

M A G G I O - G I U G N O N . 1 5 1 2 0 0 6

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDILOGI OSPEDALIERI - ANMCO



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

AMICI
DELL'ANMCO

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



ANMCO 2006



**XXXVII CONGRESSO
NAZIONALE DI
CARDIOLOGIA**

FORTEZZA DA BASSO
FIRENZE
31 MAGGIO
3 GIUGNO
2006

- ANMCO 2006
- CARDIODIAGNOSI
- CARDIONURSING

...PER PRENDERCI CURA DEL CUORE



IN QUESTO NUMERO:

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

- 2** UN SALUTO DALLA REDAZIONE
di Francesco Boncompagni
- 3** DIFENDERE CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI PER CAPIRE IL FUTURO DELLA NOSTRA PROFESSIONE
di Francesco Bovenzi
- 6** È IL MOMENTO DEL PASSAGGIO DEL TESTIMONE
di Giuseppe Di Pasquale
- 17** III EDIZIONE "STATI GENERALI" ANMCO. NEL CUORE DELL'ANMCO
di Francesco Chiarella
- 21** PIÙ QUALITÀ PIÙ SERVIZI
di Francesco Bovenzi

REPORTAGE

- 22** TERAPIA CELLULARE CARDIACA: ULTIME NOTIZIE DALLA SPAGNA
di Marco Canepa e Giulio Pompilio

DALLA HEART CARE FOUNDATION

- 25** PROGETTO CARDIOLOGIE APERTE
MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE!
di Roberto Ricci

DALLE AREE

- 32** AREA EMERGENZA-URGENZA LA RICERCA DELL'APPROPRIATEZZA
di Cesare Greco
- 33** AREA INFORMATICA CENSIMENTO SULLE DOTAZIONI E L'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI
INFORMATICI NELLE STRUTTURE CARDIOLOGICHE ITALIANE
di Antonio Di Chiara e Marco Gorini
- 38** AREA MANAGEMENT & QUALITÀ IL NUOVO CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE
DI LAVORO 2002-2005 - AREA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA
di Giuseppe Rosato
- 42** AREA NURSING LE DIFFERENZE CHE UNISCONO
di Quinto Tozzi
- 44** AREA PREVENZIONE A CHE PUNTO SIAMO
di Carmine Riccio, Furio Colivicchi, Alberto Genovesi Ebert
- 47** AREA SCOMPENSO CARDIACO BILANCIO DELL'ATTIVITÀ SCOMPENSO:
DAL DOCUMENTO DI CONSENSO ALL'IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI GESTIONALI
NELLE DIVERSE REALTÀ LOCALI
di A. Di Lenarda, F. Oliva, G. Gigli, A. Mortara, G. Pulignano, G. Di Tano

FELLOWSHIP ANMCO

- 61** IL CONFERIMENTO DELLA FELLOWSHIP ANMCO
AL XXXVII CONGRESSO NAZIONALE

DALLE REGIONI

- 63** CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta

- 66** LAZIO DUE PIÙ DUE: LE ATTIVITÀ DEL PRIMO E DEL SECONDO BIENNIO
DELLA SEZIONE REGIONALE ANMCO LAZIO
di Fabrizio Ammirati
- 68** LIGURIA DALLA LIGURIA
di Gianfranco Mazzotta
- 69** MARCHE IL CONVEGNO REGIONALE AD URBINO: UN MOMENTO SCIENTIFICO
E DI AGGREGAZIONE SOCIALE
di Marcello Manfrin
- 71** PUGLIA PIÙ CUORE, PIÙ PARTECIPAZIONE
di Pasquale Caldarola
- 72** SICILIA SINTESI DI QUATTRO ANNI DI ATTIVITÀ DELLA SEZIONE REGIONALE ANMCO SICILIA
di Michele Gulizia
- 75** TOSCANA IL PROGETTO SCOMPENSO DELLA REGIONE TOSCANA
di Francesco Mazzuoli e Gabriele Castelli
- 77** UMBRIA NEWS DALL'UMBRIA: BILANCIO DI UN BIENNIO
di Gerardo Rasetti

CUORI ALLO SPECCHIO

- 78** INTERVISTA A GIUSEPPE DI PASQUALE
di Francesco Bovenzi

ISTRUZIONI PER L'USO

- 81** LA NUOVA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN "MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE"
di Francesco Chiarella
- 84** L'ACCESSO ALLA DIRIGENZA MEDICA
di Giovanni Gregorio

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

- 89** SOLO CON IL BATTITO DEL MIO CUORE
di Francesco Bovenzi
- 92** L'OCCHIO DEL CUORE
di Bruno Milone

FORUM

- 94** 1ª CONFERENZA NAZIONALE DELLA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E PREVENTIVA
di Salvatore Pirelli
- 96** IL FATTORE UMANO: ANCORA QUALCOSA SU ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO
di Paolo Bocconcelli
- 97** È LA DIETA MEDITERRANEA LA RISPOSTA AL PARADOSSO FRANCESE?
di Gaetano Serviddio e Emanuele Altomare

FIGURARE LA PAROLA

- 100** LA MALATTIA DEI MEDICI
di Francesco Bovenzi



IN COPERTINA

Litografia da
"Immagini del Cuore"
Collezione ANMCO



N. 151 - maggio/giugno 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, Luana Di Fabrizio
E-mail: cardiologiaospedali@anmco.it

Segreteria Nazionale:
ANMCO

Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 588784 - Fax 055 579334

E-mail: segreteria@anmco.it
<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:
Pier Filippo Fazzini

Aut. Trib. di Firenze n. 2381 del 27/11/74
Centro Servizi ANMCO srl

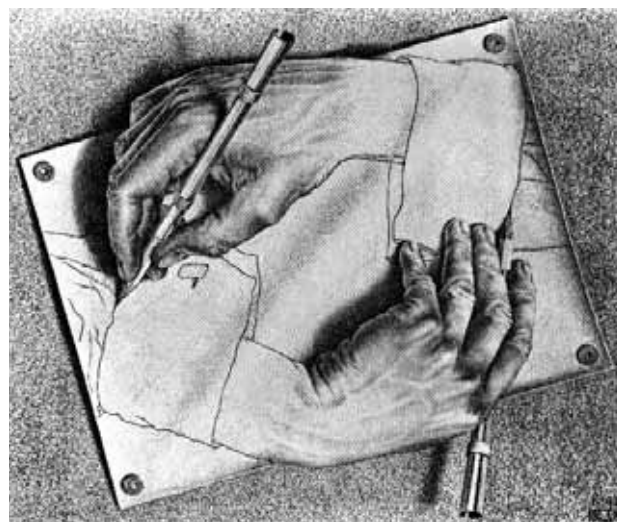
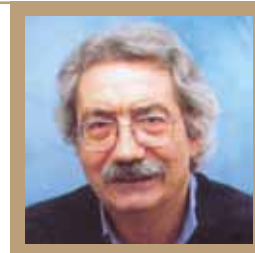
Stampa:
Tipografia Il Bandino - Firenze

UN SALUTO DALLA REDAZIONE

Come consuetudine, dopo l'elezione del nuovo Consiglio Direttivo, si rinnoverà anche la redazione di *Cardiologia negli Ospedali* che nonostante l'età – nasce nel 1964 come bollettino di informazione – gode tutt'oggi di ottima salute.

In questi ultimi anni, nonostante le note difficoltà economiche che ci hanno indotto a seguire una strategia di austerità, abbiamo puntato a trasformare il nostro bollettino prima in notiziario e poi in vera e propria rivista ufficiale dell'Associazione.

Abbiamo superato la criticità finanziaria razionalizzando le spedizioni e riducendo le spese di tipografia, puntando in ogni caso alla qualità.



M.C. Escher, *Mani*, 1948



M.C. Escher, *Mano con sfera riflettente*, 1935

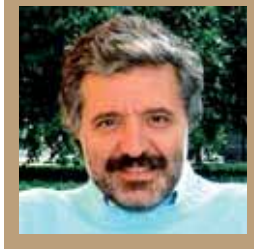
Tutto ciò, naturalmente, senza dimenticare la mission della pubblicazione, che è sempre stata quella tipica di un organo informativo sull'organizzazione e la gestione dell'ANMCO, nelle sue varie articolazioni (aree, gruppi di studio, attività regionali, ecc.).

Pur nel rispetto di questi obiettivi, abbiamo cercato di migliorarne la fruibilità comunicativa e in questa ottica, oltre ad una elegante veste grafica, abbiamo introdotto nuove rubriche, varietà di testi, informazioni relative alle attività congressuali nazionali e internazionali, lavorato sul rapporto tra testo e immagine. Per tutto questo un grazie sentito a Francesco Bovenzi.

Al momento possiamo dire che *Cardiologia negli Ospedali* resta il solo organo cartaceo ufficiale dell'Associazione, aperto al contributo di tutti, per arricchirne e migliorarne ulteriormente i contenuti.

Nel dare un cordiale saluto ai nostri lettori, ringraziamo la redazione tutta per la preziosa collaborazione, in particolare Simonetta Ricci, augurando alla rivista molti anni ancora di buona salute e buon lavoro a chi continuerà dopo di noi.

DIFENDERE CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI PER CAPIRE IL FUTURO DELLA NOSTRA PROFESSIONE

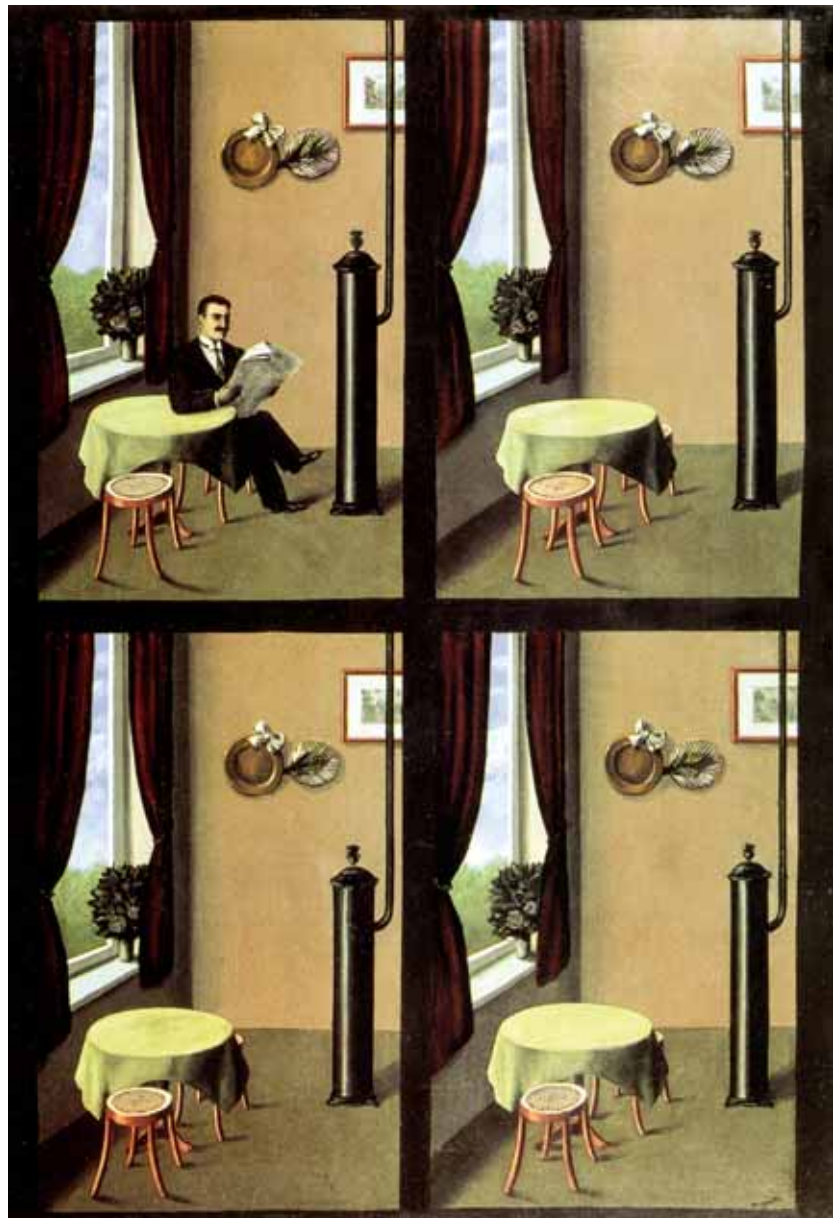


In quattro anni si è cercato con passione ed impegno di dare una svolta editoriale alla Rivista migliorando la fruibilità comunicativa con la forza dei contenuti, delle immagini, dando il massimo in termini di visibilità, di idee e creatività. L'ambiziosa scelta di un nuovo rigore nella linea editoriale e l'introduzione di una copertina figurata hanno rappresentato il più tangibile e attraente elemento di rinnovamento e personalizzazione.

Con oltre 150 numeri *Cardiologia negli Ospedali* ha raccontato circa 40 anni di storia dell'ANMCO, della sua vita associativa, ma ancor più ha colto il divenire in termini di assistenza, formazione e ricerca dell'intera Cardiologia. Il tempo ha dato ragione a chi ha creduto in questo progetto, dedicato a chi lo ha voluto, seguito e sostenuto. Non abbiamo avuto né il tempo, né le risorse per rilanciare il giornalismo d'inchiesta, strumento capace di coinvolgere ed informare sulle piccole e grandi realtà ospedaliere, un modo efficace per dare voce alle difficoltà assistenziali, alle criticità nella conduzione dei progetti di ricerca, alla carente partecipazione ai programmi formativi e alle campagne di prevenzione e di dialogo con i cittadini.

Siamo consapevoli di come in questi ultimi anni sia radicalmente cambiato lo scenario assistenziale negli ospedali e sul territorio. La sanità pubblica che oggi sosteniamo è paradossalmente molto più malata di ieri: lenta è la programmazione dello sviluppo e del miglioramento delle

attività cliniche ospedaliere, la riqualificazione dei ruoli professionali, resta un'utopia l'integrazione ospedale-territorio. In molte realtà diminuiscono di dimensioni e di numero le strutture ospedaliere, cardiologiche in par-



René Magritte, *L'uomo con il giornale*, 1928



Eugène Delacroix, *La libertà che guida il popolo*, 1830

ticolare; in altre domina la carenza di personale e delle moderne tecnologie. L'edilizia in molte realtà è inadeguata agli standard europei, manca una sistematica e coerente logica dipartimentale e una pianificazione in reti integrate per l'acuto, come per il cronico con collegamenti informatici e di telemedicina. Scarseggiano gli incentivi per la ricerca, e non solo economici, mancano i finanziamenti, nascoste o solo dimenticate le motivazioni per un impegno nella definizione delle prospettive di crescita della figura del medico ospedaliero del domani. Le ristrettezze economiche dettate dagli amministratori rispondono al budget che in questa debole realtà, disomogenea, confusa e inefficiente tutto appiana e demotiva. La Cardiologia, come la medicina più in generale, rischia di subire questi cambiamenti impoverendosi progressivamente della sua più invidiabile ricchezza: l'attività clinica. Nuove conoscenze tecniche e la singola prestazione prevaricano quell'assistenza fatta di analisi critica, di ragionamento per problemi e di pianificazione di percorsi. Il ricovero è così vissuto come sequenza di processi standard e prestazioni interne privo di una logica che guarda l'Uomo malato nella sua interezza, avulso dal suo territorio. Questo vuoto contribuisce sommessamente alla progressiva perdita della centralità del-

la figura del cardiologo che, impoverito del suo ruolo, non riesce ad arginare il conseguente "cancro" della inappropriata delle prestazioni erogate, capaci persino di rallentare la qualità dell'assistenza e la buona *governance* clinica. Una sfida quella del controllo della domanda da raccogliere per rafforzare la nostra competenza, una battaglia da portare avanti con determinazione cui non possiamo tirarci indietro. Come più grande Società Scientifica cardiologica nazionale abbiamo il compito di governare la crescita di una Cardiologia che, sospinta dalla domanda, al "sapere" privilegia il "saper fare" (il tecnicismo) e al "saper essere", l'apparire.

Anche in Cardiologia negli Ospedali

si percepisce questa silente frammentazione dell'anima olistica del Cardiologo. L'inchiesta potrebbe rappresentare uno strumento capace di entrare nelle variegata realtà ospedaliere regionali, sia pubbliche che accreditate, cogliendo l'essenza dei mutamenti, i perché, i come: conoscere il cambiamento per dominarlo. Perché in Ospedale non si fa didattica? Perché l'attività di ricerca è poco premiante per chi la fa?

Le pagine della Rivista potrebbero entrare nel cuore dei nostri tanti problemi, lasciandoci scoprire realtà territorialmente diverse o magari "lontane". La periferia da incontrare quindi non è l'Associato, ma è l'Ospedale nel quale ciascuno sente di appartenere restando troppo spesso "dimenticato". L'ANMCO deve far sentire forte la sua voce, deve accrescere il suo potere contrattuale nelle Aziende USL, nelle Regioni, nel Ministero per non rischiare di restare fuori portando avanti riforme associative e programmi che non rispecchiano la odierna realtà assistenziale. L'ANMCO deve recuperare concretezza, autorevolezza e deve quanto prima riprendere il dialogo con le Istituzioni, entrando nelle Aziende attraverso una seria politica di proposte capaci di dare forza al nostro lavoro negli ospedali. Così solo dando "voce" alle situazioni critiche, si potrà contribuire a ri-



Carlo Carrà, *I romantici*, 1916

disegnare i futuri orizzonti della nostra professione. Nonostante le mancate opportunità si è comunque cercato in questi anni di stimolare in ogni modo la più ampia circolazione delle idee, la partecipazione e il contributo dei Lettori. Questa Rivista non ha pagine di pubblicità, non esiste una casa editrice esterna. Cardiologia negli Ospedali resta forte nel suo più prezioso bene: la totale indipendenza. Come organo d'informazione, infine, non dimentichiamo che la Rivista finanzia le attività associative grazie alla pubblicità istituzionale delle Aziende "Amiche dell'ANMCO". Cardiologia negli

Ospedali resta l'unica storica testata di cui l'ANMCO è proprietaria e autrice. La sua difesa, anche contro la dispersione, deve restare un impegno di chi crede alla sua efficacia comunicativa e alla sua forza a sostegno del prestigio dell'ANMCO.

Grazie a quanti con il loro autorevole contributo hanno creduto in questa difficile sfida e a quanti in futuro raccoglieranno questi sforzi e continueranno ad alimentare la sua difesa e il suo rilancio. Auguri di buon lavoro al prossimo Comitato di Redazione e, ancora una volta come sempre, buona lettura a tutti!



È IL MOMENTO DEL PASSAGGIO DEL TESTIMONE

Siamo giunti al termine del mandato biennale 2004 - 2006 del Consiglio Direttivo dell'ANMCO e del mio incarico di Presidente dell'ANMCO. È il momento di fare il bilancio delle attività svolte, insieme all'elenco dei punti di forza e delle criticità dell'Associazione. Prima di questa sintesi, qualche riflessione personale su quello che ha rappresentato per me il biennio appena trascorso. La presidenza dell'ANMCO è stata un'esperienza entusiasmante, vissuta con la costante sensazione del tempo che trascorre troppo in fretta a fronte delle tante cose da realizzare. L'ANMCO ha costituito per due anni la mia priorità; almeno 5 - 6 ore di lavoro della giornata e tutte le domeniche sono state intensamente riempite dall'ANMCO.

La conciliazione del servizio associativo con quello professionale in Ospedale ha costituito per me la preoccupazione principale, soprattutto per il fatto di avere assunto la direzione di una nuova importante Cardiologia solo tre mesi prima dell'inizio della presidenza dell'ANMCO. La dilatazione oraria della giornata lavorativa e la rinuncia ai weekend liberi mi hanno consentito di portare avanti con serenità entrambi gli impegni. La comprensione ed il supporto familiare di mia moglie sono stati per me fondamentali in questi due anni. Ma quello che ho ricevuto dall'ANMCO è sicuramente superiore a quello che ho dato, un grande arricchimento umano e professionale talmente coinvolgente da non lasciare spazio alla stanchezza ed all'affanno. Il privilegio maggiore è stato quello di avere potuto conoscere tante persone in tutte le regioni italiane, di avere potuto lavorare con una grande squadra di Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale e con uno splendido staff del personale dell'ANMCO. Da tutti ho ricevuto supporto, contributo di idee, consigli preziosi non solo associativi e da molti amicizia ed affetto. Ringrazio gli associati dell'ANMCO che mi hanno offerto la possibilità di vi-

vere un'esperienza così intensa che lascia una traccia importante nella mia vita.

E adesso di seguito il punto della situazione delle numerose attività svolte nel biennio 2004-2006. Per fare questo seguirò come riferimento le linee programmatiche 2004-2006 ed il bilancio di metà percorso, entrambi pubblicati su "Cardiologia negli Ospedali" rispettivamente nel numero luglio-ottobre 2004 e maggio-giugno 2005. L'Incontro degli "Stati Generali dell'ANMCO" recentemente svolto a Bertinoro ha costituito inoltre un momento importante di riflessione sulle attività svolte, le criticità e le prospettive di impegno futuro.

La Struttura e l'Organizzazione interna

La complessità organizzativa dell'ANMCO e le sue articolazioni interne nei diversi settori della Segreteria, Amministrazione, Centro Formazione, Centro Studi e Heart Care Foundation richiedono un'approfondita conoscenza da parte di chi è chiamato a dirigere pro tempore l'Associazione. Questo è quello che ho cercato di fare fin dal primo giorno del mio mandato.

Il maturo personale dell'ANMCO costituisce un patrimonio prezioso ed in particolare lo staff efficiente e fidelizzato della Segreteria e dell'Amministrazione assicurano la continuità organizzativa della macchina interna a fronte del cambiamento dei suoi Presidenti.

La scelta attuata dal Consiglio Direttivo è stata quella di formalizzare un ruolo di responsabilità a Simona Saracco e Monica Nottoli per i settori della Segreteria ed Amministrazione, rinunciando alla scelta di un Direttore Generale proveniente dall'esterno. Ritengo che questa sia stata una scelta felice.

Allo scopo di migliorare l'efficienza dei meccanismi operativi e di conseguenza la qualità dei servizi offerti si è deciso inoltre di intraprendere un processo di certi-



Pietro Perugino, Consegna delle chiavi, 1482

ficazione di Qualità. Il Vice Presidente per le attività organizzative e gestionali Francesco Bovenzi ha coordinato insieme a Simona Saracco questo complesso percorso che ha visto coinvolto tutto il personale dell'ANMCO. Il brillante conseguimento della certificazione di Qualità ISO 9001:2000 avvenuto nel mese di maggio non rappresenta solo un bollino di qualità, ma l'organizzazione di un importante strumento per il miglioramento dei processi organizzativi dell'ANMCO. Separatamente alla fine del 2005 era stata conseguita la certificazione di Qualità della Ricerca che afferisce ad Heart Care Foundation.

Dall'inizio dell'anno l'ANMCO ha una casa più grande. Alla fine del 2005 è stato acquistato un nuovo appartamento di 250 mq ubicato al piano superiore di quello che attualmente ospita l'elegante sede fiorentina dell'ANMCO. Le attività della nostra Associazione sono aumentate notevolmente negli ultimi anni. Complessivamente nei diversi settori circa 20 persone sono stabilmente impegnate ogni giorno a lavorare al terzo piano di Via La Marmora 36. Esisteva pertanto la necessità di

acquisire una sede più ampia. La possibilità di realizzare questo auspicato obiettivo senza traslocare da via La Marmora ci è sembrata un'opportunità irripetibile. La disponibilità di uno spazio lavorativo più ampio e confortevole contribuirà a rendere ancora più efficiente la complessa attività del personale della nostra cara ANMCO. L'obiettivo futuro è quello di avvicinare il Centro Studi nello stesso edificio.

L'immagine e la visibilità dell'ANMCO sono ulteriormente cresciute all'esterno anche grazie al lavoro svolto dal nostro Ufficio Stampa Star Service Communication. Un biglietto di presentazione all'esterno dell'ANMCO è costituito dalla nuova elegante brochure che viene presentata in occasione del Congresso.

Rapporti con le Istituzioni

In questi due anni è stato realizzato un importante consolidamento dei rapporti dell'ANMCO con le Istituzioni Sanitarie sia a livello nazionale che regionale. È proseguita una stretta collaborazione con l'Istituto Supe-

riore di Sanità (ISS) con la costituzione di un Gruppo di Ricerca Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC) e l'avvio dello studio collaborativo ANMCO-ISS sulle sindromi coronariche acute (IN-ACS Outcome). È in corso il follow-up della coorte dell'OEC che entra a far parte della linea base del Progetto Cuore dell'ISS per l'aggiornamento della carta italiana del rischio cardiovascolare. È inoltre in corso di valutazione da parte del Comitato Scientifico ANMCO/HCF-ISS il progetto dello studio di una nuova coorte OEC da realizzare nel 2007 con il supporto del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute.

Nel mese di gennaio 2006 ha preso infine avvio lo studio IN-ACS Outcome per la valutazione degli esiti delle cure in pazienti con sindrome coronarica acuta ricoverati in Strutture di Cardiologia e Medicina Interna italiane.

Un altro coinvolgimento istituzionale dell'ANMCO è quello nel CCM del Ministero della Salute dove abbiamo una presenza attiva nel Sottocomitato Scientifico per la prevenzione del rischio cardiovascolare. I due progetti del Ministero che verranno attivati a livello regionale riguardano l'implementazione della carta del rischio cardiovascolare e la prevenzione delle recidive in pazienti che hanno avuto un evento coronarico. In molte Regioni è in corso un coinvolgimento attivo di cardiologi ospedalieri soprattutto nel progetto di prevenzione secondaria. La partecipazione dell'ANMCO in questa Commissione del Ministero della Salute è importante anche in considerazione di un possibile futuro ampliamento delle sue aree di intervento. A tale proposito è già stata recepita dal CCM una proposta dell'ANMCO in ambito di prevenzione dello scompenso cardiaco.

A livello regionale il coinvolgimento dell'ANMCO da parte delle Istituzioni Sanitarie è ancora disomogeneo e talora legato più ad entrate di tipo personale. Deve essere tenacemente perseguito l'obiettivo di formalizzare a livello di ogni singola Regione l'ufficializzazione della FIC (Presidente ANMCO e Presidente SIC) quale referente unitario nei confronti degli Assessorati della Sanità ed Agenzie Sanitarie Regionali.

L'ANMCO in questo biennio si è fortemente impegnata

per rendere attuativo il Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" nei due principali ambiti assistenziali del paziente cardiologico acuto con emergenza coronarica e del paziente cronico con scompenso cardiaco. A partire dall'inizio del 2006 è stato dato avvio ad una Campagna Educazionale Nazionale sulle "Reti interospedaliere per le sindromi coronariche acute" che prevede lo svolgimento di 20 Riunioni regionali entro il 2007. Scopo del progetto è ottenere l'implementazione di una strategia di rete interospedaliere in tutte le Regioni italiane coinvolgendo le Istituzioni Sanitarie regionali e le altre Società Scientifiche interessate (SIC, SICI-GISE, SIMEU e SIS 118). I contenuti della Campagna fanno riferimento al II Documento di Consenso sull'infarto fortemente voluto dall'ANMCO e prodotto da una Commissione FIC - SICI-GISE con lo svolgimento di una Consensus Conference nell'ottobre 2004 e la pubblicazione come Supplemento dell'Italian Heart Journal nel dicembre 2005.

Contemporaneamente allo svolgimento delle Riunioni regionali della Campagna Educazionale Nazionale, è in atto un diffuso coinvolgimento dei cardiologi ANMCO nei Comitati regionali o provinciali per le Reti dell'emergenza coronarica che gradualmente si vanno costituendo nella maggioranza delle Regioni.

Nell'ambito assistenziale dello scompenso cardiaco sono state svolte le Riunioni regionali sul management gestionale ed organizzativo dei pazienti con scompenso cardiaco. È stata inoltre realizzata una Consensus sui modelli gestionali dello scompenso con il coinvolgimento di numerose altre Società Scientifiche ed organismi istituzionali. Il Documento finale è in corso di pubblicazione; l'obiettivo successivo è un progetto di implementazione regionale attraverso l'avvio di sperimentazioni gestionali locali.

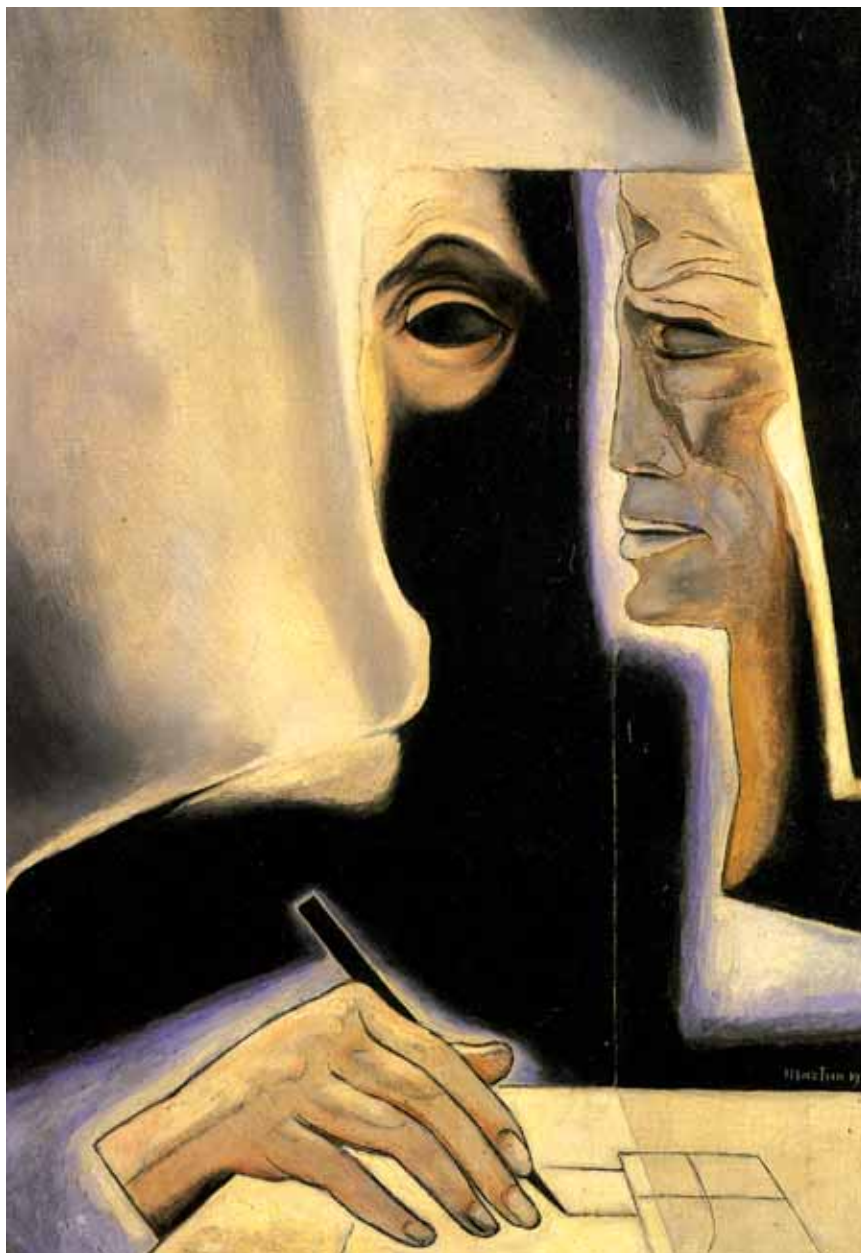
La politica federativa

L'attuale clima federativo e quello dei rapporti ANMCO - SIC sono oggi sicuramente molto buoni. Lo spirito unitario e collaborativo dell'attuale Presidente FIC Attilio Maseri e del Presidente SIC Maria Grazia Modena sono stati determinanti per costruire un nuovo clima di fiducia. Qualche passo avanti in questi due anni è stato

sicuramente fatto. È stato attivato un Consiglio Federale delle Società cardiologiche di Settore con la costituzione di un tavolo comune intorno al quale possono essere affrontati i problemi della Cardiologia prendendo decisioni condivise. L'affiliazione del SICI - GISE alla FIC, che auspicabilmente potrebbe presto realizzarsi, completerà l'assetto federativo della Cardiologia italiana.

È stata ottenuta una svolta editoriale importante con il varo dall'inizio del 2006 di un Giornale ufficiale della FIC realmente internazionale, il *Journal of Cardiovascular Medicine*, edito da Lippincott Williams & Wilkins, Publisher dei Giornali dell'American Heart Association, ed il gradito ritorno alla gloriosa testata del *Giornale Italiano di Cardiologia*. La rappresentanza unitaria della Cardiologia italiana nei confronti della Società Europea di Cardiologia si è ulteriormente consolidata. L'auspicato successo della candidatura FIC di Roberto Ferrari alla Presidenza della ESC potrebbe fortemente favorire il consolidamento del tavolo federativo.

Tutto questo però non è sufficiente, e nei fatti per molti aspetti la FIC è sentita ancora come realtà virtuale piuttosto che casa comune della comunità cardiologica nazionale. Nella Riunione degli "Stati Generali dell'ANMCO" svoltasi in aprile a Bertinoro la FIC ha costituito uno dei punti chiave della discussione. È arrivato il momento di fare dei concreti passi avanti per i quali è necessaria una condivisione degli obiettivi da parte di tutta l'Associazione e non solo dei suoi vertici. Il Consiglio Federale deve iniziare a funzionare e le Società di Settore che ne fanno parte devono essere riconosciute come referenti della Cardiologia italiana nei confronti della ESC e delle Istituzioni Sanitarie per gli ambiti di propria competenza. È necessario iniziare un



Alberto Marini, *Lo spirito lavora*, 1929

processo di interazione tra Aree ANMCO e Gruppi di Studio SIC, con una convergenza nelle rispettive Società cardiologiche di Settore federate oppure nella costituzione di Working Group congiunti per i campi di interesse non rappresentati dalle Società di Settore. L'altro aspetto riguarda quello di un fundraising unitario per la Ricerca cardiovascolare sul modello Telethon.

I passi successivi dovranno essere quelli dello svolgimento in maniera congiunta di un certo numero di iniziative formative e congressuali oggi autonomamente svolte da ANMCO e SIC. Un Centro Formazione FIC di

alto profilo potrebbe rappresentare un'ambiziosa ipotesi sulla quale iniziare a riflettere.

Tutto questo senza indebolire lo spirito associativo dell'ANMCO fondato sulla ricchezza di esperienza e rilevanza sociale della nostra Associazione.

Il rapporto Centro - Periferia

Uno dei principali obiettivi del programma del Consiglio Direttivo è stato quello di superare la criticità dello "scollamento" Centro - Periferia. L'impegno è stato forte. Non spetta a me dire in che misura questo obiettivo è stato raggiunto. La grande forza dell'ANMCO che costituisce una specificità dell'Associazione è costituita dalle Regioni. In questi due anni ho avuto il privilegio di essere invitato nella maggioranza delle Regioni, spesso in occasione di Congressi, Consigli Direttivi ed Assemblee regionali dei soci ANMCO. Ho potuto rendermi conto da vicino della grande ricchezza e vivacità delle attività regionali, dell'impegno e spirito di servizio di tanti Presidenti regionali e delle aspettative dei soci che spesso non riusciamo a soddisfare.

Molti sforzi sono stati fatti dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO per migliorare la comunicazione e coinvolgere maggiormente i Presidenti regionali ed il Consiglio Nazionale nelle scelte strategiche dell'ANMCO. La comunicazione è migliorata attraverso il potenziamento

degli strumenti di informazione (Cardiologia negli Ospedali, sito Web) e l'istituzione di una Newsletter informativa trimestrale. Al di là di questi strumenti il colloquio telefonico ed i fitti scambi di mail hanno consentito un confronto costante tra la leadership dell'ANMCO ed i responsabili di tutti gli organi ed organismi dell'Associazione oltre che con ogni semplice associato che si è rivolto all'ANMCO per avanzare richieste, critiche o proposte.

Nel biennio 2004-2006 è stato dedicato uno spazio temporale maggiore al Consiglio Nazionale riunito complessivamente 9 volte per un totale di 13 giornate e 83 ore di lavoro (circa il 40% in più rispetto al biennio precedente). Si è cercato di attuare una migliore preparazione delle Riunioni con l'invio preventivo del materiale da discutere ed uno spazio ampio nelle Riunioni del Consiglio Nazionale è stato dedicato all'informativa proveniente dalle Regioni. In più di un'occasione inoltre le Riunioni del Consiglio Nazionale hanno preceduto quelle del Consiglio Direttivo con l'obiettivo di non limitare il ruolo del Consiglio Nazionale a quello di ratificatore di decisioni precedentemente assunte dal Consiglio Direttivo.

La valorizzazione del ruolo del Presidente e del Consiglio Direttivo Regionale ed il rafforzamento dell'ANMCO regionale, anche attraverso un potenziamento del

supporto segretariale ed amministrativo, sono obiettivi che, sono certo, verranno ulteriormente consolidati da parte del prossimo Consiglio Direttivo ANMCO.

I rapporti con il mondo scientifico non cardiologico costituiscono un altro importante obiettivo. L'attenzione dell'ANMCO per questi aspetti è stata in questi due anni sempre molto elevata. La collaborazione con le altre Società Scientifiche non cardiologiche (FADOI, SIMEU, SIS 118, IRC, SIMG etc.) è andata al di là della organizzazione di Simposi Congiunti nei rispettivi Congressi, con la costituzione di tavoli di lavoro per l'elaborazione di Documenti condivisi, pianificazione di eventi



Carlo Carrà, *La carrozzella*, 1916

formativi e studi clinici collaborativi e la realizzazione di iniziative editoriali. Le interazioni con la Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche (FISM) sono invece ancora deboli, ma questo soprattutto in relazione all'attuale debolezza strutturale ed organizzativa della FISM.

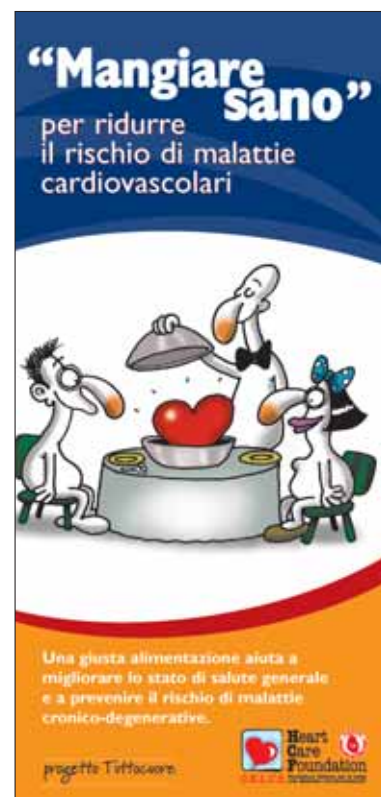
Progetto ANMCO Giovani

Un obiettivo forte del Consiglio Direttivo dell'ANMCO è stato quello di ricercare nuove modalità di attrazione ed incentivazione dei giovani nell'ANMCO. A tale proposito è stata costituita una Task Force "ANMCO Giovani" di 11 cardiologi under 40 con lo scopo di promuovere coinvolgimento, cultura, formazione e ricerca cardiologia dei giovani associati.

Il Documento programmatico di questa Task Force è stato favorevolmente accolto dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO. In occasione del Congresso una Sessione sarà dedicata al confronto sulle attività di formazione e ricerca proposte. All'interno del Congresso dell'ANMCO si svolgerà inoltre una Convention di tutti i giovani cardiologi dell'ANMCO. L'obiettivo è quello di creare un nuovo Gruppo di Lavoro dell'ANMCO, non autoreferenziale ma trasversale rispetto agli Organismi esistenti, con l'obiettivo di portare un contributo di innovazione e stimoli propositivi all'interno della nostra Associazione.

Heart Care Foundation

Le attività della Fondazione in questo biennio si sono svolte in piena sintonia con il Consiglio Direttivo dell'ANMCO. La presenza nel Consiglio di Amministrazione di Heart Care Foundation del Presidente Designato Franco Chiarella con il ruolo di Amministratore delegato per la ricerca e la costante presenza del Presidente di HCF Franco Valagussa in tutte le Riunioni del Consiglio Direttivo dell'ANMCO hanno consentito di stabilire un costante collegamento tra l'ANMCO e la sua Fondazione.



La fidelizzazione dei soci ANMCO alle iniziative di HCF è sicuramente migliorata. Ne costituisce un indicatore l'adesione di 158 Cardiologie alla prima edizione di Cardiologie Aperte svoltasi nel 2004 e di 280 Cardiologie alla seconda edizione del 2005. Analogamente, buona è stata l'adesione delle Strutture cardiologiche ospedaliere al Progetto "Cuore e Qualità" attualmente in corso, indagine nazionale promossa da Heart Care Foundation con la collaborazione di Eurisko sulla qualità percepita dai pazienti per i servizi cardiologici ospedalieri. Meno soddisfacente è invece la penetrazione di HCF nelle numerose iniziative autonome locali di educazione sanitaria promosse dagli stessi cardiologi ANMCO. Nella maggioranza di queste iniziative HCF non compare. Esiste inoltre in periferia un certo timore che le iniziative della Fondazione possano andare ad interferire con le iniziative locali promosse dagli stessi cardiologi ANMCO. Ricordiamoci che spesso le iniziative locali hanno anche lo scopo del fundraising realizzato attraverso le diverse Associazioni degli "Amici del Cuore" fondate dai cardiologi. Una chiarezza ed una tranquillizzazione in questo senso sono necessarie ed il ruolo dei referenti regionali di HCF è a tale proposito fon-

damentale. Sarebbe auspicabile che in futuro le iniziative locali dei cardiologi dell'ANMCO potessero rientrare sotto l'ombrello di HCF. L'eccellente materiale educativo preparato dalla Fondazione e la sua immagine potrebbero essere un supporto per le diverse iniziative autonome locali.

L'obiettivo del fundraising per la Ricerca che HCF avrebbe dovuto attuare attraverso il reperimento di risorse da fonti alternative all'Industria Farmaceutica si è dimostrato di difficile attuazione. A tale proposito è necessaria una profonda riflessione. L'alternativa è tra quella di un fundraising autonomo, per il quale ricercare nuovi strumenti, e quella di un fundraising federativo che potrebbe prevedere una coalizione delle diverse componenti della Cardiologia italiana insieme alle Associazioni di volontariato dei pazienti cardiopatici. In più di una occasione ho espresso il mio orientamento per questa seconda ipotesi.

La Ricerca

Esiste una parte meno visibile dell'ANMCO, che ha meno rapporti diretti con il Consiglio Direttivo. È il Centro Studi, diretto con efficienza e professionalità da Aldo Maggioni, che costituisce un patrimonio prezioso dell'ANMCO. I miei rapporti con Aldo Maggioni in questi due anni sono stati pressoché quotidiani; la sua capacità gestionale della Ricerca fanno del Centro Studi un gioiello dell'ANMCO invidiato da molti. Le interazioni tra il Comitato Scientifico ed il Consiglio Direttivo sono state potenziate. Oltre alla partecipazione del Direttore del Centro Studi ad ogni Riunione del Consiglio Direttivo, sono stati istituzionalizzati due incontri annuali tra Consiglio Direttivo e personale del Centro Studi. Il Comitato Scientifico coordinato da Giuseppe Steffenino ha lavorato molto bene, acquisendo insieme alle Aree un ruolo ideativo e propositivo per la Ricerca ANMCO. La propositività in tema di Ricerca clinica da parte delle Aree e di gruppi di soci è decisamente buona. Negli ultimi tre anni oltre 20 studi sono stati approvati dal Comitato Scientifico e dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO.

Il momento attuale è particolarmente favorevole, con importanti studi clinici ANMCO in corso tra i quali per

la prima volta contemporaneamente due studi GISSI, il GISSI-HF ed il GISSI-AF, per i quali continua la felice collaborazione ormai ventennale tra ANMCO ed Istituto Mario Negri. Accanto agli studi GISSI, al CardioSIS, AREA-HCF, IN-ACS Outcome, DYDA, sta per partire un nuovo studio di intervento nei pazienti con sindrome coronarica acuta ed iperglicemia, lo studio SWEET ACS che ha lo scopo di confrontare un trattamento metabolico aggressivo vs "usual care" in 1500 pazienti con sindrome coronarica acuta ed iperglicemia (glicemia ≥ 140 mg/dl e < 200 mg/dl).

Dopo diversi anni un rinnovato impegno di ricerca clinica dell'ANMCO nel campo delle sindromi coronariche acute. La brochure annuale degli studi clinici dell'ANMCO preparata dal Centro Studi in occasione del Congresso rende l'idea della vivace attività di Ricerca clinica a tutto campo (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco, aritmie, prevenzione cardiovascolare) svolta dall'ANMCO.

Per rispondere alle criticità del finanziamento degli "studi orfani", cioè di quelli che difficilmente trovano un supporto da parte dell'Industria Farmaceutica, è stato istituito un Fondo annuale ANMCO per la Ricerca destinato al finanziamento o co-finanziamento di progetti meritevoli proposti da Aree o singoli ricercatori.

Al Fondo è stato destinato il 2% del fatturato annuale del Centro Servizi ANMCO; per l'anno 2005 il Fondo ANMCO ammonta a circa 90.000 Euro. In occasione del Congresso ANMCO di quest'anno verrà attribuito un grant di 90.000 Euro al progetto di Ricerca migliore selezionato dal Comitato Scientifico tra 11 progetti di elevata qualità scientifica che hanno partecipato al bando per il Fondo ANMCO 2005 per la Ricerca.

Accanto ad una elevata propositività di progetti di Ricerca con una soddisfacente promozione di nuovi studi, si osserva purtroppo da qualche tempo una flessione del livello di partecipazione agli studi clinici dell'ANMCO. In particolare procede lentamente l'arruolamento negli studi GISSI-AF e IN-ACS Outcome.

Allo scopo di incentivare la Ricerca clinica ANMCO, soprattutto tra i giovani, si sta realizzando grazie al reperimento di appositi finanziamenti l'istituzione di Unità di Ricerca Clinica (URC) a livello sperimentale presso un piccolo numero iniziale di Cardiologie particolar-

mente motivate. Un altro meccanismo che potrebbe contribuire all'incentivazione della Ricerca è quello della possibilità di prevedere l'attribuzione di crediti formativi ECM per medici ed infermieri che partecipano attivamente a studi e registri promossi dall'ANMCO. A tale scopo abbiamo fatto specifica richiesta alla Commissione Nazionale ECM del Ministero della Salute. Il Direttore della Commissione, Dottorssa Maria Linetti, ci ha assicurato l'impegno a sostenere la nostra richiesta.

I fellow costituiscono il core culturale e propositivo dell'ANMCO. Una rivitalizzazione dell'istituto della fellowship potrebbe essere uno strumento importante per aumentare la partecipazione dei soci alle attività della Ricerca ANMCO. Quello che si è cercato di attuare è stato un maggiore coinvolgimento dei fellow per l'attivazione di incarichi scientifici negli eventi congressuali e formativi. Questo non è probabilmente sufficiente ed è necessaria la ricerca di nuove strategie partecipative.

Il G8 Cardio ANMCO ed i Registri

In questi due anni è stato concluso il progetto G8 Cardio ANMCO che ha portato al trasferimento sul Web della precedente versione "client server" con i complessi aggiustamenti tecnologici. Il nuovo G8 Cardio Web si propone come strumento informativo integrato per la gestione clinica del paziente cardiologico nei diversi ambiti di cura. Il G8 Cardio Web fornisce inoltre alla Cardiologia italiana uno strumento informatico idoneo per la realizzazione di survey o registri.

Al Registro permanente dell'ANMCO sullo scompenso cardiaco cronico IN-CHF che lo scorso anno ha festeggiato il decimo compleanno si è aggiunto quello delle sindromi coronariche acute (IN-ACS Outcome, cui se-



Renato Birolli, *I poeti*, 1935

guirà l'IN-ACS Registry) e sta per partire il Registro Prevenzione (IN-CP) con l'utilizzo di specifici Minimal Data Set attraverso la piattaforma del G8 Cardio Web.

La Formazione

Un grande sforzo è stato realizzato per potenziare la Formazione, privilegiando la realizzazione di Eventi formativi in periferia. Sono stati migliorati i meccanismi di processo attraverso i quali l'ANMCO gestisce i prodotti formativi con l'obiettivo di garantire un utile economico per l'Associazione. Nel progetto di riorganizzazione della Formazione, fondamentale è stato il contributo di Francesco Bovenzi che insieme al Vice Presidente per le attività culturali Paolo Verdecchia ha gestito l'organizzazione di un ambizioso programma formativo. Per tutti gli Eventi formativi a valenza nazionale (Campagne Educazionali Nazionali e Seminari di Aggiornamento) si è cercato di garantire il massimo coinvolgimento delle Aree e dei Presidenti Regionali. Per il Piano Annuale Formativo ANMCO 2006 è stato raggiunto l'importante obiettivo di pubblicare il programma sia in Web che in formato cartaceo entro la pri-

ma metà del mese di dicembre 2005. Questo il numero di iniziative formative realizzate o in corso di avanzata realizzazione nel biennio 2005-2006: 4 Campagne Educative Nazionali, 12 Seminari di Aggiornamento, 2 Corsi e-learning, 21 Eventi formativi intramurali presso il Learning Center ANMCO, 188 Eventi formativi extramurali, 89 Eventi regionali, oltre 250 Corsi di Rianimazione cardiopolmonare di Base e Avanzata.

A questo va aggiunto il progetto appena realizzato grazie all'impegno di Paolo Verdecchia dell'ANMCO Slide Bank che costituisce un nuovo ed importante servizio a disposizione dei soci, fruibile attraverso il sito Web dell'ANMCO.

Iniziative Editoriali

Numerose le iniziative editoriali realizzate in questo biennio. Anzitutto un profondo rinnovamento degli strumenti di comunicazione: il Giornale "Cardiologia negli Ospedali" ed il Sito Web dell'ANMCO.

"Cardiologia negli Ospedali" è un'attraente quarantenne che negli ultimi anni grazie soprattutto alla inesauribile fantasia ed al generoso impegno di Francesco Bovenzi ha saputo rinnovarsi nell'impostazione, nelle rubriche, nel linguaggio e nella grafica. Questo rinnovamento ha trasformato la Rivista da Bollettino interno-Notiziario ad efficace ed elegante Giornale dell'ANMCO.

Il Sito Web dell'ANMCO, vero biglietto da visita dell'Associazione, sotto la solerte guida di Luigi Oltrona Visconti ha subito anch'esso un profondo rinnovamento con l'obiettivo di aumentare la fruibilità ed i servizi. Una nuova Rivista rivolta ai Medici di Medicina Generale "Tempo Medico Cuore" edita da Masson e realizzata dall'Agenzia Zadig è stata lanciata dall'ANMCO in occasione del Congresso 2005. Il Comitato di Redazione della Rivista è costituito da cardiologi e medici di Medicina Generale con la guida attenta del Direttore Scientifico Carlo Schweiger. Il Giornale è rivolto ai medici di Medicina Generale con la trattazione dei diversi argomenti sempre dal doppio angolo di osservazione del cardiologo e del medico di Medicina Generale.

Numerose le altre iniziative editoriali prodotte negli ultimi due anni attraverso l'impegno di Aree e soci ANMCO: il "Manuale Cardionursing" nato per volontà del-

l'Area Nursing, le eccellenti monografie "La prevenzione nello scompenso cardiaco" nato dalla collaborazione tra Area Scompenso Cardiaco e Area Prevenzione Cardiovascolare e "Appropriatezza in Cardiologia" novità editoriale dell'Area Management & Qualità che viene presentata in occasione del Congresso ANMCO.

La lista delle iniziative editoriali prodotte in questo biennio è completata dagli "Atti della III Conferenza nazionale sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari" e dalla Consensus Conference sui "Modelli gestionali ed organizzativi nello scompenso cardiaco" pubblicati rispettivamente come supplemento dell'Italian Heart Journal e numero monografico del mese di giugno 2006 del Giornale Italiano di Cardiologia.

Complessivamente si tratta di una vivace attività editoriale che testimonia la vitalità culturale e scientifica dell'ANMCO.

Il Congresso

In questi due anni sono stati compiuti molti sforzi per rendere il Congresso dell'ANMCO ancora più attraente. Molte le novità introdotte a partire dal Congresso ANMCO 2005. Anzitutto la riduzione della durata a 4 giorni senza tuttavia una significativa riduzione del numero di Simposi ed Eventi Seminariali. Le innovazioni scientifiche sono rappresentate dalla introduzione delle Live Session di interventistica cardiovascolare, Clinical Round di discussione di casi clinici con snodi decisionali e l'apertura del Congresso ai Medici di Medicina Generale attraverso un Evento dedicato di una giornata, il "Cardiologist ANMCO".

Il numero di iscrizioni di medici al Congresso ANMCO ha superato per la prima volta nel 2005 quota 3000 ed i riscontri provenienti anche dall'esterno del mondo ANMCO sono molto lusinghieri.

Questo successo non ha rallentato gli sforzi per migliorare ulteriormente la qualità del Congresso e la partecipazione dei giovani. Per il Congresso ANMCO 2006 è stato fatto uno sforzo di fantasia per valorizzare le comunicazioni con l'inserimento di comunicazioni scelte all'interno di 10 Simposi del Congresso. Inoltre sono state previste Sessioni speciali di comunicazioni nelle quali è stato inserito un update introduttivo sul tema

della Sessione affidato ad uno dei moderatori. I contributi scientifici accettati al Congresso costituiscono il frutto della Ricerca clinica spesso svolta dai colleghi più giovani nelle nostre Strutture in un contesto organizzativo sanitario che di certo non incentiva lo studio e la Ricerca in Ospedale. La partecipazione dei colleghi più giovani quest'anno viene favorita attraverso una significativa riduzione della quota di iscrizione al prezzo simbolico di 30 Euro.

Il "Cardionursing ANMCO" ha raggiunto un elevato livello di maturità testimoniato dalla partecipazione attenta dei nostri infermieri e dall'elevato livello qualitativo delle presentazioni. L'introduzione nel Congresso 2005 di una piccola quota di iscrizione al Cardionursing ha in parte ridimensionato il numero di partecipanti il cui progressivo incremento era diventato difficilmente gestibile nella attuale sede congressuale.

Le Risorse

Una macchina così complessa come quella dell'ANMCO per funzionare ha bisogno di risorse. Le fonti storiche di finanziamento dell'ANMCO, come del resto per le altre Società Scientifiche, derivano dal Congresso, dalle quote associative e dal supporto proveniente dalle Industrie Farmaceutiche. L'accesso a nuove fonti di finanziamento costituisce un obiettivo importante che si è cercato di perseguire attraverso il rafforzamento del Centro Servizi ANMCO e la sottomissione di progetti a bandi pubblici per la Ricerca, quali ad esempio i bandi AIFA.

Il Centro Servizi ANMCO ha gestito la vendita di prodotti formativi e progetti di screening cardiovascolare (vedi il progetto FISDE a favore dei dipendenti dell'ENEL) svolti con il marchio di qualità dell'ANMCO



Natalia Gongharova, *Il ciclista*, 1913

con il ricavo di revenues per l'Associazione.

Il bilancio economico dell'ANMCO è oggi sicuramente sano, ma la progressiva crescita delle attività e del personale richiede una particolare attenzione al monitoraggio continuo anche degli aspetti finanziari dell'Associazione.

Il problema dei rapporti con l'Industria Farmaceutica ed Elettromedicale, importante fonte di sostentamento della ricerca e della formazione, hanno stimolato all'interno del Consiglio Direttivo e della Commissione Etica dell'ANMCO un profondo dibattito su conflitto di interesse e meccanismi di trasparenza. Le principali azioni attuate comprendono l'esplicitazione chiara nei contratti dell'ANMCO con l'Industria dei reciproci diritti e doveri delle parti, le condizioni della proprietà dei dati e dell'indipendenza scientifica per la ricerca finanziata e l'esplicitazione chiara della sponsorizzazione degli Eventi Satelliti dell'Industria all'interno del Congresso ANMCO.

*La gloria di colui che tutto move
per l'universo penetra, e risplende
in una parte più e meno altrove.*

PARADISO, C. I

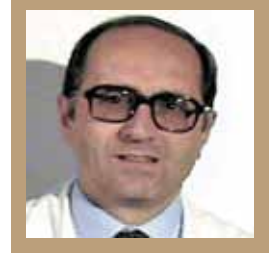


Rosa celeste - canto 31 versi 1-3, incisione di Gustave Doré

In conclusione, mi sembra che le cose fatte in questi due anni non siano poche. Ai soci dell'ANMCO spetta esprimere un giudizio sulla qualità del lavoro svolto. Personalmente posso affermare di essere orgoglioso di avere potuto servire per due anni come Presidente una grande e prestigiosa Società Scientifica come l'ANMCO. Quello che di buono è stato realizzato è merito di tante persone alle quali desidero rivolgere un ringraziamento non formale. Anzitutto ai Componenti del Consiglio Direttivo dell'ANMCO, una splendida squadra di amici con la quale ho diviso ogni decisione, da quelle strategiche di politica associativa fino a quelle apparentemente meno rilevanti di quotidiana amministrazione: il Past President Alessandro Boccanelli, il Presidente Designato Francesco Chiarella, i Vice Presidenti Francesco Bovenzi e Paolo Verdecchia, il Segretario Francesco Clementza, il Tesoriere Giovanni Gregorio, i Consiglieri Francesco Boncompagni, Claudio Cavallini, Gian Francesco Mureddu, Luigi Oltrona Visconti, Gennaro Santoro, Giuseppe Vergara.

Insieme al Consiglio Direttivo un ringraziamento va al Consiglio Nazionale che ha sempre avuto un ruolo attivo e fortemente collaborativo. Non per ultimo un grazie di cuore a tutto il meraviglioso personale dell'ANMCO (Segreteria, Centro Formazione, Amministrazione, Heart Care Foundation, Centro Studi) con il quale ho lavorato per due anni a stretto contatto. Alla sua efficienza, disponibilità e fidelizzazione va il merito del buon funzionamento di tutte le complesse articolazioni dell'Associazione. Un pensiero particolare nel momento in cui termina il mio mandato va a Simona Saracco, Responsabile della Segreteria, con la quale ogni giorno ho lavorato diverse ore per telefono e per mail ricevendo sempre la massima collaborazione e spesso preziosi consigli.

Nel momento in cui si lascia qualcosa che ci ha fortemente coinvolto anche dal punto di vista emotivo c'è sempre un po' di fisiologica malinconia. Posso tuttavia affermare che per quanto mi riguarda il sentimento che oggi prevale è quello della gioia. La gioia di lasciare un'Associazione ulteriormente rafforzata, in piena salute dal punto di vista dei valori culturali ed umani, e soprattutto di passare il testimone ad una grande persona, Francesco Chiarella, che ha l'ANMCO nel cuore e meglio di me saprà fare crescere l'Associazione.



III EDIZIONE "STATI GENERALI" ANMCO. NEL CUORE DELL'ANMCO

Il presente ed il futuro tra tradizione ed innovazione. Bertinoro, 21-22 Aprile 2006

Dopo le positive esperienze dell'Eremo del Lecceto (2002) e di Frascati (2004), per la terza volta i soci ANMCO con maggiori responsabilità istituzionali hanno vissuto il 21 e 22 aprile a Bertinoro due giornate di discussione sul presente e sul futuro dell'ANMCO. (Tabella 1). Gli "Stati Generali ANMCO 2006" consegnano alla Associazione un contributo decisivo per disegnare le linee programmatiche del prossimo biennio. Si è partiti con l'intento di analizzare la nostra complessa società scientifica in tutti i suoi aspetti articolando l'evento, accuratamente preparato, in sei sessioni plenarie (Tabelle 2-7). In un clima di ininterrotta grande attenzione ogni punto delle sessioni, introdotto da una breve presentazione, è stato ampiamente discusso. Anche se resta irripetibile il clima dell'incontro chi volesse ripercorrere le due giornate ed avere una idea della ricchezza e della mol-

teplicità degli interventi potrà trovare un ampio resoconto sul sito web dell'ANMCO. A Bertinoro è emersa nitidamente l'identità dell'ANMCO quale Associazione generalista di riferimento per tutti i Cardiologi, ancorata

NEL CUORE DELL'ANMCO Il presente ed il futuro tra tradizione ed innovazione

SESSIONI PLENARIE

1. Radiografia di una Moderna Società Scientifica
2. L'ANMCO e gli Associati
3. La Federazione Italiana di Cardiologia, il Rapporto con le altre Società Scientifiche e la Medicina Generale
4. I Rapporti con le Istituzioni e l'Organizzazione dell'Assistenza
5. Le Strategie della Ricerca e della Formazione
6. Le Strategie della Fondazione ANMCO Heart Care Foundation



Caro diario

1. RADIOGRAFIA DI UNA MODERNA SOCIETA' SCIENTIFICA

- Struttura generale dell'ANMCO, lo Statuto in pillole, Organi ed Organismi (ruoli, funzioni, interazioni)
- Centro Servizi ANMCO, politica e gestione del Personale
- Certificazione di Qualità
- Il bilancio ed il finanziamento dell'Associazione
- I meccanismi elettorali

3. LA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA ED IL RAPPORTO CON LE ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E LA MEDICINA GENERALE

- FIC: obiettivi e stato dell'arte
- Il coinvolgimento delle Strutture cardiologiche ospedaliere nell'insegnamento post-laurea
- I rapporti con la ESC
- I rapporti con la FISM
- I rapporti con le altre Società Scientifiche
- L'apertura verso la Medicina Generale
- Tempo Medico Cuore

2. L'ANMCO E GLI ASSOCIATI

- La comunicazione interna, Cardiologia negli Ospedali
- Sito web
- Il rapporto tra Centro e Periferia
- Le Aree ANMCO
- Il patrimonio Nursing
- Il Congresso ANMCO (Cardionursing - Cardiogeneralist)
- Il ruolo dei Fellow
- Giornale Italiano di Cardiologia e JCM
- Il rapporto con i mass-media e l'Ufficio Stampa
- Il coinvolgimento dei Soci
- Le politiche per i Giovani
- Le proposte del Gruppo di Lavoro "ANMCO Giovani"

4. I RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

- I rapporti con l'Istituto Superiore di Sanità
- La presenza dell'ANMCO nel CCM del Ministero della Salute
- Le interazioni con le Istituzioni Sanitarie Regionali (Assessorati della Sanità, Agenzie Sanitarie Regionali)
- L'organizzazione sanitaria ospedaliera (Dipartimenti, etc.)
- Il ruolo dell'ANMCO nella implementazione del Documento "Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia"
- - Reti integrate per l'emergenza coronarica
- - Modelli gestionali per la gestione dello scompenso

alla centralità del Paziente ed alla clinica, impegnata per l'appropriatezza dei percorsi specialisti e per la continuità assistenziale. Nella analisi della vita associativa sono stati evidenziati i progressi rappresentati dalla certificazione di HCF, dall'elevato standard qualitativo di "Cardiologia negli Ospedali", dal rinnovamento in contenuti e grafica del sito web.

Tra le criticità della vita associativa sono emersi i limiti di partecipazione e le difficoltà che persistono nel rapporto *centro – periferia* e nell'*intesa periferia – periferia*. È stato rilevato l'isolamento e la lontananza di alcune strutture cardiologiche e la mancanza di un solido legame operativo all'interno delle stesse realtà associative regionali.

Anche se nel biennio 2004-2006 si è cercato di dare maggior risalto al Consiglio Nazionale incrementando le ore di lavoro e il numero di convocazioni e malgrado sia stata migliorata la comunicazione con l'invio della newsletter periodica, il CD 2006-2008 dovrà fare di più per favorire una maggiore partecipazione. L'aumento dell'età media dei Cardiologi Ospedalieri, la mancanza di

ricambio nelle Unità Operative, la difficile realtà sanitaria nazionale caratterizzata dal blocco delle assunzioni e dalla provvisorietà degli incarichi hanno indotto disillusione e caduta motivazionale in senso professionale ed associativo. Si dovrà lavorare perché in tutti Cardiologi ospedalieri cresca la consapevolezza del valore della appartenenza ad una grande compagine associativa, che promuove la crescita professionale, guida la ricerca cardiovascolare in Italia e lavora per migliorare la gestione e l'organizzazione della Cardiologia.

È stata rilevata la limitata propositività del Consiglio Nazionale e la disomogenea attività delle sezioni regionali. Queste ultime dovranno rappresentare con maggior vigore l'associazione nei confronti del Decisore Pubblico ed in particolare degli Assessorati. I Direttivi Regionali, espressione della capillarità associativa, dovranno meglio supportare le realtà periferiche. Ai Presidenti Regionali dovranno essere forniti specifici supporti formativi, organizzativi e segretariali.

Riprendendo spunti già emersi a Frascati si è discusso sui criteri di scelta del Presidente Designato, carica fun-



5. LE STRATEGIE DELLA RICERCA E DELLA FORMAZIONE

- La Ricerca dell'ANMCO
- Il ruolo del Comitato Scientifico ANMCO
- La Formazione
- L'ANMCO Slide Bank
- Il conflitto di interesse, i rapporti con l'Industria e l'eticità delle scelte

zionale alla crescita associativa cui giungere con ampio consenso avendo condiviso le proposte di programma. Quanto alle Aree, il nuovo CD dovrà valutare le peculiarità ed i problemi di ciascuna favorendo una maggiore produttività ed in particolare la progettazione / realizzazione di studi di carattere fisiopatologico e considerando le possibilità di approdo agli Working Group della Società Europea di Cardiologia,

Sono stati analizzati i rapporti con i Medici di Medicina Generale, prospettando una maggior condivisione sul terreno clinico e progetti mirati a comuni raccolte dati. È stato messo in luce il ruolo di *Tempo Medico Cuore*, giornale ad alta diffusione voluto da ANMCO ed occasione di incontro tra Cardiologi e Mdici di Medicina Generale. Sono stati anche esaminati i rapporti tra associazioni scientifiche ed industria, i possibili conflitti di interesse, le scelte "etiche" necessarie per la una vita associativa trasparente e per eventi formativi e congressuali non condizionati dal marketing.

Agli Stati Generali è giunta la voce di "ANMCO Giovani", attraverso la proposta di un articolato programma



6. LE STRATEGIE DELLA FONDAZIONE ANMCO HEART CARE FOUNDATION

- Cardiologie Aperte
- Promozione della Salute attraverso la scuola
- Rapporti con le Associazioni di volontariato
- Fidelizzazione dei Soci ANMCO
- Ruolo del Comitato Scientifico HCF Educazionale
- Ruolo dei referenti regionali HCF
- Fundraising autonomo o federativo?

rivolto in particolare a chi abbia da poco concluso la Scuola di Specializzazione. L'intento è di promuovere anche corsi di *clinical competence*, attivare modelli tipo "*Cochrane Collaboration*", sostenere la fase di inserimento nel mondo del lavoro, favorire la ricerca post-universitaria

È stata rilevata la formidabile potenzialità del Nursing, la necessità di far crescere il Nursing Regionale ed in rete, rendendo maggiormente partecipi gli Infermieri della vita dell'ANMCO regionale. In riferimento al Congresso dell'ANMCO, ne è stato apprezzato l'elevato profilo scientifico, la nuova impostazione di un evento compattato in quattro giorni, densissimo, ricco di novità tra cui "Clinical round" e "Live session". Tra le criticità rilevate le troppe contemporaneità e la tendenza alla flessione nell'invio di Abstract. Unanime l'apprezzamento per la diffusione di *Journal of Cardiovascular Medicine* e del *Giornale Italiano di Cardiologia*, che dovranno contare su una maggiore collaborazione da parte dei Revisori e su una più rapida spedizione.

Il Direttore del Centro Studi ha presentato il positivo bi-



Fausto Melotti, *I sette savi*, 1935

lancio della Ricerca dell'ANMCO: basti pensare che sono più di 750 gli Ospedali che partecipano ad almeno un progetto di studio e che lo studio GISSI-HF ha randomizzato 7057 Pazienti da 364 Centri. Le preoccupazioni sono per il precariato dei ricercatori e per gli elementi di disaffezione verso la ricerca clinica collaborativa, che potrebbe declinare nei prossimi anni. Alle crescenti difficoltà ANMCO ha risposto con la proposta di istituire le Unità di Ricerca Clinica (URC), già avviate in via sperimentale e che necessitano, per decollare, di adeguate risorse umane ed economiche e della lungimiranza delle Amministrazioni ospedaliere. Riguardo ad HCF andranno ripresi i diversi aspetti del lavoro, a partire da un maggior coinvolgimento dei referenti regionali. Occorrerà potenziare le attività indirizzate al mondo della scuola ed all'intera comunità, che *Cardiologie Aperte* ha cercato di raggiungere attraverso i media, il sito web e la

distribuzione di 160.000 opuscoli (*fumo, alimentazione, attività fisica, attacco cardiaco*).

Uno dei punti centrali su cui si è dibattuto con maggiore vivacità è stato il rapporto con la Federazione Italiana di Cardiologia: ANMCO vuole una Federazione virtuale o pensa di camminare nella direzione di una società unificata? È questa una delicata e cruciale questione politica, cui è difficile dare oggi una risposta. Nel presente è possibile una strategia di piccoli passi, purchè concreti. È da leggere in questo senso l'aver accettato l'egida della Federazione per l'edizione "*Cardiologie Aperte 2006*", in programma il prossimo 24 settembre nel contesto della "*Giornata Mondiale del Cuore*". La Federazione potrebbe prendere consistenza con la attraverso gli Working Group, rappresentativi in ESC e momento di confluenza delle Aree ANMCO, dei Gruppi di Studio SIC e delle

Società di Settore. Successivamente potrebbe delinearsi il ruolo di una Fondazione federativa cui far affluire ingenti risorse da iniziative sul modello di Telethon, in grado di sostenere lo sviluppo e l'affermazione della Ricerca Cardiovascolare Italiana. Si tratta di una strada lunga, che potrebbe cambiare nel futuro il corso della Cardiologia Italiana, su cui si tornerà a ragionare insieme. Le giornate di Bertinoro sono state intense, con 16 ore di lavoro in aula. L'evento, benché preparato nei dettagli, ha riservato alcune sorprese, come un inatteso ed indimenticabile momento precedente la sintesi conclusiva in cui si è avvertita tutta la passione dei presenti, uniti nel dimostrare l'attaccamento all'ANMCO e l'affettuosa riconoscenza per lo straordinario contributo dato dal Presidente alla Associazione in questi due anni. Il messaggio di Bertinoro, articolato e prezioso, segnerà la vita dell'ANMCO e le sfide dei prossimi anni.

PIÙ QUALITÀ PIÙ SERVIZI

Assistita dall'Ingegnere Oreste Pitocchi (amministratore unico OPT srl) l'11 maggio 2006 l'ANMCO ha conseguito la certificazione di Qualità secondo lo standard ISO 9001:2000 rilasciata dall'Ente BVQI (Bureau Veritas Quality International Italia). Il modello espresso nell'attestato qui riportato si riferisce in sintesi ai processi di progettazione e di erogazione di servizi formativi offerti. Sono stati definiti con chiarezza e trasparenza la gestione, la misurabilità, l'organizzazione interna, gli obiettivi e la mission dell'ANMCO. La Certificazione di Qualità conseguita con grande determinazione, completa l'ambito programma dell'attuale Consiglio Direttivo e rafforza il riconoscimento di ruolo istituzionale e guida verso i tanti portatori di interesse che ruotano attorno al mondo della Cardiologia.

Un grande ringraziamento va alla Segreteria Nazionale ANMCO per l'elevata professionalità dimostrata nell'analisi critica del piano di miglioramento del lavoro interno e per l'impegno profuso nel raggiungimento di questo importante e strategico obiettivo al servizio di tutti gli Associati.



TERAPIA CELLULARE CARDIACA: ULTIME NOTIZIE DALLA SPAGNA

Report dal Terzo Simposio Internazionale sulla Terapia Genica e Cellulare per lo Scompenso Cardiaco e altre Malattie Cardiovascolari a Valladolid

Il 27 e 28 aprile 2006 si è tenuto a Valladolid (Spagna) il Terzo Simposio Internazionale sulla Terapia Genica e Cellulare per lo Scompenso Cardiaco e altre Malattie Cardiovascolari. Il Congresso, giunto alla sua terza edizione, è promosso dal Direttore dell'Instituto de Ciencias del Corazon (ICICOR) dell'Ospedale Clinico Universitario di Valladolid, il Prof. Fernandez-Aviles, che raduna annualmente i più importanti esperti internazionali del settore (Tabella I).

INTERNATIONAL SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Francisco Fernández-Avilés (Valladolid, Spain)
DIRECTOR

Stephanie Dimmeler (Frankfurt, Germany)

Helmut Drexler (Hannover, Germany)

Valentín Fuster (New York, USA)

Manuel Galiñanes (Leicester, United Kingdom)

Eulogio García (Madrid, Spain)

Bernard Gersh (Rochester, USA)

Andres Iñiguez (Vigo, Spain)

Juan Carlos Izpisúa (La Jolla, USA)

Stefan Janssens (Leuven, Belgium)

Anthony Mathur (London, United Kingdom)

John Martin (London, United Kingdom)

Philippe Menasche (Paris, France)

Bernardo Nadal - Ginard (New York, USA)

Emerson Perin (Houston, USA)

Sylvia Priori (Pavia, Italy)

Antonio Serra (Barcelona, Spain)

Jordi Soler (Barcelona, Spain)

Warren Sherman (New York, USA)

Doris Taylor (Minneapolis, USA)

Michal Tendera (Katowice, Poland)

William Wijns (Aalst, Belgium)

Andreas Zeiher (Frankfurt, Germany)

Tabella I

Durante le due intense giornate del Congresso, al quale hanno partecipato medici e biologi provenienti da tutto il

mondo, sono stati trattati tutti gli aspetti della terapia genica e cellulare per le malattie cardiovascolari.

Dopo un'introduzione del Prof. Valentin Fuster che ha sottolineato come sia necessario approfondire le basi fisiopatologiche del fenomeno rigenerativo del tessuto cardiaco per sfruttarne al meglio le potenzialità terapeutiche, la sessione preclinica ha fatto il punto sull'attuale stato dell'arte delle conoscenze derivanti dalla ricerca di base e dagli studi sperimentali sul modello animale. La discussione ha riguardato in particolare le linee cellulari che dovrebbero essere utilizzate negli studi clinici, la possibilità di modificarle geneticamente prima del loro impiego, la loro capacità di migrare e attecchire nella zona del cuore danneggiata, il loro comportamento all'interno del microambiente del muscolo cardiaco una volta trapiantate e le potenzialità differenziali proprie di ogni tipo di cellula. Inoltre si sono messi in evidenza i fattori di crescita e citochinici che potrebbero essere importanti per migliorare l'engraftment delle cellule determinando infine una loro maggiore efficacia.

La sessione clinica ha visto confrontarsi i coordinatori dei principali trial clinici pubblicati ed attualmente in corso, che hanno trapiantato nel tessuto cardiaco (per via intracoronarica o per via intramuscolare sia epicardica che endocardica con speciali cateteri) diversi tipi cellulari (mioblasti scheletrici e cellule staminali del midollo osseo) oppure mobilizzato cellule staminali del midollo osseo con citochine (in particolare G-CSF, Granulocyte-Colony-Stimulating Factor). In generale si



può dire che la maggior parte degli studi si concentra su pazienti affetti da cardiopatia ischemica sia in fase acuta che in fase cronica; tuttavia ipotesi ancora sperimentali lasciano intravedere qualche possibilità di applicazione nella cardiomiopatia dilatativa primitiva.

In particolare il Prof. Zeiher di Francoforte ha presentato i dati dello studio REPAIR-AMI (già esposti lo scorso novembre al Congresso annuale dell'American Heart Association e non ancora pubblicati). I buoni risultati in termini di funzione contrattile globale del ventricolo sinistro e perfusione miocardica ottenuti da questo trial clinico controllato randomizzato multicentrico, che ha visti coinvolti ben 217 pazienti (di cui 101 trattati con iniezione intracoronarica di cellule staminali adulte mononucleari derivate dal midollo osseo), ha aperto la discussione su come debbano essere pianificati e condotti futuri studi clinici di terapia rigenerativa per il cuore. In Tabella II sono riportate le attuali casistiche dei pazienti che sono già stati sottoposti a trattamento nelle diverse patologie (ad oggi quasi 600 in totale).

PATOLOGIA	PAZIENTI TRATTATI
Infarto acuto del miocardio	375
Ischemia miocardica «no option»	56
Cardiomiopatia ischemica	154

Tabella II

Accertate ormai la sicurezza e la fattibilità delle procedure per l'impiego della terapia cellulare cardiaca, si è messa in evidenza la necessità di studi clinici multicentrici internazionali con elevata numerosità ed endpoints ben definiti, al fine di ottenere risultati chiari e condivisi sull'efficacia di questo nuovo tipo di trattamento.

La comunità scientifica risente infatti dei molti dati contrastanti delle esperienze cliniche fino ad oggi pubblicate (per esempio i dati dello studio BOOST^{1,2,3,4} e quelli dello studio TOPCARE-AMI^{5,6,7} per quanto riguarda il trapianto di cellule, oppure i dati dello studio REVIVAL-2⁸ e quelli dello studio FIRSTLINE-AMI^{9,10} per quanto riguarda la mobilitazione endogena di cellule). Gli esperti hanno sottolineato come sia necessario definire un "vocabolario comune" e parametri concordati per determinare quali siano i pazienti da sottoporre



Plaza Mayor e Comune di Valladolid

a trattamento e quali le metodiche da utilizzare per indagare l'efficacia.

Dopo una serie di workshop dedicati a diversi aspetti dell'argomento, la sessione conclusiva ha evidenziato le numerose controversie ancora presenti in questo campo della ricerca scientifica, che certamente avranno bisogno dei prossimi decenni per essere risolte. In primo luogo se i dati ottenuti negli studi sperimentali su modello animale disponibili oggi siano sufficienti per giustificare l'applicazione clinica della terapia cellulare del miocardio oppure se i risultati raggiunti fino ad ora con gli studi clinici indichino che le due strade debbano procedere contemporaneamente arricchendosi reciprocamente di nuove conoscenze ed indirizzando le future ricerche di base e sperimentali. Al riguardo nell'ambito del Congresso c'è stato un vivace dibattito tra ricercatori e clinici che si è concluso con un generale consenso sull'indispensabilità di un dialogo sempre più stretto e puntuale.

I temi su cui si orienterà la futura ricerca nel settore saranno: a) quali siano le cellule migliori, la loro dose, le metodiche ed i tempi del loro impiego, il loro destino; b) quali siano i pazienti da trattare; c) quali siano le metodiche di imaging più appropriate per la valutazione dei benefici in una popolazione di pazienti dove la sopravvivenza e i recuperi clinici e funzionali sono significativi già con le terapie convenzionali; d) quali gli endpoints e gli obiettivi che si intendono raggiungere nei futuri studi clinici internazionali.

In conclusione il Congresso, importante occasione di scambio di informazioni ed interazione tra la ricerca di laboratorio e le scienze cliniche, ha condotto ad un'analisi realistica dei progressi fatti e degli ostacoli incontra-



La Cattedrale di Nuestra Señora de la Asunción, Valladolid

ti in questi ultimi anni. L'incontro tra specialisti preclinici e clinici ha fatto altresì emergere le grosse potenzialità – molte ancora da sviscerare – dell'approccio rigenerativo per il trattamento della patologia ischemica cardiaca.

Per ulteriori informazioni consultare il sito www.cardiovascularcelltherapy.com

¹ Wollert KC, Meyer GP, Lotz J, et al. Intracoronary autologous bone marrow cell transfer after myocardial infarction: the BOOST randomized controlled clinical trial. *Lancet* 2004; 9429: 141-8.

² Hofmann M, Wollert K.C., Meyer G.P. et al. Monitoring of bone

marrow cell homing into the infarcted human myocardium. *Circulation* 2005; 111:2198-2202.

³ Meyer G.P., Wollert K.C., Lotz J et al. Intracoronary bone marrow cell transfer after myocardial infarction eighteen months' follow-up data from the randomized, controlled BOOST (BOne marrOw transfer to enhance ST-elevation infarct regeneration) Trial. *Circulation*. 2006;113:1287-1294.

⁴ Schaefer A, Meyer G.P., Fuchs M et al. Impact of intracoronary bone marrow cell transfer on diastolic function in patients after acute myocardial infarction: results from the BOOST trial. *European Heart Journal* 2006; 27, 929–935.

⁵ Assmus B, Schachinger V, Teupe C, et al. Transplantation of Progenitor Cells and Regeneration Enhancement in Acute Myocardial Infarction (TOPCARE-AMI). *Circulation* 2002; 24: 3009-17.

⁶ Assmus B, Honold J, Lehmann R, et al. Transcatheter transplantation of progenitor cells and recovery of left ventricular function in patients with chronic ischemic heart disease: results of a randomized, controlled trial. *Circulation* 2004; 110 (suppl III): 238.

⁷ Schachinger V, Assmus B, Britten MB, et al. Transplantation of progenitor cells and regeneration enhancement in acute myocardial infarction: final one-year results of the TOPCARE-AMI Trial. *J Am Coll Cardiol* 2004; 8: 1690-9.

⁸ Zohlhofer D, Ott I, Mehilli J et al. Stem cell mobilization by granulocyte colony-stimulating factor in patients with acute myocardial infarction; a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 925: 1003-1010.

⁹ Ince H, Petzsch M, Kleine H, et al. Prevention of LV remodeling with G-CSF in acute myocardial infarction: insights from FIRSTLINE-AMI (Front-Integrated Revascularization and Stem Cell Liberation in Evolving Acute Myocardial Infarction by Granulocyte Colony-Stimulating Factor). *Circulation* 2004; 110 (suppl III): 352.

¹⁰ Ince H, Petzsch M, Kleine HD, et al. Preservation from left ventricular remodeling by front-integrated revascularization and stem cell liberation in evolving acute myocardial infarction by use of granulocyte-colony-stimulating factor (FIRSTLINE-AMI). *Circulation* 2005; 20: 3097-106.

Venerdì 2/6/2006 presso la Sala Fattori dalle ore 14.30 alle ore 16.00

avrà luogo la riunione del

GRUPPO DI STUDIO ANMCO CUORE E MALATTIE INFETTIVE

Endocarditi, malattie del pericardio e cardiopatie HIV correlate sono patologie di confine tra diverse specialità (Cardiologia, Medicina Interna, Infettivologia) spesso, per questo motivo, la mancanza di integrazione e collaborazione tra gli specialisti causa ritardi ed errori diagnostico-terapeutici.

Inoltre il recente aumento delle Endocarditi Infettive correlate a patologia iatrogena ha radicalmente mutato l'epidemiologia di questa malattia e di conseguenza una maggiore attenzione deve essere rivolta proprio alla prevenzione ed alla diagnosi precoce della patologia iatrogena.

Il gruppo di studio ha lo scopo di raccogliere, analizzare, diffondere informazioni e fare formazione su queste tematiche, al fine di migliorare gli aspetti organizzativi e le cure di queste patologie.

Si propongono inoltre alcuni studi clinici randomizzati su problematiche aperte e due registri per la valutazione di come si presentano e sono trattate nel mondo reale le endocarditi e le pericarditi.

PROGETTO CARDIOLOGIE APERTE MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE!



Sulla scorta del successo riscontrato nelle precedenti edizioni, anche quest'anno HCF propone l'iniziativa "Cardiologie Aperte", che si sta affermando ormai come un appuntamento fondamentale per realizzare concretamente la "Cardiologia di Comunità".

La terza edizione di Cardiologie Aperte si svolgerà Domenica 24 settembre durante la Giornata Mondiale per il Cuore 2006, promossa congiuntamente dalla World Heart Federation (WHF) e dalla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC).

Il tema prescelto questa volta è la prevenzione e la cura della salute cardiovascolare con particolare riferimento alla popolazione più anziana. Lo slogan dell'iniziativa è appunto "Mantieni giovane il tuo cuore!".

Due sono i punti chiave per questa campagna:

1) Con l'aumentare dell'età il cuore e i vasi sanguigni possono diventare meno pronti a reagire allo sforzo e ad altri stimoli e possono essere più esposti allo svilup-

po di malattie. Se si mantiene uno stile di vita sano e si pratica una regolare attività fisica, i cambiamenti associati all'invecchiamento sono meno marcati e si può migliorare non solo la quantità, ma anche la qualità della vita.

2) In rapporto all'età incrementa anche l'incidenza delle patologie cardiovascolari, tra cui l'infarto, la fibrillazione atriale e lo scompenso cardiaco. L'inabilità connessa a queste patologie può essere decisamente ridotta se i pazienti sono sensibilizzati a seguire scrupolosamente le opportune terapie e i comportamenti raccomandati.

Le fasi del progetto

Per la realizzazione del Progetto sono stati attivati i Referenti Regionali HCF e i Presidenti Regionali ANMCO per arruolare le singole U.O. di Cardiologia Ospedaliera. L'intera iniziativa sarà promossa nella Riunione dei Referenti Regionali HCF e nella Conferenza Stampa nel corso del XXXVII Congresso Nazionale ANMCO.

Come per le altre volte HCF provvederà a distribuire

TEMA DELLA GIORNATA

MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE

Infarto, Scompenso, Aritmie: come comportarsi?
Mantieni uno stile di vita sano e pratica una regolare attività fisica:
i cambiamenti associati all'invecchiamento saranno meno marcati e potrai non solo aggiungere anni alla vita, ma soprattutto vita agli anni!

Quanto è giovane il tuo cuore?

**Vieni a trovarci
domenica 24 settembre 2006
possiamo scoprirlo insieme**

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. 27**



CITTÀ DEL CUORE - CORSI FORMATIVI DI BLS-D PER LAICI-COINVOLTI: PARENTI DI PAZIENTI INFARTUATI NELLA REGIONE LAZIO

Nell'ambito delle iniziative previste per sensibilizzare la popolazione alla prevenzione ed al trattamento delle malattie cardiovascolari, ed in particolare della malattia coronarica, Heart Care Foundation Onlus (HCF) in collaborazione con ANMCO Lazio ha proposto un progetto per la realizzazione di una serie di corsi di Rianimazione Cardio-Polmonare di base e defibrillazione mediante defibrillatori semiautomatici rivolti ai familiari di pazienti cardiopatici. Il progetto, coordinato dal Dottor Maurizio Burattini (Coordinatore Corsi BLS-D) Dottor Massimo Uguccioni (Referente Regionale HCF) ed il Dottor Fabrizio Ammirati (Presidente Regionale ANMCO) è stato accettato e finanziato dalla Regione Lazio, sono stati realizzati 20 corsi che hanno avuto un'entusiastica partecipazione da parte dei partecipanti.

L'obiettivo dell'iniziativa è duplice: da un lato avviare una maggiore diffusione della cultura dell'emergenza fra i familiari dei cardiopatici attraverso la conoscenza e la messa in pratica del concetto della "catena della sopravvivenza" e, dall'altro, proporre un programma condiviso di interazione fra i cardiopatici, i loro familiari, i medici e le istituzioni che dia un contributo al più ampio obiettivo di aumentare la sorveglianza dei pazienti al di fuori dell'ospedale.

entro la prima decade di settembre, alle Cardiologie che avranno aderito all'iniziativa, il materiale a stampa e su cd necessario per la sensibilizzazione e formazione dei cittadini; in questa edizione oltre ai quattro opuscoli educazionali distribuiti nel 2005 (mangiare sano, parliamo di fumo, muoviamoci di più e contrattacco cardiaco), saranno distribuiti quattro nuovi opuscoli educazionali (Mantieni giovane il tuo cuore, Infarto miocardico, Scompenso cardiaco e Fibrillazione atriale).

È importante sottolineare che per il buon successo locale dell'evento, è necessario che ogni U.O. di Cardiologia Ospedaliera si attivi tempestivamente per pubblicizzare l'evento nel territorio di competenza.

A tale proposito si consiglia di diffondere l'iniziativa:

- presso gli studi dei MMG e le Farmacie
- presso i mezzi di comunicazione e giornali locali
- presso i grandi Uffici/Centri Commerciali
- presso le stazioni ferroviarie o metropolitane
- presso le scuole.

Inoltre si ricorda che HCF, dovendosi rivolgere a differenti realtà cardiologiche ospedaliere, non può, anche nelle diverse azioni pubblicitarie che saranno intraprese fino al 24 settembre 2006, caratterizzare oltremodo il

programma della manifestazione. È quindi lasciato alle singole U.O. di Cardiologia l'importante compito di personalizzare quanto più possibile il programma e renderlo particolarmente accattivante (proponendo e divulgando per esempio la misurazione della pressione, della glicemia e del colesterolo, o l'esecuzione di visite o elettrocardiogrammi, ecc.). A tale proposito è caldamente consigliato di coinvolgere, anche come attori della manifestazione accanto ai Cardiologi Ospedalieri, i medici di medicina generale in modo da incidere più profondamente nella comunità. Allo stesso modo si ritiene molto utile estendere l'organizzazione dell'evento alle differenti Associazioni di volontariato presenti sul territorio.

Pertanto per assicurare un buon successo di Cardiologie Aperte 2006 è necessario che ogni U.O. di Cardiologia Ospedaliera si attivi per tempo per pubblicizzare localmente l'evento e personalizzarne il programma. L'esperienza degli anni precedenti ci induce a ritenere che il successo locale dell'iniziativa è strettamente connesso alle energie e risorse dedicate non solo nel giorno dell'evento, ma anche e soprattutto nei giorni precedenti per l'accurata preparazione dello stesso.



**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**

24 Settembre 2006

3^a Giornata Nazionale delle

CARDIOLOGIE APERTE

MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE

Con l'aumentare dell'età il cuore e i vasi sanguigni possono diventare meno pronti a reagire allo sforzo e ad altri stimoli e possono essere più esposti allo sviluppo di malattie.

Se si mantiene uno stile di vita sano e si pratica una regolare attività fisica, i cambiamenti associati all'invecchiamento sono meno marcati e si può non solo aggiungere anni alla vita, ma soprattutto vita agli anni!



**Heart
Care
Foundation**

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



**Domenica 24 Settembre
le Cardiologie aprono
le porte ai cittadini**

Tema della giornata:

MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE

Quanto è giovane il tuo cuore ?

Come mantenerlo più a lungo possibile giovane ?
Infarto, Scopenso, Aritmie: come comportarsi ?

Se ci vieni a trovare Domenica 24 Settembre 2006
possiamo scoprirlo insieme!

www.tutlocuore.it

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 • www.heartcarefound.org



HEART CARE FOUNDATION O N L U S



Fortezza Da Basso - Firenze

EVENTI AL XXXVII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

ANMCO 2006



31 MAGGIO

ORE 8.30 - 16.15 SALA SOFFICI

Corso 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

COORDINATORI: C. Chieffo (Napoli) – G. Fradella (Firenze)

ORE 11.40 - 13.00 SALA BOTTICELLI

Sessione HCF al Cardiogeneralist dal titolo:

Un'alleanza forte per il cittadino: l'interazione tra il Medico di Medicina Generale e la Heart Care Foundation

Intervento del Dott. C. Martines (Padova)

1 GIUGNO

ORE 13.00 - 14.00 SALA DONATELLO

Riunione Referenti Regionali HCF

ORE 14.00 - 15.00 SALA DONATELLO

Assemblea Soci HCF – Elezioni

ORE 16.30 - 18.00 SALA DONATELLO

Sessione Aperta anche ai cittadini

Tavola rotonda: 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.

INTERVERRANNO: F. Chiarella (Pietra Ligure) – L. Sita (Granarolo - BO) – R. Ricci (Roma) – G. Spinella (Modena)
A. Borsari (Granarolo - BO) – R. Manfredini (Parma) – G. Squitieri (Roma) – R. Trefiletti (Roma)

2 GIUGNO

ORE 8.30 - 10.00 SALA CAVANIGLIA

Sessione nel Cardionursing

Il ruolo dell'Infermiere nella cardiologia di comunità

INTERVERRANNO: C. Martines (Padova) – P. Di Giulio (Torino) – C. Chieffo (Napoli) – L. Cunico (Verona)
W. Pellegrini (Torino)

ORE 14.30 - 16.00 SALA GHIRLANDAIO

Sessione aperta anche ai cittadini

Muoviamoci di più: l'attività fisica per vivere sani

INTERVERRANNO: A. Pellai (Milano) – C. Chieffo (Napoli)
M. Gattone (Verona) – L. Castelli (Bergamo)
M. Bellucci (Roma) – S. Giampaoli (Roma)





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 o www.tuttocuore.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)

Disegno 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 sanitaria

FIRMA _____

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) _____

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

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.

Tuttocuore



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 • www.heartcarefound.org

DALLE AREE

Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2005-2006

AREA ARITMIE

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

AREA CHIRURGICA

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

AREA EMERGENZA-URGENZA

Chairman: Cesare Greco (Roma)
Co-Chairman: Gianni Casella (Bologna)
Comitato di Coordinamento: Lorenzo Borgo (Genova), Maurizio Del Pinto (Perugia), Patrizia Maras (Trieste), Zoran Olivari (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

AREA INFORMATICA

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

Comitato Cardio WEB ANMCO

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

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

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

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

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

AREA NURSING

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

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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

AREA SCOMPENSO CARDIACO

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

EMERGENZA-URGENZA

DI CESARE GRECO



La ricerca dell'appropriatezza

L'attività dell'Area Emergenza-Urgenza è stata incentrata, durante l'anno passato, su rilevanti progetti educazionali e formativi. L'azione è stata rivolta proprio ai campi dove più profondo era il bisogno formativo, evidenziato dalle survey BLITZ e BLITZ2 sulle sindromi coronariche acute.

La risposta a questo bisogno e la necessità di una iniziativa comune alle autorità regionali sul terreno delle sindromi coronariche acute hanno ispirato la Campagna Educazionale Nazionale "Rete interospedaliera e linee guida per le sindromi coronariche acute" cui l'Area ha dato un importante contributo realizzativo.

La campagna ha già avuto avvio in cinque regioni (Emilia-Romagna, Umbria, Abruzzo, Campania, Piemonte) ed ha iniziative programmate in tutte le altre Regioni. Si tratta di un'azione strategica per l'Associazione, che verrà portata avanti con il coinvolgimento di tutte le società scientifiche attive nello scenario delle SCA. Nella CEN "Lo shock nell'infarto miocardico acuto" è stato affrontato il tema dell'impiego prioritario delle risorse nelle sindromi coronariche acute a più alto rischio. Si sono svolti tre incontri interattivi interregionali (a Lecce, Roma e Brescia) che hanno visto la partecipazione attiva di ol-



tre 200 strutture cardiologiche con UTIC o con UTIC ed emodinamica. Si è analizzato nel dettaglio il processo di cura attuale e dei pazienti con shock e si sono esaminati gli interventi di modifica necessari. Le tematiche sviluppate negli incontri costituiranno il materiale per un position paper realizzato congiuntamente al SICI-GISE, di prossima pubblicazione. Ambedue queste campagne testimoniano dello sforzo dell'ANMCO di agire come cerniera dell'appropriatezza a tutti i livelli di organizzazione delle strutture cardiologiche italiane. Sul piano formativo vanno ricordati i Learning Center intramurali sulla "Terapia di facilitazione" già svoltosi a Firenze alla fine dello scorso anno e quello programmato per il 2006 su "I primi trenta giorni dopo l'infarto miocardico acuto", in cui si esamineranno le opzioni per pre-

venire lo scompenso cardiaco e la morte improvvisa in quel delicato contesto clinico.

Un importante lavoro di commissione è stato sviluppato congiuntamente alla SIMEU, indirizzato alla stesura di un documento comune sui percorsi del dolore toracico in area DEA.

Nel corso dell'anno passato ha visto la luce il sito WEB dell'Area, ricco di numerose rubriche che offrono la possibilità di un contatto più stretto con gli iscritti, attraverso un mezzo sempre più dominante nella nostra comunicazione. Buon successo in particolare hanno riscosso iniziative di presentazione interattiva di casi clinici o di problemi settoriali, anche qui lo sforzo è stato indirizzato ad approfondire punti nodali per un appropriato processo di cura.

Un settore su cui l'azione dell'Area nel prossimo futuro dovrà svilupparsi compiutamente è quello della clinical competence delle moderne UTIC, a tutti i livelli di strutturazione, sia di tipo periferico che di riferimento regionale. Questo è un compito che l'Area vuole fortemente intraprendere durante l'anno in corso, coinvolgendo le strutture che a livello regionale si pongono come centri di riferimento per il trattamento delle sindromi coronariche acute.

Censimento sulle dotazioni e l'utilizzo degli strumenti informatici nelle strutture cardiologiche italiane

Nel 2005 l'Area Informatica con la collaborazione del Centro Studi ANMCO ha realizzato un semplice censimento sulle dotazioni e l'utilizzo degli strumenti informatici nelle strutture cardiologiche italiane. Questo censimento ha voluto costituire una integrazione a quello del 2000, ed essere lo strumento conoscitivo per ogni iniziativa basata sull'utilizzo della rete Internet. Il questionario, interamente informatizzato, era compilabile sulle pagine WEB del Sito ANMCO dedicate all'Area Informatica, e non richiedeva più di 2 minuti per la compilazione (tab. 1). Era indirizzato non ai Direttori delle singole strutture, ma a tutti gli Associati. Per ridurre al minimo i costi, il censimento è stato completamente paper-less. L'accesso alla pagina era inoltre regolato tramite le credenziali di Socio ANMCO, per identificare automaticamente la struttura del Cardiologo e a garanzia di una maggiore completezza ed esattezza dei dati.

Di questa iniziativa è stata data ampia informazione sul Sito istituzionale dell'Associazione (www.anmco.it), su "Cardiologia negli Ospedali", nonché al Congresso ANMCO 2005 tramite l'inserimento di una brochure nelle borse congressuali;

inoltre è stata pubblicizzata tramite le numerose Newsletter ANMCO ai Soci, in occasione dei Consigli Nazionali, ed infine attraverso una comunicazione diretta a tutti i Presidenti regionali.

Per invogliare alla partecipazione, è stato istituito un premio (PC pal-

mare) estratto a sorte tra tutti i partecipanti.

Risultati

Il sondaggio, previsto inizialmente dal 15 maggio al 31 luglio, è stato prorogato a tutto il 2005 (fino al 31 dicembre) a causa della iniziale

DOTAZIONE HARDWARE			
Sai stimare quanti computer sono in uso presso la tua struttura di Cardiologia?	(0-5) (5-10) (10-20) (>20)		
Quale è il sistema operativo più usato nei Personal Computer della Tua Struttura?			
	Sistema Operativo Windows®	...	
	Sistema Operativo Macintosh®	...	
	Altro (specificare)	...	
	Non so		
CONNESSIONE ad INTERNET - Posta elettronica			
L'Ospedale/Azienda dove lavori è dotato di una rete informatica?	no	si	Non so
La vostra Struttura di Cardiologia è connessa alla rete informatica aziendale?	no	si	Non so
La vostra struttura dispone di un collegamento ad Internet?	no	si	Non so
Se sì, di che tipo			
- Tramite la rete informatica aziendale	no	si	Non so
- Connessione telefonica tradizionale	no	si	Non so
- Connessione ADSL	no	si	Non so
La tua Struttura è dotata di caselle di posta elettronica istituzionale?	no	si	Non so
UTILIZZO			
Oltre al comune utilizzo (programmi di scrittura, piccoli database locali, programmi di diapositive, ...), per quali applicazioni sono impiegati i computer nella vostra Struttura di Cardiologia:			
Gestione amministrativa/sanitaria (ad esempio per la gestione della farmacia, materiali di consumo, delle presenze/assenza del personale infermieristico...)	no	si	Non so
Registrazione prestazioni ambulatoriali	no	si	Non so
Registrazione procedure diagnostiche/interventistiche invasive	no	si	Non so
Registrazione amministrativa dei ricoveri (dati di movimentazione)	no	si	Non so
Refertazione visita ambulatoriale	no	si	Non so
Refertazione esame ecocardiografico	no	si	Non so
Refertazione dell'ergometria	no	si	Non so
Refertazione/Database ambulatorio pacemaker	no	si	Non so
Refertazione procedure di emodinamica	no	si	Non so
Refertazione procedure di elettrofisiologia	no	si	Non so
Attività clinica di ricovero			
> Registrazione delle diagnosi di dimissione (SDO, ICD9-CM)	no	si	Non so
> Cartella clinica completa (anamnesi, diario clinico, ...)	no	si	Non so

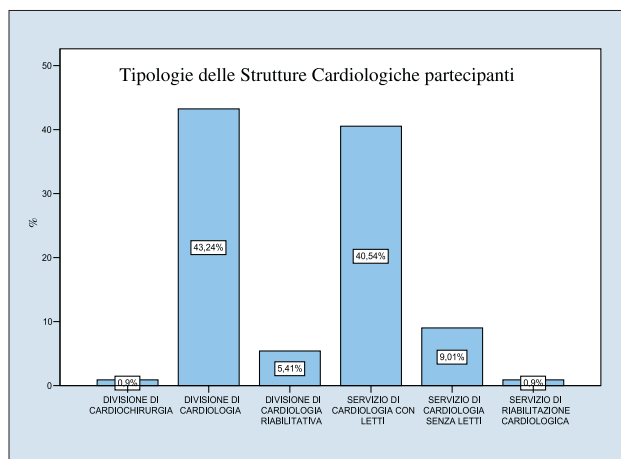


Figura 1

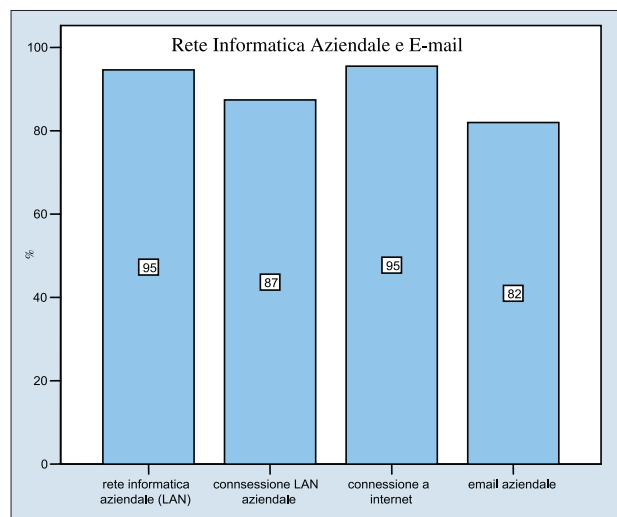


Figura 3

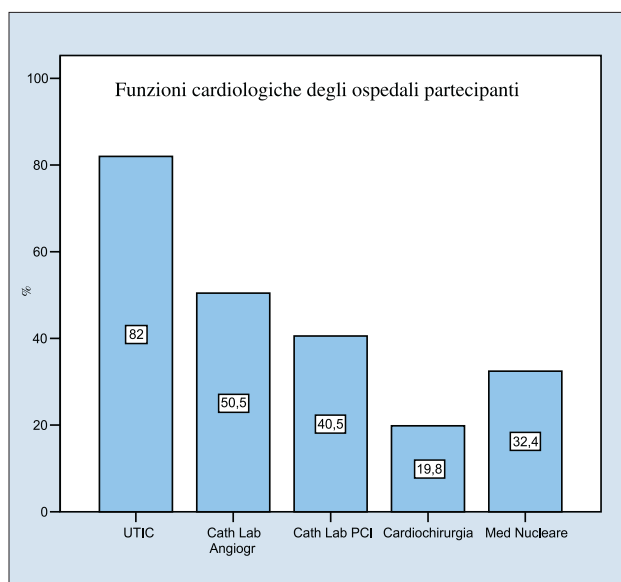


Figura 2

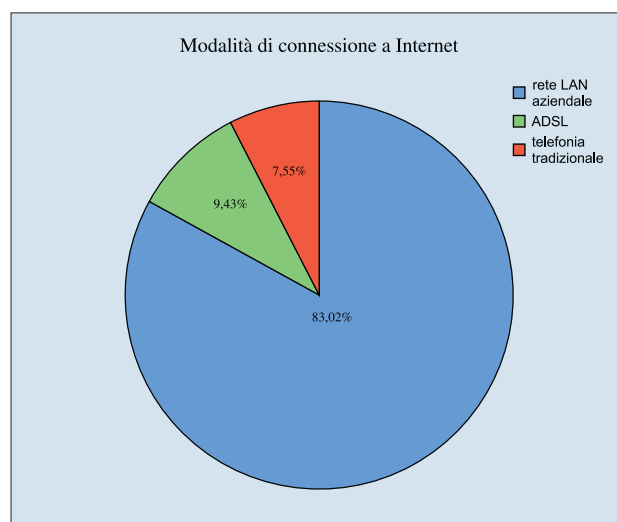


Figura 4

bassa partecipazione. In totale hanno risposto 111 Soci ANMCO, appartenenti a 102 strutture cardiologiche (v. tabella 2).

Le tipologie delle Cardiologie partecipanti, così come codificate dal censimento dell'anno 2000, sono rappresentate percentualmente in figura 1. Il 10% circa delle strutture non possedeva posti letto.

Le caratteristiche, in termini di presenza di UTIC, emodinamica e cardiocirurgia e medicina nucleare,

degli ospedali dove sono collocate le strutture cardiologiche partecipanti sono illustrate in figura 2.

La maggior parte degli ospedali è dotata di rete informatica (LAN), attraverso la quale la maggior parte delle Cardiologie è connessa ad Internet. Un quinto delle strutture non possiede un servizio di posta elettronica aziendale (fig. 3 e 4)

Il 50% delle Cardiologie ha una dotazione minore a 10 personal computer. Il sistema operativo usato

nella quasi totalità dei casi (99%) è Windows® (fig. 5).

Il 70-75% delle Cardiologie riporta di fare uso di programmi informatici amministrativi per la registrazione delle prestazioni ambulatoriali, la gestione della farmacia, materiali di consumo, della presenza/assenza del personale infermieristico, ecc.

La refertazione degli esami ecocardiografici è quasi sempre informatizzata, mentre quella delle visite

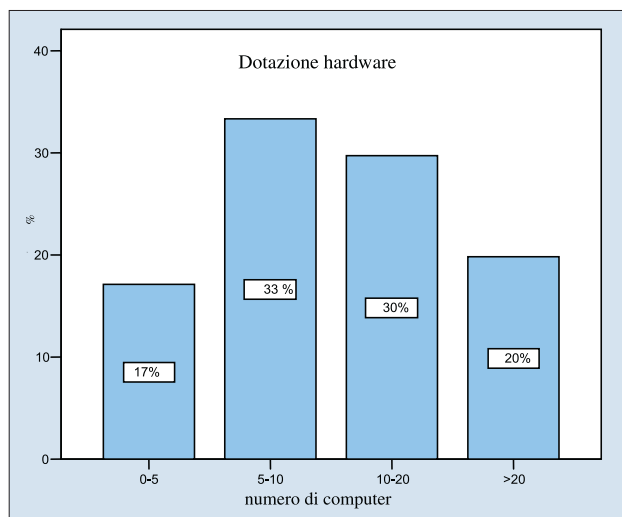


Figura 5

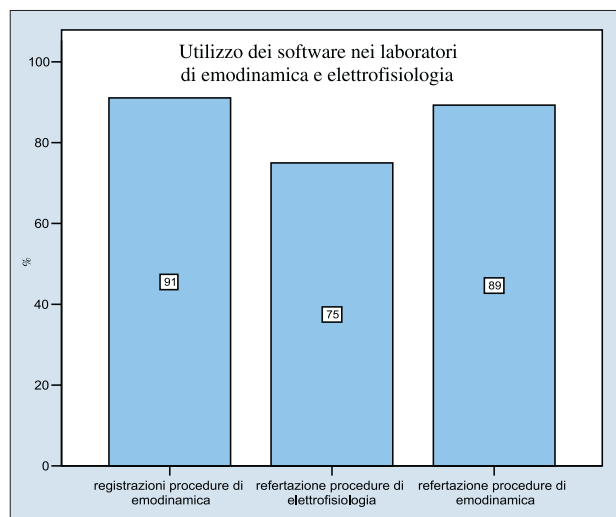


Figura 7

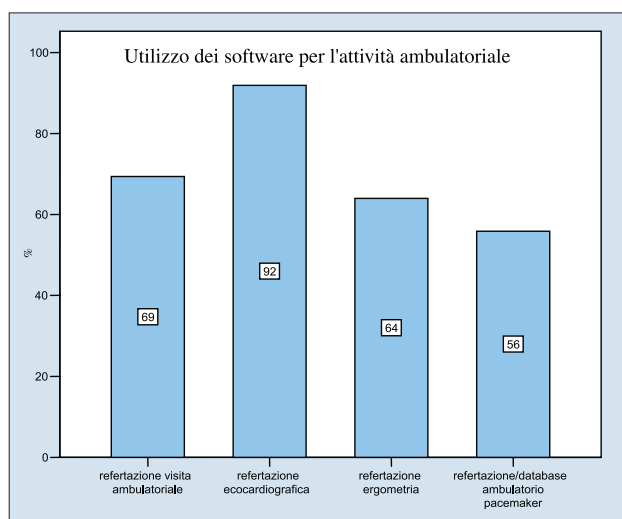


Figura 6

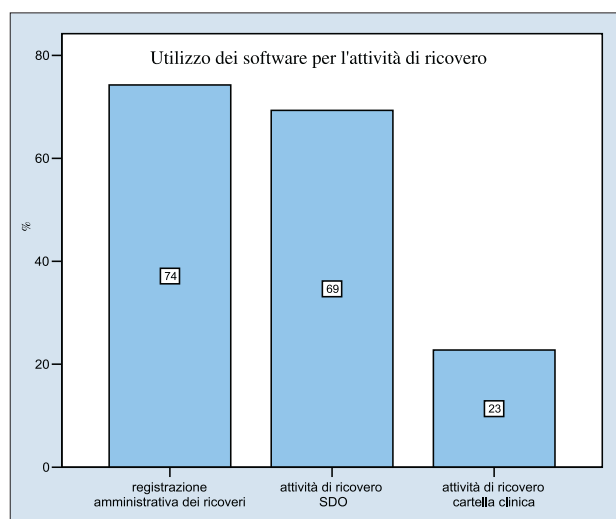


Figura 8

ambulatoriali e dell'ergometria lo è nei due terzi dei casi circa. Non si hanno informazioni, perché non veniva richiesto, se i referti erano compilati a testo libero o in modo strutturato (fig. 6).

Nelle quasi totalità delle strutture dotate di un laboratorio di emodinamica, le procedure vengono refertate con l'ausilio di un software, in misura maggiore rispetto a quelle di elettrofisiologia (fig. 7).

Nelle strutture cardiologiche dota-

te di posti letto, la gestione informatizzata riguardava prevalentemente l'attività amministrativa (registrazione dei ricoveri e delle diagnosi di dimissione). Solamente in una modesta percentuale (fig. 8) venivano utilizzati programmi per fini clinici (cartella di ricovero, lettera di dimissione, ...).

Conclusioni

I dati raccolti dal presente sondaggio sulle dotazioni informatiche e

sul loro utilizzo nelle cardiologie italiane evidenzia innanzi tutto una bassa percentuale di partecipazione rapportata al numero delle strutture nazionali (oltre 800). Ciò, nonostante la compilazione richiedesse un tempo davvero minimo. È probabile che esista anche una qualche saturazione verso l'istituto dei sondaggi istituzionali. Le informazioni alla comunità cardiologica e la richiesta di adesione all'iniziativa sono risultate poco efficaci.

OSPEDALE	REPARTO	CITTÀ	(PROV.)	PRIMARIO
Azienda Osp. S. Giovanni Battista	Divisione di Cardiologia	Torino	To	Dott. Sebastiano Marra
Ospedale Mauriziano	U.O.A. di Cardiologia	Torino	To	Dott. Riccardo Bevilacqua
Ospedale Maria Vittoria	U.O. Cardiologia	Torino	To	Dott.Ssa Rita Trinchero
Ospedale San Luigi Gonzaga	S.C.D.O. Cardiologia	Orbassano	To	Dott. Pietro Greco Lucchina
Casa di Cura Villa Serena	Riabilitazione Cardiologica	Piossasco	To	Dott. Gianmauro Mazzucco
Fondazione Salvatore Maugeri	Div. di Cardiologia Riabilitativa	Veruno	No	Dott. Pantaleo Giannuzzi
Ospedale Maggiore Ss. Annunziata	Divisione di Cardiologia	Savigliano	Cn	Dott. Baldassarre Doronzo
Ospedale Cardinal Massaia	S.O.C. di Cardiologia	Asti	At	Dott. Fiorenzo Gaita
Ospedale San Giacomo	Divisione di Cardiologia	Novi Ligure	AL	Dott. Silvana Morelloni
Ospedali Riuniti	Divisione di Cardiologia	Tortona	AL	Dott. Valerio Freggiaro
Ospedale di Circolo	Divisione di Cardiologia	Busto Arsizio	Va	Dott. Marco Onofri
Ospedale Felice Villa	Servizio di Cardiologia	Mariano Comense	Co	Dott. Giorgio Bellati
Ospedale Niguarda	Cardiologia 1 - Emodinamica	Milano	Mi	Dott. Silvio Klugmann
Ospedale Fatebenefratelli	Divisione di Cardiologia	Milano	Mi	Prof. Bruno Brusoni
Ospedale San Carlo Borromeo	Cardiologia-Ucc	Milano	Mi	Dott. Franco Casazza
Ospedale L. Sacco	Divisione di Cardiologia	Milano	Mi	Dott. Maurizio Viecca
Ospedale Civile	Divisione di Cardiologia	Legnano	Mi	Prof. Stefano De Servi
Ospedale Predabissi	Divisione di Cardiologia e Utic	Vizzolo Predabissi	Mi	Dott. Michele Lombardo
Istituto Beato Palazzolo	Servizio di Cardiologia	Milano	Mi	Prof. Carlo Mazzola
Centro Cardiologico Monzino	Divisione di Cardiologia	Milano	Mi	Prof. Cesare Fiorentini
Ospedale Bolognini	Divisione di Cardiologia	Seriate	Bg	Prof. Paolo Giani
Osp. Sant'Orsola Fatebenefratelli	U.O. Cardiologia e Riabilitativa	Brescia	Bs	Dott. Cesare Rusconi
Casa di Cura Poliambulanza	Unità Operativa di Cardiologia	Brescia	Bs	Dott. Claudio Cuccia
Istituti Ospitalieri	S.S. Cardiologia Riabilitativa	Cremona	Cr	Dott. Salvatore Pirelli
Ospedali Destra Secchia	Cardiologia e Utic	Pieve di Coriano	Mn	Dott.ssa M.C. Brunazzi
Fond. S.Maugeri Clinica del Lavoro	Div. di Cardiologia Riabilitativa	Tradate	Va	Dott. Roberto Pedretti
Ospedale Civile	Divi. di Cardiologia Riabilitativa	Passirana-Rho	Mi	Dott. Carlo Schweiger
Ospedale Generale Regionale	Divisione di Cardiologia	Bolzano	Bz	Dott. Walter Pitscheider
Ospedale Santa Maria del Carmine	Divisione di Cardiologia	Rovereto	Tn	Dott. Giuseppe Vergara
Ospedale Civile	U.O.C. Cardiologia	Legnago	Vr	Dott. Giorgio Rigatelli
Ospedale G. Fra Castoro	U.O.C. di Cardiologia	San Bonifacio	Vr	Dott. Rodolfo Rossi
Ospedale Orlandi	U.O.C. Cardiologia	Bussolengo	Vr	Dott. Gianpaolo Perini
Ospedale Civile	SOC di Cardiologia	Bassano del Grappa	VI	Prof. Francesco Cucchini
Ospedale Civile Dal Cadore	U.O.C. di Cardiologia	Pieve di Cadore	BL	Dott. Jacopo Dalle Mule
Stabilimento Osp. di Castelfranco	U.O.C. Cardiologia	Castelfranco Ven.	Tv	Dott. Leopoldo Celegon
Presidio Ospedaliero	U.O.C. Cardiologia	Montebelluna	Tv	Dott. Gianfilippo Neri
Ospedali Civili Riuniti	U.O. di Cardiologia	Venezia	Ve	Dott. Gabriele Risica
Ospedale Civile Pietro Cosma	U.O.C. Cardiologia	Camposampiero	PD	Dott. Aldo Zampiero
Presidio Ospedaliero	U.O.C. Cardiologia	Rovigo	Ro	Dott. Pietro Zonzin
Azienda Osp. S. Maria Misericordia	U.O. Cardiologia	Udine	UD	Dott. Paolo Fioretti
Ospedale S. Antonio	U.O.S. Cardiologia	S. Daniele di Friuli	UD	Dott. Franco Pertoldi/dott. Lucio Mos
Az. Osp. - Univ. Ospedali Riuniti	Polo Cardiologico-Osp. Cattinara	Trieste	Ts	Dott. Gianfranco Sinagra
Az. Servizi Sanitari n.1 Triestina	U.O. Centro Cardiovascolare	Trieste	Ts	Dott. Fulvio Pivotti
Ospedale Santa Corona	U.O. di Cardiologia	Pietra Ligure	Sv	Dott. Francesco Chiarella
Presidio Osp. Genova Levante	U.O. di Cardiologia	Genova-Nervi	Ge	Dott. Lorenzo Carratino
O. Civile 'Guglielmo da Saliceto'	Divisione di Cardiologia	Piacenza	Pc	Dott. Alessandro Capucci
Ospedali Riuniti	Divisione di Cardiologia	Parma	Pr	Dott. Diego Ardisino
Ospedale Civile	Servizio di Cardiologia	Fidenza	Pr	Dott. Paolo Moruzzi
Ospedale Magati	Area Cardiologica	Scandiano	Re	Dott. Giuseppe Chesì/dott. G Gambarati
Ospedale Policlinico	Divisione di Cardiologia	Modena	Mo	Prof.Ssa Maria Grazia Modena
Ospedale Civile	Cardiologia	Sassuolo	Mo	Dott. Francesco Melandri
Ospedale Dossetti	Servizio di Cardiologia	Bazzano	Bo	Dott. Roberto Nardi
Ospedale Maggiore	U.O. di Cardiologia	Bologna	Bo	Dott. Giuseppe Di Pasquale
Ospedale Bellaria	U.O. di Cardiologia	Bologna	Bo	Dott. Stefano Urbinati
Ospedale del Delta	Servizio di Cardiologia	Lagosanto	Fe	Dott. Gianfranco Baggioni
Ospedale Civile Santa Maria delle Croci	U.O. di Cardiologia	Ravenna	Ra	Dott. Aleardo Maresa
Ospedale Infermi	U.O. Cardiologia	Rimini	Rn	Prof. Giancarlo Piovaccari
Ospedale Ss. Giacomo e Cristoforo	Servizio di Cardiologia	Massa	Ms	Dott. Vincenzo Bonatti
Ospedale della Val di Nievole	Unità Operativa di Cardiologia	Pescia	Pt	Dott. William Vergoni
Ospedali Riuniti	Servizio di Cardiologia	Pistoia	Pt	Dott. Federico Del Citerna
Ospedale Misericordia e Dolce	U.O. Cardiologia	Prato	Po	Prof. Roberto Piero Dabizzi
Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio	U.O. di Cardiologia	Firenze	Fi	Dott. Giovanni Maria Santoro
Az. Ospedaliera e Universitaria Careggi	Cardiologia/Cardiologia Invasiva 2	Firenze	Fi	Dott. Massimo Margheri
Ospedali Riuniti	Divisione di Cardiologia con Utic	Livorno	LI	Dott. Michele Galli
Ospedale San Pietro Igneo	Servizio di Cardiologia	Fucecchio	FI	Dott. Andrea Zipoli
Ospedale Valdichiana Santa Margherita	Cardiologia	Cortona	Ar	Dott. Leonardo Bolognese/dott. Francesco Cosmi
Auxilium Vitae Volterra	Div. di Cardiologia Riabilitativa	Volterra	Pi	Dott. Carlo Giustarini
Azienda Ospedaliera di Perugia	Cardiologia/Fisiopat. Cardiovasc.	Perugia	Pg	Prof. Giuseppe Ambrosio
Ospedale Santa Croce	Servizio di Cardiologia	Fano	Pu	Dott. Giampaolo Ilari
Ospedale Geriatrico Sestilli-Inrca Irccs	Divisione di Cardiologia e Utic	Ancona	An	Prof. Paolo Russo
Ospedali Riuniti	Servizio di Cardiologia	Jesi	An	Dott. Vincenzo Conti
Ospedale San Camillo	Serv. Centr. Cardiologia-Ps Cardiologico	Roma	Rm	Dott. Pietro Tanzi
Ospedale San Giovanni	Unità Operativa di Cardiologia	Roma	Rm	Dott. Alessandro Boccanelli
Ospedale San Filippo Neri	Divisione di Cardiologia e Utic	Roma	Rm	Prof. Massimo Santini
Ospedali Riuniti Albano-Genzano	U.O.C. di Cardiologia e Utic	Albano Laziale	Rm	Dott. Giovanni Ruggeri
Ospedale San Sebastiano Martire	Unità Operativa di Cardiologia	Frascati	Rm	Dott. Gabriele Giorgi
Ospedale San Giovanni Evangelista	Servizio di Cardiologia	Tivoli	Rm	Dott. Marcello Reynaud
Ospedale San Pietro Fatebenefratelli	Divisione di Cardiologia	Roma	Rm	Prof. Fabio Ferri
P.O.I. Portuense	Unità Operativa di Cardiologia	Roma	Rm	Dott. Roberto Neri/dott. Alessandro Salustri
Ospedale Civile dello Spirito Santo	Divisione di Cardiologia	Pescara	Pe	Prof. Antonio Mobilij
Ospedale Civile Ss. Trinità	Divisione di Cardiologia	Popoli	Pe	Dott. Claudio Frattaroli
Casa di Cura Villa Pini d'abruzzo	Dipartimento di Cardiologia	Chieti	Ch	Dott. Carlo Ciglia
Ospedale Ospedaliero San Rocco	Emergenze Cardiologiche	Sessa Aurunca	Ce	Dott. Luigi Di Lorenzo
Fon. S. Maugeri Clinica del Lavoro	Div. di Riabilitazione Cardiologica	Telesse Terme	Cn	Dott. Giuseppe Furgi
Aorn Cardarelli	U.O. Cardiologia con Utic	Napoli	Na	Dott. Aurelio Caruso
Pres. Ospedaliero S. Maria Della Pietà	U.O. Cardiologia e Utic	Nola	Na	Dott. Giuseppe Vergara
Azienda Ospedaliera Vincenzo Monaldi	Divisione di Cardiologia	Napoli	Na	Dott. Pio Caso
Azienda Ospedaliera Giuseppe Moscati	U.O. Cardiologia-Utic	Avellino	Av	Dott. Giovanni Stanco
AO S. Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona	Dipartimento di Cardiologia	Salerno	Sa	Dott. Francesco Silvestri
Ospedale dell'Immacolata	Unità Operativa Utic - Cardiologia	Sapri	Sa	Dott. Pasquale Sarnicola
Ospedale di Venere	Divisione di Cardiologia	Bari-Carbonara	Ba	Dott. Carlo D'Agostino
Ospedale Umberto I	Servizio di Cardiologia	Altamura	Ba	Dott. Vincenzo Nuzzolese
Ospedale L. Bonomo	Cardiologia - Utic	Andria	Ba	Dott. Giovanni Barone
Azienda Ospedaliera San Carlo	U.O. Cardiologia Medica	Potenza	Pz	Dott. Domenico Mecca
Ospedale Civile	Utic	Cetraro	Cz	Dott. Gaetano Sollazzo
Ospedale Civile	U.O. Cardiologia e Utic	Lamezia Terme	Cz	Dott. Antonio Butera
Policlinico Madonna della Consolazione	U.O. di Cardiologia	Reggio Calabria	Rc	Dott. Giancarlo Pulitanò
Ospedale Civile Sant'antonio Abate	Divisione di Cardiologia	Erice	Tp	Dott. Giovan Battista Braschi
Ospedale Ferrarotto	Divisione di Cardiocirurgia	Catania	Ct	Dott. Vincenzo Monaca
Ospedale Cannizzaro	Divisione di Cardiologia	Catania	Ct	Dott. Vittorio Carini
Osp. Buccheri La Ferla Fatebenefratelli	Divisione di Cardiologia	Palermo	Pa	Prof. Antonio Castello
Ospedale Sirai	Servizio di Cardiologia	Carbonia	Ca	Dott. Rinaldo Aste

I canali utilizzati sono stati molteplici ma prevalentemente veicolati dal mezzo informatico (mail, newsletter, sito ANMCO) e non si è volutamente fatto ricorso a lettere/fax cartacei per gli Associati o i Direttori. Un freno alla partecipazione è risultato essere l'accesso tramite le credenziali ANMCO, che pochi Associati possedevano. A seguito della pubblicizzazione dell'iniziativa al Congresso 2005, la segreteria ha infatti ricevuto oltre un centinaio di richieste. Guardando ai risultati, i Centri che hanno partecipato presentano un'elevata dotazione di tecnologie informatiche aziendali (reti) ma,



L'informattizzazione è il nostro ponte verso il futuro

trattandosi di strutture con posti letto, una limitata dotazione di hardware. Lo strumento informatico viene maggiormente utilizzato per procedure amministrative, meno per quelle cliniche con l'eccezione delle realtà dei laboratori di ecocardiografia ed emodinamica che vantano una più lunga esperienza.

Minimale è ancora l'impiego di sistemi informativi in sostituzione di quelli cartacei per la gestione del paziente ricoverato.

Nulla però sappiamo di coloro che non hanno risposto. È lecito chiedersi ed estrapolare che hanno partecipato solo i Centri con un elevato tasso di Information Technology (IT), e che la maggioranza non ha partecipato o perché non utilizza o perché ha poca familiarità con l'IT. Se così fosse i risultati andrebbero letti sotto una luce completamente diversa per-

ché le percentuali sul totale nazionale sarebbero molto più basse.

L'Associazione ha puntato e sta puntando molto sullo strumento informatico per vari progetti di ricerca paper-less (Scompenso Acuto, IN-ACS outcome, IN-CHF on line, Censimento delle Cardiologie). Le potenzialità di diffusione, la qualità dei

dati raccolti, la velocità di elaborazione, unitamente ai costi di gestione più contenuti indicano che la scelta è obbligata.

Il presente sondaggio nazionale dimostra la presenza accanto a Centri molto dotati in IT, di una larga maggioranza che non ha partecipato vuoi per mancanza di tecnologia o perché non raggiunta dall'informazione o per mancanza di familiarità con lo strumento informatico.

- Per la realizzazione del sondaggio le spese vive a carico dell'Area Informatica sono state di circa € 1.000, di cui € 450 per la realizzazione e la messa in linea della pagina WEB, € 350 per l'acquisto del palmare e € 250 per la stampa delle 4.000 copie della brochure per la borsa congressuale 2005.
- Il palmare Dell AXIM X50 è stato vinto dalla Dott.ssa Maria Ausilia Petrucci, della Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza.

AREA INFORMATICA

venerdì 2 giugno 2006
ore 15.00 - 16.00
Sala Vasari

ORDINE DEL GIORNO

1. Introduzione - Attività dell'Area
A. Di Chiara
2. Il progetto Mattoni - Il fascicolo sanitario personale
S. Dalmiani
3. Il progetto IHE - I profili di Cardiologia
P. Marcheschi
4. Consorzi di telemedicina: esperienza Veneta
C. Dario
5. IN-ACS Outcome.
Stato di avanzamento del progetto
(ore 16.00 - 17.00, in collaborazione con l'Area Emergenza-Urgenza)



Il nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro 2002-2005

Area dirigenza medica e veterinaria

Con determinazione e con grande unità delle sigle sindacali si è costruito un contratto per la dirigenza medica decoroso ed equo dal punto di vista economico nonostante le scarse risorse disponibili.

Vediamo quali sono state le novità relative al quadriennio normativo.

Il sistema delle relazioni sindacali

Tale sistema è lo strumento che regola la metodologia dei rapporti fra la Parte Pubblica e le OO.SS. per consentire un ampio e tempestivo coinvolgimento della categoria nelle decisioni riguardanti gli assetti organizzativi e l'attribuzione delle responsabilità dirigenziali al fine di contemperare l'interesse della stessa al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale dei dirigenti con l'esigenza aziendale a mantenere elevate l'efficienza e l'efficacia dei servizi erogati.

Quali obiettivi ci eravamo posti con questo rinnovo contrattuale?

- potenziare o almeno mantenere inalterato il livello di contrattazione nazionale;
- introdurre possibilmente un livello di contrattazione regionale o almeno potenziare il livello di confronto regionale su alcuni isti-

tuti contrattuali al fine di redigere indirizzi attuativi univoci per i livelli aziendali;

- potenziare il livello di contrattazione e di concertazione aziendale.

Pur essendo rimasti invariati sia l'architettura che i principi generali del sistema delle relazioni sindacali, sono state introdotte nello specifico alcune modifiche sostanziali ed innovative. Infatti la contrattazione integrativa riguarda una serie di fondi che dovranno essere assegnati a livello aziendale, da quello per la specificità medica alla retribuzione di risultato e per la qualità della prestazione individuale. Le materie oggetto di trattativa saranno quelle relative alle posizioni dirigenziali, ai programmi annuali e pluriennali della attività di formazione manageriale e formazione continua, all'attivazione e disattivazione dei servizi, alla libera professione, allo spostamento di risorse tra i fondi, alle implicazioni derivanti dagli effetti delle innovazioni organizzative, tecnologiche e dei processi di esternalizzazione, disattivazione o riqualificazione e riconversione dei servizi, sulla qualità del lavoro, sulla professionalità e mobilità dei dirigenti.

Il significato politico-contrattuale

relativo all'esistenza di un potenziamento del livello regionale di confronto fra OO.SS. di categoria e la Regione su alcune materie contrattuali è quello di poter avviare un confronto importante con la Regione sulle scelte attuative aziendali di alcune materie contrattuali, di poter incidere sulle scelte delle Aziende sull'organizzazione del lavoro per quanto riguarda l'urgenza e l'emergenza, di omogeneizzare a livello aziendale le scelte attuative di alcuni istituti contrattuali attraverso atti di indirizzo concordati, di poter calmierare le insufficienze e/o le debolezze del livello aziendale di contrattazione. Le materie oggetto di confronto nel coordinamento regionale in accordo con i sindacati sono: l'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalle Regioni, la realizzazione della formazione manageriale e formazione continua, comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente, la modalità di incremento dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi, i criteri generali dei sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti che devono essere adottati preventivamente dalle aziende, i criteri generali per sviluppare a livello azienda-

le un sistema di standard finalizzati all'individuazione dei volumi prestazionali riferiti all'impegno, anche temporale, richiesto nonché di monitoraggio delle prestazioni concordate e correlate al raggiungimento degli obiettivi, i criteri generali per la realizzazione ed ottimizzazione delle attività connesse alla continuità assistenziale ed urgenza/emergenza al fine di favorire la loro valorizzazione economica. Particolare importanza riveste quest'ultimo comma che permette di dare alle aziende un indirizzo attuativo concordato, rispettoso dei requisiti minimi organizzativi e strutturali necessari ed omogeneo sul territorio regionale, sui criteri generali da utilizzare per razionalizzare ed ottimizzare le attività in merito (guardie divisionali ed interdivisionali e pronte disponibilità) in previsione che per una quota parte di queste si debba ricorrere alla libera professione in favore dell'Azienda.

Mobbing

Nel nuovo CCNL è stato introdotto un articolo specifico sul fenomeno del mobbing. Questo articolo riveste un particolare significato politico-sindacale in quanto determina



Joan Miró, *Codes & Constellations dans l'amour d'une femme, 1941*

un riconoscimento della pericolosità del fenomeno del mobbing, l'ammissione della possibile esistenza di tale fenomeno all'interno delle Aziende Sanitarie, l'impegno della Parte Pubblica a prevenirlo, rilevarne la diffusione e contrastarlo, il coinvolgimento attivo dell'Azienda, della Regione e delle OO.SS. di categoria in tale azione.

Sono previsti per l'Azienda i seguenti doveri:

- 1) costituire un Comitato paritetico ad hoc
- 2) attivare degli sportelli di ascolto nell'ambito delle strutture esistenti
- 3) istituire la figura del Consigliere

di fiducia

- 4) definire un codice di condotta
- 5) favorire l'operatività del comitato
- 6) garantire tutti gli strumenti idonei per il suo funzionamento
- 7) pubblicizzare i lavori svolti dallo stesso

Orario di lavoro

È confermato in 38 ore settimanali necessarie allo svolgimento delle attività gestionali e professionali correlate al proprio incarico.

Quattro ore dell'orario settimanale sono destinate all'aggiornamento professionale, alle ECM e alla partecipazione all'attività didattica e di ri-

cerca.

Questa riserva ore non rientra nella normale attività assistenziale, è utilizzata di norma con cadenza settimanale, può essere cumulata in ragione di anno, può essere utilizzata per aggiornamento facoltativo, non può comportare una mera riduzione dell'orario di lavoro.

L'azienda può utilizzare, con le procedure del budget, 30 minuti settimanali delle 4 ore destinate alle attività non assistenziali, in forma cumulata fino a una massimo di 26 ore annue, per contribuire alla riduzione delle liste di attesa, ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione.

L'orario di lavoro dei dirigenti di struttura complessa

I dirigenti di struttura complessa devono assicurare la propria presenza in servizio per garantire il normale funzionamento della struttura che dirigono e articolano in modo flessibile il relativo orario per correlarlo a quello degli altri dirigenti.

Effetti del passaggio dal rapporto esclusivo al rapporto non esclusivo

Il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo non prelude il mantenimento o il conferimento di incarichi apicali, ma è inibita la libera professione intramuraria e cessa di essere corrisposta l'indennità di esclusività.

Rapporti di lavoro a esaurimento

Per il lavoro a tempo definito è prevista la possibilità di restare in servizio a esaurimento o di passare a rapporto di lavoro a orario unico.

Servizio di guardia

Il servizio di guardia medica è svolto all'interno del normale orario di lavoro. Sino all'entrata in vigore del Contratto Nazionale relativo al secondo biennio economico 2004-2005, le guardie espletate fuori dall'orario di lavoro possono essere assicurate con il ricorso al lavoro straordinario. Qualora tra i servizi istituzionali da assicurare eccedenti gli obiettivi prestazionali rientrano i servizi di guardia notturni, può essere definito un tetto massimo delle guardie retribuibili con il ri-

corso al comma 2 non superiore al 12% delle guardie notturne complessivamente svolte in Azienda, il quale rappresenta il budget di spesa massima disponibile; la tariffa per ogni turno di guardia notturna è fissata in € 480,00 lordi.

Assicurazioni

Le Aziende garantiscono la copertura assicurativa della responsabilità civile, spese di giudizio comprese per eventuali azioni giudiziarie di terzi. Le risorse sono quelle destinate dalle strutture, più un contributo tra i 26 e i 50 euro a carico del dirigente più per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale. Nascono anche strutture aziendali per la gestione dei rischi.

Disciplina transitoria della mobilità

Chi segue particolari corsi di formazione o di aggiornamento che rientrano nei piani di investimento dell'Azienda deve impegnarsi a non accedere alla mobilità volontaria se non siano trascorsi due anni dal termine della formazione.

Formazione ed ECM

Le aziende devono garantire ai dirigenti l'acquisizione dei crediti formativi con le risorse finalizzate a questo scopo. In caso di impossibilità, anche parziale, da parte delle strutture a farlo, i dirigenti non potranno essere sanzionati.

Comitato dei garanti

Niente licenziamenti senza il pare-

re del Comitato che deve essere espresso improrogabilmente ed obbligatoriamente entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta. Il parere è vincolante e il dirigente può richiedere un'audizione presso il Comitato dei garanti e vi è l'obbligo di essere informato sull'esito.

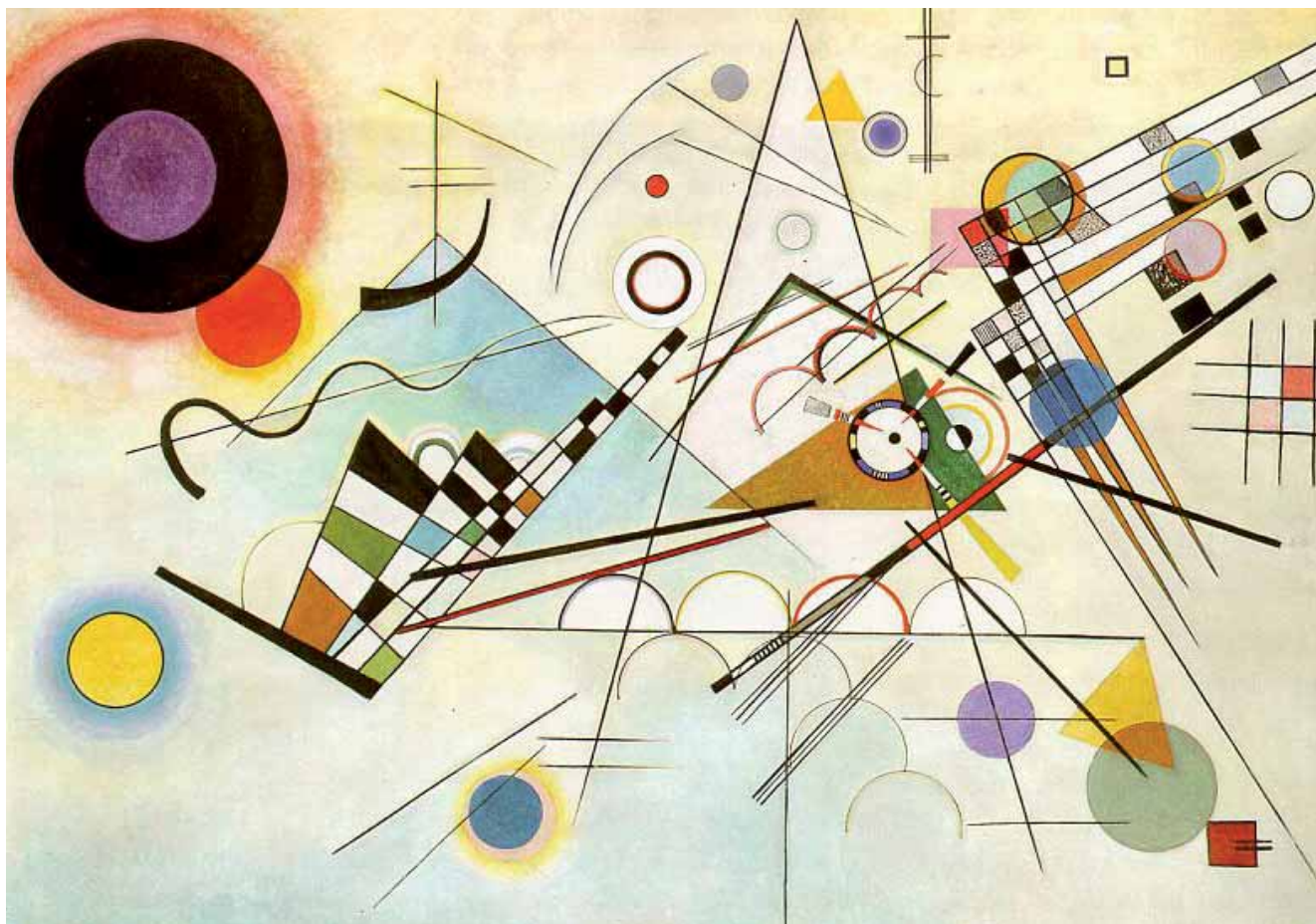
Verifica e valutazione dei dirigenti

La valutazione avviene annualmente ed al termine dell'incarico. La verifica triennale è stata abolita. C'è una distinzione tra verifica professionale e gestionale, vi sono infatti articoli distinti per i due organi di valutazione. Le procedure di valutazione devono essere improntate ai seguenti principi:

- trasparenza dei criteri usati, oggettività delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- informazione adeguata e partecipazione del valutato anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio nella valutazione di I e II istanza.

Due sono gli organismi preposti:

- Il nucleo di valutazione che procede alla verifica e valutazione annuale dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa e di struttura semplice, dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.
- Il collegio tecnico che procede alla verifica e valutazione di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico



Wassily Kandinsky, *Composition VIII*, 1923

loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti, dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio, dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

L'esito positivo della valutazione affidata al collegio tecnico produce i seguenti effetti:

a) per i dirigenti di struttura complessa o semplice, alla scadenza dell'incarico realizza la condizione per la conferma nell'incarico già assegnato o per il conferimento di al-

tro della medesima tipologia di pari o maggior rilievo gestionale ed economico. Per gli altri dirigenti realizza la condizione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di pari o maggior rilievo professionale ed economico o di struttura semplice.

b) Per i dirigenti neo assunti, al termine del quinto anno, realizza l'attribuzione di incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo, nonché di direzione di strutture semplici.

La valutazione negativa non intro-

duce alcuna novità rispetto al precedente articolo 34 comma 1 e 2. La valutazione negativa dei risultati introduce il concetto che gli eventuali effetti negativi sulla retribuzione di risultato si riferiscono solo all'anno oggetto della verifica. L'eventuale revoca dell'incarico da parte dell'Azienda è subordinata al giudizio del collegio tecnico che viene chiamato a fare una valutazione anticipata solo dopo due verifiche da parte del nucleo di valutazione.

Le novità relative al 1° e 2° biennio economico saranno oggetto di una successiva trattativa.



Le differenze che uniscono

Cardiologo ed infermiere:
l'inevitabile destino di due professionalità

Attualmente, per quanto riguarda le interazioni tra medici ed infermieri, sono presenti in ambito cardiologico ma non solo due forze contrapposte: una centrifuga che tende ad esasperare le differenze nella (errata) speranza di conservare uno status quo rassicurante, ed una centripeta che cerca, attenuando alcune diversità per salvaguardarne altre, di integrare maggiormente le due professioni per avere il massimo da ognuna di loro.

Grandi sono stati i cambiamenti avvenuti nella sanità italiana; ancora più grandi saranno le conseguenze sulla nostra attività quotidiana. Non tutti forse sanno che gli effetti di queste trasformazioni non sono ancora terminati.

L'evolvere dei valori e della consapevolezza dei propri diritti sino al punto di ridefinire il concetto di salute, di malattia e di paziente, il progredire delle innovazioni scientifiche e tecnologiche associato alla loro diffusione su larga scala (causa prima dell'insostenibile incremento dei costi), l'invecchiamento della popolazione ed altri importanti fattori hanno portato alla ridefinizione dei modelli assistenziali ed organizzativi della sanità sia in ambito nazionale, regionale che loca-

le. Sono cambiate le regole del gioco e se vogliamo continuare a partecipare dobbiamo necessariamente adeguarci.

Conseguenza pratica di ciò è il mutare (sarebbe più corretto dire l'evolvere) delle stesse competenze professionali di tutti gli operatori sanitari e la necessità (per gestire la complessità del sistema e non soccombere ad esso) di acquisire nuove ed ulteriori competenze apparentemente lontane dal vecchio, conosciuto (e quindi rassicurante) mondo della clinica e dell'assistenza. Un gran numero di noi, come accade spesso nelle italiane cose, crede ancora erroneamente che a cambiare debbano comunque essere sempre gli altri e che, come è quasi sempre accaduto, cambia tutto per poi non cambiare niente. L'abolizione del mansionario e la nuova normativa professionale della professione infermieristica sono state la conseguenza e la dimostrazione di questo cambiamento.

Come accade quasi sempre in tutti i grandi cambiamenti non tutti gli interessati hanno accolto, accettato ed attuato (con i fatti oltre alle parole) tali trasformazioni; lo stesso dicasi di gran parte dell'ambiente circostante. Ciò è, entro certi limiti

e tempi, fisiologico; il rifiuto di un cambiamento inevitabile ha però valore sicuramente patologico.

Concetto portante della "nuova" professionalità è l'assunzione di responsabilità in un ambito di autonomia basata principalmente sulla capacità di sapere e saper fare realmente le cose.

Per l'ancora relativamente breve periodo di attuazione di questi nuovi principi e normative è comprensibile la difficoltà di diffondere alcuni nuovi modi di agire professionali dato che i nuovi modelli di comportamento devono essere spesso associati a nuovi modelli organizzativi interni, a volte non facili da adottare perché essi stessi costituiscono un sostanziale e non facile cambiamento.

Tre sono i possibili e principali atteggiamenti non corretti: il non assumere responsabilità inerenti il proprio ruolo (cioè continuare a comportarsi come prima), il voler estendere dette responsabilità in ambiti impropri ed il prendere delle responsabilità senza averne prima acquisito le competenze.

Anche gli strumenti professionali vanno quindi rivisti in questa nuova ottica e, soprattutto, nell'ottica dell'unicità del paziente anche di fronte agli operatori sanitari.

Come hanno vissuto i medici questo cambiamento, non solo culturale, degli infermieri? Non di rado sotto-stimando l'argomento, considerandolo sovente poco più di una cosmesi normativa e, di fatto e non infrequentemente, continuando a comportarsi come sempre.

È stato infatti colto solo raramente il concetto che il "nuovo" infermiere (in particolare le giovani leve laureate) sono professionisti con specifiche, maggiori ed in parte diverse competenze e che tali competenze sono la reale cornice dell'autonomia professionale.

Si possono (e si devono) quindi affidare a questa nuova figura di professionista altre e maggiori responsabilità nella gestione, nell'organizzazione e soprattutto nell'assistenza dei pazienti.

Non è stata colta del tutto infatti la conseguenza profonda del nuovo ordinamento: la necessità e l'opportunità di ridefinire in meglio (nei tempi e nei modi più opportuni) alcuni modelli organizzativi, assistenziali e clinici.

Far firmare frettolosamente un asettico modulo standard di consenso informato, adottare qualche protocollo e procedura o passare dal "tu" al "lei", da "paziente" a "cliente / utente" sono aspetti, se non accompagnati da un profondo cambiamento della cultura professio-



Poster della II Guerra Mondiale per il reclutamento di infermiere

nale e dei conseguenti comportamenti, possono essere solo delle pure formalità per accontentare qualche frettolosa e superficiale amministrazione, ma non possono in nessun caso essere prese ad esempio e dimostrazione del cambiamento stesso.

In un'ottica sistemica ed unitaria centrata realmente sul paziente hanno quindi a volte meno senso ad esempio i concetti di "infermieristico" e "medico" come la documentazione che non dovrebbe essere né medica né infermieristica ma "integrata" contenendo però al suo interno gli spazi per le varie specificità professionali.

Lo stesso dicasi della diagnosi che dovrebbe essere unitaria (la o le malattie del paziente) per personalizzare i singoli biso-

gnali e clinici del paziente. È inoltre importante per i medici chiarire e comprendere pienamente che l'estendersi delle competenze e delle responsabilità degli infermieri non va a discapito delle loro, e per gli infermieri che essere più bravi non significa avvicinarsi di più alla figura del medico ma di ampliare, consolidare e completare quella dell'infermiere. Le due professionalità sono in realtà ancora più complementari e si integrano ed accrescono a vicenda.

Quello che per noi sembra nuovo, difficile da accettare e rivoluzionario è un percorso che molti altri paesi hanno già da tempo compiuto e a cui non ci possiamo (per molti ed inderogabili motivi) più sottrarre anche perché la maggiore conoscenza potrebbe fugare molti dubbi, paure e malintesi oltre che evitare una quantità di errori.

Le caratteristiche e le differenze tra le due professionalità sono per il paziente entrambe ed in vario modo indispensabili al raggiungimento degli obiettivi diagnostici, terapeutici ed assistenziali. Le forze centrifughe dettate da un eccessivo timore del cambiamento o da altri fattori sovente non proprio edificanti fanno sicuramente gli interessi di pochi e non certo quello dei pazienti.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

DI CARMINE RICCIO, FURIO COLIVICCHI, ALBERTO GENOVESI EBERT

A che punto siamo



Oltrepassato il giro di boa, ci sembra giusto fare il punto della situazione e valutare cosa è stato realizzato del programma presentato dal Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare nel momento del suo insediamento.

Progetti di formazione

Come tradizione i progetti di formazione sono stati un fiore all'occhiello dell'Area.

Sono state realizzate tre Campagne Nazionali:

1. La diffusione dei contenuti della III Conferenza sulla Prevenzione Cardiovascolare, organizzata in oltre 80 incontri su tutto il territorio nazionale. Il materiale prodotto, raccolto in un CD ed in un piccolo manuale, è stato molto apprezzato dai medici di medicina generale, che lo hanno definito un utile strumento di ausilio nella loro pratica clinica quotidiana.

2. La Cardiopatia ischemica cronica: in questa campagna si è puntato su una modalità didattica completamente innovativa in campo di "cronicità", sfruttando le potenzialità dei sistemi di simulazione. È stato realizzato un percorso formativo che ha visto per due giorni i medici di medicina generale impe-

gnati in lezioni frontali e successive attuazioni "sul campo" con manichini, per mettere alla prova quanto appreso da un punto di vista teorico. Per la preparazione dei materiali e la successiva realizzazione dei corsi sono stati coinvolti circa trenta Cardiologi, ai quali rinnovo il ringraziamento di tutto il CDC per l'impegno profuso.

3. L'Ecg per il medico di Medicina Generale: anche in questa campagna il sistema didattico ha avuto un taglio pratico, facendo seguire ad un primo modulo teorico un secondo, realizzato a distanza di alcuni mesi, per la valutazione pratica di quanto appreso.

Per quanto concerne i corsi di formazione ne sono stati già realizzati due, entrambi innovativi sia per gli argomenti che la modalità didattica:

1. La consulenza cardiologica preoperatoria. L'Area Prevenzione ha deciso di realizzare un percorso formativo su un argomento abitualmente considerato "di secondario interesse" e tradizionalmente negletto dal mondo cardiologico nazionale.

L'idea è nata dalla considerazione della mancanza di riferimenti pratici per il cardiologo clinico, che spesso si trova isolato in situazioni

complesse con possibili inquietanti risvolti medico-legali. Per affrontare il problema in maniera più completa sono stati coinvolti un chirurgo, un anestesista ed un medico-legale. Il corso era inizialmente previsto in due edizioni tenutesi a Firenze e a Milano nel 2005. Adottando un'espressione teatrale si potrebbe dire che "a grande richiesta" sono state organizzate altre due tappe che si sono svolte a Roma e a Caserta nei primi mesi del 2006.

2. La Cardiologia Preventiva e Riabilitativa. Si è finalmente realizzato un percorso formativo condiviso tra il Gruppo di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR) e l'Area Prevenzione dell'ANMCO. Il corso è stato impostato sulla presentazione di casi clinici, all'interno dei quali sono stati inseriti riferimenti a linee guida, elementi di evidence-based-medicine e numerosi snodi clinici di discussione. Questo approccio innovativo ha favorito una particolare interattività tra docenti e discenti. Delle tre tappe inizialmente previste, dopo quelle di Bologna e Cremona, già realizzate, è in programma a Napoli l'ultima edizione prevista per l'8 e 9 giugno.

Nel PAF ANMCO 2006 è previsto

per fine anno un corso di formazione "Cuore e Rene", per approfondire le complesse interazioni tra apparato cardiovascolare e rene, che sempre più, nel corso della pratica clinica quotidiana, si ripropongono alla nostra attenzione.

Dall'Area Nursing è stata richiesta la nostra collaborazione per un corso che si terrà a Firenze a settembre, mentre ad ottobre è previsto un evento formativo sul "Cuore delle donne" che si svolgerà a Verona.

L'Area inoltre collaborerà ad un corso sulla Comunicazione in Medicina, che riprendendo un Minimaster dello scorso anno svilupperà i temi attualissimi di come comunicare quotidianamente con i pazienti, gli amministratori, le aziende, ecc.

Progetti Editoriali

È stato pubblicato il Manuale Cardionursing, nel quale sono presenti contributi dell'Area.

È in corso di stampa sul Monaldi Archives una review sui fattori di rischio cardiovascolari.

In corso di pubblicazione il Lexicon di Prevenzione Cardiovascolare e il manuale che raccoglie i contenuti del corso sulla consulenza cardiologica.



È sempre il cuore a fare gola...

Progetti di ricerca

È attualmente al vaglio del Comitato Scientifico la proposta d'attuazione del progetto "Counseling ed educazione del paziente: strategie di implementazione e valutazione dei risultati" articolato in quattro fasi:

1. Survey sullo stato attuale del counseling nelle Cardiologie italiane per conoscere a chi è affidato tale compito. Quali e quante risorse sono impiegate?
2. Percorso formativo sul counseling
3. Implementazione delle attività di counseling
4. Verifica dei risultati.

In considerazione dei possibili

risvolti e delle figure coinvolte, il progetto è stato presentato all'Area Management & Qualità ed all'Area Nursing per la sua condivisione.

Attivazione della Rete e del Registro della Prevenzione Cardiovascolare

D'intesa con il Centro Studi, è stato rivisto il protocollo e in base all'esperienza dei Centri aderenti al FISDE che lo hanno testato in anteprima, sono state proposte alcune modifiche del software.

La scheda sviluppata

per costruire il registro ANMCO prevenzione è una cartella elettronica che colleziona i dati anamnestici, clinici e strumentali principali dei pazienti che si pensa debbano essere arruolati nel registro.

Scopo del registro è di valutare l'epidemiologia dei pazienti a vario livello di rischio cardiovascolare.

L'attuale forma della scheda è molto orientata alla prevenzione primaria cioè a pazienti che non abbiano avuto sinora eventi coronarici o vascolari ma che siano portatori di fattori di rischio, in particolare pazienti affetti da ipertensione arteriosa.

Il registro prevenzione tuttavia dovrebbe divenire per le cardiologie che facciano prevenzione uno

strumento di lavoro oltre che di raccolta dati. Poiché la maggior parte delle Cardiologie che si occupano di prevenzione svolgono il loro compito nell'ambito della prevenzione secondaria, pensiamo siano utili alcune aggiunte alla scheda già sviluppata.

Riteniamo quindi che sia opportuno integrare l'attuale scheda ed i criteri di arruolamento per l'ingresso nel registro in modo da poter valutare anche pazienti che abbiano avuto eventi e così di poter collezionare dati provenienti dalle tante cardiologie che di questi pazienti si prendono cura.

Non appena queste modifiche saranno state inserite nella cartella elettronica si potrà procedere all'attivazione dei centri interessati a partecipare alla raccolta dati IN CP, secondo la migliore tradizione ANMCO.

Collaborazione con il GICR

Era stato dato mandato a questo CDC di ricercare possibili scenari di collaborazione con il Gruppo di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva.

In presenza del Presidente dell'ANMCO, ci siamo incontrati lo scorso ottobre a Milano per definire quali potevano essere le modalità per cominciare a lavorare insieme.

Oltre ai progetti formativi congiunti che hanno già visto realizzare la Campagna Nazionale sulla diffusione dei contenuti della III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione

Cardiovascolare ed il Corso di formazione descritto in precedenza, è stato definito un accordo per:

- organizzare due riunioni congiunte annuali dei direttivi del GICR e del CDC dell'Area;
- coinvolgere, in qualità di consulenti, un membro dell'Area e uno del GICR nei rispettivi Direttivi.

Sono inoltre previsti l'ingresso di due membri del CDC dell'Area Prevenzione nel Board Editoriale della rivista ufficiale del GICR, il *Monadi Archives*, ed inoltre l'organizzazione di simposi congiunti ai prossimi Congressi Nazionale dell'ANMCO e del GICR.

Il proposito è quello di condividere iniziative di interesse comune quali corsi di formazione, progetti editoriali, posizioni di "politica" sanitaria (vedi linee guida - rapporto con i fisiatri, ecc.).

Sito Web

L'idea iniziale era quella di condividere il sito WEB già esistente del GICR. Non ci è sembrato opportuno proseguire su questa strada per una serie di difficoltà amministrative e tecniche. Il Consiglio Direttivo dell'ANMCO ha deciso tra l'altro di investire nel sito dell'ANMCO, invitando le Aree e le Regioni a collaborare per arricchirlo di contenuti. Abbiamo quindi aggiornato lo spazio dedicato all'Area Prevenzione Cardiovascolare, con l'inserimento di notizie, segnalazione di articoli e slide di corsi di formazione.

Cosa bolle in pentola

Nel tempo che ci divide dalla fine del mandato di questo CDC si completeranno i corsi di formazione già programmati, arriveranno alla stampa i progetti editoriali, vedrà finalmente la luce il Registro della Prevenzione Cardiovascolare IN-CP, che potrà costituire, se opportunamente alimentato, una fonte inesauribile di dati per l'ANMCO.

Ma l'Area Prevenzione ha nel suo futuro uno scenario che mi sembra molto stimolante. Oltre alla collaborazione con il GICR che di fatto renderà "statutarie" le affinità elettive con il mondo della Riabilitazione Cardiologica, è stata definita proprio in questi giorni l'istituzione di un Gruppo di studio su "Cuore ed Ipertensione".

Tale nuova struttura costituirà un'articolazione interna dell'Area Prevenzione, che favorirà il coagularsi degli interessi scientifici di tutti coloro che si dedicano da anni a questo grande capitolo della Prevenzione.

L'Area Prevenzione Cardiovascolare avrà a questo punto due cilindri in più che le daranno maggiore forza, arricchendola di competenze diverse tra loro, di progetti di ricerca, di formazione ed editoriali. Si creeranno le condizioni ideali per raccogliere la sfida che le Aree dovranno affrontare nel momento in cui si realizzerà la confluenza nella FIC, propedeutica all'ingresso nella ESC.

SCOMPENSO CARDIACO

DI A. DI LENARDA, F. OLIVA, G. GIGLI, A. MORTARA, G. PULIGNANO, G. DI TANO

**Bilancio dell'attività dell'Area Scopenso:
dal documento di consenso all'implementazione dei
percorsi gestionali nelle diverse realtà locali**

L'anno 2005 si è chiuso con la presentazione del documento di consenso sui Percorsi Gestionali dello Scopenso Cardiaco alla cui stesura hanno dato il loro prezioso contributo numerosi Cardiologi ANMCO, interni ed esterni al Coordinamento dell'Area Scopenso, e tutte le Società Scientifiche coinvolte nell'assistenza al paziente con scopenso cardiaco. Un particolare ringraziamento va al Prof. Luigi Tavazzi ed a tutti i componenti del Board Scientifico che hanno dato un contributo fondamentale alla revisione della versione finale del documento.

Il documento verrà pubblicato, acquisendo così una veste ufficiale, in un prossimo numero del Giornale Italiano di Cardiologia. È in valutazione l'opportunità di pubblicare il documento (per intero o in forma sintetica) in una rivista a diffusione europea per dare visibilità a questo importante sforzo della Cardiologia italiana.

Pubblicato il documento, si deve ora passare alla delicata ma fondamentale fase di implementazio-

ne nelle diverse ed eterogenee realtà locali.

In alcune regioni italiane sono iniziate, negli ultimi anni, alcune esperienze sulla gestione del paziente affetto da scopenso cardiaco. Tali progetti appaiono ancora settoriali e limitati a singole realtà, dimostrando la difficoltà di una reale, stabile e costruttiva integrazione tra ospedale e territorio e tra i diversi attori coinvolti.

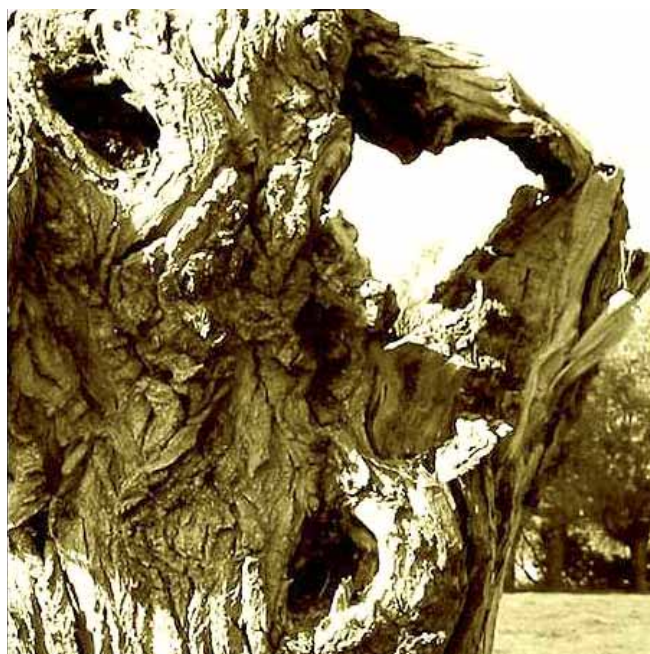
È comunque un dato di fatto, come specificato nei programmi Stato-Regione in Italia ed in molti stati europei, che la gestione ed il trattamento delle patologie croniche

come lo scopenso cardiaco debba spostarsi verso le cure primarie. Questo processo impone da parte dell'ANMCO e della Federazione Italiana di Cardiologia un corretto ed attento governo clinico sia sotto il profilo teorico (vedi documento "Consensus"), che su quello organizzativo-gestionale, sia infine sotto il profilo sperimentale.

L'obiettivo è quello di migliorare l'assistenza ai pazienti da parte degli specialisti e dei MMG, ottimizzando l'erogazione delle cure e delle prestazioni, e fornire alle stesse ASL gli strumenti di monitoraggio del processo e di controllo dell'elevata spesa sanitaria per questa patologia cronica.

**L'implementazione della
Consensus nella eterogenea
realtà italiana**

La delicata fase della diffusione del progetto nel territorio dovrebbe seguire il programma organizzativo-gestionale delineato nel documento mirando in particolare alla riorganizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici all'interno dell'ospedale e nel territorio.



Ulivo secolare della Puglia

L'ottimizzazione dei percorsi intra ed extraospedalieri, attraverso una maggiore attenzione all'appropriatezza e al governo clinico, agirebbe da presupposto necessario per l'integrazione efficace con le cure primarie. Assolutamente fondamentale appare il supporto istituzionale al progetto (Regione, ARS) per un fattivo ed indispensabile coinvolgimento delle ASL e dei Distretti.

Uno dei principali problemi nella organizzazione di percorsi gestionali ospedale-territorio è un obsoleto sistema di comunicazione fra gli specialisti ed i MMG che spesso vedono il paziente nei propri ambulatori, ma non possono condividere tutte le informazioni cliniche e strumentali che vengono prodotte negli ambulatori cardiologici e nei reparti ospedalieri.

Il database, oltre che utile strumento gestionale, potrebbe avere anche una funzione educativa e propositiva per esempio favorendo l'introduzione nella pratica clinica di nuovi strumenti di valutazione come, ad esempio, la valutazione multidimensionale del paziente anziano.

Diventa così premessa indispensabile per l'implementazione del processo lavorare su nuovi sistemi di gestione della raccolta dati e del monitoraggio di parametri clinici condivisi on-line da più operatori sanitari. Un nuovo sistema di comunicazione via WEB è in grado di facilitare non solo l'archiviazione dei dati clinici, ma anche la gestio-

ne comune dei controlli e degli eventi di follow-up evitando ridondanze e migliorando l'assistenza.

La ricaduta locale della Consensus potrebbe in realtà avere una struttura profondamente diversa a seconda che si ipotizzi un progetto di implementazione oppure una vera e propria sperimentazione.

Nel caso di un progetto di implementazione l'ipotesi è quella di avviare il processo a livello regionale identificando con le diverse società scientifiche i referenti che in sede locale avvieranno il processo costituendo i primi gruppi di lavoro che dovranno interagire con le istituzioni.

L'avvio del processo dovrebbe includere la costituzione di gruppi di lavoro locali con la partecipazione attiva di internisti e MMG, la condivisione di protocolli operativi, linee guida e percorsi diagnostici-terapeutici intra ed extraospedalieri, la creazione di reti fra strutture ospedaliere, l'informatizzazione dei MMG e la preparazione di database condivisi.

È prevista l'organizzazione di incontri a livello regionale di presentazione del documento, ma fortemente aderenti alle problematiche che caratterizzano ogni specifica realtà locale. Il progetto è complesso, richiede tempi lunghi per raggiungere i profondi e necessari mutamenti strutturali e necessita di un continuo e periodico monitoraggio del processo con verifica di indicatori di struttura,

processo ed esito pre-definiti.

Per la parte sperimentale della Consensus, sono in fase di stesura alcuni progetti relativi allo screening della disfunzione ventricolare sinistra in pazienti ad alto rischio, al coinvolgimento degli infermieri come "case manager" ed all'implementazione dei trattamenti farmacologici raccomandati sulla base di una stretta collaborazione tra specialista e medico di medicina generale.

Il Congresso Nazionale dell'ANMCO

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

La Riunione d'Area al Congresso Nazionale, come lo scorso anno, è ben che sia luogo di discussione aperta alle proposte di tutti, in uno spazio temporale centrale delle giornate congressuali.

Al Congresso di quest'anno, viene sperimentata la proposta dell'Area Scompensato di favorire e ravvivare la partecipazione ad alcune Sessioni di Comunicazioni, con l'introduzione di relazioni/messe a punto introduttive alle comunicazioni orali.

L'Area Scompensato cura per l'occasione anche una Sessione del Clinical Round, la nuova formula di discussione interattiva di casistica clinica.

La Riunione di Area si svolge giovedì 1 giugno dalle 16.30 alle 18.00 in Sala Giotto.

Eventi formativi

Nel 2005 sono stati portati a termine 2 dei Progetti Formativi ANMCO ed in particolare uno rivolto a Medici internisti ospedalieri (coordinatore Dott. Fabrizio Oliva), uno a Medici di Medicina Generale (Coordinatore Dott. Andrea Di Lenarda).

La terza campagna sulla Morte Improvvisa, rivolta a Cardiologi Clinici è in programma per l'autunno di quest'anno ed approfondirà l'interessante tematica dell'appropriatezza e sostenibilità delle indicazioni ad impianto di device.

Sito Web dell'Area Scompensato Cardiaco

Un grosso impegno è stato dedicato al rinnovamento delle pagine dell'Area che vi invitiamo a visitare sul sito dell'Associazione (www.anmco.it).

La Rubrica "Attività ed Iniziative in Corso" è stata aggiornata con una breve sintesi delle Campagne Educative in programma, della Consensus (con possibilità di scaricare le slide di tutti gli incontri), dell'iniziativa SHAPE, ecc.

È stata aggiunta una nuova Rubrica: "Dal territorio" con l'intento di fornire un adeguato rilievo alle iniziative culturali e scientifiche delle diverse regioni sullo scompensato cardiaco, in modo da incentivare la



Incisione rappresentante Willim Harvey

comunicazione con i referenti regionali e gli iscritti, ed avere un quadro della vivacità culturale ed organizzativa della periferia, ipotizzando, per le esperienze di interesse generale, una esportabilità nazionale con il supporto attivo dell'Area.

L'invito è quindi quello di inviare una breve sintesi delle vostre iniziative proposte localmente all'indirizzo e-mail della Segreteria Aree ANMCO (aree@anmco.it).

La Rubrica "Articoli scelti e commentati" è stata aggiornata ed articolata in maniera più dettagliata, oltre ad abstract e articoli sele-

zionati infatti si possono trovare ora 3 nuovi link:

1. "Il Punto su": dove periodicamente un articolo significativo per le sue ricadute "pratiche" verrà commentato da esperti con l'integrazione di slide appositamente preparate sull'argomento. Il primo argomento è: "Il ruolo del Cateeterismo destro nello SC", prendendo spunto dalla pubblicazione del Trial ESCAPE e dalla relativa metanalisi pubblicata a fine 2005 su JAMA, curato da F. Oliva ed A. Murrone. In preparazione il commento sul Ruolo dei Peptidi Natriuretici, dall'articolo dello Studio PRIDE apparso sull'Am Heart Journal di gennaio 2006.

2. "Made in Italy", riservato ad articoli pubblicati da autori italiani su riviste internazionali. Anche questi saranno commentati ed integrati da slide appositamente preparate da esperti. Il primo commento sarà dedicato all'articolo di Olivetto e colleghi pubblicato su JACC di marzo 2006 sul ruolo dell'alterazione del microcircolo nel determinismo della disfunzione ventricolare nella cardiomiopatia ipertrofica. Seguirà il commento al lavoro del gruppo di Ambrosio e colleghi incentrato sul rapporto tra la dissinergia da miocardio ibernato e rimodellamento, pubblicato sullo stesso numero di JACC.

3. "Non solo Cardiologia...": dove saranno inseriti alcuni articoli a cura di G. Alunni, non necessariamente cardiologici, apparsi sulle più importanti riviste, "apparentemente curiosi", ma intelligenti e demiurgici per la discussione.

È stato aggiunto un link con il "Registro dello Scompenso Cardiaco Acuto" dove è possibile scaricare i documenti e le slide relative allo Studio.

Sarà infine inserito un elenco di "Link Utili" con la possibilità di scaricare Linee Guida, Scientific Statement, ecc. sullo Scompenso Cardiaco.

Registri e Ricerca Scientifica

La recente pubblicazione degli Studi Bring-up 2 (1) e del Registro dello Scompenso Acuto (2) ha dimostrato una volta di più in ambito europeo la vitalità della ricerca cardiologica italiana.

Si stanno intanto completando i follow-up di importanti studi randomizzati come il GISSI-HF (terminato l'arruolamento il 28 febbraio 2005 con 7.057 pazienti arruolati in 364 centri) e dell'AREA IN-CHF (terminato l'arruolamento il 30 giugno 2005 con 504 casi arruolati in 46 centri).

Sono intanto partiti due interessanti studi:

- il DYDA, sulla "Prevalenza ed incidenza della disfunzione ventricolare sinistra nei pazienti diabetici senza cardiopatia", in collaborazione tra ANMCO e Associazione Medici Diabetologi (Chairman

M.Comaschi, AMD, Co-Chairman A.Di Lenarda, ANMCO), analizzerà la prevalenza e l'incidenza ed i parametri clinici, bioumorali, strumentali non invasivi predittivi di disfunzione VS sistolica in 1.000 pazienti con diabete mellito tipo II senza cardiopatia nota arruolati in 40 Centri Diabetologici.

- lo studio Candheart analizzerà gli effetti del candesartan, un bloccante dei recettori di tipo 1 della angiotensina II, su BNP e funzione ventricolare sinistra in pazienti con insufficienza cardiaca sintomatica. I pazienti (circa 1.400) saranno seguiti per 1 anno. Verranno effettuate delle determinazioni bioumorali ed ecocardiografiche seriali alla randomizzazione e dopo 3 e 12 mesi (fine dello studio). Oltre al BNP verranno misurati altri marker di prognosi come l'aldosterone, PCR, PTX3 e la microalbuminuria. Il primo paziente è stato randomizzato nel dicembre 2005.

Ancora in corso di definizione è un interessante progetto sulle indicazioni all'utilizzo e sull'efficacia dell'ultrafiltrazione in pazienti con scompenso cardiaco avanzato, con l'obiettivo di istituire un "Registro dell'Ultrafiltrazione" in Italia e eventualmente una sperimentazione controllata.

Prosegue intanto l'arruolamento del Registro IN-CHF. L'attivazione del nuovo software on line su WEB ha sicuramente facilitato il compito per investigatori e Centro Studi. La scommessa per il prossimo an-

no è quella di estendere il Registro alla fase acuta, ospedaliera, dello scompenso cardiaco, idealmente estendendo la collaborazione con alcuni centri di Medicina.

È stata intanto attivata una rubrica nel Giornale Italiano di Cardiologia in cui verranno commentate e discusse le caratteristiche dell'importante Registro anche in confronto con importanti database ed esperienze cliniche pubblicati in letteratura.

Usciamo da un anno in cui la Consensus ha assorbito una grande quantità di energie, ma riteniamo che il risultato ottenuto sia stato di grande rilevanza. Adesso però è il momento di ripartire, sia cercando di tradurre i contenuti teorici del documento in un progetto organizzativo-gestionale efficace e calato nelle diverse realtà locali, sia con nuove e stimolanti proposte di ricerca. Rinnoviamo a tutti l'invito a farsi avanti per lavorare insieme a questi ambiziosi obiettivi.

1) C Opasich, A Boccanelli, M Cafiero, V Cirrincione, D Del Sindaco, A Di Lenarda, S Di Luzio, P Faggiano, M Frigerio, D Lucci, M Porcu, G Pulignano, M Scherillo, L Tavazzi, AP. Maggioni on behalf of BRING-UP 2 Investigators*. Programme to improve use of beta blockers in heart failure with a focus on the elderly and those with severe symptoms: results of the BRING UP 2 Study. Eur J of Heart Failure 2006; in press.

2) Tavazzi L, Maggioni AP, Lucci D, Cacciatore G, Ansalone G, Oliva F, Porcu M. Nationwide survey on acute heart failure in cardiology ward services in Italy. Eur Heart J 2006; in press. doi:10.1093/eurheartj/ehi845.

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

BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

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

CALABRIA - Dott. MARIO CHIATTO

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

CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

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

EMILIA ROMAGNA - Dott. UMBERTO GUIDUCCI

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

FRILUI VENEZIA GIULIA - Dott. GIANFRANCO SINAGRA

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

LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

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

LIGURIA - Dott. GIANFRANCO MAZZOTTA

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

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

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

MARCHE - Dott. MARCELLO MANFRIN

Osp. Cardiologico G.M. Lancisi - c/o Polo Osped. Torrette - 60122 Ancona
tel. 071/5965320-348 - fax 071/5965032 - e-mail: manfrimar@libero.it

MOLISE - Dott. EMILIO MUSACCHIO

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

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott. ANGELO SANTE BONGO

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

P.A. BOLZANO - Dott. WERNER RAUHE

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

P.A. TRENTO - Dott. ROBERTO BETTINI

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

PUGLIA - Dott. GIANFRANCO IGNONE

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

SARDEGNA - Dott. GIAMPAOLO SCORCU

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

SICILIA - Dott. MICHELE GULIZIA

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

TOSCANA - Dott. FRANCESCO MAZZUOLI

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

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 Scompensazione Cardiaca - AS**

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui alla L. n. 196/2003. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi per la costituzione dello stesso rapporto associativo.

Responsabili del trattamento sono il Centro Servizi ANMCO srl, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, e la Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina, 58.

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

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

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

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

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

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

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

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

DO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

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

DO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

Data _____

Firma _____

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

e-mail: sitoweb@anmco.it

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

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____

ABITAZIONE: INDIRIZZO _____ FAX. _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ E-MAIL: _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ TEL. _____

FAX _____ PRIMARIO O F.F. _____

Qualifica:

- Direttore di struttura complessa Responsabile di struttura semplice Dirigente Ambulatoriale
 Ricercatore - Borsista - Specializzando Altro _____ **In quiescenza:** SI

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 _____



REGOLAMENTO “BORSE DI STUDIO ANMCO REGIONALI” FORMAZIONE SUL CAMPO

Art. 1 - Borse di studio

Nell'ambito delle proprie finalità istituzionali di promozione e sviluppo della cultura nel campo della cardiologia, l'ANMCO può istituire borse di studio per la Formazione attiva in cardiologia da assegnare a giovani medici laureati in Medicina e Chirurgia.

Art. 2 - Bando per l'Assegnazione delle borse di studio

All'inizio di ogni anno vengono pubblicati sulla Rivista “Cardiologia negli Ospedali” uno o più Bandi per l'assegnazione delle borse di studio da erogare nell'anno medesimo.

Il numero e l'entità delle borse di studio da mettere a bando viene preventivamente determinato dal Consiglio Direttivo in funzione delle disponibilità finanziarie esistenti.

Contestualmente viene altresì determinata la tipologia del rapporto giuridico in cui inquadrare il borsista da specificare nel bando.

A seguito del reperimento di fondi ulteriori ed imprevisti, potranno essere pubblicati in corso d'anno altri bandi per l'assegnazione di borse di studio ove, tenuto conto dei tempi, venga ritenuto più opportuno non attendere il bando dell'anno successivo.

Art. 3 - Assegnazione delle borse di studio

L'assegnazione delle borse di studio è decisa dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO sulla base di un giudizio complessivo del curriculum vitae et studiorum dei candidati che terrà conto della tesi e del voto di laurea, dell'età del partecipante, di eventuali esperienze già svolte, pubblicazioni effettuate e di ogni altro elemento valutabile.

Lo stesso Consiglio Direttivo, a seguito dell'assegnazione, indica l'Istituzione presso la quale si svolgerà il periodo di formazione e comunica il tutto al vincitore.

Le motivazioni che hanno determinato la decisione finale in merito all'assegnazione delle borse di studio dovranno risultare in apposito documento iscritto.

Art. 4 - Attività del Borsista

Il medico assegnatario della borsa di studio ha l'obbligo di:

- a) frequentare secondo le modalità stabilite dal Direttore della Struttura Complessa, il reparto cui è assegnato;
- b) svolgere le attività di studio, gli atti clinici e le procedure assegnategli dal Direttore della Struttura Complessa e dal Tutor nominato dal Direttore della Struttura Complessa.

Art. 5 - Aspetti finanziari

Le borse di studio sono finanziate dall'ANMCO anche grazie ad eventuali contributi appositamente raccolti.

All'atto della individuazione delle borse di studio è definito il budget relativo, comprensivo degli emolumenti destinati all'assegnatario e degli oneri assicurativi, previdenziali ed amministrativo-gestionali.

I compensi della borsa di studio sono corrisposti periodicamente previa relazione del Direttore della Struttura Complessa che attesti la regolare attività del medico presso l'U.O. cui è stato assegnato.

Art. 6 - Aspetti amministrativi

L'ANMCO gestisce gli aspetti amministrativi delle borse di studio con particolare riguardo:

- ai rapporti con i soggetti erogatori del contributo
- ai rapporti con l'Azienda presso la quale il borsista svolgerà il periodo di formazione
- agli aspetti assicurativi e previdenziali dovuti per legge in base alla tipologia di rapporto giuridico instaurato con il borsista.

Firenze, 2 dicembre 2005



BANDO "BORSA DI STUDIO ANMCO REGIONALE" FORMAZIONE SUL CAMPO ANNO 2006

Art. 1 - Oggetto

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), al fine di promuovere e sostenere la formazione sul campo di giovani medici laureati in Medicina e Chirurgia, bandisce per l'anno 2006 n. 1 Borsa di Studio dell'importo di € 16.500,00 (sedecimilacinquecento/00) al lordo delle ritenute di legge, della durata di un anno da svolgersi presso la Divisione di Cardiologia degli "Ospedali Riuniti di Livorno".

La Borsa è destinata a giovani medici laureati in Medicina e Chirurgia desiderosi di seguire la carriera ospedaliera e di perfezionare la propria preparazione svolgendo un programma di formazione sul campo in tema di malattie cardiovascolari frequentando, secondo le modalità stabilite dal Direttore della Struttura Complessa, il reparto cui sono assegnati ed inoltre svolgendo tutte le attività di studio, gli atti clinici e le procedure assegnate loro dal Direttore della Struttura Complessa e dal Tutor nominato dal Direttore stesso.

Art. 2 - Requisiti richiesti al candidato per l'ammissione al Bando:

Il candidato, nel presentare la domanda, dovrà attestare per mezzo di idonea documentazione allegata:

- di essere cittadino italiano o residente permanente in Italia;
- l'assenza di condanne penali o di procedimenti penali in corso;
- di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia;
- di non fruire di altra borsa di studio o finanziamento simile con la stessa motivazione per la quale la borsa è erogata;
- disponibilità a frequentare, in caso di vincita, il reparto della Struttura presso la quale si svolgerà il periodo di formazione.

Art. 3 - Presentazione delle Domande

I candidati interessati devono inoltrare la domanda di partecipazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, utilizzando esclusivamente il modulo di cui all'ultimo articolo del presente Bando, nella quale dovranno essere indicati tutti i dati richiesti e che dovrà essere corredata di idonea documentazione attestante tutti i punti elencati all'Articolo 2, oltre ad un curriculum vitae et studiorum.

Le domande dovranno essere inoltrate, entro il 30.06.2006 al seguente indirizzo:

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI OSPEDALIERI – ANMCO
Al Presidente ANMCO
Via La Marmora n. 36 - 50121 Firenze
c/o Ufficio Amministrativo

Per qualsiasi informazione inerente, la segreteria di riferimento sarà l'Ufficio Amministrativo ANMCO con i seguenti recapiti: telefono 055/580334 - Fax 055/579334 - e-mail: amministrazione@anmco.it - Sito Internet: www.anmco.it.

Non si terrà conto delle domande spedite dopo il termine stabilito o incomplete (farà fede il timbro postale).

Art. 4 - Valutazione delle domande

Le domande verranno vagliate dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO.

Al candidato prescelto verrà data comunicazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno e contestualmente anche via mail.

La Borsa di studio sarà assegnata sulla base dell'analisi del curriculum del candidato che terrà conto della tesi e del voto di laurea, dell'età del partecipante, di eventuali esperienze già svolte, pubblicazioni effettuate e di ogni altro elemento valutabile.

Art. 5 - Esclusione dalla valutazione

Ciascun candidato potrà essere escluso dalla valutazione:

- se tenta di influenzare, direttamente o indirettamente, le decisioni del Consiglio Direttivo dell'ANMCO;
- se la domanda di partecipazione o la documentazione inviata all'ANMCO contengono dichiarazioni mendaci;
- se la domanda sarà incompleta dei dati o se la documentazione obbligatoria di cui all'articolo 2 da allegare sarà incompleta.

Art. 6 - Erogazione della Borsa

L'assegnatario della Borsa di Studio instaurerà con l'ANMCO un rapporto di collaborazione a progetto per la durata indicata all'art. 1 e per l'importo della specifica borsa di studio assegnata, importo da intendersi al lordo di ogni ritenuta fiscale e previdenziale.

Il corrispettivo economico della borsa di studio sarà erogato direttamente al vincitore mediante tranches quadrimestrali, previa relazione del Direttore della Struttura Complessa che attesti la regolare attività del borsista presso l'U.O. cui è stato assegnato.

Art. 7 - Garanzia di riservatezza

Il candidato può, in qualunque momento, richiedere all'ANMCO informazioni sui dati personali che lo riguardano e può pretenderne variazioni o cancellazioni; esso può opporsi per motivi legittimi al trattamento dei propri dati personali.

Art. 8 - Foro competente

Per qualsiasi controversia relativa a qualsiasi articolo del presente Bando, sarà competente il Foro di Firenze.

Art. 9 - Bando

Il testo del presente Bando e della domanda di partecipazione sono disponibili nella sezione modulistica della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e nel sito web ANMCO all'indirizzo www.anmco.it.

Firenze, 28 aprile 2006



BANDO "BORSA DI STUDIO ANMCO REGIONALE" FORMAZIONE SUL CAMPO ANNO 2006

da svolgersi presso la Divisione di Cardiologia
degli Ospedali Riuniti di Livorno

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Via La Marmora n. 36 - 50121 Firenze
c/o Ufficio Amministrativo

Il/La Sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ in Prov. di _____ il _____
e residente a _____ in Prov. di _____
in Via _____ cap. _____
codice fiscale _____ stato civile _____
cittadinanza _____ telefono _____ cellulare _____
fax _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al Bando per l'assegnazione presentando in allegato alla presente Domanda tutta la documentazione necessaria.

Inoltre al fine della suddetta partecipazione

DICHIARA

- 1) di essere cittadino/a italiano/a o residente permanente in Italia;
- 2) l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso a proprio carico;
- 3) di possedere i seguenti titoli professionali e/o di studio _____

- 4) di non fruire di altra borsa di studio o finanziamento simile con la stessa motivazione per la quale la borsa è erogata;
- 5) di essere disponibile a frequentare, in caso di vincita, il reparto della Struttura presso la quale si svolgerà il periodo di formazione;
- 6) di consentire all'ANMCO ai sensi del D.P.R. n. 196 del 2003 in materia di tutela della Privacy, l'utilizzo dei propri dati personali esclusivamente per tutte le iniziative connesse al concorso e allo svolgimento del periodo di formazione;
- 7) di accettare integralmente le regole del concorso riportate nel relativo Bando.

_____, li _____

Firma _____

Si allega:

1. Fotocopia del proprio documento di identità personale (fronte/retro) e del codice fiscale;
2. certificato di nascita (anche autocertificato);
3. certificato attestante l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso a proprio carico (fedina penale);
4. Curriculum Vitae et Studiorum;
5. Certificato di Laurea.



BANDO "BORSA DI STUDIO ANMCO REGIONALE" FORMAZIONE SUL CAMPO ANNO 2006

da svolgersi presso l'Unità Operativa Malattie Cardiovascolari 2
Ospedale S. Chiara dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente
ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI OSPEDALIERI
Via La Marmora n. 36 - 50121 Firenze
c/o Ufficio Amministrativo

Il/La Sottoscritto/a:

Nome _____ Cognome _____
nato/a a _____ in Prov. di _____ il _____
e residente a _____ in Prov. di _____
in Via _____ cap. _____
codice fiscale _____ stato civile _____
cittadinanza _____ telefono _____ cellulare _____
fax _____ indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di partecipare al Bando per l'assegnazione presentando in allegato alla presente Domanda tutta la documentazione necessaria.

Inoltre al fine della suddetta partecipazione

DICHIARA

- 1) di essere cittadino/a italiano/a o residente permanente in Italia;
- 2) l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso a proprio carico;
- 3) di possedere i seguenti titoli professionali e/o di studio _____

- 4) di non fruire di altra borsa di studio o finanziamento simile con la stessa motivazione per la quale la borsa è erogata;
- 5) di essere disponibile a frequentare, in caso di vincita, il reparto della Struttura presso la quale si svolgerà il periodo di formazione;
- 6) di consentire all'ANMCO ai sensi del D.P.R. n. 196 del 2003 in materia di tutela della Privacy, l'utilizzo dei propri dati personali esclusivamente per tutte le iniziative connesse al concorso e allo svolgimento del periodo di formazione;
- 7) di accettare integralmente le regole del concorso riportate nel relativo Bando.

_____, li _____

Firma _____

Si allega:

1. Fotocopia del proprio documento di identità personale (fronte/retro) e del codice fiscale;
2. certificato di nascita (anche autocertificato);
3. certificato attestante l'assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso a proprio carico (fedina penale);
4. Curriculum Vitae et Studiorum;
5. Certificato di Laurea.



BANDO "BORSA DI STUDIO ANMCO REGIONALE" FORMAZIONE SUL CAMPO ANNO 2006

Art.1 - Oggetto

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), al fine di promuovere e sostenere la formazione sul campo di giovani medici laureati in Medicina e Chirurgia, bandisce per l'anno 2006 n. 1 Borsa di Studio dell'importo di € 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00) al lordo delle ritenute di legge, della durata di un anno da svolgersi presso l'Unità Operativa Malattie Cardiovascolari 2, Ospedale S. Chiara dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Pisa.

La Borsa è destinata a giovani medici laureati in Medicina e Chirurgia desiderosi di seguire la carriera ospedaliera e di perfezionare la propria preparazione svolgendo un programma di formazione sul campo in tema di malattie cardiovascolari frequentando, secondo le modalità stabilite dal Direttore della Struttura Complessa, il reparto cui sono assegnati ed inoltre svolgendo tutte le attività di studio, gli atti clinici e le procedure assegnate loro dal Direttore della Struttura Complessa e dal Tutor nominato dal Direttore stesso.

Art. 2 - Requisiti richiesti al candidato per l'ammissione al Bando:

Il candidato, nel presentare la domanda, dovrà attestare per mezzo di idonea documentazione allegata:

- di essere cittadino italiano o residente permanente in Italia;
- l'assenza di condanne penali o di procedimenti penali in corso;
- di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia;
- di non fruire di altra borsa di studio o finanziamento simile con la stessa motivazione per la quale la borsa è erogata;
- disponibilità a frequentare, in caso di vincita, il reparto della Struttura presso la quale si svolgerà il periodo di formazione.

Art. 3 - Presentazione delle Domande

I candidati interessati devono inoltrare la domanda di partecipazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno, utilizzando esclusivamente il modulo di cui all'ultimo articolo del presente Bando, nella quale dovranno essere indicati tutti i dati richiesti e che dovrà essere corredata di idonea documentazione attestante tutti i punti elencati all'Articolo 2, oltre ad un curriculum vitae et studiorum.

Le domande dovranno essere inoltrate, entro il 30.06.2006 al seguente indirizzo:

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI
CARDIOLOGI OSPEDALIERI – ANMCO
Al Presidente ANMCO
Via La Marmora n. 36 - 50121 Firenze
c/o Ufficio Amministrativo

Per qualsiasi informazione inerente, la segreteria di riferimento sarà l'Ufficio Amministrativo ANMCO con i seguenti recapiti: telefono 055/580334 - Fax 055/579334 - e-mail: amministrazione@anmco.it - Sito Internet: www.anmco.it.

Non si terrà conto delle domande spedite dopo il termine stabilito o incomplete (farà fede il timbro postale).

Art. 4 - Valutazione delle domande

Le domande verranno vagliate dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO.

Al candidato prescelto verrà data comunicazione a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno e contestualmente anche via mail.

La Borsa di studio sarà assegnata sulla base dell'analisi del curriculum del candidato che terrà conto della tesi e del voto di laurea, dell'età del partecipante, di eventuali esperienze già svolte, pubblicazioni effettuate e di ogni altro elemento valutabile.

Art. 5 - Esclusione dalla valutazione

Ciascun candidato potrà essere escluso dalla valutazione:

- se tenta di influenzare, direttamente o indirettamente, le decisioni del Consiglio Direttivo dell'ANMCO;
- se la domanda di partecipazione o la documentazione inviata all'ANMCO contengono dichiarazioni mendaci;
- se la domanda sarà incompleta dei dati o se la documentazione obbligatoria di cui all'articolo 2 da allegare sarà incompleta.

Art. 6 - Erogazione della Borsa

L'assegnatario della Borsa di Studio instaurerà con l'ANMCO un rapporto di collaborazione a progetto per la durata indicata all'art. 1 e per l'importo della specifica borsa di studio assegnata, importo da intendersi al lordo di ogni ritenuta fiscale e previdenziale.

Il corrispettivo economico della borsa di studio sarà erogato direttamente al vincitore mediante tranches quadrimestrali, previa relazione del Direttore della Struttura Complessa che attesti la regolare attività del borsista presso l'U.O. cui è stato assegnato.

Art. 7 - Garanzia di riservatezza

Il candidato può, in qualunque momento, richiedere all'ANMCO informazioni sui dati personali che lo riguardano e può pretenderne variazioni o cancellazioni; esso può opporsi per motivi legittimi al trattamento dei propri dati personali.

Art. 8 - Foro competente

Per qualsiasi controversia relativa a qualsiasi articolo del presente Bando, sarà competente il Foro di Firenze.

Art. 9 - Bando

Il testo del presente Bando e della domanda di partecipazione sono disponibili nella sezione modulistica della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e nel sito web ANMCO all'indirizzo www.anmco.it.

Firenze, 28 aprile 2006

FELLOWSHIP ANMCO

IL CONFERIMENTO DELLA FELLOWSHIP ANMCO AL XXXVII CONGRESSO NAZIONALE

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTÀ	PROV.
ALUNNI	GIANFRANCO	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PERUGIA	PG
ASPROMONTE	NADIA	OSPEDALE SANTO SPIRITO	ROMA	RM
BEDETTI	GIGLIOLA	OSPEDALE SANTA MARIA DELLA SCALETTA	IMOLA	BO
BERTI	SERGIO	IFC CNR - OSPEDALE PASQUINUCCI	MASSA	MS
CARBONIERI	EMANUELE	OSPEDALE G. FRA CASTORO	SAN BONIFACIO	VR
CARLON	ROBERTO	PRESIDIO OSPEDALIERO	CITTADELLA	PD
CARLUCCIO	ERBERTO	AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA	PERUGIA	PG
CEMIN	ROBERTO	OSPEDALE GENERALE REGIONALE	BOLZANO	BZ
CERQUETANI	ELENA	POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO	ROMA	RM
CHINAGLIA	ALESSANDRA	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO	TO
CIANFROCCA	CINZIA	OSPEDALE SAN FILIPPO NERI	ROMA	RM
COLELLA	ANDREA	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI	FIRENZE	FI
CORDIANO	ROCCO	OSPEDALE CIVILE	ADRIA	RO
DEMICHELIS	BRUNELLA	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO	TO
DI LORENZO	EMILIO	AZIENDA OSPEDALIERA GIUSEPPE MOSCATI	AVELLINO	AV
FAVERO	LUCA	OSPEDALE CIVILE	CHIOGGIA	VE
GASCHINO	GIANNI	OSPEDALE MARIA VITTORIA	TORINO	TO
GRIFFO	RAFFAELE	OSPEDALE LA COLLETTA	ARENZANO	GE
LIMBRUNO	UGO	OSPEDALI RIUNITI	LIVORNO	LI
MANES	MARIA TERESA	OSPEDALE SANTISSIMA ANNUNZIATA	COSENZA	CS
MARAZZI	GIUSEPPE	IRCCS SAN RAFFAELE	ROMA	RM
MAZZONE	ANNA MARIA	IFC CNR - OSPEDALE PASQUINUCCI	MASSA	MS
MOLON	GIULIO	OSPEDALE SACRO CUORE	NEGRAR	VR
MOSHIRI	SHAHRAM	OSPEDALE SANTA CORONA	PIETRA LIGURE	SV
MUSURACA	GERARDO	OSPEDALE SANTA MARIA DEL CARMINE	ROVERETO	TN
ORAZI	SERAFINO	P.O. SAN CAMILLO DE LELLIS	RIETI	RI
PARADOSSI	UMBERTO	IFC CNR - OSPEDALE PASQUINUCCI	MASSA	MS
POSTERARO	ALFREDO	POLICLINICO LUIGI DI LIEGRO	ROMA	RM
VALLE	ROBERTO	OSPEDALE CIVILE	SAN DONÀ DI PIAVE	VE

DALLE REGIONI

Consigli Regionali ANMCO 2004-2006

ABRUZZO

Presidente: Angelo Vacri (Penne - PE)
Consiglio Regionale: Mauro Cionci (Vasto - CH),
Pietro Di Sabatino (Giulianova - TE),
Giuseppe D'orazio (Chieti),
Angelo Giannandrea (Sulmona - AQ),
Massimo Pasquale (Chieti), Antonio Scimia (L'Aquila)
www.anmcoabruzzo.it

BASILICATA

Presidente: Francesco Sisto (Potenza)
Consiglio Regionale: Savino BarbuZZi (Venosa - PZ),
Mario Sisto Caiazza (Potenza),
Antonio Cardinale (Matera),
Agostino Mazzeo Cicchetti (Marsicovetere - PZ),
Rocco Aldo Osanna (Potenza),
Bartolomeo Silvestri (Matera),
Maria Teresa Stigliani (Potenza),
Luigi Truncellito (Policoro - MT)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata

CALABRIA

Presidente: Mario Chiatto (Trebisacce - CS),
Consiglio Regionale:
Vincenzo Amodeo (Reggio Calabria),
Francesco Cassadonte (Catanzaro),
Fausto Lamenza (Castrovillari - CS),
Giampiero Maglia (Vibo Valentia),
Vincenzo Pileggi (Lamezia Terme - CZ),
Saverio Salituri (Rossano - CS)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA

Presidente: Marino Scherillo (Benevento)
Consiglio Regionale: Paolo Capogrosso (Napoli),
Vincenzo Capuano (Mercato San Severino - SA),
Pietro Giudice (Salerno), Andrea Malvezzi (Caserta),
Vittorio Monda (Napoli),
Ernesto Murena (Pozzuoli - NA),
Rosario Sauro (Avellino),
Giuseppe Vergara (Nola - NA)
www.anmco.it/regioni/elenco/campania

EMILIA ROMAGNA

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Gianfranco Sinagra (Trieste)
Consiglio Regionale: Roberto Chiozza (Gorizia),
Antonio Di Chiara (Udine), Claudio Fresco (Udine),
Claudio Pandullo (Trieste),
Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN),
Gianluigi Rellini (Pordenone)
www.anmco.it/regioni/elenco/friuli

LAZIO

Presidente: Fabrizio Ammirati (Roma)
Consiglio Regionale: Carmela Bisconti (Roma),
Giuseppe Cacciatore (Roma),
Massimo Ciavatti (Roma), Carlo Citone (Roma),
Claudio Coletta (Roma), Enrico Natale (Roma)
www.anmcolazio.it

LIGURIA

Presidente: Gianfranco Mazzotta (Genova)
Consiglio Regionale: Sergio Chierchia (Rapallo-GE),
Alfredo Gandolfo (Savona),
Guido Gigli (Sestri Levante - GE),
Andrea Lonati (Sestri Ponente - GE),
Roberto Mureddu (Pietra Ligure - SV),
Giorgio Tonelli (La Spezia)
www.anmco.it/regioni/elenco/liguria

LOMBARDIA

Presidente: Antonio Mafrici (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

MARCHE

Presidente: Marcello Manfrin (Ancona)
Consiglio Regionale: Domenico Ciliberti (Fermo - AP),
Domenico Gabrielli (Ancona),
Luciano Moretti (Ascoli Piceno),
Attilio Pierantozzi (Pesaro),
Franco Racco (Jesi - AN), Giovanni Tarsi (Pesaro)
www.anmco.it/regioni/elenco/marche

MOLISE

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

P.A. BOLZANO

Presidente: Werner Rauhe (Bolzano)
Consiglio Regionale: Rainer Oberhollenzer (Bolzano),
Rupert Paulmichl (Merano - BZ)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO

Presidente: Roberto Bettini (Mezzolombardo - TN)
Consiglio Regionale: Roberto Bonmassari (Trento),
Giuseppe Braito (Trento), Angelo Graffigna (Trento),
Massimiliano Maines (Rovereto - TN)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente: Angelo Sante Bongo (Novara)
Consiglio Regionale:
Emanuele Antonielli D'Oulx (Savigliano - CN),
Sergio Bongioanni (Rivoli - TO),
Alessandro Lupi (Aosta),
Vincenzo Martinelli (Tortona - AL),
Giorgio Millesimo (Torino),
Paolo Musso (Ivrea - TO),
Maria Elena Rovere (Torino), Rita Trincherò (Torino)
www.anmco-piemonte.com

PUGLIA

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

SARDEGNA

Presidente: Giampaolo 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

SICILIA

Presidente: Michele Massimo Gulizia (Catania)
Consiglio Regionale: Alberto Carrubba (Palermo),
Giuseppe Di Tano (Messina),
Antonio Fiscella (Catania),
Pietro Gambino (Ribera - AG),
Ernesto Mossuti (Siracusa),
Marcello Traina (Palermo)
www.anmcosicilia.it

TOSCANA

Presidente: Francesco Mazzuoli (Firenze)
Consiglio Regionale: Roberto Favilli (Siena),
Silvia Favilli (Firenze), Maurizio Filice (Firenze),
Rodolfo Gentilini (Siena),
Carlo Giustarini (Volterra - PI),
Gessica Italiani (Pescia - PT), Fabio Lattanzi (Pisa),
Roberto Lorenzoni (Lucca)
www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

UMBRIA

Presidente: Gerardo Rasetti (Terni)
Consiglio Regionale: Giuliana Bardelli (Spoleto - PG),
Mauro Bazzucchi (Terni),
Erberto Carluccio (Perugia),
Maurizio Del Pinto (Perugia),
Adriano Murrone (Perugia),
Federico Patriarchi (Foligno - PG)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

VENETO

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

CALABRIA

DI MARILENA MATTA



News dalla Calabria

Aprile è stato il mese delle elezioni, il 12 infatti si è costituito il nuovo Direttivo Regionale con la nomina del Presidente Butera e dei sette Consiglieri: il Dott. R. Ceravolo (Segretario), il Dott. M. Comito, la Dott.ssa M. T. Manes, il Dott. V. Pennisi, il Dott. S. Salituri e il Dott. M. Elia. Del bilancio di 24 mesi del Direttivo uscente ne ha parlato Mario Chiatto, mentre il nuovo, che ha visto la successione di 4 dei sette componenti del marzo 2004, nei suoi primi atti ha provveduto a confermare il Dott. Giampiero Maglia nel ruolo di segretario e il Dott. Giuseppe Zampaglione Referente Regionale HCF. Il Consiglio Direttivo ha provveduto inoltre alla nomina del Referente Area CCH Dott. Mauro Cassese; è stata poi accolta con entusiasmo e con orgoglio la nomina del Dott. Ciconte nel Comitato di Coordinamento Nazionale dell'Area Aritmie. Il Dott. Mario Chiatto, Presidente uscente, ha

relazionato su tutte le attività svolte con il suo Direttivo dal giugno 2004. Si evince una Calabria diversa, operativa, impegnata in iniziative d'avanguardia in vari settori, dalla Prevenzione alla Formazione, all'istituzione di Ambulatori dedicati – come nell'Area Scompenso – alla Ricerca, nonché nell'istituzione del

Sito Web, motivo giustificato di orgoglio in una Regione dove l'informatica ha da sempre stentato a decollare.

L'attività dell'Associazione dal giugno 2004 si è articolata in diversi settori e ne abbiamo parlato con il Dott. Chiatto che le ha elencate nella relazione conclusiva.

**Vita associativa**

Un motivo d'orgoglio è l'incremento delle iscrizioni, circa 50 nuovi iscritti, vi è però una scarsa partecipazione dei giovani che probabilmente andrebbero motivati attraverso una partecipazione più attiva alle riunioni scientifiche.

Per tale motivo, su iniziativa del Dott. Giuseppe Di Pasquale nel novembre 2005 a Firenze, si è costituito un gruppo di lavoro denominato "ANMCO Giovani" finalizzato ad incrementare la presenza degli under quaranta all'interno dell'ANMCO. Del gruppo fa parte, per la Regione Calabria, il

Dott. Roberto Caporale Cardiologo dell'Osp. di Cosenza.

Sito Web

È una realtà, il suo sviluppo ha rappresentato un punto fermo nei programmi del Direttivo. Collegandosi al Sito è possibile visualizzare i Convegni in programmazione, l'ODG ed i verbali del Consiglio Direttivo, i documenti emessi dalla Sezione Regionale, le comunicazioni ai Soci. Il Responsabile del Sito è stato nominato dal Consiglio Direttivo che ha affidato l'incarico ad Enzo Pileggi.

Eventi formativi per il 2006

- "Attualità in cardiologia preventiva e riabilitativa", 12 marzo a Cetraro, responsabili la Dott.ssa Matta, Boncompagni, Chiatto;
- "Dall'embolia polmonare all'ipertensione polmonare cronica post-embolica", 22 ottobre a Cosenza responsabili il Dott. Greco, Meringolo, Serafini.

Sono stati organizzati inoltre altri incontri:

- progetto SACS a Villa S. Giovanni, 12 novembre a Roseto C. Spulico una giornata sull'Ipertensione Arteriosa coordinata da F. Fontana, F. Boncompagni, M. Chiatto;
- il 16-17 dicembre il secondo Corso in Cardiologia a Siderno coordinato da Giuseppe Sarica che ha affrontato la grossa tematica dell'emergenza cardiologica.

Nella stessa giornata è stata consegnata una targa al Dott. V. Schirripa, Primario Cardiologo in pensione

dell'Osp. di Locri e primo Presidente ANMCO Calabria. Infine si terrà a Catanzaro la Campagna Educazionale Nazionale sulla gestione delle SCA nella fase acuta e nella fase extraospedaliera e per questo un grazie al Comitato esecutivo per aver scelto la Calabria per questo importante appuntamento.

Area Scopenso Cardiaco

Il Direttivo ha dato ampio spazio a questa importante Area della Cardiologia. Innanzitutto si sono svolte nella Regione Calabria una serie di iniziative di rilievo, alcune a carattere Nazionale: il 30 ottobre a Cosenza è stato portato il progetto Bring-out che ha visto la partecipazione di circa 150 iscritti tra cardiologi, internisti geriatri, MMG, infermieri dedicati.

Il 6 novembre a Catanzaro è stata organizzata una riunione scientifica ANMCO-FADOI sullo SC a funzione V. Sn. Conservata. Per chiudere ricordiamo il Congresso Regionale "Attualità in tema di SC" coordinato da Pino Caridi, tenutosi a Montepaone Lido (CZ), con circa 300 iscritti.

Il Dott. G. Misuraca, referente regionale dell'Area Scopenso, ha poi avviato un programma finalizzato alla gestione del paziente con Scopenso Cardiaco attraverso l'attivazione in tutti gli ospedali di Ambulatori dedicati, ai quali dovranno essere indirizzati i pazienti più complessi direttamente dai MMG o nelle fasi successive ad un ricovero. Questo per ridurre i costi,

ottimizzare la terapia e ridurre le ospedalizzazioni.

Prevenzione cardiovascolare

Per le Cardiologie aperte l'adesione nel 2005 è stata massiccia. La Calabria è stata la prima come numero di partecipanti. Il numero delle Cardiologie che hanno aderito all'iniziativa è 19.

Il Progetto itinerante Calabria Cuore si propone, con iniziative a livello Regionale, di sensibilizzare i cittadini sulla Prevenzione CV, della riduzione dei FR attraverso l'adozione di stili di vita salutari ed il ricorso a strumenti scientificamente validati come la carta del rischio. Per queste iniziative vi è stato un forte coinvolgimento del personale infermieristico per rispondere alla pressante domanda di crescita culturale di questa categoria. I contenuti di questa campagna sono stati poi oggetto di una rappresentazione teatrale dei bambini delle scuole elementari di Trebisacce, Cetraro, Cosenza in cui il Cuore è stato il protagonista assoluto. Per quanto riguarda l'attività editoriale va dato grande merito a G. Bisignani per la pubblicazione del volume "A Scuola di Cuore" edito da Piccin, con la presentazione del Dott. F. Valagussa che ha nei suoi obiettivi, come dice la stessa prefazione, quello di promuovere la salute a partire dal bambino.

Rapporti con le istituzioni

Sono stati avviati rapporti con l'AS per la realizzazione di una Rete per

le emergenze cardiologiche. Il CD nella seduta del 2 febbraio 2005 ha presentato un progetto sulle SCA. Il progetto che riguarda l'intero territorio nazionale nasce da un'esigenza avvertita dalla Comunità Cardiologica Calabrese della quale il Direttivo Regionale spera di essersi resa interprete: tale esigenza è quella di approntare uno strumento agile per gestire nella nostra Regione l'emergenza cardiologica. L'attuazione dovrà passare attraverso una riorganizzazione del SUEM-118 che prevede il miglioramento del parco ambulanze, un elisoccorso più efficiente, una rete telematica per la trasmissione fra i vari snodi del sistema.

Abbiamo più volte sollecitato il Direttore Generale dell'AS per avere un incontro in merito all'attuazione di tale progetto, finalmente nel dicembre 2005 vi è stato un incontro a Catanzaro con i Direttori delle UO di Cardiologia della nostra Regione dove è emersa la necessità di nominare un Comitato tecnico scientifico che stabilisca i protocolli più idonei alla realtà sanitaria e territoriale Calabrese.

Rapporti con la SIC



Reggio Calabria, lungomare

Buona collaborazione sull'aggiornamento e sulla costituzione della Rete.

Rapporti con le altre Associazioni

Scarsa interazione, limitata solo al patrocinio di alcune iniziative.

Rapporti con i MMG

L'unico rapporto collaborativo si è svolto nell'ambito dell'Area SC attraverso formazione e proposte di studi di tipo epidemiologico.

Ricerca progetto REMICA: Registro morte cardiaca improvvisa Calabria, proposto dal Dott. De Rosa

Progetto RECIPE: Registro Cala-

brese Ipertensione Polmonare Embolia, proposto dal Dott. Serafini.

Il Presidente uscente, ha concluso sottolineando che la politica cardiologica ha bisogno di etica, progettualità e cultura e che il dialogo resta indispensabile altrimenti si danno messaggi negativi e dannosi.

Infine l'augurio che il nuovo Direttivo possa dare continuità a quanto è stato realizzato in questi ultimi anni.

A Cetraro presso l'Hotel S.Michele si è svolto il Corso di aggiornamento professionale rivolto agli Infermieri Professionali, ai MMG, agli Internisti, ai Cardiologi e

ai Fisioterapisti dal titolo "Attualità in Cardiologia preventiva e Riabilitativa". I Medici responsabili del Corso sono stati la Dott.ssa Marilena Matta il Dott. Franco Boncompagni, e il Dott. Mario Chiatto. Si è parlato di Prevenzione e quindi di fattori di rischio, di Riabilitazione Cardiologica come forma di terapia capace di ridurre recidive e mortalità e di Scompenso Cardiaco con riferimento alla terapia elettrica e alla Telemedicina come strumento appropriato per la continuità assistenziale.

LAZIO

DI FABRIZIO AMMIRATI



Due più due: le attività del primo e del secondo biennio della sezione regionale ANMCO Lazio

Il 10 marzo u.s. i Soci dell'ANMCO Lazio hanno votato per il rinnovo del Direttivo Regionale. Per decisione unanime del direttivo uscente, i membri del direttivo sono stati aumentati da 7 a 9 per consentire una maggiore partecipazione associativa. Il nuovo direttivo è così composto:

Fabrizio Ammirati (S. Filippo); Paolo Azzolini (Fatebenefratelli); Carmela Bisconti (CTO); Massimo Ciavatti (Pertini); Carlo Citone (S. Eugenio); Enrico Natale (San Camillo); Serafino Orazi (Osp. Rieti); Roberto Ricci (S. Spirito); Giorgio Scaffidi (San Giovanni). La conferma alla mia presidenza Regionale giunge al termine di due anni di intenso lavoro con il precedente Direttivo e consente di proseguire per altri due anni le numerose iniziative messe in cantiere. Un saluto e un ringraziamento vanno a Giuseppe Cacciatore e a Claudio Coletta, consiglieri uscenti che hanno fortemente caratterizzato la vita associativa dell'ANMCO Nazionale e Regionale degli ultimi quattro anni. Di seguito provo a indicare la politica adottata e a riassumere le iniziative svolte e quelle in cantiere.

Attività Formative e Congressuali

Negli Ultimi due anni molte iniziative di formazione si sono svolte nella nostra Regione. Oltre alle Campagne Nazionali e alle iniziative svolte dalle singole Cardiologie come corsi di formazione con marchio ANM-

CO, il direttivo ha promosso i seguenti Convegni:

12 febbraio 2005, "Le emergenze cardiologiche" presso l'ospedale Pertini;

24 febbraio 2005, "L'embolia e l'ipertensione polmonare" presso il CTO;

16 dicembre 2005 "Convegno sul Rischio Clinico" che ha visto la partecipazione di un magistrato, un medico legale, un avvocato, un broker assicurativo e colleghi esperti di clinical risk management. In particolare, il Direttivo si è inoltre concentrato su due eventi congressuali maggiori: "Cardiologia nel Lazio" e "Sindromi coronariche acute". "Cardiologia nel Lazio" è un Congresso Regionale da me concepito con l'intento di aggregare i Cardiologi del Lazio che operano nelle diverse realtà del Sistema sanitario, di farli dialogare e, soprattutto di dare voce a quanti generalmente non hanno l'opportunità di riferire in prima persona le proprie esperienze in ambito congressuale. Con questa logica, l'edizione del marzo 2005 si è svolta con la partecipazione diretta delle sezioni regionali di ANMCO, SIC, SICOA, ANCE, ARCA, AIAC, GISE, GIRC e SIEC. Ad aprile 2006 si è svolta la seconda edizione con il coinvolgimento di Internisti della FADOI e della FIMMG. Entrambe le edizioni sono state arricchite da un contemporaneo Congresso Nursing. Le novità interessanti di "Cardiologia nel Lazio" sono state in

particolare: le sessioni condivise con l'Agenzia di Sanità del Lazio su progetti di collaborazione in atto; la presentazione dei lavori scientifici svolti nel Lazio; la presentazione di lavori scientifici pubblicati su riviste internazionali da parte di autori della nostra Regione.

"Le sindromi coronariche acute: quello che le Linee Guida non dicono" è un Convegno che si tiene annualmente a novembre, promosso da Enrico Natale, che in maniera molto intelligente ed efficace prevede da parte del relatore una rapida risposta (in 10' con poche diapositive) ad un quesito su problemi relativi alla gestione clinica delle SCA e con conseguente ampio spazio per la discussione.

Ricerca Scientifica

Abbiamo ottenuto l'endorsement dell'ANMCO nazionale per due studi Multicentrici Regionali:

- Cardioesil (studio di osservazione di outcome) su sincope e cardiopatia, attualmente in fase iniziale a causa del ritardo nell'approvazione presso i comitati etici.
- REALTA (Registro ANMCO/ANCE Laziale sul Trattamento Antipertensivo) studio osservazionale e di outcome su 40 ambulatori (20 ospedalieri e 20 territoriali) in collaborazione con ANCE e ASP Lazio. Tale studio è stato completato e i dati preliminari sono stati comunicati a Cardiologia nel Lazio

2006. I meriti dello studio sono stati: aggregare Cardiologi ospedalieri e del territorio su un progetto di ricerca clinica; avviare una partnership con ASP Lazio che ha partecipato alla raccolta e elaborazione dei dati; fruibilità di dati utili per una valutazione epidemiologica sulla gestione dell'ipertensione nella nostra Regione; ottenere dati sull'incidenza della Sindrome Metabolica in pazienti ipertesi.

Rapporti con le istituzioni

Negli ultimi due anni il direttivo ha stabilito un rapporto stretto con l'ASP Lazio. A nostro parere, una tale alleanza è strategica per dare maggior valenza alle iniziative associative e per fornire agli organi istituzionali la ricchezza professionale dell'ANMCO Lazio. Questa partnership sta infatti producendo risultati interessanti che vengono qui sintetizzati:

1. Lo studio REAALTA.
2. Gli studi INCA 1 e 2 sugli indicatori di qualità in Cardiologia concepiti da Quinto Tozzi del S. Eugenio.
3. La Commissione sul Clinical Risk Management con lo studio "Cardiologie Sicure".
4. Il progetto pilota "Cuore Sicuro" che ha iniziato la sperimentazione di una possibile rete dell'emergenza sulle SCA, su due territori della nostra Regione, con un sistema Hub e Spoke che ha visto il completamento della fase di formazione del personale del 118 e delle Utc di riferimento e anche l'attivazione,



pur se lenta, della fase operativa.

5. La Commissione per adeguamento ticket e rimborsi per le prestazioni ambulatoriali.

6. Progetto Edentulia che, voluto dall'ASP, è volto a verificare l'associazione tra l'incidenza di cardiopatia ed edentulia.

7. Recente istituzione di una Commissione sul dolore toracico in PS dedicata all'ottimizzazione della gestione di questo rilevante problema clinico.

Recentemente l'ANMCO Lazio è stato invitato dall'assessorato a partecipare al Progetto Michelangelo che coinvolge l'Assessorato alla Salute, l'ASP Lazio, Cittadinanza attiva, FIMMG Lazio, Ares 118 e Pfizer su tre sottoprogetti:

- a. INCA 2 di cui si è già detto;
- b. Prevasc sulla prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardiovascolari;
- c. Infarto-net che recependo l'eredità di "Cuore Sicuro" si propone di ampliare la sperimentazione della Rete territoriale sulle SCA che, a regime, dovrebbe delineare la definitiva rete regionale.

In tutte queste iniziative sono presenti Cardiologi dell'ANMCO Lazio

nominati dal direttivo in una logica di diffusione degli incarichi che coinvolga in maniera attiva quanti più Associati possibile, evitando una gestione troppo verticalizzata e personale, fornendo professionalità adeguate e competenza.

I numerosi istruttori dell'ANMCO Lazio, coordinati da Maurizio Burattini (S. Spirito), Mauro Mennuni

(Ospedale di Colleferro) nonché negli ultimi tempi da Paolo Azzolini (FBF isola tiberina), hanno permesso di implementare la diffusione delle manovre di rianimazione. I Corsi di BLS sono stati indirizzati a:

- Medici di famiglia
- Laici in collaborazione con HCF Lazio. Grazie ad un contributo dell'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Lazio, venti Cardiologie stanno addestrando parenti di pazienti cardiopatici a riconoscere i sintomi di allarme, a praticare la CPR e ad usare il defibrillatore semiautomatico.
- Sportivi in collaborazione con l'Istituto di scienze dello Sport del CONI, per addestrare i gestori di centri sportivi e allenatori.

Numerose altre iniziative verranno riportate in prossime comunicazioni.

Non mi rimane che congratularmi e ringraziare i Colleghi dell'ANMCO Lazio, che numerosi hanno avuto parte attiva nelle iniziative associative negli ultimi due anni, e augurare a tutti, al Direttivo e a me stesso di continuare con gli stessi ritmi e con gli stessi risultati per i prossimi due anni.

LIGURIA

DI GIANFRANCO MAZZOTTA



Dalla Liguria

Alla fine di questo mandato, riassumo in breve le più importanti iniziative intraprese e portate avanti dal Consiglio Direttivo della Liguria.

Il mandato delle iniziative intraprese scaturisce da due riunioni assembleari, prima dei Soci liguri, poi tra ANMCO ligure e i Medici di Medicina Generale.

Sta per partire il progetto CORE che si propone di erogare una nutrita serie di audio-videoconferenze cardiologiche serali su internet (con la condivisione e collaborazione dei Medici di Medicina Generale) ed una di disponibilità telefonica dei Cardiologi Ospedalieri per i MMG della loro zona, per tempi preordinati.

È in corso di definizione un data base di 400 MMG, suddivisi per ASL, interessati agli eventi. Le conferenze metteranno in linea il gruppo di MMG (dal domicilio) con un relatore Cardiologo della corrispondente area geografica. Il Cardiologo avrà una ventina di minuti per illustrare la tematica scelta, seguiranno domande dai MMG cui il relatore risponderà on line per circa mezz'ora.

Tutta l'iniziativa è supportata da un grant educativo di Pfizer.

Il 12 e 13 maggio si è tenuto il Con-

gresso Regionale ANMCO ligure. Questa edizione si è svolta in due giornate poiché l'evento ha visto la partecipazione congiunta di ANMCO e Medici di Medicina Generale liguri. Si è parlato di gestione delle dislipidemie, della fibrillazione atriale, del dolore toracico e del Servizio 118.

Il 13 maggio il Congresso più strettamente e specificamente cardiologico è stato incentrato per lo più sui temi legati all'Emergenza-Urgenza e alle reti assistenziali, nonché i trattamenti interventistici della fibrillazione atriale, e le attuali indicazioni ad AICD e a resincronizzazione; inoltre si è parlato dei percorsi diagnostico-terapeutici dello scompenso cardiaco, le emergenze cardiologiche non coronariche e le ragioni dei ricorsi a cure fuori Regione Liguria.

Il programma è consultabile su www.aristea.com/anmco-liguria06. Sono erogati 7 crediti ai MMG presenti sia il 12 che il 13 maggio, e 4 crediti per la sola giornata del 13. Si è costituito il Gruppo Nursing ligure dell'ANMCO.

Gli infermieri liguri hanno già organizzato eventi accreditati di notevole successo, in-

clusi nel Piano Formativo dell'anno in corso. Il 13 maggio mattina si è tenuta l'Assemblea degli Infermieri Professionali, parallelamente al Congresso Regionale.

Nell'anno corrente, saranno organizzate conferenze sulle corrette indicazioni agli interventi cardiocirurgici, a cura della Cattedra di Cardiocirurgia e della Struttura Complessa di Cardiocirurgia dell'Ospedale S. Martino.

Sono stati ristrutturati ed in via di perfezionamento il sito WEB dell'ANMCO e quello del Gruppo Nursing. È stato rivitalizzato il gruppo BLS e BLSD che erogheranno eventi formativi nell'anno in corso.



Cinque Terre

MARCHE

DI MARCELLO MANFRIN



Il Convegno Regionale ad Urbino: un momento scientifico e di aggregazione sociale

L'8 aprile Urbino ha accolto con una giornata fredda e tersa i Soci ANMCO per il tradizionale Convegno Regionale: la sede dell'incontro era nel cuore della città ventosa nello storico palazzo Battiferri, annidato fra le erbe stradine del centro storico: in un così nobile scenario la partecipazione dei Soci e degli aderenti all'Area Nursing è stata più che lusinghiera e la formula dell'evento, che prevedeva sessioni dedicate rispettivamente a Cardiologi ed Infermieri e sessioni comuni con problematiche di interesse condiviso, ha riportato un buon successo.

Di particolare interesse sono state fra i Cardiologi le sessioni dedicate all'ipertensione polmonare e alla gestione delle valvulopatie con disfunzione ventricolare; nel settore

Nursing i suggerimenti nella gestione della sala di aritmologia, di emodinamica e della terapia intensiva rispettivamente di Mari, Squadroni e Carpineti hanno suscitato un profondo interesse.

Le sessioni congiunte incentrate sui problemi della rete da un lato e su una lettura magistrale della Dott.ssa Arbustini, concernente l'utilità della genetica in Cardiologia, hanno riscontrato una grande partecipazione di pubblico.

A latere si sono svolte le elezioni per il rinnovo del Consiglio Regionale, cui lo scrivente Presidente Regionale uscente, pur avendone facoltà, non ha partecipato ritenendo più utile per la Regione la sua candidatura al Direttivo Nazionale. L'afflusso alle urne è stato più che soddisfacente con 62 voti espressi

(più del 60% degli iscritti) e il Consiglio che ne è scaturito è rappresentativo delle varie realtà geografiche regionali: per il nord sono presenti il Dott. Attilio Pierantozzi e il Dott. Giovanni Tarsi di Pesaro, per il centro il Dott. Domenico Gabrielli e la Dott.ssa Melissa Dottori (la prima rappresentante femminile del Consiglio Marchigiano), entrambi di Ancona, inoltre il Dott. Franco Racco di Jesi, per il sud infine il Dott. Guglielmo De Curtis di San Benedetto e per l'interno il Dott. Roberto Accardi di Macerata. Il consenso di voti che tutti hanno riportato conferma il peso politico del nuovo Consiglio e del nuovo Presidente Regionale, eletto a distanza di pochi giorni dal Convegno: il Dott. Domenico Gabrielli. Tornando alla Riunione di Urbino è da ricordare che vi si è anche



Palazzo Battiferri, Urbino - Fronte Ovest



Palazzo Battiferri, Urbino - Emeroteca



Urbino

svolta l'Assemblea Annuale dei Soci presieduta dal Dott. Paolo Bocconcelli, durante la quale accanto ai dati economici, sempre in attivo del gruppo marchigiano, si è fatto il punto sulla situazione globale dell'Associazione nella Regione.

Ottimo è stato il consuntivo per l'attività formativa, in particolare le iniziative congiunte con i cardiocirurghi hanno trovato il consenso dei Soci.

Uno dei punti critici rimane la comunicazione con i Soci e la loro partecipazione alla vita societaria: il sito Web resuscitato dopo un periodo di profondo sonno deve arricchirsi di contenuti che vadano al di là della semplice illustrazione degli eventi formativi regionali: nel campo dell'informazione si è an-

che ipotizzata la creazione di un forum di discussione e di una newsletter da inviare periodicamente ai Soci.

Sempre nel campo dell'informazione è intervenuto il Dott. Bocconcelli che in qualità di responsabile del foglio regionale di Cardiologia negli Ospedali ha lamentato la difficoltà di reperire materiale da pubblicare sullo stesso, invitando al contempo i Soci presenti a inviargli documenti ad hoc.

Infine sui rapporti con le strutture politico-organizzative regionali vi è da segnalare il riconoscimento dell'attività dell'ANMCO da parte dell'Agenda Regionale – con il coinvolgimento del Presidente Regionale – nei problemi della rete e della prevenzione: in questa ottica si

pone l'organizzazione condivisa dell'evento della campagna nazionale sulle reti in programma per la fine di novembre dell'anno in corso.

Ritornando al Convegno Regionale è giusto concludere dando atto al Comitato Organizzatore locale composto dal Dott. Papi e dai suoi collaboratori, di aver compiuto un lavoro ineccepibile sul piano dell'efficienza e dell'ospitalità, offrendo agli intervenuti alla chiusura dell'evento anche un momento culturale unico con la visita guidata al Palazzo Ducale di Urbino, una delle perle architettoniche della nostra Regione: la giusta conclusione di un incontro ricco di spunti scientifici, culturali in senso lato, organizzativi e societari.

PUGLIA

DI PASQUALE CALDAROLA



Più cuore, più partecipazione

Il 19 aprile è stato rinnovato il Consiglio Regionale dell'ANMCO Puglia per il biennio 2006-2008. Il Dott. Pasquale Caldarola, direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale di Terlizzi, è stato eletto Presidente Regionale. Del Consiglio Direttivo fanno parte i Dottori: Ermanno Angelini (Dirigente Cardiologo dell'Ospedale di Brindisi), Michele Cannone (Direttore della Cardiologia dell'Ospedale di Cerignola), Domenico Carretta (Dirigente della Cardiologia Ospedaliera del Policlinico di Bari), Vincenzo De Rito (Dirigente del "Vito Fazzi" di Lecce), Rolando Mangia (Dirigente dell'Ospedale di Tricase), Antonio Matera (Dirigente Cardiologo dell'Ospedale di Andria), Vincenzo Morrone (Dirigente del "San-

tissima Annunziata" di Taranto), Carlo Vigna (Dirigente dell'Ospedale di S. Giovanni Rotondo).

Il Presidente eletto ha dichiarato il suo impegno a promuovere iniziative miranti a migliorare i rapporti con la periferia e a coinvolgere giovani Cardiologi nella vita associativa.

Un ruolo fondamentale per il coinvolgimento dei Soci sarà svolto dal sito Web dell'ANMCO Regionale che, all'interno del sito nazionale, potrà diventare utile strumento di comunicazione tra i Soci e di diffusione delle iniziative promosse a livello nazionale e regionale, oltre che contenere un'area di download, di documenti e linee guida.

Un'attenzione particolare sarà rivolta all'organizzazione degli eventi formativi, che dovranno prevedere

un Congresso Regionale, quale momento di aggregazione di tutti i Soci su problematiche organizzative e scientifiche, ma anche eventi a diffusione più capillare nel territorio regionale su argomenti monotelici (Utilizzo della CPAP- Ultrafiltrazione, Uso del contropulsatore aortico, Il consenso informato in Cardiologia).

Non sarà trascurata l'attività di ricerca con partecipazione a studi promossi dall'ANMCO Nazionale, ma anche con l'organizzazione di registri regionali per esempio sulle sindromi coronariche acute o sullo scompenso cardiaco.

Nel programma del nuovo direttivo un ruolo importante riveste il coinvolgimento degli infermieri.

Si prevede di intensificare i rapporti con le altre Società Scientifiche (SIC, FADOI, SIMEU, 118, GISE, SIMG), con i Medici di Medicina Generale e con le Associazioni di Volontariato per diffondere sul territorio i principi della prevenzione cardiovascolare e le iniziative per la diagnosi precoce di infarto miocardico.

Notevole impegno sarà rivolto a consolidare i rapporti con l'Assessorato alla Salute e con l'ARES per la realizzazione in Puglia delle reti per la gestione delle Sindromi Coronariche Acute, per la definizione dei modelli organizzativi in Cardiologia, per la promozione dell'integrazione Ospedale-Territorio.



La pizzicata con tamburellisti di Torre Paduli - Lecce

SICILIA

DI MICHELE GULIZIA



Sintesi di quattro anni di attività della Sezione Regionale ANMCO Sicilia

Questo articolo ha l'intento di riassumere i punti salienti di quattro anni di attività svolta in Sicilia in favore degli Associati.

La prima trasformazione operata ha riguardato la riorganizzazione del Congresso Regionale ANMCO. Infatti sin dall'edizione 2002 a Cefalù e poi per le successive del 2003 ad Agrigento, del 2004 a Siracusa, del 2005 a Palermo ed infine del 2006 a Catania, sono stati privilegiati relatori e moderatori siciliani tra i Soci in regola con il pagamento delle quote associative.

Si è lavorato molto per permettere ai "giovani" di poter esprimere al meglio le proprie potenzialità, selezionando tra i primi "discussant" quelli che nel tempo sono divenuti relatori esperti.

Per tale motivo il contenitore congressuale si è arricchito da subito di un numero pregnante di relazioni di buon livello scientifico permettendo la realizzazione dell'evento in due sale contemporanee per tre giorni congressuali e con una partecipazione complessiva alle edizioni 2002-2005 di oltre 1.000 iscritti.

Analogamente, riproducendo nella realtà regionale quanto realizzato a livello nazionale, in collaborazione con i due componenti del Cardionursing Regionale (Dott. Ernesto Mossuti ed I.P.le Maria Rita Salpietro) siamo riusciti ad organizzare il CARDIONURSING SICILIA, che si è sempre svolto nella prima giornata del Congresso Regionale, ottenendo consensi ed un numero di oltre 1.250 infermieri partecipanti (senza contare la prossima ed imminente edizione di Catania 2006).

Per ogni edizione siamo riusciti a stampare il libro degli Atti del Congresso in tempo per la distribuzione a tutti i partecipanti.

L'interesse dei Soci all'attività formativa regionale è stato inoltre stimolato grazie al consistente nu-

mero di Corsi Extramoenia inseriti nel PAF ANMCO in Sicilia: 5 nel 2003, 9 nel 2004, 6 nel 2005 e 7 nel 2006.

Tutte le iniziative culturali e Campagne Educative Nazionali (CEN) hanno trovato in Sicilia massima condivisione e partecipazione.

Infine, ma non per ultima, un grande slancio ha ricevuto l'attività formativa in campo BLSD e ACLS grazie all'elevato numero di corsi (32 BLSD e 14 ACLS) svolto dagli Istruttori ANMCO della Sicilia che, efficientemente coordinati da Giuseppe Palazzo e Salvo Campione, hanno "sfornato" ben 920 provider. Nel 2003 sono stati pubblicati i risultati di due interessanti analisi realizzate nel territorio regionale dopo una rilevazione di dati condotta con Centri ANMCO: "L'analisi

costo-efficacia dell'uso dei resincronizzatori cardiaci e dei defibrillatori impiantabili nella terapia dello scompenso cardiaco e della morte improvvisa" e "L'analisi costo-efficacia dello stent medicato vs stent metallico nella terapia di rivascularizzazione miocardica in Sicilia" (quest'ultimo pubblicato nel



2004 sull'Italian Heart Journal). Entrambe sono state oggetto di approfondita discussione in una Tavola Rotonda che ha avuto protagonisti i Cardiologi ANMCO Sicilia ed un folto numero di direttori generali, sanitari ed amministrativi delle Aziende ospedaliere e territoriali della Sicilia.

Ampia diffusione è stata data al documento di Consenso FIC sulla Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia, in gran parte recepito ed inserito nel PSR della Sicilia.

Dal 2003 anche la nostra Sezione Regionale si è dotata di un sito web (www.anmcosicilia.it) nel quale sono comunicate le principali notizie, aggiornamenti e link scientifici ed informatici utili alla nostra professione quotidiana.

L'attività e la collaborazione con Heart Care Foundation è stata implementata grazie alla collaborazione con Giuseppe Di Tano (referente Sicilia) con il quale abbiamo organizzato le varie edizioni di Cardiologie Aperte e le altre iniziative "territoriali" volte alla maggiore diffusione della prevenzione cardiovascolare su tutto il territorio siciliano.

È in partenza il Progetto Scompensato in Sicilia: "Diagnosi e trattamento di una patologia in continua



Un momento di relax del Team BLSA-ACLS - ANMCO Sicilia

espansione". L'iniziativa, che rappresenta un'ulteriore fase di sviluppo del progetto sullo Scompensato Cardiaco iniziato dall'ANMCO Sicilia e svolto nel periodo 2002-2003 ottenendo un buon riscontro di partecipazione e di contenuti in occasione del Congresso Regionale di Agrigento, prevede la realizzazione di 11 edizioni provinciali in tutto il territorio siciliano nel 2° semestre 2006, per la diffusione delle più recenti Linee Guida ed acquisizioni scientifiche, rivolgendosi ad un target costituito da Cardiologi del territorio, internisti, medici di medicina generale ed infermieri "dedicati". Vedrà la luce a breve lo studio osservazionale sulla Prevenzione del Rischio Cardiovascolare in Sicilia la cui fase pilota, eseguita dal Centro coordinatore (Cardiologia Garibaldi-Nesima), si è conclusa con successo. Otto Centri Clinici ANMCO saranno coinvolti insieme a circa 250 Medici di Medicina Generale per seguire, con un follow-up di al-

meno 4 anni, una popolazione di 8.000 pazienti a differente rischio cardiovascolare calcolato secondo la carta del rischio italiana.

Si è completata la stipula della convenzione tra l'ANMCO Sicilia e due studi professionali legali, uno a Catania (avv. Mario Savio Grasso) ed uno a Palermo

(avv. Fabio Ferrara), al fine di assicurare una tutela giudiziaria dei Soci ANMCO Sicilia eventualmente accusati di malpractice. I predetti studi adotteranno tariffe particolari (ridotte al minimo delle tariffe ordinarie applicabili) per gli Associati ANMCO Sicilia con la clausola aggiuntiva che, in caso di archiviazione, proscioglimento o assoluzione, le spese legali verranno poste a carico dell'Ente Ospedaliero/Accreditato di appartenenza. Per ulteriori dettagli consultare il sito regionale. È stato attivato un Corso Residenziale di Formazione per Medici Formatori di Gestione d'Aula, per un accordo tra ANMCO Sicilia ed il CEFPAS (Centro di Formazione Permanente dell'Assessorato Regionale Sanità). Il Corso si terrà a Caltanissetta dal 20 al 23 novembre 2006 e sarà gratuito per tutti i Soci ANMCO (max 25 partecipanti), in quota non superiore ad uno per Centro cardiologico siciliano.

Gli interessati potranno prenotarsi



Antonello Da Messina, San Gerolamo nel suo studio, 1474 ca.

preventivamente allo stesso CEF-PAS o inviando richiesta al sito web anmcosicilia.it.

Come da invito ed informativa inviata a tutti i Soci ANMCO Sicilia, ed al fine di redistribuire ai Soci, in forma di servizi efficaci, gli utili derivati dalla gestione 2002-2006 della sezione Sicilia dell'ANMCO, si è decisa la sponsorizzazione alla partecipazione di 25 Cardiologi siciliani (iscritti ANMCO ed in regola con il pagamento delle quote associati-

ve) al Congresso Nazionale ANMCO 2006 (biglietto aereo A/R, iscrizione al Congresso, pernottamento 3 notti dal 31 maggio al 3 giugno), sempre rispettando il criterio di non oltre un Cardiologo per Centro siciliano.

Infine, il dato che probabilmente tra tutti meglio esprime la condivisione dei Soci con le attività svolte da questo CD Regionale, è dato dall'incremento del numero degli iscritti che in questi quattro anni è

aumentato del 60%, passando dai 305 soci effettivi del 2002 agli attuali 486 dell'aprile 2006.

Il 28 aprile scorso si è svolta l'Assemblea Regionale Straordinaria dei Soci ANMCO della Sicilia con l'obiettivo di valutare le candidature pervenute per il rinnovo del Consiglio Direttivo Nazionale ANMCO.

Due Soci hanno avanzato una propria candidatura: il Dott. Gaetano Satullo (inviando una lettera di due pagine a tutti i Soci dell'ANMCO Sicilia) ed il Dott. Giuseppe Palazzo (con una lettera inviata al presidente regionale ed al CD regionale).

Dopo l'esposizione del programma da parte dei candidati ed un dibattito tra questi e l'Assemblea, il dr. Giuseppe Palazzo è stato scelto a grande maggioranza come candidato della Sicilia alle prossime elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo Nazionale ANMCO a Firenze.

Concludendo, alla fine di questo entusiasmante mandato che per quattro anni mi ha dato l'opportunità e l'onore di presiedere il Consiglio Direttivo Regionale Sicilia della nostra prestigiosa Associazione, desidero porgere il maggiore ringraziamento a tutti i Soci della Sicilia, indistintamente, perché con il loro costante contributo in termini di adesione e condivisione delle iniziative da noi proposte hanno testimoniato l'orgoglio della partecipazione alla vita dell'ANMCO Regionale, permettendoci di migliorare la diffusione della cultura cardiologica nella nostra Regione.

TOSCANA

DI FRANCESCO MAZZUOLI E GABRIELE CASTELLI

Il progetto scopenso della Regione Toscana

Uno dei principali problemi di tutti coloro che seguono i pazienti con scompenso cardiaco (SC) è quello di non riuscire a far fronte all'enorme numero di persone con tale patologia che si ricoverano in ospedale o che vengono riferiti agli ambulatori dedicati. Generalmente si tratta di ambulatori specialistici, per lo più tenuti da cardiologi, da medici di medicina interna o da geriatri, che seguono specificatamente pazienti di questo tipo. Pur facendo ricorso alla collaborazione preziosa degli infermieri (anch'essi specializzati nel seguire pazienti di questo tipo) non si riesce a dare una risposta al numero sempre crescente di soggetti con tale patologia. Questo dispiace perché, in base ai dati della letteratura, è ampiamente accettato il fatto che il prendersi cura in maniera continuativa e qualificata degli scompensati non solo riduce le ospedalizzazioni, ma soprattutto migliora la qualità della vita.

Partendo da questi presupposti abbiamo deciso di modificare in parte le nostre abitudini. Abbiamo discusso il

problema con alcuni medici di medicina generale (MMG), che facevano parte di una cooperativa, la Medicoop, che riunisce circa 130 medici per lo più massimalisti della zona intorno a Firenze e che fanno capo alla nostra struttura cardiologica, ed abbiamo deciso di cambiare il modello assistenziale. La novità del nostro progetto è stata quella di porre al centro dello scenario il MMG. Inoltre abbiamo deciso di coinvolgere i distretti sanitari onde cercare di poter utilizzare per il progetto anche gli infermieri del territorio. Siamo partiti con un progetto pilota basato su di un piccolo gruppo di MMG. Questi dovevano scegliere tra i propri assistiti (circa 1.500 a testa) coloro che rientravano nei criteri diagnostici usuali per SC. È stato calcolato che ogni

medico avrebbe trovato dai 10 ai 15 pazienti con SC. Abbiamo inizialmente deciso di prendere in considerazione solamente i malati sintomatici o che avevano già subito un ricovero per SC. I pazienti venivano valutati sulla base dei dati disponibili nel computer dei MMG insieme allo specialista cardiologo. Se c'era già una valutazione specialistica abbastanza recente e di qualità accettabile (spesso sono risultate visite eseguite proprio dalla nostra struttura), il paziente veniva arruolato senza essere visitato dallo specialista, altrimenti veniva fissata una prima visita di arruolamento. Dopo di che i pazienti venivano seguiti dal MMG con scadenze programmate sulla base della gravità del caso (senza aspettare che venissero spontaneamente,

ma richiemandoli o andandoli a visitare a scadenze prestabilite) con un importante aiuto degli infermieri del territorio che, su richiesta del MMG, si recavano al domicilio di alcuni pazienti, di norma i più complessi, per valutare sia la loro stabilità sia la compliance alla terapia. Inoltre gli in-



Michelangelo Buonarroti, David, 1501

fermieri somministravano ai pazienti dei questionari per valutare la qualità della vita. In caso di emergenza di problemi gli infermieri avvertivano il MMG di riferimento. Questi poteva decidere di trattare il paziente oppure di chiedere una consulenza telefonica con lo specialista cardiologo con cui discuteva il problema; in base a questo colloquio si decideva cosa fare caso per caso: modificazione del trattamento ed osservazione, invio a consulenza cardiologica o invio per un ricovero. Con tale sistema siamo riusciti non solo a ridurre i ricoveri in ospedale (prendendo come riferimento i ricoveri effettuati dagli stessi pazienti nell'anno precedente) ma addirittura a ridurre le visite specialistiche.

Questo potrebbe sembrare poco rilevante, ma bisogna considerare che la venuta all'Ospedale di Careggi per un paziente spesso non capace di muoversi autonomamente comportava o la perdita di ore di lavoro per un parente, oppure l'utilizzazione delle stesse ore di un'autoambulanza e dei volontari. Prima della partenza del progetto era stata fatta una giornata di aggiornamento sulle modalità più avanzate di trattamento farmacologico e non dei pazienti con SC sia ai MMG che partecipavano al progetto, sia agli infermieri del territorio da parte dei medici e degli infermieri dell'ambulatorio dello scompenso della nostra Cardiologia. Il progetto è stato portato avanti per un anno ed i risultati



Michelangelo Buonarroti, David, 1501 - particolare

hanno confermato le nostre aspettative. Il modello da noi presentato ha riscosso notevole apprezzamento e la Regione Toscana ha deciso di farsi carico di tale iniziativa che è stata presentata come progetto cofinanziato al Ministero della Salute; da notare che anche altre regioni (Piemonte, Campania, Puglia ...) si sono dimostrate interessate al progetto e sono cofirmatarie di questo insieme alla nostra Regione. Mentre sta procedendo la trafila al Ministero, siamo partiti per il secondo anno nel nostro progetto pilota. È stato creato un call center che tiene i contatti tra MMG e specialisti ospedalieri, facendo una grande attenzione a non oltrepassare i limiti imposti dalla legislazione relativa alla privacy. È stata creata una cartella cardiaca elettronica per ogni singolo paziente, del tutto anonima per il call center e che poteva essere aperta solamente

dal MMG del paziente e dallo specialista che per primo prendeva in carico il paziente. Si è anche stabilito, per garantire la continuità terapeutica, che se un paziente era già stato visto da uno degli specialisti coinvolti nello studio, questi veniva riferito proprio a quello specialista. Nel progetto sono stati coinvolti anche dei medici internisti ospedalieri che avevano un loro ambulatorio dedicato. Inoltre è stato deciso di associare una valutazione in un sottogruppo di pazienti della valutazione del BNP per valutare se questo parametro, usato come guida alle modificazioni al trattamento, abbia la capacità di portare un miglioramento dell'outcome dei pazienti, cosa che a tutt'oggi non è stata chiaramente evidenziata in letteratura. La seconda fase del progetto è attualmente in corso.

Questa nuova modalità di trattamento dei pazienti con SC è facilmente implementabile; anzi il progetto è nato proprio con la speranza di ottenere l'adesione di altri cardiologi o internisti, in modo di aumentare il numero dei pazienti controllati in maniera attenta da medici "esperti" in tale patologia, con la speranza di ridurre i ricoveri solamente ai casi più complessi, con un netto miglioramento non solo della sopravvivenza, ma anche della qualità della vita, con un particolare riguardo alla riduzione dei costi, che al giorno d'oggi è prevalentemente legato alle spese di ricovero in ospedale.

UMBRIA

DI GERARDO RASETTI



News dall'Umbria: bilancio di un biennio

Il 7 aprile 2006 a Ponte San Giovanni si è svolta l'Assemblea dei Soci per il rinnovo delle cariche. Del Pinto, Murrone, Bardelli e Patriarchi non più rinnovabili, sono stati sostituiti da Alunni, Anniboletti, Bagliani e Giordano.

Il nuovo Consiglio Direttivo, come il precedente, è espressione di molte strutture cardiologiche umbre, seguendo un equo criterio di rotazione. Nella stessa assemblea è stato esaminato quanto realizzato nell'ambito della nostra Società Scientifica nel biennio 2004 - 2005. Tra i dati positivi va ricordato il censimento delle strutture cardiologiche umbre e delle attività svolte nel 2004. I dati hanno permesso di estendere una nuova bozza di rete interospedaliera basata su dati recenti. La bozza diffusa nel luglio 2005 è poi stata discussa nella riunione allargata ai cardiocirurghi, del 16 settembre 2005 a Gubbio cui ha partecipato il Presidente Di Pasquale.

Dopo ampio e vivace confronto si è concordato sulla necessità di realizzare una rete interospedaliera per le SCA con due poli: uno a Terni e l'altro a Perugia, dove si sono tenute rispettivamente la Riunione del 14 gennaio sul trattamento delle SCA non STE e quella del 5 maggio sulle reti interospedaliere, evento tra l'altro patrocinato dal-

l'ANMCO e dalla Regione Umbria, in collaborazione con la FIC, la SIC, la SICI-GISE, il SIMEU e la SIS 118 con il coinvolgimento di tutte le strutture cardiologiche.

In base a quanto emerso da queste Riunioni, un Comitato congiunto delle varie Società Scientifiche elaborerà un progetto, e quindi una proposta, da presentare all'assessorato regionale alla salute affinché venga recepito e quindi inserito nel piano sanitario.

Altro elemento positivo è stata la ricca attività formativa rivolta sia ai cardiologi sia ai medici di medicina generale sullo scompenso, sulle SCA, sull'ipertensione arteriosa, sull'aterotrombosi, sul circolo polmonare e sull'endocardite.

Molti di questi eventi erano parte del PAF dell'ANMCO e numerosi altri, a carattere locale, sono stati realizzati con il patrocinio dell'Associazione, con inevitabili sovrapposizioni.

Come nota di demerito tuttavia va tenuto presente che l'ANMCO ha ingiustamente trascurato Aree che meritavano più attenzione quali l'aritmologica, la cardiocirurgia e il nursering.

A completamento di questa intensa attività associativa va ricordato che nei prossimi mesi inizierà il registro regionale delle SCA patrocinato dall'ANMCO e finanziato dalla

Regione che consentirà di monitorare i dati epidemiologici e i percorsi assistenziali e poter così individuare le criticità ed intervenire con risorse adeguate.

In questo contesto il Direttivo rinnovato dovrà lavorare per realizzare un programma che completi quanto iniziato nel passato ed individui nuovi obiettivi che ci consentano di essere una Società Scientifica unita ed efficace.

Concludendo sugli avvenimenti della Comunità cardiologica umbra di questi ultimi mesi occorre ricordare l'avvicendamento nella direzione della Cardiologia perugina ospedaliera tra Carlo Porcellati Pazzaglia e Claudio Cavallini.

A nome di tutti esprimo un sincero ringraziamento a Carlo per le energie profuse per far crescere la Cardiologia umbra formando numerose generazioni di giovani e per aver divulgato lo spirito associativo anche ricoprendo numerose cariche nell'ANMCO.

A Claudio l'augurio sincero di buon lavoro ben sapendo quanto sia difficile governare un Centro cardiologico di riferimento in tempi di forte contrazione delle risorse. A tutti gli amici che ci hanno sostenuto ed aiutato con suggerimenti, riflessioni e sollecitazioni un affettuoso grazie e l'augurio di buon lavoro.



Intervista a Giuseppe Di Pasquale

di FRANCESCO BOVENZI

“Ragione e passione sono timone e vela della nostra anima navigante”

di K. GIBRAN

Come quando navighi e lasci il porto, a un certo punto hai di fronte a te solo il mare aperto, il silenzio rotto dal rumore

dello scafo che accarezza l'onda, cerchi il vento, guardi avanti tenendo stretto il timone e non hai che la linea dell'orizzonte, un occhio alla bussola, ma dopo un po' di tempo hai voglia di girarti per guardare la scia disegnata dalla tua rotta e guardi finalmente quanto mare hai solcato, guardi ciò che hai lasciato.

Così, ripensando alla mia prima intervista impossibile al Prof. Luigi Colonna scritta nelle pagine del libro dei sogni, ho pensato caro Beppe che questa potesse da noi esser scritta in alcune pagine del diario di bordo, tra un approdo e un altro di questo lungo navigare insieme. Cosa hai gettato in mare? In quale isola saresti voluto approdare? Questo nostro dialogo completa o rilancia alcune delle tue riflessioni che in parte hai già espresso proprio nelle

prime pagine di questo numero. Due anni di intenso lavoro, di impegno, di ascolto, di confronto, per certi versi di scontro

costruttivo, ma ancor più due anni strabordanti di un ricco patrimonio di stima, amicizia e affetto che ci hanno legati. Hai elencato molto bene le difficili tappe del lungo viaggio, non è stata un'odissea, sei stato al timone aiutato da un equipaggio quasi sopraffatto dal tuo dinamismo e dalla tua esperienza.

E allora non mi resta che provare a formularti domande più inusuali, più critiche proprio per evitare la solita descrizione di obiettivi conseguiti, di stabilità vissuta grazie ai punti di forza associativi conquistati con il tuo impegno. Così proverei a chiederti: cosa l'associato vorrebbe conoscere meglio? La Federazione, il futuro di Heart Care Foundation, gli orizzonti del suo lavoro di cardiologo ospedaliero, l'integrazione dei giovani ancora pochi, tra-

Ernest Hyde

*La mia mente era uno specchio:
vedeva ciò che vedeva, sapeva ciò che sapeva.
In gioventù la mia mente fu proprio uno specchio
in un vagone che fuggiva veloce
afferrando e perdendo squarci di paesaggio.
Poi col tempo
grandi graffi s'incisero sopra lo specchio
lasciando che il mondo vi entrasse
e lasciando che vi affiorasse il mio io più segreto.
Perché questa è la nascita dell'anima nel dolore,
una nascita con guadagni e perdite.
La mente vede il mondo come una cosa staccata,
e l'anima rende il mondo una cosa sola con se stessa.
Uno specchio graffiato non riflette immagini:
e questo è il segreto della saggezza.*

TRATTO DA:
ANTOLOGIA DI SPOON RIVER, DI EDGAR LEE MASTERS



Christoffer Wilhelm Eckersberg, Donna in piedi di fronte a uno specchio, 1841

scurati e forse incompresi? Provo a provocarti: e se ti parlassi di un ospedale dimenticato? E se ti facessi raccontare di noi? So bene che dovrò scegliere di farlo con poche domande. Come hai ricordato tanto si è fatto in questi due anni, ma tantissimo resta da fare per innovare la cardiologia italiana, per raccogliere i cambiamenti che questo tempo ci impone senza frantumare la nostra *mission*. Che dire del modo di fare e di proporre ricerca? Che dire della formazione più competitiva e più attenta ai reali bisogni delle periferie e che dire delle possibilità di motivare i medici nell'offrire un'assistenza meno chiusa e che resta ancora molto tradizionale nei modelli gestionali? Che dire Comandante?

Quante cose potremmo raccontare, ma sarebbero sogni, allora lasciamoli a chi raccoglierà quel testimone reso pesante dalla tua dedizione, dall'attaccamento, dal senso di responsabilità ed impegno indiscusso, ma oggi anche "schiacciato" dalla gravità del nostro tempo.

E allora Beppe, è giunto il tempo del bilancio e delle considerazioni conclusive di fine mandato; il tuo articolo in Cardiologia negli Ospedali ci racconta del tuo grande e indiscusso impegno. Ma dimmi cosa non rifaresti, quali scelte pensi di avere sbagliato se errori ci sono stati e se di tali si può parlare?

Mi ero proposto di raccontare in un paio di pagine le attività che insieme abbiamo svolto nell'ANMCO nel biennio che sta per concludersi. È venuto invece fuori un lungo articolo che potrebbe essere anche noioso per chi non ha vissuto direttamente la vita associativa. È vero, le cose fatte sono molte ma non è mai la quantità che conta.

Penso ad esempio alla Formazione. L'entusiasmo con cui siamo partiti all'inizio del mandato ci ha portato a mettere in cantiere un numero eccessivo di iniziative formative che spesso non siamo riusciti a seguire con attenzione soprattutto in periferia.

Un altro aspetto riguarda i rapporti con le Istituzioni Sanitarie. Avrei dovuto dedicare più tempo a curare questi rapporti. È vero che abbiamo consolidato ottime interazioni con l'Istituto Superiore di Sanità ed il CCM del Ministero della Salute, ma a livello regionale, che è oggi il livello nel quale vengono decise le politiche sanitarie, in molte realtà l'ANMCO non è direttamente coinvolta nelle scelte che riguardano la Cardiologia. D'altra parte la FIC non ha ancora consolidato la rappresentatività unitaria della Cardiologia nazionale e regionale nei confronti delle Istituzioni Sanitarie.

Quali le più importanti questioni ancora irrisolte di politica associativa emerse nella recente riunione degli Stati Generali ANMCO di Bertinoro che lasci da gestire al nuovo Consiglio Direttivo?

Mi sembra che i punti chiave della discussione siano rappresentati dalla FIC, da Heart Care Foundation e dal coinvolgimento della base degli associati. La comunicazione tra il Centro e la Periferia è sicuramente migliorata a livello di

interazioni tra Consiglio Direttivo e Presidenti Regionali ANMCO. Resta invece la criticità dello scollamento ANMCO nazionale/regionale – associati.

Forte della tua esperienza, come affronteresti le problematiche della FIC e della Fondazione?

Per quanto riguarda la FIC è necessario fare un decisivo passo in avanti affinché da realtà virtuale diventi concreto riferimento unitario della Cardiologia nazionale. Personalmente sono sempre stato favorevole alla politica dei piccoli passi per poter avere una sicurezza della condivisione da parte di tutta la base degli associati ANMCO e SIC. L'importante però è che questi passi siano continui e significativi. In questo momento il passo più importante da fare è quello di iniziare un processo di interazione tra le Aree dell'ANMCO ed i Gruppi di Studio della SIC, che in futuro potrebbe diventare integrazione, con la costituzione di Working Group federativi unitari rappresentativi nei confronti della ESC. L'altra azione è quella di mirare ad un progetto di formazione unitaria di alto profilo con la costituzione di un Centro Formazione altamente professionalizzato gestito dalla FIC.

L'ultimo aspetto riguarda la nostra Fondazione. Heart Care Foundation dovrebbe crescere nella sua attività di prevenzione della salute in ambito cardiovascolare e della Cardiologia di comunità aprendosi eventualmente alla FIC, se auspicabilmente la SIC rinuncia a costituire una propria Fondazione. L'altra finalità per la quale era stata inizialmente costituita HCF, il fundraising per la Ricerca, potrebbe invece diventare un obiettivo federativo attraverso la costituzione di una Fondazione unitaria sul modello Telethon finalizzata a raccogliere fondi per la Ricerca da cittadini e Istituzioni.

Cosa ti aspetti dai nuovi dati del censimento FIC 2006?

Sicuramente la dimostrazione di una crescita significativa della Cardiologia italiana in termini di attività, prestazioni diagnostico-terapeutiche e dotazioni strumentali. Mi attendo invece una forte e diversificata complessità organizzativa delle Strutture Cardiologiche in Italia. Rispetto alla semplificazione del passato che prevedeva Servizi con o senza letti, Divisioni con e senza Emodinamica e qualche aggregazione dipartimentale, oggi la realtà è estremamente complessa e le soluzioni organizzative diverse nelle varie Regioni ed Aziende. Questo renderà molto difficile l'analisi dei dati del Censimento da parte del nostro Centro Studi e soprattutto la sua rappresentazione. Temo che emergerà anche un quadro di iniziale pericolosa frammentazione della Cardiologia, con l'afferenza ad esempio in alcune realtà dell'Emodinamica al Dipartimento di Emergenza e dell'UTIC al Dipartimento di Medicina.

Il Dipartimento può essere lo strumento per ridare forza e unità alla Cardiologia?

Di questo ne sono profondamente convinto. L'ANMCO in passato aveva sostenuto attraverso importanti

Documenti il modello del Dipartimento Cardiovascolare. Da qualche anno abbiamo smesso di parlarne e nel Documento della FIC "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" esiste appena un accenno al Dipartimento. Il risultato è che in molte realtà non esiste un Dipartimento Cardiovascolare e la Cardiologia afferisce al Dipartimento di Medicina o di Emergenza o, peggio, è smembrata con l'afferenza delle sue varie componenti a Dipartimenti diversi. Per questo abbiamo voluto che nel Simposio Organizzativo del Congresso ANMCO di quest'anno si tornasse a parlare di Dipartimento Cardiovascolare.

Perché l'ANMCO non riesce a guidare le scelte di politica sanitaria regionale e nazionale nonostante i numerosi Documenti prodotti e le Consensus?

Purtroppo i Documenti prodotti e le Consensus sono stati divulgati prevalentemente al nostro interno e non portati sistematicamente all'attenzione degli Organi istituzionali. Quando questo è stato fatto è avvenuto di solito per iniziative personali.

La perdita di un ruolo di referenza dell'ANMCO nei confronti delle Istituzioni Sanitarie nazionali e regionali è tuttavia a mio parere in parte legata alle scelte fatte in ambito FIC. Qualche anno fa abbiamo infatti condiviso che fosse la FIC l'interlocutore unitario nei confronti delle Istituzioni Sanitarie.

L'ANMCO si è attenuta a questo patto federativo, ma nei fatti la FIC non ha svolto il ruolo di referente della Cardiologia per le Istituzioni Sanitarie nazionali e regionali. Questo è un motivo in più per decidere in fretta cosa vogliamo che sia la FIC: realtà virtuale o concreto rappresentante unitario della Cardiologia italiana.

Quali contenuti di immagine e credibilità l'ANMCO può fornire agli associati per accrescere la fidelizzazione?

L'ANMCO rappresenta un modello associativo prezioso per ricchezza, esperienza e rilevanza sociale. La promozione della ricerca scientifica collaborativa rimane uno dei principali valori dell'ANMCO. La partecipazione agli studi clinici dell'ANMCO offre agli associati la possibilità di un coinvolgimento attivo nella Ricerca. Attraverso la promozione di studi clinici e Registri (scompenso cardiaco, sindromi coronariche acute, prevenzione cardiovascolare) l'ANMCO ha consolidato una Rete efficiente delle Cardiologie ospedaliere italiane.

Il modello italiano della Ricerca clinica cardiologica collaborativa svolta sul campo ha ottenuto lusinghieri riconoscimenti in ambito internazionale. La diffusa partecipazione agli studi ed ai registri dell'ANMCO oltre a produrre valore scientifico ha stimolato l'implementazione dei principi di buona pratica clinica nell'assistenza cardiologica ospedaliera.

Negli ultimi anni fondamentale è stato inoltre il ruolo dell'ANMCO nella promozione delle Reti interspedalier-

re per la gestione dell'emergenza coronarica. L'ANMCO ha avuto inoltre un ruolo propositivo per la costituzione di percorsi integrati Ospedale-Territorio per la gestione dello scompenso cardiaco.

Hai sempre creduto nei giovani come risorsa vera associativa, quali strumenti proponi per una loro forte integrazione?

L'ANMCO come le altre Società Scientifiche sta invecchiando ed esiste un significativo calo della partecipazione attiva dei giovani alla vita associativa. Questo rientra sicuramente in un calo più generale dell'affezione per la partecipazione associativa, politica, sindacale e scientifica.

La costituzione del Gruppo di Lavoro "ANMCO Giovani" è stata una delle azioni fortemente volute dal nostro Consiglio Direttivo per incentivare la partecipazione dei giovani nell'ANMCO. I progetti elaborati da questa Task Force in tema di "proselitismo", attività di formazione e ricerca, testimoniano una forte vivacità e capacità propositiva. L'obiettivo del prossimo Consiglio Direttivo dovrà essere quello di favorire la loro attuazione.

La certificazione di qualità ha confermato che in ANMCO esiste una eccellente professionalità espressa dai Dipendenti. Come hai visto accrescere la loro ANMCO competenza in tutte le attività associative?

All'interno dell'ANMCO esiste un patrimonio prezioso costituito dal suo personale competente e fidelizzato. L'acquisizione della certificazione di qualità, per la quale hai efficacemente coordinato un grande lavoro, rappresenta un prezioso strumento per il miglioramento dei processi organizzativi dell'ANMCO. Il percorso della certificazione è avvenuto con un reale coinvolgimento del personale che ha mostrato elevata professionalità, competenza e motivazione. È questa una ulteriore dimostrazione del livello di maturità raggiunta dal nostro staff interno del quale dobbiamo essere veramente orgogliosi. La formalizzazione di un ruolo di responsabilità organizzativa per i settori della Segreteria e dell'Amministrazione contribuiranno ad assicurare la necessaria continuità del lavoro dell'ANMCO a fronte del periodico rinnovamento dei suoi Organi direttivi.

In cosa vorresti impegnarti in questi due anni da Past President?

Anzitutto vorrei poter dedicare più tempo all'Ospedale ed a mia moglie Enrica che ha pazientemente condiviso il mio assorbimento "full time" nell'impegno quotidiano dell'ANMCO. Vorrei inoltre poter mettere a disposizione l'esperienza acquisita, le conoscenze, l'amore per l'ANMCO ed una parte del mio tempo libero al nuovo Presidente Francesco Chiarella ed al nuovo Consiglio Direttivo dell'ANMCO, senza tuttavia apparire, ma rimanendo seduto in seconda fila. Penso che debba essere questo il ruolo, sicuramente importante, del Past President ANMCO.

LA NUOVA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN "MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE"

di Francesco Chiarella

La Scuola cambia nome e durata, ma come verrà attuato il Decreto sul riassetto delle Scuole di Specializzazione?

Le manifestazioni degli Specializzandi tenutesi a Roma nel marzo scorso hanno riproposto all'attenzione del Paese i problemi del loro status nelle Università e negli Ospedali di insegnamento. Gli Specializzandi hanno denunciato la mancata applicazione della normativa comunitaria ed hanno chiesto di sostituire le attuali Borse di Studio con contratti di lavoro per Assistenti in Formazione. Gli Specializzandi hanno contestato alcuni elementi introdotti dal Decreto Ministeriale "Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria" pubblicato sulla GU n. 258 del 5 novembre 2005, configurato per adeguare gli ordinamenti didattici italiani alle norme CEE, ma ve ne sono altri che vale la pena di guardare con grande attenzione

Il Decreto

Il Decreto contiene importanti novità e va ad integrarsi con la precedente legge di riforma degli ordinamenti didattici universitari (legge 341 del 1990). La sua attuazione modificherà profondamente la formazione specialistica di Area cardiovascolare. Cambierà il nome della Scuola di Specialità, non più "Cardiologia" bensì "Malattie dell'Apparato Cardiovascolare", cambierà la durata, che in conformità alle scuole CEE passerà da 4 a 5 anni, soprattutto cambierà il disegno complessivo ed il metodo del

percorso, che viene ancorato all'acquisizione di Crediti Formativi. Infatti non basterà più presenziare alle lezioni, concordare la frequenza e superare gli esami, ma occorrerà acquisire 300 Crediti Formativi articolati in diverse attività (vedi Tabella I).

a) Le attività di base

Le attività di base riproporranno eziopatogenesi, fisiopatologia, metodologia e biologia molecolare per fornire la piena consapevolezza dell'unità fenomenologica dei diversi processi morbosi in modo da interpretare la natura dei fenomeni clinici nella loro interezza sulla base delle relazioni fisiopatologiche tra differenti organi ed apparati. Lo Specializzando dovrà essere in grado di scegliere criticamente gli strumenti ed i percorsi diagnostici appropriati, di interpretare i risultati prodotti dagli accertamenti di laboratorio, strumentali, di bioimmagine, di endoscopia e di istologia patologica, dovrà acquisire conoscenze approfondite sia delle malattie più comuni che di quelle più rare (Tabella II). Poiché viene specificato che lo Specializzando "deve saper impiegare gli strumenti clinici e le indagini più appropriate in piena autonomia per riconoscere i diversi quadri morbosi ed impiegare razionalmente le terapie più efficaci" la formazione dello Specializzando dovrebbe includere un adeguato training di cardiologia interventistica. Infine dovrà essere in grado di gestire le prescrizioni con appropriatezza.

Tabella I

Suddivisione dei Crediti Formativi necessari per conseguire la Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

ATTIVITÀ	CREDITI
a) Attività di base	5
b) Attività Caratterizzanti Obbligatorie <i>tra queste sono comprese anche Attività Caratterizzanti Elettive che lo studente può scegliere fino a max 45 Crediti</i>	270
c) Attività Affini Integrative e Interdisciplinari	5
d) Attività Prova Finale	15
e) Altre Attività	5

Almeno il 70% delle attività formative, pari a 210 Crediti, è riservato ad attività "professionalizzanti" pratiche e di tirocinio.

Tabella II

Obiettivi della formazione generale

"... lo Specializzando deve acquisire conoscenze di Epidemiologia, di Metodologia e di Semeiotica Fisica, di Laboratorio e strumentale compresa la Medicina Nucleare, nonché di diagnostica per bioimmagini. Deve altresì utilizzare le moderne metodologie di ricerca delle conoscenze scientifiche e delle informazioni, acquisire gli strumenti per la loro valutazione critica e saperle applicare appropriatamente nelle più diverse condizioni cliniche".

b) Le attività caratterizzanti

Le attività caratterizzanti obbligatorie introducono elementi innovativi di rilievo, che principalmente risiedono nell'istituzione del Tronco Comune. Lo scopo è l'approfondimento di conoscenze generaliste in linea con un disegno for-

mativo che impedisca la superselezione di esperienze e di interessi culturali. Coordinatore del "Tronco Comune" sarà un docente di Medicina Interna. Il Decreto prevede che il 30% dei crediti delle attività caratterizzanti siano distribuiti nell'intero percorso formativo e dedicati al Tronco Comune. Il Decreto specifica inoltre, al comma 7 dell'articolo 2, che "...almeno 60 Crediti del Tronco Comune sono dedicati ad attività professionalizzanti pratiche e di tirocinio, di questi almeno 30 devono essere dedicati ad attività di Medicina Interna e altri 30 in Aree di attività cliniche di emergenza e di pronto soccorso".

Lo Specialista in "Malattie dell'Apparato Cardiovascolare" dovrà avere una maggiore preparazione in senso internistico e completerà la formazione in senso multidisciplinare frequentando reparti di Medicina Interna ed ambiti di Emergenza ed occupandosi anche di Cardiopatie Congenite ed in età pediatrica, di Prevenzione e di Riabilitazione. Gli obiettivi formativi per la Cardiologia sono descritti in una specifica del Decreto che viene riassunta nella Tabella III.

c) Le altre attività

Le altre attività comprendono attività affini integrative e interdisciplinari, funzionali ad una formazione multidisciplinare, le attività riguardanti l'esame finale e la tesi per il conseguimento del diploma di Specializzazione ed altre che

comprendono l'acquisizione di abilità linguistiche, informatiche e relazionali ed in particolare l'apprendimento della lingua inglese.

Aspetti cruciali del Decreto

Chi abbia riflettuto sul disegno complessivo del Decreto non può che guardare con favore all'intendimento di dare al futuro specialista un respiro multidisciplinare che vuole

Tabella III

CARDIOLOGIA: obiettivi formativi integrati

- Conoscenza delle più diffuse malattie cardiovascolari
- Capacità nella raccolta della storia clinica essenziale nel trattamento
- Competenze specifiche nella valutazione di Pz con dolore toracico acuto
- Interpretazione delle alterazioni maggiori dell'ECG
- Diagnosi e trattamento dell'IMA
- Diagnosi e trattamento delle aritmie minacciose
- Trattamento dell'arresto cardiaco
- Rianimazione cardiorespiratoria
- Trattamento dello shock, dell'asma cardiaco e dell'edema polmonare
- Trattamento della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare
- Trattamento dell'ipotermia

Tabella IV

Requisiti assistenziali per conseguire la Specialità in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare

REQUISITI ASSISTENZIALI	Prestazioni minime per tutto il percorso formativo di uno specializzando da distribuire in funzione del piano formativo	Volume minimo complessivo della attività assistenziale annuale della rete con uno specializzando per ogni anno	Volume minimo della attività assistenziale annuale della rete per l'attivazione della Scuola
Partecipazione alla gestione di pazienti con patologia cardiovascolare (almeno 100 in UTIC)	400*	1333*	1333
Partecipazione gestione pazienti in terapia intensiva cardiologica	100	330*	330
ECG standard	300	990	2970
ECG dinamico	100	330	990
Ecocardio	100	330	990
Partecipazione cateterismi cardiaci	30*	99*	99
Partecipazione coronarografie	30*	99*	99
Test provocativi e/o farmacologici	100	333	1000
Casi clinicamente paradigmatici	10	33	99

*Essendo possibile la compartecipazione di più specializzandi alla stessa prestazione (massimo 3), il minimo degli interventi per la formazione di uno specializzando è fruibile fino al massimo di tre specializzandi.

riconduzione alla unitarietà del Paziente proprio nella fase di sviluppo di approfondimenti specifici e contestualmente all'acquisizione di skillness settoriali. Sono inoltre introdotti elementi che vanno a vantaggio della competenza vissuta sul campo: avremo finalmente nelle UTIC Specialisti che hanno affrontato situazioni di emergenza e che hanno vissuto almeno un po' la realtà del Pronto Soccorso, un mondo di cui ancora oggi molti Cardiologi hanno solo sentito parlare. Gli Specializzandi, se il riassetto verrà attuato, dovranno aver effettuato di persona un consistente numero di esami/procedure (Tabella IV); questo porterà inevitabilmente a ripensare assetti strutturali e logistici ed in questa prospettiva c'è la possibilità che si aprano maggiori spazi collaborativi tra mondo universitario e mondo ospedaliero. Vale la pena di enunciare due punti che meritano approfondimenti.

1) La scuola di specializzazione nell'ambito di una rete formativa

Il comma 3 dell'articolo 3 richiama l'articolo 34 del Decreto Legislativo 368/1999 e dice che la scuola di Specializzazione opera nell'ambito di una rete formativa dotata di risorse assistenziali e socio-assistenziali adeguate allo svolgimento delle attività professionalizzanti secondo standards individuati dall'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica e Specialistica di cui all'articolo 43 dello stesso Decreto Legislativo. È verisimile che molte Strutture Complesse di Cardiologia

Ospedaliera possano essere parte di questa rete, e che lo Specializzando possa formarsi nei Centri Ospedalieri Accreditati.

2) Requisiti del corpo docente

I requisiti del Corpo Docente sono riportati nell'articolo 4 del Decreto e verranno verisimilmente completati da indicazioni del Ministero che vengono illustrate nella Tabella V. Oltre ai Docenti Universitari può intervenire nell'insegnamento anche "personale operante in strutture non universitarie appartenente alla rete formativa della scuola, nominato dal Consiglio di Facoltà su proposta del Consiglio della Scuola ai sensi del Decreto Ministeriale 242 del 21 maggio 1998". Vengono quindi aperti e/o confermati gli spazi per una fruttuosa collaborazione tra Università ed Ospedale, occorrerà vedere nelle diverse sedi se la linea della "rete formativa" troverà applicazione o verrà disattesa.

Ci sarà da aspettare ancora, ma non tanto: secondo l'articolo 7 gli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione attivate presso le università hanno tempo 18 mesi dalla data di pubblicazione sulla GU per adeguarsi alle disposizioni del decreto, quindi diverranno esecutive nel maggio 2007. Nei mesi che ci separano da tale data andranno considerate le possibilità reali di intesa, cui la Federazione Italiana di Cardiologia potrà fornire un prezioso contributo.

Tabella V
Docenti e tutor

REQUISITI	LIVELLI FONDAMENTALI DI ACCETTABILITÀ	MODALITÀ DI VERIFICA
A) Personale docente e tutor	La Scuola deve disporre di un documento che descriva il proprio assetto didattico e i diversi ruoli professionali coinvolti	Esame documentale
B) Personale docente specifico della tipologia, come da tabella relativa	<ul style="list-style-type: none"> • Docenti universitari: professori e ricercatori, di cui almeno 1 professore di ruolo del settore scientifico di riferimento della tipologia della Scuola, in numero non inferiore al 70% dei docenti della scuola 	Assunzione degli impegni
	<ul style="list-style-type: none"> • Docenti non universitari in servizio in strutture della rete formativa: personale con esperienza didattico-formativa documentata e con servizio di almeno 10 anni presso strutture specialistiche accreditate/convenzionate inserite nella rete formativa (in numero massimo del 30% del corpo docente - inquadrato a contratto) 	Assunzione degli impegni
	<ul style="list-style-type: none"> • Docenti a contratto: esperti del settore scientifico disciplinare (in numero massimo del 10% del corpo docente); quest'ultimi possono essere chiamati solo in caso di mancanza di docenti universitari 	Assunzione degli impegni
C) Tutor	<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di un tutor (per un massimo di 3 specializzandi) 	Assunzione degli impegni

L'ACCESSO ALLA DIRIGENZA MEDICA

di Giovanni Gregorio

Gli esami sono temibili anche per i più preparati, perché il più stupido fra gli stupidi può fare domande a cui il più saggio fra gli uomini non è in grado di rispondere.

CHARLES COLTON, Lacon

La Legge di Riforma Sanitaria, definendo in maniera innovativa la figura del Dirigente medico, ha modificato, sia pure in maniera non rivoluzionaria, le modalità di accesso alla Dirigenza, che si realizza attraverso un pubblico concorso le cui modalità di espletamento presentano delle novità rispetto a quanto previsto dalla normativa precedentemente in vigore.

Il D.lvo 229.1999 collocando la Dirigenza in unico livello ne ha differenziato le funzioni sulla base dell'incarico attribuito.

Le Fonti Normative

Sono essenzialmente rappresentate dal:

- D.lvo 30.12.1992 n. 502, così come modificato dal D.lvo n. 517.93 e dal D.lvo n. 229.1999.
- DPR 10 dicembre 1997 n. 483 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale".

Le Tappe dell'accesso alla Direzione di Struttura Complessa

Il processo che porta alla selezione degli aspiranti ad incarico di Dirigente medico si articola in diversi momenti (Figura 1) che possono essere schematizzati nel modo seguente:

- Esistenza di un posto di Dirigente Medico vacante
- Pubblicazione dell'avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione e sulla Gazzetta Ufficiale
- Domanda di partecipazione
- Costituzione della Commissione
- Ammissione dei candidati
- Svolgimento delle prove d'esame
- Approvazione della graduatoria
- Nomina dei vincitori
- Assunzione

Requisiti

L'accesso alla Dirigenza Medica (Figura 2) è riservato a coloro che sono in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea in medicina e chirurgia ed iscrizione all'albo professionale
- Specializzazione nella disciplina o in una disciplina equipollente
- Iscrizione all'albo dei medici-chirurghi, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quella scadenza del bando.

La Domanda di Partecipazione

La Domanda di partecipazione al Concorso deve essere prodotta nei termini e con le modalità previste dal Bando, tenendo presente che la mancanza di uno solo dei requisiti



Figura 1

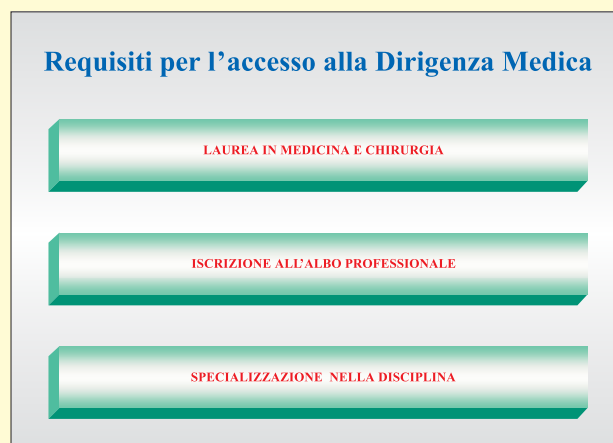


Figura 2

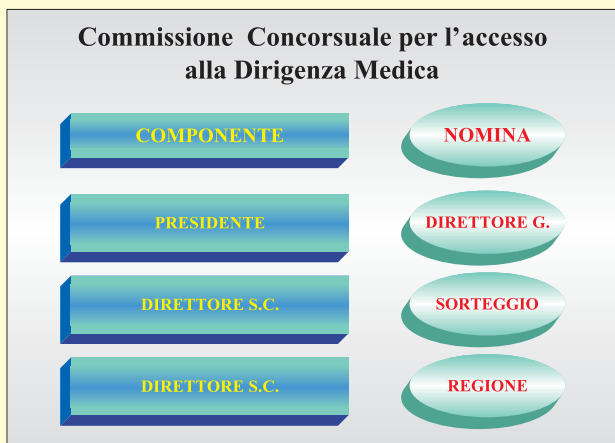


Figura 3

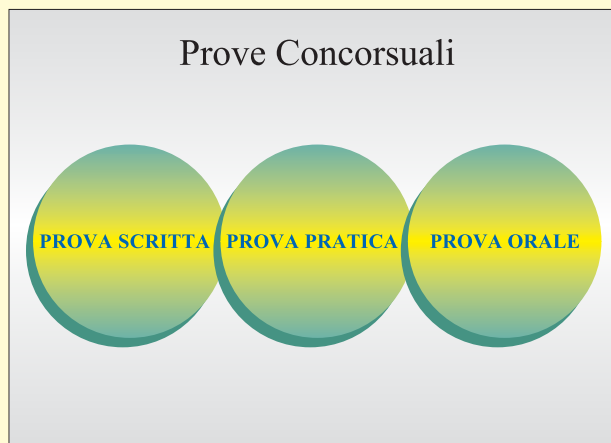


Figura 4

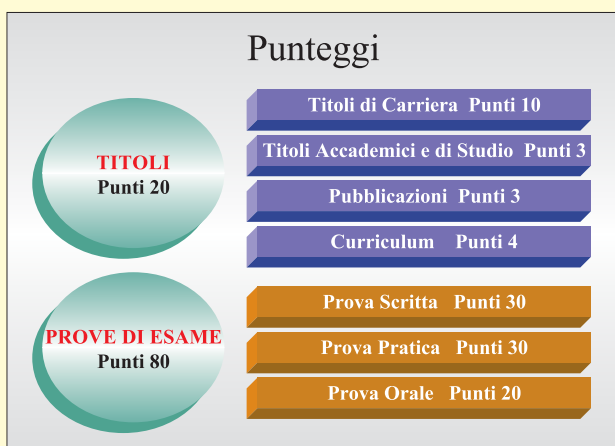


Figura 5

ti o l'incompleta certificazione può comportare la non ammissione al Concorso.

Per l'ammissione, gli aspiranti devono presentare domanda redatta in carta semplice nella quale devono indicare:

- la data, il luogo di nascita e la residenza;
- il possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- il Comune nelle cui liste elettorali sono iscritti ovvero i motivi della loro non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- le eventuali condanne penali riportate;
- i titoli di studio posseduti;
- la loro posizione nei riguardi degli obblighi militari;
- i servizi prestati come impiegati presso pubbliche amministrazioni e le eventuali cause di cessazione di precedenti rapporti di pubblico impiego.

Alla domanda di partecipazione, i concorrenti devono allegare tutte le certificazioni relative ai titoli che ritengono opportuno presentare agli effetti della valutazione di merito, ivi compreso un curriculum formativo e professionale, datato e firmato.

I titoli devono essere prodotti in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero autocertificati nei casi

e nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Le pubblicazioni devono essere edite a stampa.

Alla domanda deve essere unito, in triplice copia e in carta semplice, un elenco dei documenti e dei titoli presentati.

Nella domanda di ammissione al Concorso, l'aspirante deve indicare il domicilio presso il quale deve ad ogni effetto, essergli fatta ogni necessaria comunicazione.

La Commissione

La Commissione Esaminatrice (Figura 3) è nominata dal Direttore Generale della ASL o dell'Azienda Ospedaliera ed è composta da:

- Presidente: il Direttore di S.C. della disciplina oggetto del concorso, preposto alla struttura. In caso di pluralità di strutture o in caso di carenza di titolare l'individuazione è operata dal direttore generale, o per delega dal Direttore Sanitario nell'ambito dell'area alla quale appartiene la struttura il cui posto si intende ricoprire;
- componenti: due direttori di Struttura Complessa della disciplina oggetto del concorso, di cui uno sorteggiato, ed uno designato dalla Regione;
- Segretario: un funzionario amministrativo della A.S.L. o dell'Azienda Ospedaliera appartenente ad un livello non inferiore al settimo.

Le Prove d'esame

Le prove di esame (Figura 4) sono le seguenti:

- prova scritta: relazione su caso clinico simulato o su argomenti inerenti alla disciplina messa a concorso o soluzione di una serie di quesiti a risposta sintetica inerenti alla disciplina stessa;
- prova pratica: su tecniche e manualità peculiari della disciplina messa a concorso; la prova pratica deve comunque essere anche illustrata schematicamente per iscritto;
- prova orale: sulle materie inerenti alla disciplina a Concorso nonché sui compiti connessi alla funzione da conferire.

Punteggio

La Commissione dispone, complessivamente, di 100 punti (Figura 5) così ripartiti:

- a) 20 punti per i titoli (10 punti per i titoli di carriera; 3 punti per i titoli accademici e di studio; 3 punti per le pubblicazioni ed i titoli scientifici; 4 punti per il curriculum formativo e professionale);
- b) 80 punti per le prove d'esame (30 punti per la prova scritta; 30 punti per la prova pratica; 20 punti per la prova orale).

Valutazione dei titoli

La determinazione dei criteri di massima di valutazione dei titoli si effettua prima dell'espletamento della prova scritta.

Nei titoli di carriera sono valutati i servizi prestati nella disciplina oggetto del Concorso o in altra disciplina, con un punteggio aggiuntivo per il servizio prestato con rapporto di lavoro a tempo pieno.

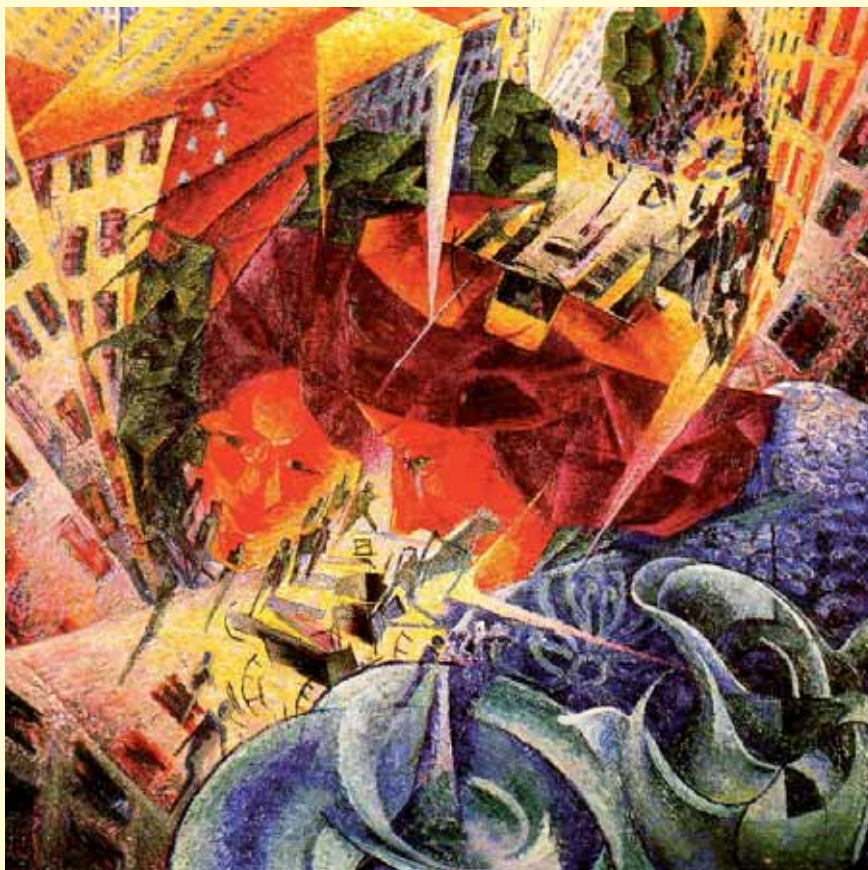
Nei titoli accademici si valutano la specializzazione e le altre lauree.

Non è valutabile la specializzazione fatta valere come requisito di ammissione. La specializzazione conseguita ai sensi del decreto legislativo dell'8 agosto 1991, n. 257, anche se fatta valere come requisito di ammissione, è valutata con uno specifico punteggio per ogni anno di corso.

La valutazione delle pubblicazioni deve essere adeguatamente motivata, in relazione all'originalità della produzione scientifica, all'importanza della rivista, alla continuità ed ai contenuti dei singoli lavori, al grado di attinenza dei lavori stessi con la posizione funzionale da conferire, all'eventuale collaborazione di più autori. Non possono essere valutate le pubblicazioni delle quali non risulti l'apporto del candidato. La Commissione deve peraltro tenere conto ai fini di una corretta valutazione:

- a) della data di pubblicazione dei lavori in relazione all'eventuale conseguimento di titoli accademici già valutati in altra categoria di punteggi;
- b) del fatto che le pubblicazioni contengano mere esposizioni di dati e casistiche, non adeguatamente avvalorate ed interpretate, ovvero abbiano contenuto solamente compilativo o divulgativo, ovvero ancora costituiscano monografie di alta originalità.

Nel curriculum formativo e professionale sono valutate le attività professionali e di studio, formalmente documentate, non riferibili a titoli già valutati nelle precedenti cate-



Umberto Boccioni, *Visioni simultanee*, 1911

rie, idonee ad evidenziare ulteriormente il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco dell'intera carriera e specifiche rispetto alla posizione funzionale da conferire, nonché gli incarichi di insegnamento conferiti da enti pubblici. In tale categoria rientra anche la partecipazione a congressi, convegni o seminari che abbiano finalità di formazione e di aggiornamento professionale e di avanzamento di ricerca scientifica.

Il punteggio attribuito dalla commissione è globale ma deve essere adeguatamente motivato con riguardo ai singoli elementi documentali che hanno contribuito a determinarlo. La motivazione deve essere riportata nel verbale dei lavori della Commissione.

Svolgimento delle prove

Il diario delle prove scritte deve essere pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 4^a serie speciale «Concorsi ed Esami», non meno di quindici giorni prima dell'inizio delle prove medesime, ovvero in caso di numero esiguo di candidati, deve essere comunicato agli stessi, con raccomandata con avviso di ricevimento, non meno di quindici giorni prima dell'inizio delle prove.

Le prove del concorso, sia scritte che pratiche e orali, non possono aver luogo nei giorni festivi, né nei giorni di festività religiose ebraiche o valdesi.

Ai candidati che conseguono l'ammissione alle prove pratica e orale deve essere data comunicazione con l'indicazione del voto riportato nelle prove scritte. L'avviso per la presentazione alla prova orale deve essere dato ai singoli candidati almeno venti giorni prima di quello in cui essi debbono sostenerla.

La prova orale deve svolgersi in un'aula aperta al pubblico.

Al termine di ogni seduta dedicata alla prova orale, la Commissione Giudicatrice forma l'elenco dei candidati esaminati, con l'indicazione dei voti da ciascuno riportati che sarà affisso nella sede degli esami.

Prova scritta: modalità di espletamento

Immediatamente prima della prova scritta, la Commissione al completo predispone una terna di temi o di questionari a risposte sintetiche, li registra con numeri progressivi, fissando il tempo a disposizione dei candidati per lo svolgimento della prova.

I temi o i questionari sono chiusi in plichi sigillati e firmati esteriormente sui lembi di chiusura dai componenti della commissione e dal segretario.

Ammessi i candidati nei locali degli esami, il Presidente della Commissione fa procedere all'appello nominale dei candidati e, previo accertamento della loro identità personale, li fa collocare in modo che non possano comunicare tra loro.

Indi fa constatare l'integrità della chiusura dei pieghi contenenti i temi o i questionari e fa sorteggiare, da uno dei candidati, il tema o il questionario da svolgere.

Durante lo svolgimento della prova scritta, è vietato ai concorrenti di comunicare tra loro, verbalmente o per iscritto e di mettersi in relazione con altri, salvo che con i membri della Commissione Esaminatrice per motivi attinenti alle modalità di svolgimento del Concorso.

A tutti i candidati viene fornita carta recante il timbro della ASL o dell'Azienda Ospedaliera e la firma di un membro della Commissione Esaminatrice. L'uso di carta diversa comporta la nullità della prova.

Ai candidati sono consegnate in ciascuno dei giorni di esame due buste di eguale colore: una grande munita di linguetta staccabile ed una piccola contenente un cartoncino bianco.

Il candidato, dopo aver svolto il tema, o compilato il questionario, senza apporvi sottoscrizione, né altro contrassegno, mette il foglio o i fogli nella busta grande. Scrive il pro-



Edvard Munch, La bambina malata, 1885-1986

prio nome e cognome, la data ed il luogo di nascita nel cartoncino e lo chiude nella busta piccola. Pone, quindi, alla presenza di uno dei componenti della Commissione, anche la busta piccola nella grande che richiude e consegna al Presidente della Commissione o del Comitato di Vigilanza od a chi ne fa le veci.

Il Presidente della Commissione o chi ne fa le veci, appone trasversalmente sulla busta, in modo che vi resti compreso il lembo della chiusura e la restante parte della busta stessa, la propria firma e l'indicazione della data della consegna.

Al termine della prova è assegnato alla busta contenente l'elaborato di ciascun concorrente lo stesso numero da apporsi sulla linguetta staccabile, in modo da poter riunire, esclusivamente attraverso la numerazione, le buste appartenenti allo stesso candidato.

Sono esclusi dal Concorso, previa decisione della Commissione Esaminatrice, e per essa dei componenti presenti alla prova, adottata motivatamente, seduta stante e verbalizzata, i candidati che siano risultati in possesso di appunti, manoscritti, libri o pubblicazioni di qualunque specie.

Nel caso in cui risulti che uno o più candidati abbiano copiato, in tutto o in parte, l'esclusione è disposta nei confronti di tutti i candidati coinvolti.

La Commissione Esaminatrice può consentire, in relazione

alla natura del compito assegnato, la consultazione di testi di legge non commentati e di dizionari.

Durante lo svolgimento della prova scritta, sono obbligati a permanere nei locali degli esami, almeno uno dei membri della Commissione e il Segretario: tale adempimento deve, espressamente, constarsi dai verbali del Concorso.

Durante la prova e fino alla consegna dell'elaborato, il candidato non può uscire dai locali degli esami che devono essere efficacemente vigilati.

La Commissione, ferme restando le proprie competenze, per gli adempimenti inerenti allo svolgimento delle prove può avvalersi del personale messo a disposizione dall'Azienda ospedaliera scelto tra i propri dipendenti.

Adempimenti della Commissione

I plichi sono tenuti in custodia dal segretario della commissione e sono aperti, esclusivamente alla presenza della Commissione, quando essa deve procedere all'esame dei lavori relativi a ciascuna prova d'esame.

Al momento di procedere alla lettura e valutazione della prova, il Presidente appone su ciascuna busta grande, man mano che si procede all'apertura della stessa, un numero progressivo che viene ripetuto su ciascun foglio dell'elaborato e sulla busta piccola che vi è acclusa.

Tale numero è riprodotto su apposito elenco, destinato alla registrazione del risultato delle votazioni sui singoli elaborati. Al termine della lettura collegiale di tutti gli elaborati e della attribuzione dei relativi punteggi si procede all'apertura delle buste piccole contenenti le generalità dei candidati.

Il numero segnato sulla busta piccola è riportato sul foglietto inserito nella stessa.

Valutazione delle prove d'esame

Il superamento di ciascuna delle previste prove scritte e pratiche è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza espressa in termini numerici di almeno 21/30.

Il superamento della prova orale è subordinato al raggiungimento di una valutazione di sufficienza, espressa in termini numerici, di almeno 14/20.

Prova pratica: modalità di svolgimento

L'ammissione alla prova pratica è subordinata al raggiungimento, nella prova scritta, del punteggio di 21/30.

Nei giorni fissati per la prova pratica, ed immediatamente prima del suo svolgimento, la Commissione ne stabilisce le modalità ed i contenuti che devono comportare uguale impegno tecnico per tutti i concorrenti. Nel caso in cui la Commissione decida di far effettuare a tutti i candidati la stessa prova, deve proporre tre prove con le medesime modalità previste per la prova scritta per far procedere al sorteggio della prova oggetto di esame.

La Commissione procura di mettere a disposizione dei concorrenti apparecchi e materiali necessari per l'espleta-

mento della prova stessa.

Le prove pratiche si svolgono alla presenza dell'intera Commissione, previa l'identificazione dei concorrenti.

Prova orale

L'ammissione alla prova orale è subordinata al conseguimento, nella prova pratica del punteggio di 21 /30.

L'esame orale si svolge, nel giorno stabilito, alla presenza dell'intera Commissione in sala aperta al pubblico.

La Commissione, immediatamente prima della prova orale, predetermina i quesiti da porre ai candidati mediante estrazione a sorte.

Graduatoria

La Commissione, al termine delle prove d'esame, formula la graduatoria di merito dei candidati. È escluso dalla graduatoria il candidato che non abbia conseguito in ciascuna delle prove di esame, la prevista valutazione di sufficienza. La graduatoria viene trasmessa agli uffici amministrativi della ASL o dell'Azienda Ospedaliera per i provvedimenti consequenziali.

Conferimento dei posti

Il Direttore Generale della ASL o dell'Azienda Ospedaliera, riconosciuta la regolarità degli atti del Concorso, li approva.

La graduatoria di merito dei candidati è formata secondo l'ordine dei punti della votazione complessiva riportata da ciascun candidato, con l'osservanza a parità di punti, delle preferenze previste dalla legge.

Sono dichiarati vincitori, nei limiti dei posti messi a Concorso, i candidati utilmente collocati nella graduatoria di merito.

Attribuzione dell'incarico

L'attribuzione dell'incarico è effettuato dal Direttore Generale nell'ambito della rosa di idonei predisposta dalla Commissione.

L'incarico ha durata da cinque a sette anni ed è rinnovabile anche per periodi inferiori.

Conclusioni

L'attuale sistema di selezione dei Direttori appare ancora troppo rigido ed in contrasto con la visione aziendalistica della Sanità.

I meccanismi concorsuali con punteggi rigidamente prestabiliti se da un lato rappresenta un elemento di garanzia dall'altro è senz'altro limitativo in un'epoca caratterizzata dalla specializzazione e dalla flessibilità dell'impegno richiesto ad un dirigente medico.

D'altra parte appare evidente che le modalità di espletamento delle prove non sempre consentono, in maniera adeguata, la valutazione delle reali capacità del candidato.

SOLO CON IL BATTITO DEL MIO CUORE

di Francesco Bovenzi

Non solo per noi cardiologi che ascoltiamo, esploriamo e curiamo il cuore, ma anche per tanta gente in ogni parte del mondo il cuore non è soltanto un organo. Le emozioni piacevoli di solito aumentano la frequenza del battito, così come la musica, la gioia, l'amore. La palpitazione percepita con il palmo della mano sul torace, la sensazione chiara e talvolta angosciata dell'extrasistole o della tachicardia in occasioni di sforzi e di emozioni creano nell'accesa fantasia dell'uomo la convinzione che al cuore fosse legata non solo la vita fisica, ma anche quella emotiva. Tutte le volte che si cerca di comprendere queste relazioni, ci si addentra in un mondo fatto di simboli e di significati umani, sociali, religiosi e affettivi.

Scorrendo la storia della medicina si resta meravigliati nel constatare che fino a due secoli fa si riteneva che molte delle emozioni originassero nel cuore o nella colecisti, magari nei polmoni, nel fegato o nelle viscere. Non si poteva neanche lontanamente immaginare che l'emotività potesse essere regolata da meccanismi situati a livello del sistema nervoso centrale. Questa errata nozione era da sempre stata dominante fin dai primordi della civiltà.

Dagli assiro-babilonesi, circa 20 secoli prima della nascita di Cristo, il cuore era considerato organo essenziale della vita e sede dell'intelligenza, di conseguenza ogni turbamento mentale si faceva derivare da un'alterazione cardiaca. È da quel tempo che probabilmente l'umanità intera ha voluto eleggere il cuore a sede dei sentimenti.

Più tardi nella civiltà egiziana al cuore venne attribuita non solo la funzione fisiologica di sede della vita, ma anche una funzione di primo piano nel mondo spirituale e religioso. Al cuore, secondo le credenze, il compito di testimoniare di fronte al tribunale degli Dei sulla vita terrena del defunto. Per questa sua funzione il cuore era l'oggetto delle cure più premurose da parte dei parenti del defunto, tanto da indurli a porre nelle mummie al posto del cuore un grosso scarabeo in malachite che recava sul ventre un'iscrizione con la raccomandazione al defunto.

Con il passare dei secoli il cuore tese ad identificarsi sempre più con "l'anima", tuttavia gli assiri e gli ebrei continuarono a considerare il fegato come centro vitale dei sentimenti, tanto che per indicare eventi tristi ancora oggi si usa l'espressione "un colpo al fegato". Anche per i Greci fu il fegato il vero "cuore" della passione, la sede dei sentimenti di collera, di timore, di amore. Non dobbiamo quindi stupirci se nella antica mitologia greca ritroviamo il fegato di Prometeo tra gli artigli e sotto l'adunco becco dell'avvoltoio. "Avere



fegato" è soprattutto avere forza e coraggio. Secoli dopo, al "fegato" come vera essenza del coraggio, si affianca il "cuore", come in un gioco di parole, per esprimere uno stesso significato.

Riccardo I d'Inghilterra, per le interne discordie legate ai crociati un bel giorno rimase solo a combattere contro Saladino con una piccola armata. Non gli bastarono la fede e l'indomito coraggio: la Città Santa non fu conquistata. Egli si coprì il volto con la mano per non vedere più la città per la quale aveva combattuto. Passò alla storia con l'appellativo di Riccardo "cuor di leone". Così anche oggi nel descrivere ardimento e forza d'animo si usa citare indifferentemente i due organi. Il passaggio semantico dall'amore all'odio per il termine "cuore" diviene con il tempo più facile e immediato, così come il passaggio dall'amore alla sofferenza: mordere il cuore, mangiare il cuore, spezzare il cuore.

Stendhal nel romanzo "Il Rosso e il Nero" racconta di un marito disperato e vendicativo che arriva persino a far mangiare alla moglie, inconsapevole, il cuore dell'uomo da lui ucciso, solo perché lei lo aveva tradito.

Nel primo libro dell'Eneide dopo aver rincuorato i compagni di navigazione, Enea nel ricordare la loro meta con la frase "spem vultu simulat, premit altum corde dolorem" (in volto simula speranza, soffoca nel cuore il profondo dolore) crea una simulazione della speranza, e una dissimulazione "onesta" del dolore, perché necessaria a rinfrancare l'animo, e condurli alla meta indicata dagli oracoli (Lazio).

E che dire del gesto di porre le mani sul cuore per mimare un saluto, un gesto d'amore o di cordoglio? Tra cuore e fede poi il passo è breve.

Il cuore di Gesù è consacrato in una festa fissata dalla Chiesa il primo venerdì che segue l'ottava del Corpus Domini; consacrazione istituita dopo la visione di Margherita Maria Alacoque, monaca e mistica francese. Ella stessa racconta nella sua autobiografia che a partire dal 27 dicembre 1673, giorno di San Giovanni Evangelista (colui che aveva appoggiato il capo sul cuore del Messia), le appare ripetute volte Gesù che le mostra il suo "Sacro Cuore".

Si giunge così nel cammino delle numerose civiltà ad una tale e sublime interpretazione del cuore che Pascal si può permettere di affermare "c'est le coeur qui sent Dieu et non la raison. Voilà ce qu'est la foi, Dieu sensible au coeur, non à la raison". Ed egli va oltre quando sostiene che il cuore sente che vi sono altre dimensioni dello spazio, aldilà delle tre descritte dalla fisica. Asserzione che pone la ragione contro il cuore. "Le coeur a ses raisons que la raison ne connaît pas" (il cuore ha le sue ragioni che la ragione non conosce).

Parlare di cuore, voler bene al cuore, fare con il cuore, essere di cuore, un colpo al cuore, essere senza cuore,

avere amarezza al cuore, te lo chiedo con il cuore, grazie di cuore: sono alcuni dei tantissimi modi di dire per riportare al cuore mutevoli circostanze di indole emotiva. "Ego dormio, et cor meum vigilat", io dormo, ma il mio cuore veglia, dice la sposa nel Cantico dei cantici. Nello steso tempo mentre batte egli ascolta, dice Paul Claudel, non per nulla alle due propaggini che lo circondano è stato dato il nome di auricole.

L'influenza che l'amore esercita sul ritmo del cuore la ritroviamo nella storia del medico Erasistrato di Ceo, nipote di Aristotele. Egli osservando l'ineguaglianza e il tumulto del polso di Antioco, figlio del re di Siria, comprese che era innamorato di Stratonice, sua matrigna. Per guarirlo non vi fu altra soluzione che cederla. Plutarco racconta che il re la cedette pur di guarire il figlio che in effetti guarì.

Boccaccio nel Decamerone narra della malattia del Duca di Anguerra "...Laonde avvenne che, per soverchio di noia, egli infermò, e gravemente. Alla cura del quale essendo più medici richiesti, e avendo un segno e altro guardato di lui e non potendo la sua infermità tanto conoscere, tutti comunemente si disperavano della sua salute.

Di che il padre e la madre del giovane portavano sì gran dolore e malinconia, che maggiore non si saria potuta portare: e più volte con pietosi prieghi il domandavano della cagione del suo male, a' quali o sospiri per risposta dava, o che tutto si sentia consumare.

Avvenne un giorno che, sedendosi appresso di lui un medico assai giovane, ma in scienza profondo molto, e lui per lo braccio tenendo in quella parte dove essi cercano il polso, la Giannetta, la quale, per rispetto della madre di lui, lui sollicitamente serviva, per alcuna cagione entrò nella camera nella quale il giovane giacea. La quale come il giovane vide, senza alcuna parola o atto fare, sentì con più forza nel cuore l'amoroso ardore, per che il polso più forte cominciò a battergli che l'usato; il che il medico sentì incontante e maravigliosi, e stette cheto per vedere quanto questo battimento dovesse durare.

Come la Giannetta uscì dalla camera, e il battimento ristette; per che parte parve al medico avere della cagione della infermità del giovane; e stato alquanto, quasi d'alcuna cosa volesse la Giannetta addomandare, sempre tenendo per lo braccio lo 'nfermo, la si fè chiamare. Al quale ella venne incontante; né prima nella camera entrò, che 'l battimento del polso ritornò al giovane; e lei partita, cessò. Laonde, parendo al medico avere assai piena certezza, levatosi e tratti da parte il padre e la madre del giovane, disse loro: La sanità del vostro figliuolo non è nello aiuto de' medici, ma nelle mani della Giannetta dimora, la quale, sì come io ho manifestamente per certi segni conosciuto, il giovane



Raffaello Sanzio, *Il sogno del cavaliere*, 1504-1505

focosamente ama, come che ella non se ne accorge, per quello che io vegga”.

Al di là delle tante metafore, persino un medico di Bologna impressionato dalla irregolarità del suo polso, prima transitoria, poi persistente, si recò a consultare l'illustre clinico di Padova Giovanni Battista Morgagni. Questi, di fronte all'ansietà e all'emozione del paziente, si limitò a metterlo in guardia contro la sua malsana curiosità di controllarsi il polso e non prescrisse alcun farmaco. Il malato rassicurato non avvertì più l'aritmia. A Morgagni si deve anche il merito di aver intuito per primo i rapporti tra disturbi nervosi e sintomi cardiaci, attribuendo l'autonomia clinica ai disturbi funzionali cardiaci.

Fu Aristotele nei suoi studi di embriologia a notare che il cuore comincia a battere nelle fasi iniziali dello sviluppo dell'organismo: “primum oriens, ultimum moriens”, non siamo ancora formati nel grembo della madre, che quella del cuore è la prima musica ascoltata.

“Fundamentum vitae” lo chiamò William Harvey nella dedica del suo magistrale “exercitatio de motu cordis”. Egli infatti nella dedica al suo Re Carlo I lo paragona al cuore che è al centro del corpo e conclude dicendo che è il cuore che domina tutto, fondamento su cui si basa ogni potere del corpo animale, proprio come nelle mani di un Principe è posta la suprema autorità. Per la prima volta con Harvey il cuore è legato ad una tangibile dimostrazione di forza, di potere, di vita: Harvey spiega come funzionano le valvole cardiache, le cavità e

le vene. La sua fondamentale dimostrazione è che il sangue, sempre lo stesso, deve circolare tra vene e arterie provenendo dal cuore e ritornando al cuore.

Ciò che sentiamo martellare è il ritmo di una macchina perfetta. Quella che fa compagnia al mio “cuore”, quella che condiziona una vita felice e un animo per quanto possibile lieto e sereno. Per contro, è il pessimismo che abbrevia la vita come molti studi dimostrano, allora meglio pensare al vecchio detto che solo il “cuor contento il ciel lo aiuta”. Non ci si sente soli se si prova ad ascoltare la musica del proprio cuore, anche se Carducci in un momento di stizza definì il cuore “un vil muscolo nocivo”.

Dal cuore di Gesù al cuore di Leonardo, al cuore “buono” di De Amicis, al cuore di tenebra di Conrad, all'arte di Keith Haring, Jim Dine e Andy Warhol, per finire al “cuore” per Marilyn, il “nostro” resta un organo che ci entusiasma così tanto nelle sue conoscenze scientifiche, quanto nei suoi molteplici significati simbolici e persino misteriosi: “Dio ha

nascosto il cuore dell'uomo, perché nessuno possa vederlo”, dice lo scrittore ungherese Godolanhj.

E anche il buon cuore di Pinocchio era stato nascosto. Quel buon cuore del burattino era vivo con una duplice veste: quella di luogo dei travagli dell'anima, ma anche un organo tout court capace di ammalarsi. Una spina acutissima gli buca il cuore, quello stesso cuore eccellente, che in fondo aveva anche quando si mosse a compassione per salvare un cane che annegava. Il cuore fu anche per Pinocchio coraggio, allorquando tremulo dal freddo e dalla paura e dall'acqua che aveva addosso, si fece cuore e bussò una seconda volta e bussò più forte per sollecitare la lenta lumaca ad aprirgli la porta. E fu ancora il cuore a parlargli, quando confessò a Geppetto di averlo riconosciuto in mare da lontano nella barchetta, solo perché glielo diceva il core.

Ma l'apoteosi nella celebrazione del cuore avviene nella Divina Commedia, in cui il sommo Dante lo identifica con l'Amore Assoluto, che riesce persino a muovere “il sole e l'altre stelle”.

Virgilio Marone Publio, Eneide. Einaudi, 2005

Blaise Pascal, Pensieri. Mondadori, 1976

La Bibbia. Cantico dei Cantici

Flori Jean, Riccardo Cuor di Leone. Il re cavaliere. Einaudi, 2004

Giovanni Boccaccio, Decamerone. Mondadori, 1985

Stendhal, Il rosso e il nero. Einaudi, 2005

Harvey William, Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus. 1628

Collodi Carlo, Le avventure di Pinocchio. Garzanti, 2002

Dante Alighieri, La Divina Commedia. Paradiso. Mondadori, 2005

L'OCCHIO DEL CUORE

di Bruno Milone

La medicina ha nel proprio patrimonio concettuale la categoria filosofica di totalità. Su questa base essa si avvale di un metodo epidemiologico-preventivo, ispirato ad un modello olistico, che completa il metodo tecnologico-riparativo derivato, invece, da un modello riduzionistico. Olistico viene dalla parola greca holos che significa "il tutto" o "la totalità", e tende a derivare le proprietà e il comportamento delle parti da quelle dell'insieme. Il riduzionismo accoglie al contrario il presupposto meccanicistico secondo cui sono gli elementi costitutivi di un oggetto e le loro interazioni che spiegano le caratteristiche della totalità.

Se l'olismo, privilegiando la dimensione macroscopica, tende a trascurare la parte, il riduzionismo, utilizzando un metodo analitico-scompositivo, tende a renderla autonoma rispetto al tutto.

L'approccio che unifica le due posizioni sembra appropriato a definire una metodologia e una prassi medico

scientifico idonea al rispetto sia dell'una che dell'altro. La malattia nei due sensi di trauma esterno o di eccessiva oscillazione nel punto di equilibrio non può prescindere dalla considerazione della salute come fatto complessivo che riguarda il singolo organo e il corpo intero, l'uomo e l'ambiente naturale e sociale che lo circonda. La categoria della totalità collega la medicina all'ecologia e alla politica, tramite il concetto di salute pubblica, e riattualizza il modello greco del "philosophos kai iatros", del medico e filosofo.

Il rapporto con la filosofia non comporta il riferimento ad una cultura e ad una metodologia antiscientifica e irrazionale, che valorizzi l'intuizione a scapito di pratiche rigorosamente ipotetico-deduttive e sperimentali.

L'epistemologia del Novecento ha individuato un'altra tradizione della scienza e della razionalità che non ha al centro la mente, ma "il cuore". In questa prospettiva Gregory Bateson ha valorizzato la filosofia di Blaise



Jacques Louis David, *Morte di Socrate*, 1787



René Magritte, *The False Mirror*, 1935

Pascal per il quale “il cuore ha le sue ragioni che la ragione non conosce”. L’opinione comune attribuisce al cuore degli impulsi allo stato embrionale, vaghi e indefiniti. Per Pascal le cose erano diverse in quanto egli pensava “alle ragioni del cuore come a un insieme di regole di logica e di calcolo altrettanto preciso e complesso che le ragioni della coscienza”.

Il cuore di Pascal è simbolo di una forma epistemica di conoscenza integrata, alla quale contribuiscono conscio e inconscio, arte e religione, scienza, poesia ed etica, capace di fornire una mappa più autentica del mondo nel suo insieme.

Più che all’esprit de géométrie dell’intelletto scientifico, il cuore è l’organo dell’esprit de finesse, che collega e armonizza piani diversi e talora conflittuali: la sfera religiosa (teologia), la dimensione dei valori (etica), l’ambiente dell’uomo (antropologia) e gli assiomi della geometria (scienza). Scrive Pascal: “il cuore, e non la ragione, sente Dio”, esso “conosce i valori”.

Il cuore non “passa sicuro ed ottuso accanto al mistero della persona senza notarlo”.

Al contrario il metodo scientifico declinato in senso razionalistico è riduzionistico, non vede la complessità e la trascendenza dell’uomo. “Gli occhi del cuore vedono la sapienza”. Conosciamo la verità, scrive il filosofo francese, “non solo con la ragione, ma anche col cuore ed è in questo secondo modo che conosciamo i primi principi, come l’esistenza dello spazio, del tempo, del movimento, dei numeri”.

Per Pascal il cuore non è fideismo ma è un vedere in senso integrale, non su un piano pararazionale ma metarazionale, di una conoscenza che è capace di pene-

trare nell’interno delle cose. La posizione di Pascal non è rimasta isolata nella storia della filosofia. Schelling, Schopenhauer e Freud, oppure Jung e Hilman, oltre che Bateson ne hanno trasmesso il pensiero e continuato l’opera fino ai giorni nostri, ma non bisogna pensare che la sua sia stata una concezione della scienza e della vita totalmente nuova rispetto al passato dell’umanità.

Non è un caso che in molte delle dottrine religiose e sapienziali dell’occidente e dell’oriente, la raffigurazione simbolica del cuore si sovrappone a quella del sole

per rappresentare l’intelligenza divina. Analogamente, sia il sole che il cuore emanano luce e calore, come due aspetti inseparabili di un solo e unico principio vitale e come simboli di intelligenza e amore, nel loro senso puro e universale, di cui la ragione e il sentimento umani sono solo un riflesso nell’ordine individuale.

Nella cultura della tarda antichità e per tutto il medioevo si tendeva a rappresentare la totalità dell’essere come animata dalle pulsazioni regolari del cuore e sono avvenuti scambi lessicali e concettuali tra la medicina, la musica e la cosmologia.

Cuore (lat. cor, cordis) e corda (lat. chorda, chordae), sono stati sovrapposti nella nuova categoria di conc(h)ordia che indicava sia “consenso di cuori, pace, ordine” sia “un’armonia di corde e l’armonia universale degli spazi siderali”.

Uno dei simboli della tradizione cristiana è un triangolo nel quale è iscritto un occhio che viene generalmente designato come “l’occhio che vede tutto”. Il triangolo diritto si riferisce propriamente a Dio, ma quando è rovesciato non è altro che lo schema geometrico del cuore, “l’occhio che ritrova al suo centro, scrive René Guénon, è allora propriamente l’occhio del cuore (l’ay-nul-qalb dell’esoterismo islamico)” cui è attribuita una conoscenza superiore nella perfetta simultaneità dell’eterno presente.

Gregory Bateson, *Verso una ecologia della mente*, Adelphi, 1976.

Giorgio Cosmacini, *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, 1995.

René Guénon, *Simboli della Scienza Sacra*, Adelphi, 1975.

Blaise Pascal, *Pensieri*, Mondadori, 1976.

I CONFERENZA NAZIONALE DELLA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E PREVENTIVA

di Salvatore Pirelli

Nei giorni 3 e 4 marzo si è tenuta a Napoli la 1° Conferenza Nazionale della Cardiologia Riabilitativa in era di Cardiologia interventistica. La manifestazione, che ho avuto l'onore di presiedere in qualità di Presidente del Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR), è stata realizzata con il patrocinio di ANMCO, SIC e FIC rappresentati ai massimi livelli istituzionali, e grazie all'impegno del Direttivo GICR, al contributo di alto valore scientifico degli esperti invitati, e ad un grant non condizionante il programma della Azienda Sigma-Tau.

Perché una conferenza sulla cardiologia riabilitativa

La Riabilitazione Cardiologica (RC) è riconosciuta come il modello standard (*standard of care*) per il trattamento globale del paziente cardiopatico in fase subacuta e cronica, e come una componente essenziale di un programma assistenziale e di intervento a breve e a lungo termine per tutti i cardiopatici. Tuttavia, la condivisione e l'implementazione di tali acquisizioni faticano ad affermarsi nel mondo reale al di là delle mere affermazioni di principio che concordano su queste premesse. I motivi di queste difficoltà vengono da lontano e mettono in luce, talvolta, situazioni a dir poco imbarazzanti.

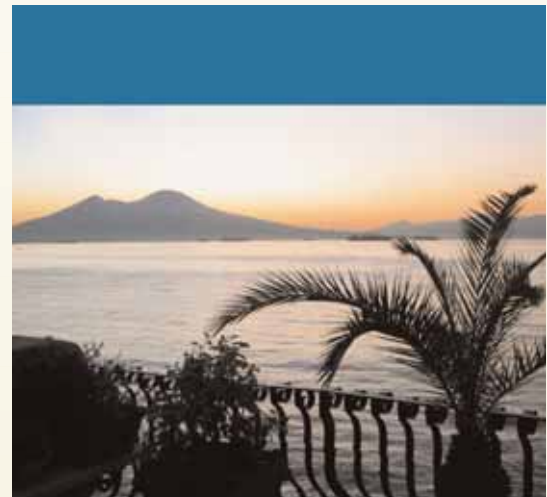
La condivisione dei percorsi clinici più adeguati nei diversi contesti tra le figure professionali coinvolte nella gestione dei pazienti ha consentito di far luce su molti aspetti che, apparentemente chiari, non sempre vengono acquisiti nella pratica quotidiana.

La partecipazione ai lavori di rappresentanti delle istituzioni, in particolare del Ministero della Salute, ha permesso inoltre di avviare tra l'altro una riflessione, spero fruttuosa, su un tema assai delicato che riguarda la "titolarità e responsabilità di governo della RC". Il dibattito-confronto con la SIMFER, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa, è di fatto in corso e all'attenzione del Consiglio Superiore di Sanità per un giudizio di merito.

Definizione del percorso clinico-assistenziale nella fase post-acuta e cronica delle cardiopatie

Sono state prese in considerazione in primo luogo le sindromi coronariche acute e lo scompenso cardiaco, che sono le situazioni di più frequente riscontro nella pratica clinica e che necessitano di una più puntuale definizione dei percorsi clinico assistenziali: la prima alla luce dei risultati favorevoli di un approccio aggressivo sempre più praticato; la seconda per le enormi dimensioni del problema che necessita soluzioni più articolate anche alla luce del ruolo centrale ma non esclusivo del cardiologo.

Dopo rivascolarizzazione efficace, che condiziona una dimissione spesso estremamente precoce, rimane comunque indispensabile per tutti i pazienti la definizione di un percorso diagnostico e terapeutico che tenga conto della opportunità/necessità di avviare un program-



GICR
GRUPPO ITALIANO
DI CARDIOLOGIA
RIABILITATIVA
E PREVENTIVA

Sotto l'egida di
ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
SIC (Società Italiana Cardiologia)
FIC (Federazione Italiana di Cardiologia)

1° CONFERENZA NAZIONALE

LA CARDIOLOGIA
RIABILITATIVA
E PREVENTIVA
NELL'ERA
DELLA CARDIOLOGIA
INTERVENTISTICA

3 e 4 marzo 2006
NAPOLI Grand Hotel Parker's

ma strutturato di prevenzione secondaria e di controlli clinico strumentali differenziati a seconda del grado di disfunzione ventricolare sinistra residua e della estensione della malattia coronarica.

La presentazione delle nuove Linee Guida per lo scompenso cardiaco acuto ha introdotto la tematica relativa alla insufficienza cardiaca che, soprattutto per la frequenza delle re-ospedalizzazioni, assorbe una grande quantità di risorse nonostante i progressi della terapia farmacologica e chirurgica. Le indicazioni al defibrillatore impiantabile e alla resincronizzazione ventricolare sono sempre più ampie ed i risultati sempre più soddisfacenti in termini di durata e di qualità della vita: tuttavia, la gestione di questi pazienti rimane complessa e necessita continui "aggiustamenti" dal momento che età avanzata, comorbidità e scarsa aderenza alla terapia condizionano qualsiasi tentativo di standardizzazione.

In questo ambito è ormai largamente evidente che la presa in carico da parte del cardiologo di tutti i pazienti con scompenso cardiaco appare insostenibile, e vi è pertanto la necessità di coinvolgere sempre più strettamente il medico di Medicina Generale (MMG) che di fatto gestisce la maggioranza dei pazienti e il cui ruolo sarà evidentemente differente a seconda della gravità della situazione clinica e dei diversi contesti anche territoriali. Per realizzare una vera continuità assistenziale, per ritardare la comparsa della malattia nei pazienti a rischio, per limitare la progressione della malattia nei pazienti con scompenso manifesto, e per prevenire le recidive ed i ricoveri ospedalieri nel cardiopatico in generale è necessaria una sempre maggiore integrazione tra cardiologo, MMG, paziente e famigliari.

Sono condivisibili e implementabili nel mondo reale i percorsi suggeriti? Quali sono i veri ostacoli allo sviluppo della riabilitazione-prevenzione e come superarli?

La tavola rotonda moderata dal Prof. Tavazzi e dal Prof. Iacono ha affrontato la problematica relativa agli ostacoli che si frappongono tra un'accettazione largamente condivisa del ruolo che può assumere la RC in ambito di continuità assistenziale e prevenzione secondaria e le evidenti carenze nell'applicazione di tale modello nel contesto attuale. Se è vero infatti che dopo intervento cardiocirurgico la grandissima maggioranza dei pazienti vengono avviati ad un ciclo di RC che consente una corretta gestione/stratificazione di pazienti sempre più anziani e sempre più "malati", è altrettanto vero che solo una minoranza di pazienti dopo sindrome coronarica acuta e/o con insufficienza ventricolare sinistra afferiscono alle strutture riabilitative, con il rischio di disperdere gran parte dei vantaggi ottenuti con l'ampio e costoso impiego di risorse economiche, culturali e organizzative durante la fase acuta. La RC potrebbe essere una sorta di cerniera tra l'ospedale per acuti e il MMG che è il responsabile ultimo della gestione della cronicità, per le sue documentate potenzialità:

- perseguire e realizzare la stabilizzazione clinica e l'ottimizzazione della terapia, spesso non realizzabili nei pochi giorni di ricovero negli ospedali per acuti;
- avviare e coordinare una prevenzione secondaria efficace;
- limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche delle malattie cardiovascolari soprattutto se in fase avanzata;
- migliorare la capacità funzionale e quindi la qualità della vita.

È stato sottolineato che per raggiungere questi obiettivi è necessario che l'offerta della RC sia largamente flessibile per poter offrire, in base alle esigenze del singolo paziente, un diverso approccio riabilitativo-preventivo sia in termini di complessità che di modalità delle prestazioni erogate (es. ambulatoriale, in day hospital, degenziale).

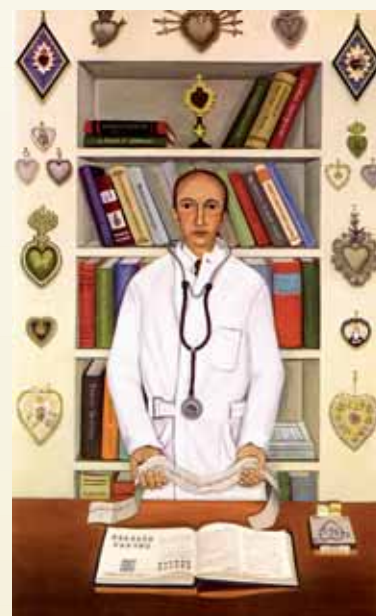
La titolarità del governo della RC

Per quanto attiene, infine, alla titolarità del governo della RC è stato sottolineato ancora una volta come la RC nelle sue varie articolazioni organizzative degenziale, day hospital, e ambulatoriale sia, nel nostro paese, da molti anni operante nell'ambito di UO complesse a direzione cardiologica o in strutture semplici afferenti a UO di cardiologia, comunque fortemente integrate nella rete assistenziale e nel percorso sanitario del paziente cardiopatico. Questa integrazione garantisce, come definito dal documento della Federazione Italiana di Cardiologia, la gestione della fase post-acuta ma anche la continuità assistenziale per patologie croniche come lo scompenso cardiaco, permettendo la realizzazione di un modello gestionale appropriato nelle varie fasi della malattia. Sono ormai consolidate, inoltre, le evidenze che documentano come la RC non si identifichi solo con l'esercizio fisico e come la stessa applicazione di quest'ultimo in un paziente a rischio elevato cardiovascolare richieda comunque conoscenze fisiopatologiche tipiche ed esclusive della cultura cardiologica. La titolarità e la responsabilità di governo della RC dunque non possono che essere della Cardiologia, al di là delle improvide e speculative richieste di specialisti nel cui percorso formativo è assente ogni contenuto cardiologico.

IL FATTORE UMANO: ANCORA QUALCOSA SU ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO

di Paolo Bocconcelli

Al recente "Conoscere e curare il cuore", dopo la stimolante relazione del Prof. E.A. Moja sull'anamnesi (1), il Prof. P.L. Prati, per interposta persona causa raucedine, gli ha chiesto quale fosse lo stato attuale di questo atto medico in Italia. Non me ne vorrà il Prof. Prati se penso di avere interpretato la sua domanda nel senso: cosa ne è, di fatto, dell'eseguire una buona anamnesi oggi? Il Prof. Moja ha glissato elegantemente la domanda, ma altro non poteva fare, perché dati oggettivi o studi epidemiologici in tal senso chiaramente non ve ne sono. Particolarmente suggestive sono state le considerazioni sull'anamnesi ayurvedica (T.Terzani), coinvolgenti quelle sulla ricerca del vissuto di malattia del paziente. Tuttavia la sensazione che molti di noi hanno è che la vecchia anamnesi centrata sulla malattia stia anch'essa lentamente scomparendo. Resta solo un piccolo spazio temporale per qualche superficiale domanda: dove ha dolore? Da quanto tempo ce l'ha? Fuma? Ha la pressione e il colesterolo alti? Poco altro. Il resto sono esami. Perché questo è il dato epidemiologico più eclatante: il dialogo con il paziente, proprio in quella fase che garantirebbe il 50% della diagnosi viene sostituito da un fiume di esami che è in crescita, una piena travolgente. Meglio una mioglobina, una troponina, un ck massa, un bnp, un ecocardio, una tac torace, ecc. Ma non è solo questo: anche mettere orecchie e mani sul paziente sembra diventata una pratica demodè. Poche domande, anche meno esame obiettivo. Non c'è tempo: "anche il tempo è muscolo", e qualche volta spinge i più superficiali a saltare le tappe del ragionamento clinico e inviare il paziente direttamente a procedure invasive. Il ragionamento, il pensiero, però, non sono una perdita di tempo, e qualche volta in emodinamica ci arriva la pericardite, la miocardite o il novantenne ben portante con le coronarie calcificate da trattare con cura (medica). Il protocollo condiviso dice che il dolore toracico insorto di recente nel soggetto con blocco di branca sinistro va subito in emodinamica: non ho chiesto l'età, non conta e poi l'età avanzata è un fattore di rischio in più. Chissà se il cosiddetto nuovo medico dell'urgenza è ancora in grado di ascoltare e riconoscere uno sfregamento pericardico. Queste affermazioni non sono del tutto peregrine, se si pensa che sul *New England Journal of Medicine* del 9 febbraio di quest'anno sono stati pubblicati, praticamente vicini, due articoli: uno sull'arte di ascoltare mediante lo stetoscopio (2) e l'altro sulla fine dell'esame obiettivo (3). Oltre al tempo, questo nemico che ci incalza, viene sottolineata un'altra motivazione: la scarsa fiducia nei propri mezzi (sensi, capacità percettive in genere) a favore della maggiore sicurezza di raggiungere la diagnosi offerta dalla High Tech. Eppure quanti, inseguendo un esame, si addentrano nei meandri di un castello kafkiano, perdendo di vista il paziente e il nocciolo della questione. Non si può temere la soggettività del rapporto medico-paziente, a favore di una presunta oggettività delle macchine, sperando che questa ci preservi anche sotto l'aspetto medico-legale. Se la pratica della Medicina fosse matematica applicata, un computer funzionerebbe meglio di ognuno di noi. Introdotti i dati del paziente, se il data base del software è aggiornato, la risposta diagnostica sarà la più accurata: il computer non sbaglia e le ipotesi diagnostiche le confronta tutte, scegliendo sicuramente la più probabile. Ma purtroppo in Medicina 2+2 non fa quasi mai 4. La componente umana, il "fattore umano" alla Graham Greene, l'elemento che sconvolge l'ovvietà, conta ancora. Non si può avere paura di sbagliare se si parla con il paziente, se si condivide il problema e si cerca di risolverlo insieme. Il Medico non ha il compito soltanto di chiarire la natura di un dolore, ma di ascoltare, di capire, di rassicurare, di indirizzare, di consigliare il paziente. Inevitabilmente, prima o poi, dovremo ritrovare il nostro tempo.



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

Cenni bibliografici:

1. Se è vero che una buona anamnesi garantisce il 50% della diagnosi, cosa fare per mantenerla all'altezza dei tempi?, E.A. Moja, *Conoscere e curare il cuore* 2006, Atti del XXIII simposio del Centro per la lotta contro l'infarto, pag.: 33-39.
2. The Stethoscope and the Art of Listening, Howard Markel, M.D., Ph.D., *N Engl J Med* 354:6 551-553, february 9, 2006.
3. The Demise of the Physical Exam, Sandeep Jauhar, M.D., Ph.D., *N Engl J Med* 354:6 548-551, february 9, 2006.

È LA DIETA MEDITERRANEA LA RISPOSTA AL PARADOSSO FRANCESE?

di Gaetano Serviddio e Emanuele Altomare

Nel secolo scorso Virchow suggerì una relazione tra colesterolo sierico e malattia cardiovascolare. L'avvento delle statine e i risultati di numerosi trial clinici hanno definitivamente sancito la relazione causa-effetto colesterolo-cuore. Poiché i livelli di colesterolo risentono dei regimi dietetici, negli anni '60 fu ipotizzato che una dieta povera di colesterolo potesse proteggere dall'aterosclerosi e dalle malattie correlate. Già negli anni '50 Ancel Keys e coll. osservarono che nei paesi del bacino del Mediterraneo si riscontrava una più bassa incidenza di mortalità per malattia cardiovascolare rispetto al nord Europa ed agli Stati Uniti e coniarono il termine di Dieta Mediterranea.

La dieta mediterranea è oggi modello alimentare ben caratterizzato e definito, nel quale le materie prime vegetali occupano un posto di primo piano. Si caratterizza per l'elevato contenuto di cereali (ricchi di carboidrati complessi e fibre), di verdura e frutta fresca (ricca di antiossidanti naturali e fibre), da un'assunzione regolare di pesce (ricco di acidi grassi polinsaturi), dall'uso dell'olio di oliva (ricco di Vitamina E) come unico grasso da condimento, dal consumo moderato di vino, e soprattutto da un modesto utilizzo di alimenti di origine animale (ricchi di acidi grassi saturi).

Nella dieta mediterranea questi principi sono combinati tra loro in un equilibrio specifico assicurando un apporto bilanciato che risponde alle necessità fissate dalle società internazionali in tema di nutrizione quotidiana (1; 2).

Negli ultimi decenni sono stati completati numerosi studi epidemiologici: il Seven Countries Study, condotto su circa 12.000 soggetti di sette paesi diversi ha dimostrato una stretta associazione tra coronaropatie e consumo di grassi saturi ed ha, per primo, dimostrato i benefici della dieta mediterranea sulla mortalità cardiovascolare (3-8). Ha poi sancito un principio emerso negli ultimi anni, ma non ben definito: per ridurre la mortalità cardiovascolare non basta ridurre l'assunzione solo dei grassi saturi. In altri termini si è dimostrato che l'equilibrio dietetico e soprattutto il rapporto tra quantità e qualità dei grassi è in grado di modificare il rischio cardiovascolare; in secondo ordine sottolinea l'importanza di tutti quei fattori costituenti la dieta mediterranea (antiossidanti in primo luogo) che esercitano un ruolo protettivo e preventivo (9). Si sono così delineati i cardini di una nuova ricerca scientifica tesa a comprendere dove risiedono i reali effetti protettivi e "quanto mediterranea" dovesse essere la dieta ideale. Alcuni studi hanno fornito risposte interessanti (10-14). Il Lyon Diet Heart Study ha dimostrato che l'adozione completa di un regime dietetico di tipo mediterraneo, povero di grassi saturi e ricco in acido oleico (omega 9) e linolenico (omega 3) fornito da olio di oliva e pesce, risulta significativamente più efficace rispetto ad una dieta "prudente"



Uno dei motivi per cui la dieta francese è tra le più ricche di grassi è l'alto consumo di formaggi

che prevede solo una riduzione del consumo dei grassi, determinando una riduzione del 70% di nuovi eventi coronarici già dopo due anni di trattamento; ed il trend si è rilevato positivo ancora dopo lunghi follow-up (11;13). Certamente un ruolo fondamentale è svolto dall'effetto protettivo dei grassi insaturi: i monoinsaturi ed i polinsaturi riducono il livello del colesterolo totale e delle LDL rispetto ai grassi saturi. I grassi monoinsaturi, inoltre, non influenzano i livelli di HDL e possiedono una maggiore resistenza all'ossidazione. Il segreto dell'olio di oliva risiede proprio nell'ottimale equilibrio tra grassi saturi, insaturi e Vitamina E che li protegge dal rischio di ossidazione. Ossidare un acido grasso significa trasformarlo in un radicale aggressivo e tossico capace di avviare una catena di eventi infiammatori anche a distanza; in corso di aterosclerosi, per esempio, le LDL



Il pesce è uno degli alimenti più prelibati della dieta mediterranea



La pasta, in tutte le sue forme, è un altro elemento base della nostra dieta

ossidate non vengono riconosciute dai recettori del fegato che non può metabolizzarle; restano così in circolo fino a quando si depositano in placche aterosclerotiche, e inducono fibrosi attivando direttamente i macrofagi (15). Gli acidi grassi della serie omega 3 e 9 possiedono, inoltre, un effetto protettivo diretto sull'endotelio e sulla coagulazione piastrinica e pertanto sono efficaci nel ridurre la mortalità post-ischemica, anche attraverso la riduzione delle aritmie minacciose (16). È stato, inoltre, recentissimamente sottolineato che un corretto e completo supplemento calorico è di notevole importanza per migliorare la sintomatologia e la tolleranza allo sforzo nei pazienti con scompenso cardiaco di grado avanzato (17).

La grande novità degli ultimi anni non è stata osservare che la dieta mediterranea è in grado di incidere sulla mortalità cardiovascolare primaria e secondaria, ma accertare che tali benefici non sono ascrivibili solo al migliore bilancio lipidico. Le recenti osservazioni scientifiche hanno dato nuove risposte al "paradosso francese". Quarant'anni fa Renaud e Longenil osservarono che il popolo francese, pur consumando più grassi degli altri colleghi nordeuropei, presentava un'incidenza di malattia cardiovascolare più bassa e definirono questo dato "paradosso francese". I due celebri colleghi riconobbero nell'alto consumo di vino l'effetto protettivo dell'alimentazione francese. A sessanta anni di distanza, il paradosso francese non ha ancora trovato una risposta esaustiva; malgrado siano stati chiamati in causa diversi fattori, il principale resta ancora il consumo di vino. Negli ultimi dieci anni sono stati identificati numerosi componenti molecolari non alcolici nel vino, ad elevata capacità antiossidante, soprattutto i polifenoli (quercetine e resveratrolo); la loro concentrazione nei cibi che costituiscono la dieta mediterranea è la più alta tra i vari regimi dietetici studiati. Si è così iniziata una lunga sperimentazione per verificare se sono proprio gli antiossidanti i silenziosi attori degli effetti protettivi della dieta mediterranea (18). È recentissima la pubblicazione di Howitz su Nature che dimostra che il resveratrolo ha indotto un allungamento della vita in un modello sperimentale di lievito, il *Saccaromices Cerevisiae* (19).

L'educazione alimentare sta vivendo un nuovo splendore scientifico: si è passati dal concetto di consiglio dietetico per prevenire le malattie e per "vivere sani" al concetto di "terapia dietetica" riconoscendo in essa uno strumento di trattamento efficace e duraturo.

Lo studio GISSI-Prevenzione, condotto su oltre 11.000 pazienti con pregresso infarto del miocardio, ha per primo quantificato i benefici legati al cambiamento delle abitudini alimentari sul rischio di mortalità. I pazienti sono stati seguiti per tre anni valutando l'impatto della dieta mediterranea nel ridurre il rischio di mortalità in pazienti già colpiti da un evento primario. I risultati dicono che si è ottenuta una riduzione della mortalità cardiovascolare tra il 31 ed il 49% rispetto ai sog-



La Francia è famosa per i suoi vigneti... e per il suo vino

getti con diverso regime alimentare. La riduzione è risultata indipendente dalla terapia medica assunta e tanto migliore quanto più rigorosa è stata l'adesione alla dieta (20).

Anche quando l'analisi multivariata è stata applicata per analizzare eventuali fattori confondenti esterni a quelli propriamente dietetici, l'aderenza ad un regime dietetico di tipo mediterraneo (valutata con un questionario nella popolazione greca secondo dieci livelli diversi) ha mostrato una riduzione della mortalità totale, e una riduzione significativa della mortalità sia che fosse dovuta alla coronaropatia che al cancro (21).

Quindi, come commentato da cardiologi già da tempo (22), la dieta mediterranea è ricca di elementi bilanciati ed altamente digeribili, contiene un perfetto rapporto quantità/qualità dei grassi e fornisce un insostituibile apporto di elementi antiossidanti che la rendono ideale nel trattamento del paziente cardiovascolare cronico anche per il suo buon gusto e per il costo contenuto. La dieta in generale, e quella mediterranea in particolare, sono una risorsa efficace ed accessibile nella lotta alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, ma rappresentano oggi un insostituibile strumento terapeutico nel paziente già malato.

In conclusione vorremmo sottolineare che in un'era globale dove tutto cambia secondo le regole della quantità e dove un modello alimentare troppo ricco e squilibrato si va sempre più affermando, bisogna fare un passo "alimentare" all'indietro e ritornare al tipico modello mediterraneo ed auspicare una maggior disponibilità a prescrivere e monitorare l'osservanza alla dieta mediterranea con l'auspicio che ci si renda finalmente conto che l'alimentazione non è solo un modo per nutrirsi, ma è soprattutto un mezzo per restare in forma e per curarsi.

Bibliografia

- (1) Nestle M. Mediterranean diets: historical and research overview. *Am J Clin Nutr* 1995; 61(6 Suppl):1313S-1320S.
- (2) Keys A. Mediterranean diet and public health: personal reflections. *Am J Clin Nutr* 1995; 61(6 Suppl):1321S-1323S.
- (3) Keys A, Menotti A, Karvonen MJ, Aravanis C, Blackburn H, Buzina R et al. The diet and 15-year death rate in the seven countries study. *Am J Epidemiol* 1986; 124(6):903-915.
- (4) Kannel WB, Castelli WP, Gordon T, McNamara PM. Serum cholesterol, lipoproteins, and the risk of coronary heart disease. The Framingham study. *Ann Intern Med* 1971; 74(1):1-12.
- (5) Knekt P, Reunanen A, Jarvinen R, Seppanen R, Heliovaara M, Aromaa A. Antioxidant vitamin intake and coronary mortality in a longitudinal population study. *Am J Epidemiol* 1994; 139(12):1180-1189.
- (6) Rimm EB, Ascherio A, Giovannucci E, Spiegelman D, Stampfer MJ, Willett WC. Vegetable, fruit, and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men. *JAMA* 1996; 275(6):447-451.
- (7) Joshipura KJ, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Rimm EB, Speizer FE et al. The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Ann Intern Med* 2001; 134(12):1106-1114.
- (8) Fuentes F, Lopez-Miranda J, Sanchez E, Sanchez F, Paez J, Paz-Rojas E et al. Mediterranean and low-fat diets improve endothelial function in hypercholesterolemic men. *Ann Intern Med* 2001; 134(12):1115-1119.
- (9) Frantz ID, Jr., Dawson EA, Ashman PL, Gatewood LC, Bartsch GE, Kuba K et al. Test of effect of lipid lowering by diet on cardiovascular risk. The Minnesota Coronary Survey. *Arteriosclerosis* 1989; 9(1):129-135.
- (10) Burr ML, Fehily AM, Gilbert JF, Rogers S, Holliday RM, Sweetnam PM et al. Effects of changes in fat, fish, and fibre intakes on death and myocardial reinfarction: diet and reinfarction trial (DART). *Lancet* 1989; 2(8666):757-761.
- (11) de Lorgeril M, Renaud S, Mamelle N, Salen P, Martin JL, Monjaud I et al. Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. *Lancet* 1994; 343(8911):1454-1459.
- (12) Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto miocardico. *Lancet* 1999; 354(9177):447-455.
- (13) de Lorgeril M, Salen P, Martin JL, Monjaud I, Delaye J, Mamelle N. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation* 1999; 99(6):779-785.
- (14) Krauss RM, Deckelbaum RJ, Ernst N, Fisher E, Howard BV, Knopp RH et al. Dietary guidelines for healthy American adults. A statement for health professionals from the Nutrition Committee, American Heart Association. *Circulation* 1996; 94(7):1795-1800.
- (15) Poli G. Pathogenesis of liver fibrosis: role of oxidative stress. *Mol Aspects Med* 2000; 21(3):49-98.
- (16) Renaud S, de Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet* 1992; 339(8808):1523-1526.
- (17) Leaf A, Kang JX, Xiao YF, Billman GE. Clinical Prevention of Sudden Cardiac Death by n-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Mechanism of Prevention of Arrhythmias by n-3 Fish Oils. *Circulation* 2003; 107:2646-2652.
- (18) Aquilani R, Opasich C, Verri M, Boschi F, Febo O, Pasini E, Pastoris O. Is Nutritional Intake Adequate in Chronic Heart Failure Patients? *J Am Coll Cardiol* 2003; 42:1218-1223.
- (19) Howitz, K.T.; Bitterman, K.J.; Cohen, H.Y.; Lamming, D.W.; Lavu, S.; Wood, J.G.; Zipkin, R.E.; Chung, P.; Kisilewski, A.; Zhang, L.L.; Scherer, B.; Sinclair, D.A. *Nature* 2003; in press.
- (20) Barzi F, Woodward M, Marfisi RM, Tavazzi L, Valagussa F, Marchioli R. Mediterranean diet and all-causes mortality after myocardial infarction: results from the GISSI-Prevenzione trial. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57(4):604-611.
- (21) Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med* 2003; 348:2599-608.
- (22) Colonna L. Le abitudini di vita nella patria della dieta mediterranea: riflessioni di un cardiologo meridionale. *Conoscere e curare il cuore* 1991; pag. 207-215.

a cura di FRANCESCO BOVENZI

LA MALATTIA DEI MEDICI

Scegliti un medico solo! evita la babele delle cento diagnosi, négati al labirinto dei mille rimedi, schiva la prosopopea incomprensibile dei consulti!

(MOLIÈRE, IL MALATO IMMAGINARIO, ATTO III, SC. IV)

**“...che si dovrebbe fare quando si è ammalati?”
“Nulla.”**

(MOLIÈRE, IL MALATO IMMAGINARIO)



7 LUGLIO 1565, LEONARDO BOTALLO PUBBLICA A LIONE IL “TRATTAMENTO SUI DOVERI DEL MEDICO E DEL MALATO”:

Non bisogna essere severi verso i malati, né per quanto riguarda il cibo, il bere, l'ambiente, la confezione della medicina o comunque tutte quelle cose che possono far piacere al malato senza danno.

Se qualche medico sarà troppo ambizioso, diventerà più superbo e altezzoso se avrà una corte di uditori e cambierà quello che sarà stato eventualmente detto prima da un altro, esaltando ciò che egli stesso propone; non ubbidirà così più al buon senso ma perderà tempo in prolisse inezie.

E di ciò pagano il fio, senza colpa, i poveri malati.



**ARRIVEDERCI AL
XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE
DI CARDIOLOGIA DELL'ANMCO**



**3-6 giugno 2007
Fortezza da Basso
Firenze**

