforzare il suo ruolo di consulenza e diffusione delle informazioni relative alla RM e MSCT. Nel prossimo numero verrà affrontato in modo articolato il capitolo della MSCT. Chi fosse nel frattempo interessato ad aderire al Gruppo può contattare la Segreteria dell'ANMCO (tel.: 055571798, Fax: 055579334, e-mail: [segreteria@anmco.it](mailto:segreteria@anmco.it)).

## 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](http://www.anmcoabruzzo.it)

#### BASILICATA

*Presidente:* Francesco Sisto (Potenza)  
*Consiglio Regionale:* Savino Barbuzy (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](http://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](http://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](http://www.anmco.it/regioni/elenco/campania)

#### EMILIA ROMAGNA

*Presidente:* Umberto Guiducci (Reggio Emilia)  
*Consiglio Regionale:* Marco Balducelli (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](http://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](http://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](http://www.anmco.it/regioni/elenco/liguria)

#### LOMBARDIA

*Presidente:* Antonio Mafri (Milano)  
*Consiglio Regionale:* Antonio Soccorso Capomolla (Montescano - PV), Vittorio Giudici (Seriante - BG), Maurizio Lunati (Milano), Mario Orlandi (Lodi), Enrico Passamonti (Cremona), Massimo Romanò (Vigevano - PV)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/loMBardia](http://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](http://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 Oberholzenzer (Bolzano), Rupert Paulmichl (Merano - BZ)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano](http://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](http://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](http://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](http://www.anmcopuglia.it)

#### SARDEGNA

*Presidente:* Gianpaolo Scorcu (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](http://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](http://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](http://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](http://www.anmco.it/regioni/elenco/umbria)

#### VENETO

*Presidente:* Giorgio Rigatelli (Legnago - VR)  
*Consiglio Regionale:* Jacopo Dalle Mule (Pieve di Cadore - BL), Francesco Di Pede (Mestre - VE), Bortolo Martini (Thiene - VI), Zoran Olivari (Treviso), Loris Roncon (Rovigo), Luigi Tarantini (Belluno)  
[www.anmco.it/regioni/elenco/veneto](http://www.anmco.it/regioni/elenco/veneto)

## CALABRIA

DI MARILENA MATTA



## News dalla Calabria

**S**i è svolta a Lamezia Terme, su invito del referente regionale per l'Area Scompeso ANMCO Dott. Gianfranco Misuraca, la riunione dei referenti per lo scompeso cardiaco delle strutture cardiologiche della Calabria.

Erano presenti i rappresentanti di 18 centri cardiologici tra ospedalieri, universitari e accreditati ed il Presidente del Direttivo Regionale ANMCO, Dott. Mario Chiatto.

Il Dott. Misuraca, dopo aver esposto le finalità e le attività dell'Area Scompeso ANMCO si è soffermato sui punti critici della gestione dello scompeso in Calabria ed ha proposto alla discussione le linee di programma che intende attuare durante il suo mandato che prevedono in una prima fase:

1. Individuazione di un referente per lo Scompeso Cardiaco in tutte le Unità Operative di Cardiologia della Regione.
2. Attivazione di un ambulatorio dedicato in tutte le strutture Cardiologiche della Regione da associare preferibilmente alla rete IN-CHF.
3. Attività di formazione permanente attraverso riunioni quadrimestrali basate sul modello "Caso clinico, discussione, strategie diagnostiche terapeutiche come

da linee guida".

4. Attività per la formazione del personale infermieristico.

5. Avvio di rapporti strutturati con i medici di medicina generale dell'area geografica di interesse che andranno informati dell'apertura degli ambulatori nei vari ospedali e andranno coinvolti nelle attività di formazione e gestione dei malati.

6. Preparazione di un documento da presentare alle autorità sanitarie e amministrative della Regione sulla gestione dello scompeso e sulla possibilità di ridurre i costi attraverso la integrazione ospedaliera. Il programma è stato approvato dai Colleghi presenti dopo una approfondita discussione che si è incentrata soprattutto sugli aspetti pratici della gestione dell'ambulatorio.

È stata inoltre discussa la possibilità di integrare le specificità di centri Universitari e Ospedalieri per progetti di formazione e ricerca, nella consapevolezza delle difficoltà che soprattutto

quest'ultima attività presenta.

Si è infine convenuto di rivedersi a breve per esaminare i materiali che ogni centro utilizza per l'attività clinica (opuscoli, indicazioni per familiari e malati, materiale informativo in generale) per realizzare materiale da impiegare in tutti i centri della Regione.

Nella prossima riunione sarà infine discussa la proposta di realizzare delle "linee guida" semplificate che tengano conto delle specificità regionali.

Si è svolto a Catanzaro il 28 gennaio 2006 presso l'Hotel Guglielmo la Campagna Educazionale dal titolo "La Gestione delle Sindromi Coronariche nella fase acuta e nella fase extraospedaliera – come

colmare il divario tra linee guida e realtà cliniche nelle sindromi coronariche acute senza S-T soprasslivellato".

A Cetraro l'11 marzo 2006 presso l'Hotel S. Michele si è svolto il 3° Corso di Aggiornamento per Infermieri Professionali, MMG, Internisti e Cardiologi dal titolo "Attualità in Cardiologia Preventiva e Riabilitativa".



## EMILIA ROMAGNA

DI UMBERTO GUIDUCCI



## Il Cardiologo e la prescrizione dell'attività fisica

### L'attività fisica nella prevenzione

Nel 1996 il Surgeon General's Report ha definitivamente sancito che l'inattività fisica è fattore di rischio primario per tutte le cause di malattia, alla pari o in misura maggiore di fumo, obesità, ipertensione, colesterolo.

Anche i recenti Piani sanitari Nazionali e Regionali identificano come abitudine negativa, la mancata pratica di regolare attività fisica.

L'adozione e il mantenimento di un regolare programma di esercizio fisico è indicato per uomini e donne di tutte le età.

In particolare l'esercizio fisico è indispensabile per coloro che hanno superato i 40 anni: è pertanto necessario supportare ed istruire il maggior numero di soggetti sedentari, in particolare in fasce di età medio avanzate.

In questo contesto oggi è più appropriato parlare di wellness piuttosto che di fitness: nel primo caso si tratta complessivamente di acquisire uno stile di vita orientato verso il benessere psicofisico che si realizza nella dimensione di salute vera e propria, di alimentazione equilibrata e quindi di performance fisica; nel secondo caso si tratta di perseguire il raggiungimento di prestazioni cardiomuscolari estre-

me o comunque orientate ad attività sportiva agonistica. In altri termini lo strumento del movimento viene utilizzato per perseguire un obiettivo educativo e preventivo, peraltro è stato recentemente dimostrato come anche bassi livelli di esercizio fisico siano utili nella prevenzione di molti fattori di rischio (American College Sport Medicine – Dose Response Consensus Conference 2001). L'aspetto psicologico per raggiungere il benessere attraverso l'attività fisica regolare ha come punto fondamentale la compliance e l'aderenza del soggetto.

Queste semplici considerazioni coinvolgono non solo il medico in generale ma soprattutto il cardiologo già nell'ambito della prevenzione primaria (è sempre più frequente che lo specialista Cardiologo proponga adeguamenti allo stile di vita di un soggetto sano o che un soggetto sano chieda a questo specialista consigli e programmi per svolgere attività fisica o sportiva).

Nella prevenzione secondaria il Cardiologo è ancora più coinvolto: sono numerose infatti le evidenze secondo le quali un regime di training corretto (adattato cioè per tempi e modi alla gravità e alla

natura della patologia di base) permette di migliorare con rischi estremamente contenuti, la tolleranza agli sforzi, consente di correggere il profilo metabolico con particolare riferimento alle condizioni dislipidemiche, concorre al recupero di un normale assetto neurovegetativo ed esplica una serie di effetti positivi comprendenti miglioramento della soglia ischemica, limitazione del rimodellamento ventricolare postinfartuale, contenimento della progressione della malattia aterosclerotica.

### Le competenze del Cardiologo

È noto come le competenze cliniche e tecnologiche del Cardiologo ospedaliero e non, siano fortemente sviluppate in senso diagnostico e terapeutico e come le conoscenze di fisiopatologia dell'esercizio fisico siano patrimonio culturale dei Cardiologi riabilitatori o dei Cardiologi dello sport.

Oggi è divenuto indispensabile che questa "cultura" si estenda a tutti i Cardiologi, essendo gli stessi deputati ad eseguire valutazioni cliniche strumentali cardio-respiratorie indispensabili non solo alla stratificazione dei pazienti cardiopatici ma anche alla valutazione di





*L'attività fisica come ludus*

idoneità all'avvio di attività fisica. È quindi fondamentale che siano noti i meccanismi fisiologici alla base degli effetti positivi dell'allenamento sull'apparato cardiocircolatorio nel cardiopatico ischemico o del soggetto sano in età medio avanzata. Infatti in questi tipi di pazienti vi sono alcune differenze rispetto al soggetto sano, in quanto già in condizioni basali sono presenti regimi pressori intraventricolari aumentati e conseguentemente un elevato stress di parete, con un potenziale aritmogeno del miocardio ischemico sul quale l'ipertono simpatico, indotto dallo sforzo, può costituire un vero e proprio momento "trigger". Pertanto la stadiazione della malattia coronarica e valvolare, che il

Cardiologo fa sistematicamente con i pazienti, va anche finalizzata alla prescrizione di un piano di allenamento la cui intensità, durata e frequenza va definita.

In questo ambito il Cardiologo può fare riferimento alle raccomandazioni dei protocolli italiani COCIS e ai documenti della Conferenza di Bethesda, prendendo in considerazione due aspetti:

- le condizioni cardiocircolatorie del paziente
  - le caratteristiche intrinseche della attività fisica da programmare
- La cardiopatia ischemica è spesso candidabile a programmi di attività fisica avanzata, in generale nei quadri clinici stabili. Sullo stesso piano, lo scompenso cardiaco cronico, in assenza di aritmie e di altre

condizioni di instabilità, rappresenta un quadro fisiopatologico su cui è possibile intervenire con efficacia e sicurezza.

In base ai risultati dei test si identificano i soggetti a rischio lieve che possono essere indirizzati alle fasi di allenamento: \* Assenza di ischemia inducibile \* Assenza di aritmie ventricolari \* EF a riposo > 50% \* Stenosi coronariche inferiori al 50% anche come risultato stabile di angioplastica.

È ormai ampiamente dimostrato che per ottenere il miglioramento dell'adattabilità cardiovascolare allo sforzo e della capacità lavorativa, l'esercizio fisico sportivo deve essere di intensità corrispondente al 60-80% della capacità aerobica massima determinata nel corso della valutazione funzionale iniziale), che corrisponde ad una FC compresa tra il 70 e l'85% di quella raggiunta al massimo dell'esercizio.

In conclusione si può ritenere che lo specialista Cardiologo debba inserire nel suo bagaglio terapeutico l'attività fisica che va prescritta con precisione per quanto attiene la quantità, l'intensità, la continuità, la durata.

È pertanto opportuno che l'ANMCO stimoli e favorisca iniziative come ha fatto recentemente partecipando con propri "Esperti" alla Task Force multisocietaria che fra poco tempo pubblicherà i propri lavori su "La prescrizione medica dell'esercizio fisico in ambito cardiologico".

## FRIULI VENEZIA GIULIA

DI L. MASSA, C. LESTUZZI, E. VIEL, N. MENEGUZZO, G. SINAGRA

**Protocollo di gestione del paziente da sottoporre a terapia antitumorale****Premessa**

Di seguito viene presentata una proposta di protocollo già condivisa fra le S.C. Ospedaliere di Cardiologia ed Oncologia e il Servizio di Cardiologia del C.R.O. di Aviano. Presso le strutture ospedaliere dell'area triestina è già stata attivata una fase pilota. Il protocollo, che è stato sottoposto al Direttivo Nazionale dell'ANMCO, è totalmente aperto a suggerimenti, proposte e modifiche. In attesa del parere del Direttivo e dell'auspicabile condivisione tra le società scientifiche cardiologiche ed oncologiche abbiamo comunque ritenuto opportuno presentare il testo preliminare.

I farmaci antitumorali si sono dimostrati molto efficaci nel guarire alcune neoplasie o nel rallentarne l'evoluzione. Tuttavia i chemioterapici hanno spesso un basso indice terapeutico e alcuni dei meccanismi responsabili dell'attività antineoplastica possono determinare cardiotossicità. Con il prolungamento della sopravvivenza dei pazienti affetti da tumore diventa sempre più rilevante il problema degli effetti collaterali, soprattutto di quelli cronici. La tossicità può verificarsi in assenza di una precedente cardiopatia o favorire l'ag-



Trieste, Via Carducci, anni '50

gravamento di una patologia cardiaca preesistente. I chemioterapici che più frequentemente danno problemi di cardiotossicità sono le antracicline (adriamicina, epiadriamicina, mitoxantrone), il trastuzumab, il 5-fluorouracile, il paclitaxel.

**Antracicline**

Possono determinare cardiotossicità acuta o cronica. La tossicità acuta (durante chemioterapia) può verificarsi nel 0,4-41% dei casi<sup>1</sup> (soprattutto in presenza di alterazioni elettrolitiche) e si manifesta

principalmente come tachicardia sinusale o aritmie ipercinetiche non ripetitive, in genere paucisintomatiche. In meno dell'1% dei pazienti si è verificata morte improvvisa correlata ad un'aritmia.

La tossicità cronica, che è quella più spesso osservata, si manifesta invece settimane o mesi dopo un primo ciclo di chemioterapia; può verificarsi anche durante il trattamento, se la dose cumulativa è elevata o a distanza di anni da un primo ciclo di chemioterapia, se si è reso necessario un secondo tratta-

**ANTRACICLINE DI USO PIÙ FREQUENTE**

	Dosi massime consigliate (mg/m <sup>2</sup> )*
Adriamicina (doxorubicina)	550
Epiadriamicina	1.000
Daunorubicina	600
Zorubicina	1.900
Mitoxantrone	160

Tabella 1. \*al di sopra di questi dosaggi il rischio cardiotossico è elevato

mento antineoplastico. L'incidenza è del 0.4-23% nei pazienti chemio-trattati<sup>2,3</sup> ed è conseguente alla depressione della contrattilità miocardica. La frequenza di cardiopatia indotta da antracicline è progressivamente aumentata negli ultimi anni, verosimilmente in relazione al maggior impiego e all'uso di elevate dosi di questi chemioterapici, alla maggiore sensibilità delle tecniche diagnostiche e alla prolungata sopravvivenza dei pazienti neoplastici sottoposti a tale trattamento<sup>2</sup>.

È caratterizzata dalla comparsa di segni e/o sintomi di scompenso cardiaco congestizio, che possono manifestarsi progressivamente o all'improvviso, come edema polmonare o shock cardiogeno<sup>2,4</sup>.

Il rischio di sviluppare una cardiopatia ipocinetica secondaria ad antracicline dipende da dose cumulativa del farmaco (Tab.1), elevata concentrazione delle antracicline nel sangue, precedente o concomitante radioterapia a livello del mediastino o dell'emitorace sinistro, età inferiore a 15 anni o supe-

riore a 65 anni, sesso femminile, presenza di fattori di rischio cardiovascolare o di una preesistente cardiopatia ipocinetica.

**Trastuzumab**

Il trastuzumab può causare cardiotossicità sotto forma di disfunzione ventricolare e scompenso cardiaco, soprattutto se somministrato dopo o in concomitanza alla terapia con antracicline<sup>5-6</sup>.

**5-Fluorouracile**

Il 5-fluorouracile (5FU) può determinare angina, infarto, aritmie (sopraventricolari e ventricolari), scompenso cardiaco e morte improvvisa. La cardiotossicità riguarda il 2-10% dei soggetti sottoposti a cicli con dosaggi elevati (>800 mg/die), soprattutto se in infusione continua<sup>7</sup>. Nella maggioranza dei casi i segni di cardiotossicità compaiono entro 2-3 giorni dall'inizio della somministrazione del farmaco e possono persistere anche dopo la fine dell'infusione.

**Taxani**

Il paclitaxel può determinare aritmie ipocinetiche (nella maggioranza dei casi bradicardia sinusale

oligo-asintomatica, ma occasionalmente anche blocchi atrioventricolari di II o III grado transitori), aritmie sopraventricolari e ventricolari, depressione della funzione sistolica, infarto miocardico. Tuttavia il problema della cardiotossicità del taxolo e dei suoi derivati è nel complesso trascurabile in quanto nella maggioranza dei casi le aritmie sono oligo-asintomatiche e regrediscono con la sospensione del farmaco.

**Prevenzione**

Allo scopo di ridurre il rischio di sviluppare tossicità da antineoplastici, sono stati suggeriti dei metodi di gestione della terapia antineoplastica (Tab.2). Inoltre, il monitoraggio cardiologico gioca un ruolo fondamentale nella prevenzione e nella cura della cardiotossicità da chemioterapici. Infatti il riconoscimento di fattori di rischio cardiovascolare, la valutazione clinica del scompenso emodinamico e la definizione della funzione ventricolare sinistra di base e controlli cardiologici clinico-strumentali durante e dopo il trattamento chemioterapico permettono di riconoscere un'eventuale cardiotossicità nelle fasi iniziali. In tal caso la riduzione o sospensione del farmaco e/o l'inizio di un'adeguata terapia cardioprotettiva, permetterebbero di migliorare e anche normalizzare la funzionalità cardiaca. In tale fase particolare importanza riveste la collaborazione con l'oncologo per chiarire il rapporto rischio/beneficio

**PREVENZIONE DELLA CMPA**

Screening cardiologico pre-CT
Non superare dosi cumulative massime di antracicline
Dosaggi singoli inferiori e più frequenti
Allungamento tempo infusione singole dosi
Uso di antracicline di II generazione
Uso di carriers per antracicline
Uso di agenti cardioprotettori

Tabella 2

nel ridurre, sospendere o modificare un determinato trattamento neoplastico nel singolo paziente.

**Protocollo Gestionale**

A tale scopo viene proposto un protocollo di gestione del paziente da sottoporre a terapia antitumorale (chemioterapia o radioterapia).

- Età, peso, altezza.
- Anamnesi con particolare focalizzazione alla presenza di fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa, diabete mellito, dislipidemia, obesità, sedentarietà, fumo), preesistente cardiopatia ipocinetica (di varia eziologia) o ischemica, precedente chemioterapia potenzialmente cardiotossica o radioterapia mediastinica o su emitorace sinistro.
- Funzionalità tiroidea, funzionalità renale, funzionalità epatica.
- ECG, ecocardiogramma, troponina I di base.
- ECG + ecocardiogramma, troponina I a metà ciclo (o dose totale di 250-300 mg/mq di adriamicina,

500 mg/mq di EpiADM o 25-30 mg/mq di mitoxantrone) → visita cardiologica se evidenza di modifiche ECG o Ecocardiografiche rispetto agli esami di base.

- ECG + ecocardiogramma, troponina I a fine ciclo → visita cardiologica se evidenza di modifiche ECG o Ecocardiografiche rispetto agli esami precedenti.
- ECG + ecocardiogramma a 12 e 24 mesi dall'inizio della chemioterapia → visita cardiologica se evidenza di modifiche ECG o Ecocardiografiche rispetto agli esami precedenti.
- Nei periodi intermedi visita cardiologica se comparsa di sintomi di possibile origine cardiaca (scompenso, angina, palpitazioni).

Nei pazienti da sottoporre a chemioterapia con 5FU ad alte dosi:

- ECG di base;
- visita cardiologica se > 3 fattori di rischio cardiovascolare o anamnesi positiva per angina;
- Holter cardiaco durante l'infusione del farmaco (solo durante il 1°

ciclo e nel 2° giorno di infusione) → visita cardiologica se riscontro di aritmie ripetitive e/o alterazioni ischemiche del tratto ST.

In caso di trattamento con altri chemioterapici (cis-platino, carboplatino, gemcitabina, ciclofosfamide, interleuchina 2, alfa-interferone, vinorelbina), in cui la cardiotoxicità è molto rara e frequentemente dovuta a cofattori favorenti → visita cardiologica se comparsa di sintomi di possibile origine cardiaca a discrezione del Medico Oncologo.

Referente: Dott.ssa Laura Massa, Dipartimento Cardiovascolare, Az. Ospedaliero-Universitaria di Trieste. E-mail: lauramassa@libero.it

**BIBLIOGRAFIA**

1. Jensen BV, Skovsgaard T, Nielsen SL. Functional monitoring of anthracycline cardiotoxicity: a prospective, blinded, long-term observational study of outcome in 120 patients. *Ann Oncol* 2002 May; 13(5):699-709.
2. Lacasse Y, Bolduc P. Sudden death in leukemic patients treated with doxorubicin. *Can J Cardiol* 1992;8:53-6.
3. Lipshultz SE, Lipsitz SR, Mone SM et al. Female sex and drug dose as risk factors for late cardiotoxic effects of doxorubicin therapy for childhood cancer. *N Engl J Med* 1995;332:1738-43.
4. Holland J, Frei III E, Bast R et al. *Cancer medicine*. Lea and Febiger, Philadelphia, London, 1993;2339-45.
5. Leyland-Jones B. Trastuzumab: hopes and realities. *Lancet Oncol* 2002;3:137-44.
6. Seidman A, Hudis C, Pierri MK et al. Cardiac dysfunction in the trastuzumab clinical trial experience. *J Clin Oncol* 2002; 20:1215-21.
7. Meyer CC, Calis KA, Burke LB et al. Symptomatic cardiotoxicity associated with 5-fluorouracil. *Pharmacotherapy* 1997;17:729-36.





## Francesco Boncompagni intervista Stephen Pruett Sanders

di FRANCESCO BONCOMPAGNI

Stephen Pruett Sanders è un Cardiologo Pediatra ed attualmente il Direttore del Dipartimento di Cardiologia e Cardiochirurgia dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma. Dopo essersi formato in diversi centri degli Stati Uniti ed essere stato allievo del Dott. Nadas, è diventato prima direttore del Laboratorio di Ecocardiografia del Children's Hospital di Boston e poi della Cardiologia Pediatrica della Duke University (Durham, North Carolina, USA). Da circa tre anni si è trasferito in Italia. Autore di numerose pubblicazioni che riguardano tutti gli aspetti della cardiologia pediatrica, ha partecipato anche a diversi progetti di aiuti internazionali in paesi in via di sviluppo partendo dalla Polonia, Cina, Nicaragua ed in alcuni paesi dell'America Centrale. A lui rivolgiamo diverse domande sulla sua attività per gli aiuti umanitari.



Stephen Pruett Sanders

### Partendo dalla sua esperienza nel campo degli aiuti internazionali, che cosa ci può dire?

Per prima cosa, è necessario identificare quale tipo di aiuto portare alle popolazioni dei paesi in via di sviluppo. Cioè per scegliere il modo in cui aiutare le popolazioni, bisogna innanzitutto misurare il livello di appropriatezza dei nostri interventi. In cardiologia pediatrica, ad esempio, l'appropriatezza si misura attraverso la valutazione di quei presidi che influenzano il tasso di mortalità infantile, come ad esempio le vaccinazioni. Successivamente, è necessario valutare l'impatto della mortalità per malattie cardiovascolari. Terzo ed ultimo punto, è importante valutare quanto i presidi medici esistenti possono tollerare il carico delle cardiopatie congenite operate.

Per fare un esempio concreto, se in un paese la mortalità infantile è pari a 90/100,000 nati vivi le infrastrutture per ridurre la mortalità sono molto deboli. Questo vuol dire che gli aiuti che si possono portare sono come gocce nell'oceano. Se invece consideriamo un paese con una mortalità pari a 40/100,000 in quel caso, assumendo la stessa prevalenza di cardiopatie congenite stimata nei paesi indu-

strializzati, possiamo aiutarlo in quanto la metà delle cardiopatie congenite possono essere molto serie, ed 1/3 sono patologie che predispongono o aggravano le malattie infettive.

Se la mortalità 40/100,000 il 4/1000. Con queste percentuali l'impatto degli aiuti da portare sarebbe maggiore. Guardando alla mortalità infantile, un ulteriore dato significativo è espresso dal tasso di vaccinazione: ad esempio, in Nicaragua il tasso di vaccinazione è del 80-85%, gli stessi numeri valgono per la Repubblica Dominicana. Questi sono dei criteri importan-

ti per la valutazione dell'appropriatezza.

### Come è possibile quindi organizzare gli aiuti in questi paesi?

Esistono diversi modelli per non disperdere le risorse: Modello 1. Visite periodiche all'interno della nazione con un imponente team e con tutte le strumentazioni necessarie per poter fare degli interventi di cardiochirurgia. Queste visite durano generalmente una o due settimane e poi la squadra straniera riparte per il suo ospedale di origine. Questo modello è un po' "come visitare un altro pianeta". Ha il vantaggio di aiutare alcuni bambini, ha dei costi contenuti, richiede molto tempo per i medici che si devono spostare.

Modello 2. Portare i pazienti da centri di paesi in via di sviluppo verso centri attrezzati. Ad esempio esiste un ospedale in Israele, il Wolfson Hospital, a cui vengono riferiti pazienti provenienti da altre zone dell'Africa. Questo modello è più costoso ed il numero di pazienti è molto più limitato. L'impatto è più basso.

Modello 3. È una combinazione tra il modello 1 ed una intensa attività di formazione che si esegue in loco. Questo modello permette di avere un team proprio nel paese interessato che continua a lavorare, attraverso una parte pratica e una parte teorica. Il team straniero insegna agli infermieri ed ai medici indigeni, formando il personale che rimarrà all'interno di quell'ospedale. Allo stesso tempo si

sponsorizzano eventi di formazione per supportare l'attività educativa di medici e infermieri locali. Questo è il modello applicato da noi e dal gruppo di San Donato a Milano.

Questo secondo me è il modello migliore: "Se un uomo ha fame, non dargli il pesce insegnagli a pescare".

Quando lavoravo alla Duke University, nel progetto degli aiuti al Nicaragua siamo anche riusciti a sponsorizzare un corso di specializzazione in cardiologia in Costa Rica per un medico nicaraguense.

### **Come mai non l'ha portato alla Duke University?**

La ragione per cui non ha potuto fare la specializzazione negli Stati Uniti è che, questo medico, non parlava inglese. È molto importante considerare e programmare le difficoltà pratiche, logistiche e linguistiche quando si intraprendono questi progetti.

### **Lei ha svolto l'attività di consulente per diversi progetti internazionali, facendo parte del progetto HOPE. Che cos'è?**

Questo progetto nacque durante la fase di coesistenza pacifica della Guerra Fredda. Il Presidente Dwight Eisenhower organizzò una conferenza chiamata "People-to-People", tenutasi alla Casa Bianca nel 1955, sostenendo che gli scambi internazionali tra cittadini, attraverso le arti, la medicina, gli affari e l'agricoltura, avrebbero promosso la democrazia sopra il comunismo. Subito dopo la conferenza, il Presidente ebbe un attacco cardiaco e durante il suo ricovero conobbe a Washington un cardiologo, il Dott. William B. Walsh. Non appena si conobbero meglio, il Presidente Eisenhower chiese al Dott. Walsh di elaborare e sottoporre un progetto medico per il programma People-to-People. Nel 1958, pochi mesi dopo che i Russi lanciarono il primo satellite nello spazio, lo Sputnik, il Dott. Walsh presentò la sua idea per un altro modello di "satellite", una barca adatta alla circumnavigazione: l'S.S. HOPE. La sua barca avrebbe portato la medicina, e a questo scopo fu trasformata in una nave-ospedale, grazie all'utilizzo di sovvenzioni private, provenienti dall'industria farmaceutica. Fu equipaggiata di centinaia di volontari,



*Ritratto del Dr. Walsh, che ebbe il merito di proporre gli aiuti umanitari nei paesi in via di sviluppo al presidente degli USA Eisenhower*

sia medici che infermieri, e il 22 settembre del 1960, salpò per portare aiuti medici all'Indonesia ed al Vietnam. Successivamente è stata dismessa, ma il progetto HOPE è rimasto in piedi in varie aree della medicina ed in diverse nazioni. Sono stato coinvolto per diversi anni come consulente nel progetto.

### **Come ha deciso di fare cardiologia pediatrica?**

In cardiologia abbiamo la possibilità di influenzare la salute e la vita. Sono stato attratto dalla cardiologia perché è basata su principi fisici e fluidodinamici che ne fanno una scienza prevedibile e logica. Dai sintomi si può desumere il quadro emodinamico, inoltre la maggior parte delle situazioni è curabile, il che dà molta

soddisfazione. È una scienza che si presenta con un ampio spettro e cambia ogni giorno: ancora oggi dopo 25 anni vedo cose che non ho mai visto. Inoltre, lo scopo del nostro trattamento è quello di permettere una vita normale ai bambini, agli adolescenti che diverranno adulti. La maggior parte dei nostri pazienti possono avere una vita normale come i pazienti affetti da tetralogia di Fallot, o sottoposti ad intervento di switch arterioso. In questi pazienti l'attività sportiva non è possibile al top level ma in assenza di difetti reisui o di problemi aritmici non c'è nessuna restrizione fisica.

### **Nel suo progetto al Bambino Gesù di Roma, Lei ha previsto anche un ambulatorio dedicato allo Scopenso Cardiaco?**

Lo scopenso cardiaco è un problema più piccolo di quello riscontrato nella popolazione adulta, ma sta aumentando tra i pazienti in età pediatrica. Le cause di scopenso cardiaco in questa età sono legate alle cardiomiopatie ed alle cardiopatie congenite operate. Quello che possiamo imparare da questa esperienza copre molti aspetti dell'attività medica, non solo quelli terapeutici. Nel nostro gruppo noi abbiamo formato un'équipe multidisciplinare che prevede il ricorso a nutrizionisti, psicologi, conseller, cardiocirurghi e chirurghi generali, endocrinologi, ecc., oltre ad avere un riferimento in cardiologi esperti di questi problemi, come nella cardiologia dell'adulto.



*"Sono rimasto impressionato dalla straordinarietà di questa proposta... che noi abbiamo chiamato progetto SPERANZA" - Dwight D. Eisenhower insieme al Dr. Walsh, 1958*



## Oltre lo specchio...

di FRANCESCO BOVENZI

Nel dicembre 2005 il Consiglio Direttivo ha discusso sul futuro dell'Heart Care Foundation. Nel dibattito interno emersero alcune importanti riflessioni e scambi di idee, che in pratica introducevano ulteriori e singolari aspetti di intendere le finalità di una realtà scientifica forte e consolidata come la nostra.

L'intervista in "Cuori allo Specchio" al Dott. Stephen Pruett Sanders offre lo spunto per ricordare alcuni temi discussi, in particolare quando si auspicava un impegno di ANMCO-HCF nel dare significato e forza a progetti di aiuto rivolti verso i Paesi in via di sviluppo.

Si partì dalla necessità del bisogno di parlare ai cittadini non solo per far conoscere le realtà e le tematiche che vertono sui problemi della salute collettiva e individuale e della loro salvaguardia, ma anche della necessità di rendere partecipe attivamente l'opinione pubblica e noi professionisti su concetti più generali, ma più urgenti, inerenti la salute dell'Uomo che popola la Terra.

Le enormi disparità nel modo di intendere la salute e la sua salvaguardia stimolarono la discussione sulla opportunità di realizzazione di progetti tesi a compensare queste gravi carenze e discrepanze. Una proposta questa per indirizzare gli sforzi cercando di guardare "oltre", magari proponendosi con attività più inusuali per noi professionisti cardiologi, ma di grande utilità sociale, come il farsi promotori di divulgazione e partecipazione attiva a progetti capaci di estendere il nostro patrimonio culturale e scientifico in favore di Paesi che, per motivi economici, sociali e culturali, non hanno al momento alcuna possibilità di crescita in tal senso. Se questo resta il razionale proposto, il risvolto "pratico" fonda sulla possibilità

prevalente, o addirittura unica, di indirizzare risorse economiche, scientifiche ed operative verso la realizzazione di progetti di "salute" concreti nei riguardi di popolazioni appartenenti ad aree geografiche sofferenti o carenti in tal senso.

Aiuti di intervento in opere di prevenzione ed educazione sanitaria, insegnamento dei principi di salute, diagnosi precoce, cura in ambito cardiologico, ma ancora meglio, piani di formazione specialistica di personale in loco, in funzione di un consolidamento futuro dell'intervento sanitario che sia, nel medio termine, capace di automantenersi (creazione di una scuola per infermieri, divulgazione di competenze specialistiche in ambito cardiovascolare, ecc.).

Questi gli ambiti di intervento di una Società Scientifica su cui anche in futuro varrà la pena di discutere. Giova ricordare che i nuovi profili epidemiologici attesi, proprio nei paesi in via di sviluppo, vedono le malattie cardiovascolari primeggiare insieme al diabete e alla tubercolosi tra le malattie che mostreranno la più rapida e grande crescita nei prossimi anni.







*Pablo Picasso, Ragazza di fronte allo specchio, 1932*



## DALLA “CULTURA MEDITERRANEA” UN ALLEATO PER IL CUORE DI OGNI ETÀ

di Francesco Bovenzi

Poco meno di sei o forse sette millenni di storia ci riportano in Siria, a Creta nelle prime coltivazioni dell'albero di ulivo.

Un albero mitico, sacro agli Dèi, simbolo di pace nella tradizione cristiana, ma soprattutto dotato di straordinaria forza e bellezza. L'olio ricavato dai suoi frutti ha accompagnato la storia dell'umanità.

I Fenici diffusero questa coltivazione sulle coste del Mediterraneo, mare che è culla e intreccio di civiltà: romana in Italia, greca in Sicilia e in Magna Grecia, araba in Spagna, turca a Venezia e in Slovenia.

Il Mediterraneo, che si allunga dallo stretto di Gibilterra, dalle antiche Colonne di Ercole fino al mar Rosso, è da sempre un crocevia di idee, religioni e modi di vivere. Luigi Colonna, ricordava che viaggiare in un mare come questo significa incontrare popoli antichissimi e moderne realtà, tutto ha una storia anche le piante, le più antiche e tipiche come l'ulivo, la vite e il grano. Tucidide, nel V secolo a.C., scriveva che i popoli del Mediterraneo cominciarono ad emergere dalla barbarie quando impararono a coltivare l'olio e la vite.

Con i Greci le coltivazioni di ulivo divennero sempre più numerose lungo le coste e in seguito i Romani coltivarono alberi di ulivo in ogni territorio conquistato. Costruirono i primi utensili per la raccolta e per la spremitura delle olive, perfezionarono inoltre le tecniche di conservazione dell'olio.

### D'OLIO di Aldo Cellie

*È denso  
come un parlare vero  
è d'oro verd'oro  
come un silenzio  
fatto d'ascoltare  
puro buono per davvero  
per mangiare o lenire  
da un tempo antico  
vecchio remoto  
e nascituro  
ogni anno pronto  
a dirci chi è  
mentre la scienza  
lo apre all'uomo  
nella sua verità più nuova.*

25/03/06

Per l'importante valore attribuito a questo prodotto esigevano dalle popolazioni conquistate che i tributi fossero resi sotto forma di olio di oliva.

Fin dall'inizio l'ulivo e i suoi frutti sono stati presenti nella storia degli uomini nei riti sacri e nella vita quotidiana. L'olio era utilizzato non solo per arricchire gli alimenti, ma anche come unguento nei massaggi degli atleti e come vero cosmetico e prodotto di bellezza. Nei poemi omerici l'olio veniva usato esclusivamente per la pulizia e l'igiene.

Gli antichi Romani classificavano l'olio di oliva in cinque qualità: “oleum ex albis ulivis” proveniente dalla spremitura delle olive verdi, “oleum viride” proveniente da olive raccolte a uno stadio più avanzato di maturazione, “oleum maturum” proveniente da olive mature, “oleum caducum” proveniente da olive cadute a terra e “oleum cibarium” proveniente da olive passite destinate all'alimentazione degli schiavi.

I diversi passaggi sia della Bibbia che del Corano dimostrano l'importanza dell'olio di oliva nell'alimentazione, un prodotto carico di storia che rappresenta da sempre un componente fondamentale della dieta mediterranea, una moda di cui noi cardiologi apprezziamo gli aspetti benefici per il cuore. Mai come oggi infatti sappiamo che per mangiare bene bisogna saper far uso delle conoscenze, divulgando ai cittadini i principi dell'antica e moderna scienza alimentare.



## L'OLIO D'OLIVA: IL CUORE DELL'ALIMENTAZIONE MEDITERRANEA

di Emanuele Altomare, Gaetano Serviddio, Francesco Bellanti

È noto da tempo come l'alimentazione possa influire notevolmente sullo stato di salute dell'uomo. Un regime alimentare ricco di grassi animali è associato ad un maggiore rischio di malattie cardiovascolari (1). Diventa dunque di fondamentale importanza sapere quanti e quale tipo di grassi consumiamo. È evidente il bisogno di un regime dietetico in cui la quota lipidica sia rappresentata soprattutto dai grassi di origine vegetale per la loro ricchezza in acidi grassi mono- e polinsaturi.

L'alimentazione mediterranea rappresenta un modello di notevole interesse per la minore incidenza di malattie cardiovascolari (2). La spiegazione di ciò è legata alla sua peculiare composizione, caratterizzata da un contenuto di grassi prevalentemente insaturi. Nei Paesi dell'area mediterranea la quota lipidica è infatti rappresentata per la maggior parte dall'olio extravergine di oliva. Questa denominazione è riservata all'olio che, ottenuto meccanicamente dalla prima spremitura delle olive, non ha subito manipolazioni chimiche e non presenta un'acidità superiore all'1%.

L'olivo è considerato l'albero-tipo del clima mediterraneo: i limiti settentrionali e occidentali della coltura definiscono la regione mediterranea. Ha una storia molto antica: 8000 anni fa era già coltivato in Medio Oriente; i Fenici in seguito diffusero questa coltivazione sulle coste del Mediterraneo. I Romani coltivarono l'olivo in ogni territorio conquistato, ordinando il pagamento dei tributi sotto forma di olio di oliva.

L'olio era usato per cosmesi, medicina e illuminazione, ma il suo posto d'onore era già in cucina. Lo testimoniano i leggendari trattati di Apicus, uno dei primi gastronomi, che già nel I sec. rese l'olio onnipresente nelle sue ricette per conservare, condire, cuocere.

L'olio d'oliva è costituito per il 75% da acidi grassi monoinsaturi (acido oleico) e in quantità minori da acidi



grassi saturi (palmitico e stearico) e polinsaturi (circa il 9%) alcuni dei quali essenziali (linoleico e linolenico), non essendo l'uomo capace di sintetizzarli.

Fra i costituenti minori (circa il 2-5%) vi sono sostanze ad azione antiossidante come i tocoferoli, raggruppati sotto il nome di Vitamina E. Questi costituiscono una difesa natura-

le nei confronti dei processi di lipoperossidazione (irrancidimento) e dello stress ossidativo in generale, coinvolti nella patogenesi di svariate condizioni morbose. Perché i tocoferoli possano svolgere un'efficace azione antiossidante, il rapporto tra acidi grassi e vitamina E non deve essere inferiore a 0.79. Nell'olio di oliva tale rapporto è pari a 1.87, nettamente superiore al valore limite necessario per assicurare l'azione antiossidante.

Altri componenti con proprietà antiossidante presenti nell'olio d'oliva sono fenoli e polifenoli, che comprendono i flavonoidi (ortodifenoli) e i bioflavonoidi, presenti in quantità che vanno da 50 a 500 mg/Kg (3). Altre sostanze antiossidanti sono gli acidi ferulico, vanillico, cumarico e protocachetico.

Per la sua natura chimica e fisica l'olio d'oliva è fra i condimenti grassi il più apprezzato in campo alimentare. Quando utilizzato a freddo se ne gusta interamente la fragranza e si apprezzano le sue qualità. È utile per la conservazione degli alimenti perché nel tempo è l'olio che si altera di meno. Rappresenta inoltre un ottimo prodotto per la frittura, che altera il grasso utilizzato; il calore infatti favorisce i processi ossidativi con formazione di prodotti di degradazione tossici.

Queste alterazioni sono tanto più marcate quanto maggiore è il contenuto in acidi grassi polinsaturi. Per tale motivo l'olio d'oliva, che ha il contenuto in acidi grassi polinsaturi più basso fra tutti gli oli, si altera meno con le alte temperature. Esso, infatti, ha una resistenza al riscaldamento cinque volte maggiore degli oli di semi

(per l'appunto ricchi in acidi grassi polinsaturi). Diversi studi di popolazione hanno dimostrato le proprietà cardioprotettive dell'olio extravergine d'oliva (4). La semplice sostituzione della dieta americana con un regime ricco in acidi grassi monoinsaturi forniti come olio d'oliva ha ridotto i livelli di colesterolo totale ed LDL (5). Inoltre, una dieta più ricca in acidi grassi monoinsaturi rispetto ad una ricca in carboidrati e povera in grassi determina incremento dell'HDL-colesterolo e riduzione dei trigliceridi plasmatici (6). Gli effetti benefici dell'olio di oliva si esercitano su pathway differenti del metabolismo: l'olio d'oliva migliora il metabolismo postprandiale delle lipoproteine riducendo il livello di triacilglicerolo ed aumentando l'HDL-colesterolo in fase post-prandiale (7), riduce la pressione arteriosa, sia nei pazienti ipertesi che nei soggetti normali così come migliora l'utilizzazione del glucosio nei sani come nei soggetti affetti da diabete mellito di tipo II (8). L'alimentazione mediterranea limita lo sviluppo dell'aterosclerosi.

Il consumo di olio d'oliva, ricco in componenti fenolici ad alto potere antiossidante, induce aumento del contenuto fenolico totale delle LDL, che esercita la sua azione sull'intima arteriosa, sito dell'ossidazione delle LDL (9). In pazienti ipercolesterolemici è stato riporta-



to un miglioramento della vasodilatazione endotelio-dipendente e ridotti livelli plasmatici delle molecole solubili dell'infiammazione di origine endoteliale (10). È ormai noto che la concentrazione assoluta del colesterolo e delle sue componenti non è più sufficiente a valutare il rischio cardiovascolare. Il concetto di qualità di colesterolo affianca oggi quello della quantità, laddove la quota di LDL ossidate esprime la maggiore probabilità di evento coronarico.

L'assunzione di olio d'oliva influisce anche sui processi emocoagulativi, riducendo l'aggregazione piastrinica, i livelli plasmatici di fibrinogeno, il fattore Von Willebrand, il fattore VII attivato, il tissue factor ed il PAI-1. Recentemente è stato anche dimostrato un decremento dei livelli di omocisteinemia ed una riduzione dell'irritabilità ventricolare (11). Questi peculiari effetti dell'olio d'oliva si accompagnano all'aumento della capacità antiossidante totale del plasma, espressione delle difese dell'organismo all'aggressione dei radicali liberi, suggerendo una stretta correlazione tra protezione cardiovascolare e difesa antiossidante.

Ci si è a lungo domandati se i benefici del modello mediterraneo fossero esportabili ad altre popolazioni; i risultati di uno studio condotto su una popolazione indiana ad alto rischio cardiovascolare dimostrano che un regime alimentare indo-mediterraneo, ha da solo ridotto di un terzo gli episodi di infarto del miocardio e di due terzi le morti improvvise coronariche (12).

In conclusione, una strategia efficace per ridurre la morbilità e la mortalità per patologia cardiovascolare deve contemplare un'alimentazione corretta: date le sue peculiari proprietà, l'alimentazione mediterranea ed il suo fulcro, l'olio di oliva, risulta essere particolarmente indicata e si candida a rappresentare un modello di dieta cardioprotettiva.

1. Dawber T.R., et al. *Am J Public Health* 1951;41:279-86.
2. Keys A., et al. *Am J Epidemiol* 1986;124:903-15.
3. Owen R.W., et al. *Food Chem Toxicol* 2000;38:647-59.
4. de Lorgeril M., et al. *Circulation* 1999;99:779-785.
5. Gimeno E., et al. *Eur J Clin Nutr* 2002;56:114-20.
6. Perez-Jimenez F., et al. *Atherosclerosis* 2002;163:385-98.
7. Thomsen C., et al. *Am J Clin Nutr* 2003;78(Suppl):617S-625S.
8. Ros E. *Am J Clin Nutr* 2003;78(Suppl):617S-625S.
9. Carluccio M.A., et al. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003;23:622-9.
10. Fuentes F., et al. *Am Intern Med* 2001;134:1115-9.
11. World Health Organization Study Group. *Technical Report Series*, 2003, 916.
12. Singh R.B., et al. *Lancet*, 2002; 360: 1455-61.



## A PROPOSITO DI COMUNICAZIONE

di Giuseppe Di Pasquale

Qualcuno lo ha chiamato il mercoledì nero della comunicazione mediatica.

Mercoledì 15 marzo 2006 i cittadini fin dal risveglio sono stati letteralmente bombardati attraverso Giornali, Radio e Televisione dalla notizia sensazionale di un nuovo rimedio farmacologico per spazzare i depositi di colesterolo dalle coronarie e ringiovanire il cuore riducendo il rischio di infarto. Tutto questo senza fare sacrifici a tavola né impegnarsi in attività fisiche faticose. Questo in sintesi il messaggio che attraverso i mass media è stato portato nelle case di milioni di persone.

Alla base di questa sensazionale comunicazione i risultati di uno studio, ASTEROID, presentato il giorno prima all'American College of Cardiology ad Atlanta e simultaneamente pubblicato su JAMA. La somministrazione di una statina potente ad alto dosaggio, rosuvastatina 40 mg/die, per 24 mesi è stata in grado di ridurre il volume percentuale degli ateromi coronarici valutati attraverso metodica IVUS dello 0.98% in 349 pazienti con placche ateromasiche coronariche.

Lo scopo di questa riflessione non è quello di entrare nel merito della rilevanza scientifica di questo studio, che ha già ricevuto autorevoli commenti e sicuramente costituirà per molti anni un punto importante di riferimento in tema di aterosclerosi coronarica e terapia con statine. I commenti riguardano invece il tipo di comunicazione che i mass media hanno dato alla gente sui risultati dello studio e delle sue possibili ricadute per la salute pubblica. In altre parole la riflessione critica riguarda la traduzione dei risultati dello studio operata dai media per i non addetti ai lavori.

Quello che è avvenuto il 15 marzo non è un caso isolato, anche se la cassa di risonanza della notizia questa volta ha superato ogni record.

È facile addossare ai giornalisti la colpa di una non corretta informazione. Altrettanto facile sarebbe addossare ad un'industria stimata, AstraZeneca, che investe in ricerca e sviluppo ed in progetti formativi di qualità per la classe medica, la responsabilità di una promozione disinvolta di uno studio eseguito con la statina più potente che abbiamo oggi a disposizione.

In parte queste responsabilità sicuramente esistono. Carla Massi, autorevole e seria giornalista scientifica del Messaggero, sabato 18 marzo in una Tavola Rotonda svoltasi a Roma in un congresso sulla prevenzione cardiovascolare, ha fatto un'aprezzabile autocritica della propria categoria professionale. La giornalista ha comunque spiegato che i giornali sono continuamente sommersi da comunicati provenienti da gruppi di ricerca e spesso da autorevoli riviste scientifiche, come nel caso in questione. Non è sempre facile per i giornalisti filtrare le notizie veramente rilevanti ed attribuire il giusto peso ai risultati scientifici che vengono di volta in volta proposti.

A mio parere esiste una responsabilità importante anche da parte di noi medici, soprattutto quando siamo direttamente coinvolti nella realizzazione di uno studio o di un evento scientifico. L'ambizione di apparire in prima persona o di fare apparire il proprio Centro o la propria Società Scientifica ci induce spesso ad amplificare la portata di uno studio o di un progetto e le sue possibili ricadute pratiche per la comunità.

Una normale buona pratica clinica difficilmente potrà diventare oggetto di diffusione mediatica perché non fa notizia ed i giornali, abbiamo imparato, hanno bisogno della notizia, possibilmente sensazionale. La possibile regressione dell'aterosclerosi coronarica attraverso un intervento farmacologico aggressivo è un'importante notizia scientifica per i cardiologi, ma non sicuramente per la casalinga in sovrappeso fumatrice e sedentaria o per il manager stressato. Dire che è stata scoperta un'alternativa non chirurgica per disostruire le coronarie e prevenire l'infarto senza fatica di dieta e modifica degli stili di vita fa sicuramente notizia.

Allora è necessario definire un codice etico condiviso di regolamentazione che coinvolga medici, Società Scientifiche, Editor delle Riviste mediche e giornalisti radiotelevisivi e della carta stampata. Sarebbe inoltre auspicabile che in occasione della comunicazione scientifica di una nuova scoperta diagnostica o terapeutica i mass media potessero fare riferimento a referenti scientifici esperti identificati dalle Società Scientifiche competenti.



Marilyn Monroe



## QUANDO IL CUORE FA GOLA

di Bruno Milone

La comunicazione in medicina dovrebbe partire dai centri di ricerca e arrivare ai mass media attraverso la mediazione delle riviste specializzate e società scientifiche. In realtà, in questi ultimi anni, i canali comunicativi si sono moltiplicati e hanno prodotto un flusso di informazioni imponente, caotico e spesso contraddittorio che è difficile da gestire per gli operatori sanitari, i medici, i pazienti e i cittadini in generale. Le aziende protagoniste in campo sanitario hanno propri canali, che vanno dalle riviste autoprodotte agli informatori scientifici, dai convegni e congressi ai corsi di aggiornamento professionale sponsorizzati, all'interno dei quali si avviano vere e proprie strategie promozionali, spesso con comunicati stampa accuratamente confezionati, ingaggio di opinion leader e campagne di pubbliche relazioni. Non si tratta di un'informazione deliberatamente scorretta, ma certamente molto sensibile anche alle ragioni del marketing oltre che della scienza. La rilevanza degli interessi in gioco e le aspettative di un'opinione pubblica avida di notizie impediscono che a questa situazione si possa rimediare con il ritorno ad un'informazione specialistica ed esclusiva, per addetti ai lavori.

Allo stesso tempo giornali e televisioni pressati dagli imperativi del "vendere più copie" o del "fare audience", privilegiano un'informazione spettacolare e coinvolgente dal punto di vista emotivo, dove l'equilibrio, la completezza e l'obiettività sono trascurati pur di costruire un evento sensazionale. Le malattie cardiovascolari si prestano a questa drammatizzazione per l'allarme che suscitano nelle società occidentali contemporanee. Se la più alta mortalità in Italia è quella per malattie cardiovascolari, e vi sono ogni anno circa 30mila interventi di bypass e 100mila di angioplastica, con una spesa di farmaci per il sistema cardiovascolare che copre il 23,5% di tutta la spesa farmaceutica italiana, la notizia che, secondo uno studio presentato recentemente ad Atlanta durante il 55° Congresso dell'American College of Cardiology, "una pillola al giorno" con una dose di 40 mg di rosuvastatina "libera le coronarie dai depositi di colesterolo" e "riduce il rischio di infarto", merita la prima pagina di tutti i quotidiani con un titolo accattivante ed efficace, tacendo o relegando in fondo all'articolo le modalità secondo le quali si è svolto lo studio, il livello della sua attendibilità secondo gli standard della ricerca medica e il fatto che ancora non sia stato valutato il suo impatto clinico. Come dire che se amplio una strada statale da due a quattro corsie non è detto che riduco il numero complessivo di incidenti! L'Italia secondo l'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e sviluppo economico) è uno dei paesi più avanzati in cui si registra il più alto livello di analfabetismo scientifico. Nel rapporto con la medicina prevale fra gli italiani ancora un atteggiamento misto tra l'aspettativa salvifica e il timore irrazionale. Un'informazione gestita in questo modo non contribuisce certo in questo milieu ad una valutazione critica di farmaci, di appropriatezza delle richieste diagnostiche e di terapie sempre più viziate dalla pressante richiesta di cittadini male informati.

Da più parti si invoca, per regolare i rapporti tra informazione e ricerca medica, l'introduzione di un codice etico da estendere a tutti coloro che sono coinvolti nel settore. A mio parere vi sono dei punti irrinunciabili che dovrebbero costituire la premessa nella stesura del documento:

- a) le informazioni che riguardano un problema medico scientifico devono distinguere in modo chiaro gli elementi di fatto di cui si dispone e le opinioni o le aspettative rispetto a una data ricerca.
- b) I membri della comunità medico scientifica hanno il dovere di informare in modo costante i mass media e di controllare la qualità e la correttezza delle informazioni trasmesse (solidità dei dati, ricaduta pratica, impatto assistenziale della divulgazione, ecc.).
- c) Il diritto di cronaca si deve esercitare attraverso un'attenzione costante alla pratica medica nel suo complesso con i suoi problemi quotidiani e non solo quando si presentano dei "casi clamorosi".
- d) I giornalisti devono avere un'adeguata preparazione non solo specialistica, ma allargata ai problemi organizzativi, morali e sociali posti dalla medicina. Conoscenze che vanno dalla scienza contemporanea, fino alle aspettative socio-assistenziali legate ai bisogni di salute denunciati dai cittadini.



Quando il cuore fa gola...

## LA CLINICAL COMPETENCE DEL CARDIOLOGO DELL'UTIC

di Giuseppe Di Pasquale

Per "clinical competence" non si intende solo quella del Cardiologo che esegue procedure interventistiche di emodinamica o aritmologia, oppure dedicato all'imaging cardiaco, ma anche e soprattutto la "clinical competence" del Cardiologo che opera nell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC). La formazione specifica di quest'ultimo rappresenta sicuramente un bisogno non soddisfatto. Ampia è sul territorio nazionale la disponibilità di Corsi di addestramento dedicati ad emodinamisti, aritmologi interventisti o ecocardiografisti, spesso Corsi di buon livello, promossi dalle Società Mediche di Settore o dalle Aziende Elettromedicali.

Esisteva invece la mancanza di iniziative formative dedicate al Cardiologo clinico dell'UTIC, una figura che deve essere oggi valorizzata, pena la disgregazione della Cardiologia in Servizi strumentali tecnologici. A tale scopo l'ANMCO ha ritenuto importante promuovere l'organizzazione di Corsi di clinical competence per il Cardiologo dell'UTIC.

La prima serie di Corsi è partita lo scorso autunno e ne faranno seguito altri in programma nell'anno 2006. Il progetto ha previsto un Incontro formativo

teorico di una giornata che si è svolto a Firenze presso il Learning Center dell'ANMCO il 14 ottobre 2005. In questo Incontro sono stati discussi i nuovi scenari clinici che caratterizzano le moderne UTIC, le loro attuali criticità gestionali, l'analisi dei requisiti minimi organizzativi, le problematiche connesse alle nuove competenze ed all'introduzione delle nuove tecnologie.

A questo Incontro ha fatto seguito la prima serie di stage residenziali in Centri ANMCO di eccellenza con partecipazione attiva "full immersion" dei discenti (4-5 per ogni stage) e con coinvolgimento assistenziale nelle attività cliniche dell'UTIC. Sono stati previsti dei mini-meeting interni in cui vengono presentati protocolli e percorsi di diagnosi e cura anche attraverso la discussione di casi clinici. Sono inoltre previste visite nei Laboratori di Emodinamica ed Elettrofisiologia, nei Laboratori di diagnostica cardiologica non invasiva ed in Cardiochirurgia. Gli stage della durata di tre giorni sono svolti presso Strutture cardiologiche di eccellenza distribuite sull'intero territorio nazionale, che hanno offerto la generosa disponibilità ad organizzare gli stage residenziali.

La serie di stage collegati al primo Incontro formativo si è svolta presso le UTIC della Cardiologia del Policlinico di Bari, dell'Ospedale Careggi di Firenze, dell'Ospedale Niguarda di Milano e, prossimamente, dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma. La realizzazione di questo progetto è stata resa possibile grazie all'impegno e alla professionalità dei referenti locali dei mini stage residenziali. Un cordiale ringraziamento inoltre all'Azienda Farmaceutica Boehringer Ingelheim che con il suo generoso supporto ha reso possibile la realizzazione di questa iniziativa.



*L'abilità e la precisione di un arciere*

## FORSE IL CUORE CI RESTA, FORSE IL CUORE...

Per Salvatore Quasimodo il cuore fu il luogo di identificazione di se stesso: “sei simile al mio cuore”. Così il cuore divenne per lui il canale di una nuova dimensione comunicante.

Quasimodo lo dichiara come simbolo della libertà quando in *Alle fronde dei salici* scrive “e come potevamo noi cantare / con il piede straniero sopra il cuore”. Lo richiama nella massima dimensione simbolica quando scrive “Le parole ci stancano, / risalgono da un’acqua lapidata; / forse il cuore ci resta, forse il cuore...”. È capace di caricarlo anche di valenze sociali: il Sud è stanco di tutte le razze “che hanno bevuto il sangue del suo cuore”. Quasimodo usa anche il cuore con molteplici significati per tradurre vari termini greci o latini: *fen* che significa cuore, ma anche mente, intelligenza, animo; *noos* che è lo spirito, l’intelletto, il sentimento; *sunoida* che significa avere coscienza, essere testimone come quando traduce con “sento nel cuore”; *mens*, che significa facoltà intellettuale, ragione, riflessione, pensiero, indole, coscienza, opinione, progetto, coraggio, collera. Anche nel tema dei morti, ben presente nell’immaginario quasimodiano come motivo immerso in uno spazio senza tempo, come situazione universale, il cuore rappresenta un elemento insostituibile. In *Dare e avere* (1966) Quasimodo tenta il superamento del conflitto vita-morte ripristinando un rapporto tra i due termini ricorrendo ancora una volta al cuore mediante “un dialogo con l’al di là” di *Una notte di settembre*. In fondo assurda è la differenza che esiste “tra la morte e l’illusione del battere del cuore”.

*Questa raccolta scelta di versi di Salvatore Quasimodo, grande poeta del 900 e premio Nobel per la letteratura, ci aiuta a ricordare e figurare “un cuore” nella dimensione non solo unicamente letteraria, ma ancor più straordinariamente simbolica.*

Tindari, mite ti so  
fra larghi colli pensile sull’acque  
dell’isole dolci del dio,  
oggi m’assali  
e ti chini in cuore.



Ti cammino sul cuore,  
ed è un trovarsi d’astri  
in arcipelaghi insonni,  
notte,...

Nuda notte, t’ascolto:  
e ne ha primizie dolci di suono  
e di rifugio il cuore arato;  
e mi sollevi muto adolescente,  
d’altra vita sorpreso e d’ogni moto  
di subite resurrezioni  
che il buio esprime e trasfigura.

Di te ha sgomento  
il cuore secco e dolente,  
infanzia imposeduta.

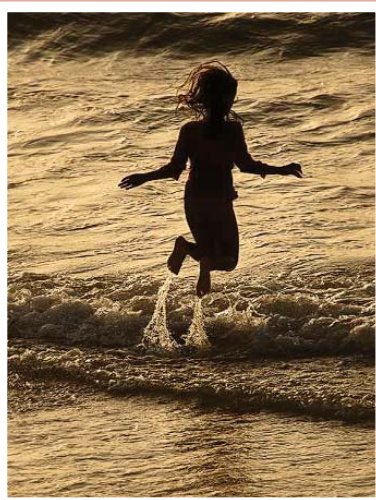
Città d’isola  
sommersa nel mio cuore.

*Acqua chiusa, sonno delle paludi  
che in larghe lamine maceri veleni,  
ora bianca ora verde nei baleni,  
sei simile al mio cuore.*

*...E dormo;  
da secoli l'erba riposa  
il suo cuore con me.*

*T'ho amato e battuto;  
si china il giorno  
e colgo ombre dai cieli:  
che tristezza il mio cuore  
di carne!  
Non so odiarti: così lieve  
il mio cuore d'uragano.*

*Una pace d'acque distese  
mi desta nel cuore  
d'antichi uragani,  
piccolo mostro turbato.*



*Il cuore mi scopri sotterraneo,  
che ha rose e lune a dondolo  
e ali di bestie di rapina  
e cattedrali da cui tenta  
altezze di pianeti l'alba.*



*Ha pure un suo nido il mio cuore  
sospeso nel buio, una voce;  
sta pure in ascolto, la notte.*

*Ali oscillano in fioco cielo,  
labili; il cuore trasmigra  
ed io sono gerbido,  
e i giorni una maceria.*

*Ognuno sta solo sul cuore della terra  
trafitto da un raggio di sole:  
ed è subito sera*

*un suono d'ali  
di nuvola che s'apre  
sul mio cuore;*

*nessuna cosa muore,  
che in me non viva.*

*Dolore di cose che ignoro  
mi nasce: non basta una morte  
se ecco più volte mi pesa  
con l'erba, sul cuore, una zolla.*





*Ti rivedo. Parole  
avevi chiuse e rapide,  
che mettevano cuore  
nel peso di una vita  
che sapeva di circo.*



*Le spie non possono scrivere versi,  
lo sai, né bere vino con gli amici,  
né dire parole al cuore di nessuno.*

*A te piega il cuore in solitudine,  
esilio d'oscuri sensi  
in cui trasmuta ed ama  
ciò che parve nostro ieri,  
e ora è sepolto nella notte.*



*A intervalli qualcosa mi supera  
leggera, un tempo paziente,  
l'assurda differenza che corre  
tra la morte e l'illusione  
del battere del cuore.*

*Deserto effimero: in cuore gioca  
il volume dei colli d'erba giovane;  
e la fraterna aura conforta amore.*



*Nell'isola morta,  
lasciato da ogni cuore  
che udiva la mia voce,  
posso restare murato.*

*Tu m'hai guardato dentro  
nell'oscurità delle viscere:  
nessuno ha la mia disperazione  
nel suo cuore.*

*Ho lasciato i compagni,  
ho nascosto il cuore dentro le  
vecchie mura  
per restare solo a ricordarti.*



*Le parole ci stancano,  
risalgono da un'acqua lapidata;  
forse il cuore ci resta, forse il cuore...*

Salvatore Quasimodo  
(1901-1968)



# Heart Care Foundation



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

## Donazione del 5‰

### C'è più cuore nella tua prossima dichiarazione dei redditi

*Per aiutare la lotta alle malattie cardiovascolari basta un piccolo gesto.*

Con la prossima dichiarazione dei redditi puoi destinare il cinque per mille per sostenere le Organizzazioni no-profit. La Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - Heart Care Foundation Onlus, è una Fondazione senza scopo di lucro, che nel solo interesse degli ammalati, promuove lo sviluppo della conoscenza nel settore medico-scientifico, in particolare nel campo cardiologico attivandosi nella ricerca scientifica, nell'istruzione e nella formazione.

Non ti costa nulla poiché è una quota di imposta a cui lo Stato rinuncia e che destina appunto alle organizzazioni no-profit per sostenere le loro attività. Non devi pagare niente di più di quanto devi al fisco, è lo Stato che rinuncia e trasferisce questa somma. Devi solo deciderlo TU, riempiendo l'apposito spazio, come nella figura sottostante, del modello CUD, 730 o UNICO, inserendo il codice fiscale 94070130482 e la tua firma oppure comunicandolo al tuo Commercialista o al CAF. Per maggiori informazioni: [www.heartcarefound.org](http://www.heartcarefound.org) o [www.tuttocore.it](http://www.tuttocore.it) oppure telefona allo 055 575661. Grazie, di cuore per il tuo importante gesto.

I NUMERI DEL CUORE

94070130482

**SCELTA DEL DICHIARANTE PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE in UNO degli spazi sottostanti)**

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni

FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) **94070130482**

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA \_\_\_\_\_

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) \_\_\_\_\_

Finanziamento della ricerca sanitaria

FIRMA \_\_\_\_\_

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) \_\_\_\_\_

Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente

FIRMA \_\_\_\_\_

**In aggiunta a quanto spiegato nell'informativa sul trattamento dei dati, si precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.**

**AVVERTENZE**

Per esprimere la scelta a favore di una delle finalità destinarie della quota del cinque per mille dell'IRPEF, il contribuente deve apporre la propria firma nel riquadro corrispondente. Per alcune delle finalità il contribuente ha la facoltà di indicare anche il codice fiscale di un soggetto beneficiario. La scelta deve essere fatta esclusivamente per una delle finalità beneficiarie.

Tuttocore



Heart Care Foundation

Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari ONLUS Riconosciuta con Decreto del Ministero della Sanità del 25/09/00  
Via A. La Marmora, 36 • 50121 • Firenze • Italia • Tel +39 055 575661 • Fax +39 055 582756  
[heartcarefound@heartcarefound.org](mailto:heartcarefound@heartcarefound.org) • [www.heartcarefound.org](http://www.heartcarefound.org)



