

LUGLIO - OTTOBRE N. 152 / 153 2006

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



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

**ESSERE FELICI
FA BENE AL CUORE**

**AMICI
DELL'ANMCO**

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

Si è svolto il XXXVII Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO 2006 con oltre 5.000 partecipanti e la possibilità di scegliere tra più di 600 eventi fra Simposi, Minimaster, Main Session, Comunicazioni, Poster ed inoltre:

2 Live Session

1 Giornata Cardiogeneralist

2 Giornate CardioNursing



Arrivederci al prossimo Congresso Nazionale!

3-6 giugno 2007, Fortezza da Basso - Firenze

Per arrivare dritti al cuore del problema

IN QUESTO NUMERO:

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

- 2** DALLA NUOVA REDAZIONE
di Gennaro Santoro, Matteo Cassin,
Mario Chiatto e Giampaolo Scorcu
- 3** UN SALUTO DAL PRESIDENTE
di Francesco Chiarella
- 5** LINEE PROGRAMMATICHE 2006-2008
di Francesco Chiarella
- 12** ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO
PER LA RICERCA
a cura della Redazione

DAL XXXVII CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

- 13** INTRODUZIONE
di Francesco Chiarella
- 14** SESSIONE PLENARIA
di Rachele Adoriso
- 22** SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO/ESC
di Rachele Adoriso
- 24** SIMPOSIO
di Rachele Adoriso

DALLA HEART CARE FOUNDATION

- 28** 24 SETTEMBRE 2006. CARDIOLOGIE APERTE.
MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE!
di Carlo Martines
- 29** I NUOVI OPUSCOLI DELL'HEART CARE FOUNDATION
di Roberto Ricci

DAL CENTRO STUDI ANMCO

- 33** RICERCA E QUALITÀ: CON QUALI METODI SI
QUALIFICANO E SI SELEZIONANO I CENTRI
PARTECIPANTI AGLI STUDI CLINICI ANMCO/HCF?
di Aldo Pietro Maggioni e Marco Gorini
- 35** EPIDEMIOLOGIA DELLE INCERTEZZE: UNA
COLLABORAZIONE DI LAVORO CON IL GRUPPO
"ANMCO GIOVANI"
di Aldo Pietro Maggioni

DALLE AREE

- 38** AREA MANAGEMENT & QUALITÀ IL VOLUME
"APPROPRIATEZZA IN CARDIOLOGIA: PERCORSI PRATICI"
di Vincenzo Cirrincione e Sergio Pede
- 40** AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE
BILANCIO DELL'ATTIVITÀ DELL'AREA E PROGRAMMI
FUTURI
di Giuseppe Favretto
- 42** AREA NURSING A PROPOSITO DI (CLINICAL)
COMPETENCE... PER TUTTI GLI OPERATORI SANITARI
di Quinto Tozzi
- 45** AREA SCOMPENSO CARDIACO THE ADVANCED
SCHOOL IN BIOMEDICAL DATA MANGEMENT
di Andrea Di Lenarda, Dario Gregori,
Alessandro Deltreppo

DAL GRUPPI DI STUDIO ANMCO

- 47** COSTITUZIONE DI UN GRUPPO DI STUDIO ANMCO
"IPERTENSIONE ARTERIOSA E CUORE"
di Paolo Verdecchia e Gian Francesco Mureddu
- 48** GRUPPO DI STUDIO CUORE E MALATTIE INFETTIVE
di Rita Trincherò

DALLE REGIONI

- 62** ABRUZZO ANMCO ABRUZZO: IMPEGNO E RINNOVAMENTO
di Laura Piccioni
- 64** BASILICATA L'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE
di Francesco Paolo Calciano e Antonio
Cardinale
- 66** CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta
- 68** EMILIA ROMAGNA L'ANGIOPLASTICA CORONARICA AI
TURISTI: CINQUE ANNI DI ESPERIENZA A RIMINI
di Giancarlo Piovaccari e Nicoletta Franco
- 70** LIGURIA LA CARDIOLOGIA LIGURE VUOLE ANDARE IN RETE
di Stefano Domenicucci
- 72** MARCHE NEWS DALLE MARCHE, IL PROBLEMA DELLE RETI
di Domenico Gabrielli

- 74** PUGLIA PARTE IN PUGLIA IL PIANO REGIONALE
DI PREVENZIONE 2005-2007
di Pasquale Caldarella e Sergio Pede
- 76** PUGLIA ANMCO PUGLIA: CONSIGLIO DIRETTIVO
DEL 2 GIUGNO 2006
di Antonio Matera
- 78** SARDEGNA IL BANCO DI PROVA PER UN PRESIDENTE
REGIONALE AL FEMMINILE
di Rosanna Pes e Giampaolo Scorcu
- 80** CARDIOPATIE CONGENITE: IL PRESENTE ED IL FUTURO
di Roberto Tumbarello
- 82** SICILIA GOVERNARE IL CAMBIAMENTO
di Alberto Carrubba

CUORI ALLO SPECCHIO

- 84** INTERVISTA AL PROF. MASSIMO SANTINI
di Fabrizio Ammirati

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

- 88** LA CASTAGNA, "PANE DEI POVERI" TRA PASSATO
E PRESENTE: PREZIOSA "SUPPLENTE"
IN TEMPI DI CARESTIA
di Mario Chiatto e Sergio Chiatto

FORUM

- 89** A PROPOSITO DI EDUCAZIONE SANITARIA
di Mario Chiatto e Giuseppe Trebisacce
- 90** L'ANMCO È ANCORA L'ASSOCIAZIONE NAZIONALE
MASCHI CARDIOLOGI OSPEDALIERI?
di Alessandra Chinaglia
- 91** QUALE RUOLO PER LE UTIC SPOKE?
di Giuseppe Di Pasquale
- 94** VERSO UNA MEDICINA SEMPRE PIÙ DIFENSIVA?
di Giuseppe Palazzo

FIGURARE LA PAROLA

- 96** ESSERE FELICI FA BENE AL CUORE
a cura della Redazione



IN COPERTINA

Immagini ANSA



N. 152/153 - luglio/ottobre 2006
Rivista ufficiale dell'Associazione
Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

Editor:
Gennaro Santoro

Co-Editor:
Matteo Cassin

Comitato di Redazione:
Mario Chiatto, Giampaolo Scorcu

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

DALLA NUOVA REDAZIONE

Con il rinnovo del Consiglio Direttivo anche "Cardiologia negli Ospedali" ha una nuova Redazione. In questi ultimi anni la rivista è divenuta il "Magazine dell'ANMCO" sia per il rinnovamento della veste editoriale sia per la crescita della qualità dei contenuti. La rivista (Editor F. Boncompagni) che Francesco Bovenzi ha "trasformato" con una nuova immagine e con nuovi contenuti, e difeso con una immane fatica, rappresenta oggi un bene prezioso che dobbiamo cercare di migliorare in termini di fruibilità non solo per i Cardiologi dell'ANMCO ma anche per le altre comunità mediche e per gli infermieri. Il nostro intendimento (auspicio) è che Cardiologia negli Ospedali possa diventare uno strumento utile anche per le Direzioni Aziendali, per gli Assessorati Regionali e per le Agenzie Regionali che molto spesso non conoscono l'ANMCO, la sua struttura e tanto meno le iniziative nel campo organizzativo-manageriale, culturale, della formazione e della ricerca.

Portare avanti questo lavoro senza suggerimenti e contributi editoriali da parte dei Soci ed in modo particolare dei Direttivi Regionali, delle Aree, del Centro Studi, di HCF, dei Gruppi di Studio e così via non sarà cosa facile. L'ANMCO nel 2005 ha lanciato la rivista Tempo Medico Cuore, edito da Masson e realizzata dall'agenzia Zelig con l'intento di avvicinare i Medici di Medicina Generale al mondo cardiologico ed ANMCO in particolare.

Il rischio che le due riviste possano avere una sovrapposizione editoriale è reale. Per prevenirlo è necessario chiarire quale sia la "mission" dei due giornali, e sarà opportuno che le due Redazioni si integrino e si coordinino in modo da rendersi complementari nella loro diversità. Cardiologia negli Ospedali è una rivista libera ed indipendente, nelle sue pagine

Gennaro Santoro - EDITOR

Matteo Cassin - CO-EDITOR

COMITATO EDITORIALE

Mario Chiatto, Giampaolo Scorcu

non c'è spazio per pubblicità o altri condizionamenti, non ha editori esterni ed è un patrimonio unico ed esclusivo dell'Associazione: anche e soprattutto per questo va difesa e sostenuta. Si tratta allora di utilizzare di più e meglio le oppor-

unità che questo strumento ci offre.

La linea editoriale porterà alla ribalta i temi più controversi e dibattuti nelle corsie dei nostri Ospedali, con particolare riferimento alle quotidiane difficoltà nel campo assistenziale, della ricerca e della formazione. Penetrare a fondo anche nelle realtà più periferiche per meglio conoscere ed evidenziare i problemi attraverso l'apertura di un dibattito fondato su articoli, rubriche, interviste, lettere al direttore.

Ci sarà inoltre spazio per una discussione sui rapporti fra mass media e medicina, alla ricerca di un'etica mediatica che consenta una corretta informazione del cittadino.

Un giornale dunque, che nel segno della continuità, si propone non solo come vetrina dei nostri prodotti e delle nostre iniziative ma anche e soprattutto fonte di dibattito e specchio della nostra realtà lavorativa.

Una ultima considerazione su quella che è stata una delle iniziative più brillanti del precedente CD cioè l'istituzione dell'ANMCO Giovani inteso non come una cor-

porazione under 40 ma come il desiderio di rinnovamento, il bisogno di sentire voci "fresche" non condizionate da meccanismi che non siano quelli dell'assistenza e della ricerca.

Molti di questi giovani hanno già fatto molto per il giornale. Il loro impegno unitamente al sostegno dei lettori e di quanti porteranno la loro voce su queste pagine contribuirà in modo sostanziale ad alimentare il rinnovamento dell'Associazione.



UN SALUTO DAL PRESIDENTE

Carissimi,

è un grande piacere rivolgere a tutti gli Associati ed a tutti i Lettori il saluto del Presidente e del Consiglio Direttivo che guideranno l'ANMCO nel biennio 2006-2008. È un grande onore ed una grande responsabilità presiedere l'Associazione che, per l'adesione di oltre 5000 Cardiologi e per la qualificazione delle sue attività, rappresenta a pieno titolo la Cardiologia Ospedaliera del nostro Paese.

Ricordo bene il momento in cui ho inviato la domanda per iscrivermi all'ANMCO, ricordo che dopo alcuni mesi mi venne comunicata la accettazione da parte dell'allora Presidente Prof. Giorgio Feruglio: fu un momento importante.

A partire da allora ho avvertito come irrinunciabile la partecipazione alle varie iniziative associative ed in particolare ai Congressi Nazionali, preparati nella fase di raccolta dati, di costruzione ed invio delle comunicazioni, di messa a punto delle presentazioni.

Per anni ho "scrutato" chi faceva parte del Consiglio Direttivo ed ho guardato con attenzione ai Presidenti che aprivano prospettive a noi giovani collaboratori, al mio Primario, Carlo Vecchio, cui sono particolarmente debitore, a Pier Filippo Fazzini, a Luigi Tavazzi, a Massimo Santini, a Nicola Mininni.

Via via che passava il tempo legami più immediati, collaborativi ed amicali, hanno caratterizzato il rapporto con chi presiedeva l'ANMCO, con Gian Luigi Nicolosi, Ales-

sandro Boccanelli, Giuseppe Di Pasquale.

All'inizio di questo biennio vorrei ricordare a tutti

che l'ANMCO ha una storia lunga e straordinaria, nata dalla coscienza che l'Ospedale, luogo di accoglienza e di cura, sviluppa assistenza, crea cultura ed è in grado di generare ricerca scientifica ai massimi livelli.

Oggi tocca a tutti noi, a ciascuno degli associati, a chi è stato eletto nelle varie Regioni, a chi coordina ed ope-



ra nelle Aree e nei Gruppi di Studio, ai componenti del nuovo Consiglio Direttivo e al nuovo Presidente, interpretare e scrivere il presente di questa storia.

Riflettendo su questo tempo, che è nostro e che passa velocemente, sulle possibilità che abbiamo, sul lavoro che tutti possiamo fare, sullo spirito di servizio che si può allargare dentro ed intorno a noi, sulla relatività di alcuni obiettivi personalistici e sulla fecondità dell'impegno ideale, il mio saluto di apertura è una forte richiesta a tutti di prender parte, da protagonisti, al lavoro associativo, che ha come scopo finale il vantaggio per le persone affidate alle nostre cure e che contribuirà a realizzare la nostra vita prossimi anni.

Buon lavoro a tutti!

Francesco Chiarella

Componenti del nuovo Consiglio Direttivo ANMCO

BIENNIO 2006-2008

PRESIDENTE

Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)

PRESIDENTE DESIGNATO

Salvatore Pirelli (Cremona)

PAST-PRESIDENT

Giuseppe Di Pasquale (Bologna)

VICE-PRESIDENTE ATTIVITÀ CULTURALI

Luigi Oltrona Visconti (Genova)

VICE-PRESIDENTE ATTIVITÀ ORGANIZZATIVE E GESTIONALI

Gennaro Santoro (Firenze)

SEGRETARIO GENERALE

Giuseppe Palazzo (Catania)

TESORIERE

Giovanni Gregorio (Vallo della Lucania - SA)

CONSIGLIERI

Matteo Cassin (Pordenone),

Mario Chiatto (Trebisacce - CS)

Alessandra Chinaglia (Torino),

Gian Francesco Mureddu (Roma)

Zoran Olivari (Treviso),

Giampaolo Scorcu (Cagliari)

ROBERTO FERRARI SARÀ PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ EUROPEA DI CARDIOLOGIA



Il 4 settembre a Barcellona si è conclusa la serie delle tornate elettorali per il rinnovo delle cariche della Società Europea di Cardiologia.

Roberto Ferrari è stato votato *President Elect* e sarà quindi Presidente nel biennio 2008-2010; vicino a lui farà parte del Board ESC Raffaele De Caterina in qualità di *Councillor*.

Appena proclamati i risultati di una competizione tutt'altro che scontata, l'ANMCO, che molto si è adoperata per questo obiettivo, si è stretta a Roberto Ferrari per condividere la gioia e la grande soddisfazione.

Dopo l'elezione di Attilio Reale nel 1990, non c'è stato spazio per un italiano ai vertici dell'ESC ed è giusto ricordare quanto a questa causa diedero, a suo tempo, Massimo Santini e Luigi Tavazzi.

Ora finalmente il candidato della Federazione Italiana di Cardiologia ha riscosso la maggioranza dei consensi di una Società Scientifica internazionale poliedrica e complessa come la ESC.

Un'affermazione che merita qualche riflessione.

È il successo di una personalità di alto profilo umano e scientifico, che si è impegnata per questo traguardo con generosità e determinazione.

È il successo della Federazione Italiana di Cardiologia, un capolavoro del Presidente Maseri, che ha guidato il lavoro federativo ed ha impegnato la sua credibilità internazionale per portare all'Italia il più ampio numero di consensi.

È il successo delle Società Scientifiche che lo hanno sostenuto, in particolare dell'ANMCO, che ha supportato questa scelta con lealtà e costante unità di intenti.

È il successo, oltre che della comunità cardiologica italiana, dell'intera comunità scientifica del nostro Paese, che afferma il suo valore sul terreno della complessità clinica, tecnologica, scientifica ed organizzativa.

I Cardiologi italiani scopriranno nel corso dei prossimi anni il peso di questa elezione, i cui frutti già si intravedono: il consolidamento del cammino federativo, l'apertura alla dimensione europea, la possibilità di contare di più, la candidatura dell'Italia per ospitare un giorno il Congresso della Società Europea di Cardiologia.

Auguri Roberto!

Francesco Chiarella

LINEE PROGRAMMATICHE 2006-2008

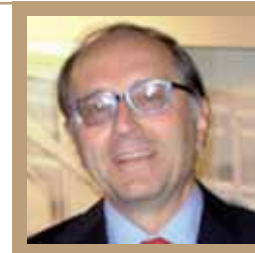
Il perché di un impegno personale ed associativo in una realtà con molti elementi di crisi

Nel momento in cui cerco di mettere a fuoco i punti qualificanti di un programma di impegno biennale si ripropone una domanda: perché? Perché ho accettato questo impegno, perché corro questo rischio?

La domanda sul perché rischia di essere retorica, ma è, in realtà, la domanda fondamentale. Essa torna a proporsi, come quando si è trattato di decidere di fare il Medico, di lavorare in Ospedale, di aderire all'ANMCO quale ambito associativo; si è ripresentata quando ho accettato di coordinare l'Area Emergenza, di avviare la cascata formativa BLS-D ed ACLS, di lavorare per gli studi Blitz. Ed ora, perché l'impegno in una delle maggiori Società Scientifiche in Europa, una straordinaria e complessa macchina per la formazione e la ricerca clinica?

La risposta è la medesima: per corrispondere al mandato morale e civile di fare il meglio per il Paziente affidato alle nostre cure, in altri termini per assolvere al compito di servire l'uomo. Questa è dunque l'ispirazione della passione, dello studio, del lavoro, del coinvolgimento associativo: lavorare insieme favorisce la competenza, migliora l'assistenza e l'organizzazione, realizza un vantaggio sociale. Lavorare per ANMCO è quindi lavorare insieme a tante persone per la Persona affidata alle nostre cure.

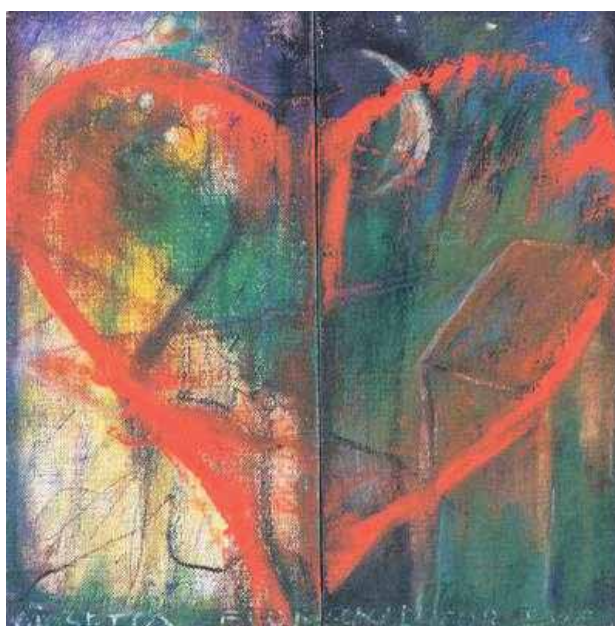
È questo il cardine del nostro programma, in continuità con il giudizio di chi mi ha preceduto ("...nessuno meglio di chi lavora in ospedale, di chi fa le guardie di notte, di chi vive i drammi umani di tutti i giorni dei Pazienti in corsia conosce quanto sia importante fornire un porto sicuro a tutti coloro che navigano all'interno del percorso della malattia", *Cardiologia negli Ospedali - CnO 2004,140-141, pag. 17*).



Questo giudizio etico, di ispirazione ippocratica e giudaico-cristiana, cattolico e laico al tempo stesso, ci porta a rifiutare un modello incentrato sulla prestazione e a scegliere per il servizio al Paziente, la continuità assistenziale, la trasparenza organizzativa, l'eticità nella ricerca e per l'unità federativa della Cardiologia italiana (*CnO 2004, 140-141, pag. 3; 2001, 124, pag. 2; 2004, 140-141, pag. 4*).

Se si mette al centro il Paziente la scena si illumina in altro modo, medici, infermieri e Società Scientifiche, tutti ci si muove diversamente, cadono le barriere di difesa, i particolarismi ed i personalismi, si aprono gli spazi per costruire insieme.

Sappiamo che un'Associazione è solida se le motivazioni degli Associati sono nitide e forti. È così? Non sempre. Credo profondamente nel ruolo sociale del Medico, figura portante in una Società che voglia essere a misura d'uomo, e sono persuaso che il contributo del Cardiologo non sia riducibile a tecnicismo. È diffusa oggi



questa coscienza? Occorrono ambiti associativi attraversati da una forte carica ideale perché chi lavora per la salute non si rassegni alla routine e non dimentichi le proprie motivazioni.

Ci sono tanti cardiologi e tanti infermieri che “lavorano tutti i giorni e tutte le notti in modo onesto e silenzioso nei nostri ospedali”, ci sono indelebili testimonianze di un operare oscuro speso “semplicemente per fare quello che si deve fare” (CnO 2004, 138, pag. 2) anche se può costare la vita, come è avvenuto per Sandro Ricchi, ma c'è anche una profonda crisi di identità del Medico, dell'Infermiere, del Cardiologo Ospedaliero: guardiamoci intorno, leggeremo segni di disamoramento, stanchezza, delusione, reflusso nel disimpegno, distacco dalla vita associativa.

Può l'ANMCO fare qualcosa perché prevalgano “i valori... seguiti da tanti giovani che vogliono fare il dottore perché pensano di servire la gente” (CnO 2004, 138, pag. 3), per “rendere ancora più evidente la propria anima e la propria missione”? (CnO 2005, 145, pag. 2).

L'ANMCO non è una associazione politica, ma ha il dovere di contrastare la “visione economicistica delle strutture sanitarie, perennemente sottofinanziate” i provvedimenti che prevedono “la sostituzione delle figure del ruolo sanitario nella misura del 50% delle cessazioni del servizio” (CnO 2004, 140-141, pag. 17) e talora “l'assoluta ed inderogabile esigenza di non procedere ad assunzioni di personale di qualsiasi livello e professionalità”.

Se guardiamo all'ANMCO dell'ultimo decennio rimaniamo sorpresi dal ritmo di crescita, dalla complessità e dai differenti fronti di impegno, dallo sviluppo di idee e di programmi, dalla corsa ad aumentare i numeri, dalla progressione delle iniziative, dei simposi, delle cascate formative.

Indubbiamente si è trattato di una crescita, indubbiamente, anche grazie alla cura della propria immagine, ANMCO è oggi più conosciuta di prima: ma rispetto all'epoca del primo GISSI siamo davvero cresciuti o ci siamo solo ingranditi? Nella evoluzione associativa quanto c'è di sostanza e quanto di apparenza?

Vanno colti i segnali della difficoltà: la vita associativa ne presenta alcuni, tra cui la riduzione di invio di Comunicazioni al Congresso, indice di flessione di curiosità e di

rinuncia alla analisi dei propri risultati; la minor disponibilità ad aderire a studi clinici; la fatica con cui i ricercatori arruolano e addirittura la recessione da studi già formalmente accettati, l'esiguità della partecipazione ad iniziative associative qualificanti.

Tutti questi elementi finiscono con l'essere riconducibili al calo di passione per il lavoro negli Ospedali. Per questo occorre sostenere i Cardiologi demotivati dalla routine e da un sistema che spesso disconosce la professionalità; occorre rilanciare la vita associativa, attrarre neolaureati con interesse per la Cardiologia e specializzandi in cerca di un approdo in Ospedale o sul territorio.

In questo biennio andrà consolidato il complesso lavoro già avviato dai precedenti Direttivi, dando spazio a innovazioni tese a rafforzare l'appartenenza all'ANMCO. La continuità insieme all'innovazione sono “i requisiti indispensabili per un armonico e progressivo sviluppo” (CnO 2004, 140-141, pag. 2).

I grandi fronti del nostro impegno

1) La professionalità del Cardiologo

Specifico impegno dell'ANMCO continua ad essere l'affermazione della professionalità del Cardiologo clinico, in contrasto con una visione che enfatizzi aspetti strumentali e superspecialistici, talora legati alle procedure invasive. La professionalità si afferma opponendosi alla deriva ipertecnologica, integrando le differenti competenze, valorizzando la “cultura dell'errore” facendo valere appropriatezza e qualità.

2) La centralità della Cardiologia, delle UTIC e delle Reti Integrate

Il prevalere di elementi positivi rende preferibile parlare di “affermazione” piuttosto che di “difesa” della Cardiologia Ospedaliera. Il documento “Struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia” ha inequivocabilmente affermato la centralità delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica.

L'evoluzione della realtà sanitaria nazionale, l'interesse della Medicina di Urgenza verso le sindromi coronariche acute e della Medicina Interna verso lo scompenso cardiaco richiedono la messa a punto di modelli organizzativi che ridefiniscano in termini di appropriatezza il compito del Cardiologo ed il ruolo della Cardiologia.

Non sono accettabili surrogati di UTIC con qualche letto monitorato senza assistenza continua, non ci si inventa Cardiologi senza qualifica.

Ci si deve opporre alla dispersione della specificità cardiologica sia nei campi tradizionali che in quelli tecnologicamente emergenti, quali l'imaging cardiaco sia esso ultrasonico o prodotto da risonanza magnetica, da TC multistrato o da altre nuove metodiche.

Affermare la Cardiologia significa creare reti integrate per il cardiopatico acuto e per il cronico ed inventare nuove forme di continuità assistenziale.

3) La formazione

L'offerta formativa in ambito medico è oggi in Italia assai ricca, spesso pletorica, non sempre di buon livello. Oltre ai contenuti di carattere scientifico-organizzativo alcuni eventi propongono messaggi più vicini alle esigenze del marketing aziendale che a quelle dei discenti e dei Pazienti.

La Formazione è un punto cardine della mission dell'ANMCO, che si è data regole e strutture per farla e farla bene, come dimostrato dai Piani Annuali Formativi degli ultimi anni. Si tratta di migliorarla ancora, dando risalto e priorità agli eventi a valenza strategica. Anche se è vero che le opportunità vanno colte, quando ANMCO disegna un proprio evento formativo deve poter indicare con assoluta libertà i contenuti, i messaggi, i nomi dei docenti.

La Formazione va ripensata alla luce della sua evoluzione nella realtà attuale, che richiede eventi di alto profilo, esercitazioni pratiche, eventi a distanza. Svilupperemo tematiche di clinical competence e di risk management; entro il 15 dicembre sarà disponibile il catalogo del Piano Annuale Formativo contenente le Campagne Educazionali Nazionali, i Consensus Meeting, i Corsi di e-lear-



ning, i Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare di base ed avanzata. La Slide Bank supporterà la formazione di questo biennio.

4) La ricerca

a) I registri

Ottenere informazioni dai Registri continua ad essere un obiettivo strategico per l'ANMCO. Vanno superate le discontinuità e gli abbandoni, occorre passare dalla cultura della raccolta dati (compilazione CRF) alla cultura dell'utilizzo clinico dei dati inseriti. L'obiettivo è la creazione di un network italiano che colleghi il registro di prestazioni ambulatoriali e di prevenzione (IN-CP) con quello per la cardiopatia ischemica acuta (IN-ACS) e con quello dello scompenso (IN-CHF).

b) Gli studi clinici

La realizzazione di studi di valutazione di nuove strategie o nuovi farmaci è un cardine dell'attività dell'ANMCO, iniziata con gli studi GISSI. Il Consiglio Direttivo si impegnerà per definire le priorità istituzionali degli studi clinici approvati dal Comitato Scientifico, concentrando su questi i maggiori sforzi per la ricerca dei finanziamenti. Sia il Centro Studi che il Centro Servizi dovranno occuparsi del reperimento di fondi (applicazione a bandi europei, nazionali e regionali di finanziamento pubblico o privato).

Si continuerà ad incoraggiare la propositività dei Soci, il

Centro Studi metterà la propria competenza a disposizione di chi avanzi proposte di ricerca. Verrà chiesta alle Aree l'individuazione di filoni di ricerca di base di carattere fisiopatologico, che negli ultimi anni è stata pressoché assente. Andrà rinnovata la attribuzione del Fondo ANMCO per la Ricerca a vantaggio di studi "orfani".

c) L'impegno del Comitato Scientifico e del Centro Studi
Al Comitato Scientifico viene richiesto di continuare l'eccellente lavoro per valutare gli studi proposti e di avere un ruolo maggiormente propositivo indicando campi di ricerca di rilevanza strategica.

Il Centro Studi è lo strumento cardine che ANMCO si è dato per realizzare la ricerca. Andrà potenziata l'interazione tra Centro Studi, Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale, ma anche tra il Centro Studi e gli Associati che lo richiedano.

Tutti i Soci dell'ANMCO devono percepire il Centro Studi come lo strumento dedicato alla nostra complessa produzione scientifica e non come l'ambito riservato agli addetti ai lavori. Verrà proseguita l'iniziativa di un incontro annuale tra Consiglio Direttivo e Personale del Centro Studi esaminando in tale occasione i problemi aperti. Il Centro Studi lavorerà per realizzare negli Ospedali le Unità di Ricerca Clinica, che rappresentano una vera innovazione ed una possibilità da concretizzare e diffondere.

5) Il Congresso Nazionale dell'ANMCO

Verrà mantenuta la struttura su 4 giornate sperimentata con successo nel 2005 e nel 2006. L'impianto congressuale caratterizzato da Simposi tradizionali, Seminari, Live Session e Minimaster verrà integrato da alcune innovazioni. Si cercherà di ridurre le contemporaneità e di valorizzare le comunicazioni e i poster, inserendo nei Simposi i migliori contenuti.

Verrà migliorato il Cardionursing e si cercherà di trasformare Cardiogeneralist in evento congiunto nazionale con i Medici di Medicina Generale. Verranno riproposti i Simposi satellite organizzati con il supporto delle Aziende Farmaceutiche ed Elettromedicali, per i quali verrà dichiarata la sponsorizzazione dell'Evento.

Le Aziende potranno proporre ma non decidere i nomi dei relatori/moderatori; si cercherà inoltre il più alto coinvolgimento dei soci e di evitare il presenzialismo.

La politica al nostro interno

1) Porre la vita associativa al centro dell'attenzione

In questo biennio verrà posta al centro della attenzione la vita associativa nelle sue varie articolazioni, con l'obiettivo di vivacizzarla e rinsaldarla. Si tratta di un vero e proprio intendimento strategico, confermato nell'incontro degli Stati Generali a Bertinoro che si propone di rinnovare profondamente sia il rapporto "Centro-Periferia" che il rapporto "Periferia-Periferia".

a) Consiglio Nazionale

Va ripreso energicamente l'impegno nel Consiglio Nazionale. Già il Presidente Di Pasquale ne aveva aumentato lo spazio e favorito la preparazione, ma questo non è bastato ad accrescerne il peso, anche per alcune ripetute assenze totali o parziali (arrivi tardivi e partenze anticipate). Il Consiglio Nazionale rappresenterà il momento decisionale ed il luogo del confronto sull'andamento della vita associativa.

b) Consiglio Direttivo Regionale

Il ruolo del Presidente Regionale e dei Consigli Regionali sarà decisivo. È stato detto che il Presidente Regionale ha il ruolo più gravoso, che ANMCO è forte dove il Presidente Regionale è forte ed è debole dove il Presidente Regionale è debole. ANMCO deve sostenere i Presidenti Regionali, supportare il compito a cominciare dal fornire una job description, intervenire con il metodo dell'audit e fornire un supporto segretariale a progetto.

Elementi di grande criticità sono presenti all'interno stesso della compagine associativa periferica, visto che in alcune Regioni i Soci non sanno neppure chi componga il Consiglio Direttivo, e molti sono i Consiglieri che ignorano gli iscritti che rappresentano. Dedicheremo alcuni Consigli Nazionali interamente alle Regioni, chiedendo anche l'apporto dei Presidenti Regionali che nei precedenti mandati si sono distinti per vivacità e creatività. Per aumentare la coesione nelle Regioni andrà ricercata una sinergia di intenti tra i Consigli Direttivi ed il Collegio dei Primari Cardiologi, riunendo quest'ultimo per iniziativa del Presidente Regionale.

Nel progetto del biennio c'è l'incontro del Presidente ANMCO con i vari Consigli Regionali per discutere le problematiche locali sulla base di un calendario da concordare. Nella stessa data se possibile verrà convocato

anche un incontro informale con i protagonisti locali dell'Area Nursing e dell'ANMCO Giovani.

c) Aree

Si conferma la loro importanza strategica per l'ANMCO. Attività, programmi e criticità, già emerse a Bertinoro verranno discussi dal Consiglio Direttivo

con un audit per ciascuna Area. Le Aree dovrebbero essere motori di ricerca, presentare proposte fattibili, iniziative editoriali, protocolli di almeno uno studio fisiopatologico per biennio. Il lavoro delle Aree 2006-2008 dovrà avere una proiezione europea, una progettazione almeno in parte condivisa con la SIC, cercando di concretizzare "dal basso" il cammino federativo. Resta di riferimento l'intervento di Luigi Tavazzi a Bertinoro: "se la linfa europea non scorrerà tra Aree, Gruppi di Studio e Working Group la Cardiologia italiana resterà asfittica e la grande ricerca non attecchirà in Italia".

Una riflessione a parte merita l'Area Nursing, per la rilevanza del ruolo infermieristico cardiologico, per le potenzialità di crescita e di maturazione, per la necessità di sviluppo nelle varie Regioni attraverso assemblee e gruppi di lavoro decentrati.

d) ANMCO Giovani

Il compito associativo è riconoscere ai giovani specialisti piena dignità professionale, recepirne i desideri e coglierne le motivazioni aprendo loro senza tentennamenti gli spazi della vita associativa. Ciò significa maggiore spazio nelle Aree, nel Piano Formativo, nella Ricerca, nel Congresso, significa iniziative culturali, borse di studio, incentivazioni in particolare per chi finisce la specializzazione ed aspetta l'assunzione in ospedale.

2) Heart Care Foundation: la fondazione dell'ANMCO

Il ruolo reciproco di ANMCO e HCF sono ben delineati ed è ora che la Fondazione dell'ANMCO imbocchi la strada dello sviluppo della propria attività sia per quanto attiene alla prevenzione della salute in ambito car-



Wassily Kandinsky, *Giallo, Rosso e Blu*, 1925

diovascolare sia per lo sviluppo della Cardiologia di comunità. Si sta valutando l'interazione con la FIC riguardo al fundraising, auspicando una iniziativa federale dal grande impatto mediatico, in grado di raccogliere fondi per la ricerca cardiologica nazionale. Va mantenuto nei Soci ANMCO un alto livello di

attenzione per migliorare la conoscenza di HCF ed aumentare il coinvolgimento nelle iniziative (Scuola, Cardiologia di Comunità, Giornata "Cardiologie Aperte").

3) Idee nuove per rafforzare l'attrattiva associativa

Tra le idee innovative che potrebbero rafforzare l'attrattiva associativa si cercherà di realizzare per gli iscritti un servizio di consulenza clinica "ANMCO CLINICAL HELP LINE"; un servizio di "ADVOCACY": assistenza giuridico-assicurativa e di consulenza assicurativa/medico-legale (interessamento della Commissione Risk Management); uno "Sportello dell'Associato", per rispondere alle richieste di Soci relativamente alla vita nell'Ospedale, a controversie di carattere organizzativo ed amministrativo.

La politica verso l'esterno

1) Rapporti con le Istituzioni

L'ANMCO ha condiviso l'individuazione della Federazione Italiana di Cardiologia quale interlocutore unitario nei confronti delle Istituzioni Sanitarie locali e nazionali per i Piani Sanitari regionali/locali e per la definizione dei percorsi. In questa ottica resta ampio spazio ad ANMCO per proporre al Decisore Pubblico i propri documenti e le proprie specifiche iniziative. È stato detto a Bertinoro che una Società Scientifica deve far valere la propria leadership culturale. Interlocutori privilegiati saranno Ministro ed i Sottosegretari alla Salute, il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero, l'Istituto Superiore di Sanità, le Agenzie Sanitarie Regionali, la Conferenza Sta-

to-Regioni. Si cercheranno inoltre strumenti ed occasioni per proporre ANMCO, le sue linee programmatiche e le sue realizzazioni ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere e Territoriali, alle Agenzie Regionali, agli Assessorati.

A livello nazionale l'iniziativa specifica dell'ANMCO proseguirà sui punti seguenti:

1. Accordo con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), articolato come collaborazione:
 - per l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare
 - per gli studi osservazionali "Italian Network"
 - per il "Progetto Cuore" e l'aggiornamento/implementazione della carta italiana del rischio cardiovascolare
 - per il progetto sulla prevenzione delle recidive in Pazienti che abbiano già avuto un evento coronarico con il CCM.
2. Accordo con il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (MIUR) realizzato attraverso HCF per l'attività educativa nelle scuole. La politica verso la Scuola entra con forza nel programma che ANMCO chiede ad HCF di sviluppare in questo biennio, attuando iniziative ad ampio raggio e adoperandosi per una cascata formativa che coinvolga gli insegnanti.
3. Proposte dell'ANMCO per l'implementazione dei documenti di Consenso, a cominciare da "Reti interospedaliere per le Sindromi Coronariche Acute" e "Percorso assistenziale del Paziente con scompenso cardiaco" con il coinvolgimento delle altre Società Scientifiche e delle Istituzioni Sanitarie regionali e aziendali.

2) Federazione Italiana di Cardiologia: la grande promessa

L'ANMCO crede nella unitarietà della Cardiologia nazionale e intende impegnarsi per il rafforzamento della Federazione Italiana di Cardiologia e per il funzionamento del Consiglio Federale con le Società di Settore. Sarà preciso impegno di questo biennio operare perché la FIC non si fermi all'attuale costruttivo clima federativo ma crei realizzazioni, facendo passi concreti sia sul piano del fundraising per la ricerca, sia su quello della formazione e della educazione sanitaria. Solo se la Federazione comincerà a darsi obiettivi concreti e

ad operare per realizzarli si uscirà dalla fase di una minimale attività e discussioni sulle variazioni di uno statuto comunque non modificabile fino alle scadenze previste.

La FIC ha realizzato la rappresentatività unitaria della Cardiologia Italiana nei confronti della Società Europea di Cardiologia e delle Istituzioni Sanitarie nazionali, ha fortemente operato per il proprio candidato alla presidenza ESC, ha dato forma ai due giornali "Journal of Cardiovascular Medicine" e al "Giornale Italiano di Cardiologia", ma è ancora poco.

Resta da dare corpo alla Federazione come soggetto protagonista che supporti ricerca e formazione, restano da trovare i modi per corrispondere ad un obiettivo istituzionale che riguarda il ruolo degli ospedali nell'insegnamento post-laurea, l'apertura delle Cardiologie Ospedaliere agli specializzandi e la regolamentazione delle borse di studio. In questo biennio ANMCO si impegnerà per costruire Working Group nazionali che possano inserirsi a pieno titolo negli Working Group dell'ESC, attraverso un coinvolgimento federale tra Aree dell'ANMCO e Gruppi di Studio della SIC. Tale intesa non annullerà le caratteristiche delle Aree dell'ANMCO ma aprirà a nuovi orizzonti di lavoro in Europa.

3) Interdisciplinarietà e collaborazione intersocietaria

Scegliere per una mentalità associativa aperta alle altre Società Scientifiche è una scelta di campo e per ANMCO non è una novità. Nel corso del biennio svilupperemo la collaborazione intersocietaria come è recentemente avvenuto per la Consensus sullo Scompenso Cardiaco. Tempo Medico Cuore rappresenta uno dei ponti di collegamento tra ANMCO e Medici di Medicina Generale, avrà il compito di sviluppare la tematica dell'appropriatezza, necessariamente legata alla problematica dall'abbattimento delle liste di attesa e del contenimento dei costi.

4) Le Risorse ed il rapporto con l'Industria

Le risorse dell'ANMCO sono rappresentate dalle quote associative, dagli utili del Congresso, da liberalità provenienti prevalentemente da Industrie Farmaceutiche. Il Centro Servizi è impegnato ad ottenere risorse vendendo prodotti formativi, editoriali e consulenze con il

marchio di qualità dell'ANMCO.

In particolare la recente realizzazione del progetto FISDE a favore dei dipendenti dell'ENEL ha prodotto una "risorsa tipo", coerente con l'obiettivo di fare prevenzione, favorire lo sviluppo di una rete per la prevenzione, utilizzare la scheda raccolta dati per consegnare al Paziente un referto completo generando contestualmente una banca dati fruibile a scopo ricerca ed ottenere un utile economico associativo. È necessario trovare iniziative tipo FISDE, proporre progetti ad Enti Pubblici e Privati, applicare a bandi nazionali ed internazionali.

Oltre all'impegno per acquisire maggiori risorse è necessaria una politica di rigore che prevede il richiamo alla puntualità nei pagamenti delle quote associative, il controllo del bilancio e delle scelte organizzative, la verifica preventiva dei piani di copertura di ogni iniziativa ed un report trimestrale del Tesoriere al CD sull'andamento finanziario.

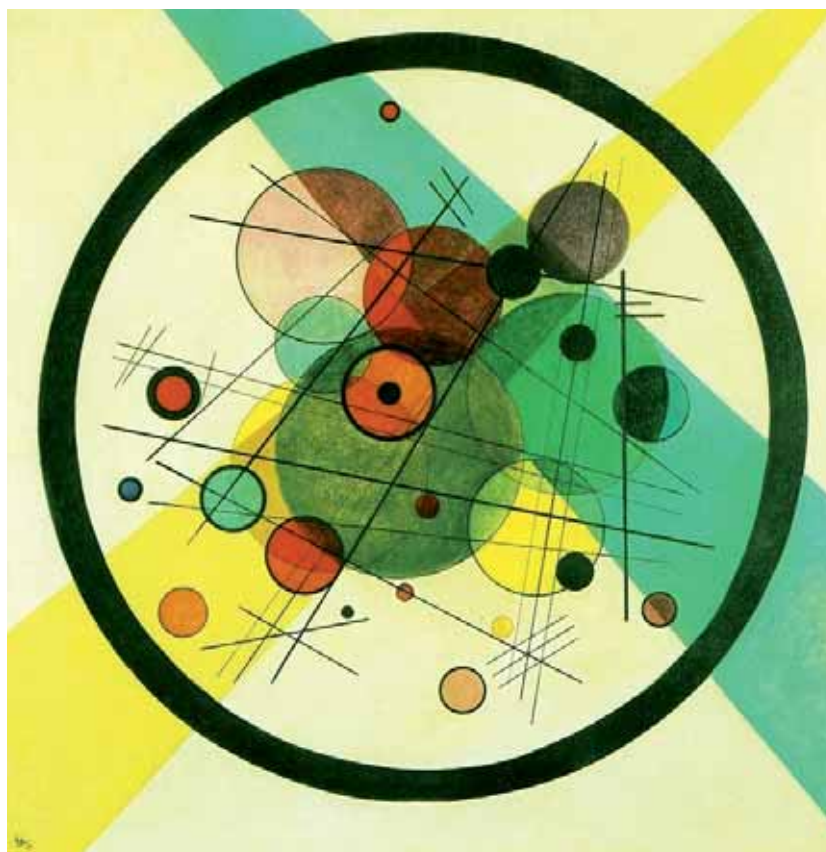
5) Comunicazione ed immagine

Comunica bene chi ha materia da trasmettere, conosce le regole della comunicazione, inserisce i contenuti in una avveduta strategia comunicativa. Molto è stato fatto in proposito, comunicare la vita associativa ed i traguardi culturali e scientifici via via raggiunti non è impresa semplice. Nel programma del biennio c'è una grande attenzione alla comunicazione ed alla cura dell'immagine dell'ANMCO.

Cardiologia negli Ospedali è la rivista dell'ANMCO, l'elegante "organ house" cresciuta in questi anni nei contenuti, nella forma e nella considerazione degli Associati e dei vari lettori del mondo della sanità e dell'industria.

È uno strumento nostro, senza pubblicità, che propone le diverse voci ed i tanti volti di una vita associativa ricca e complessa. La scelta di programma del biennio è di sostegno, di potenziamento e di rinnovamento.

Newsletter informativa trimestrale: il flusso di informazioni associative è quantitativamente elevato ed estre-



Wassily Kandinsky, *Circles in Circle*, 1923

mamente rapido, tutti gli iscritti hanno vantaggio del ricevere al proprio indirizzo di posta elettronica una newsletter che aggiorna e mette a conoscenza con sintesi ed immediatezza sui più importanti passaggi associativi. Andrà pertanto proseguita la felice iniziativa avviata dal Presidente Di Pasquale, della spedizione della newsletter trimestrale.

Sito Web: il nostro sito ha un crescente numero di visitatori e rappresenta un importante biglietto da visita. Al suo recente rinnovamento dovrà seguire una attenta gestione e manutenzione, con innovazioni che ne aumentino ulteriormente la attrattiva e con l'inserimento di link e di servizi utili.

Ufficio Stampa. L'ANMCO attraverso l'Ufficio Stampa ha accresciuto la sua visibilità ed ha portato sui media eventi di portata nazionale e manifestazioni di carattere regionale. L'Ufficio Stampa dovrà continuare a promuovere l'immagine dell'ANMCO, è nel programma di questo Direttivo interagire con l'Ufficio Stampa per migliorare la comunicazione con i media secondo scelte strategiche finalizzate.

ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO PER LA RICERCA

La prima edizione del Fondo ANMCO per la ricerca è stato assegnato ad Eugenio Picano dell'Istituto di Fisiologia Clinica, CNR di Pisa, con lo studio "Gli effetti riproduttivi di dosi basse e protratte di radiazioni ionizzanti: lo studio sui cardiologi interventisti" (i risultati della selezione fatta dal Comitato Scientifico ANMCO sono disponibili online sul sito web ANMCO alla sezione Fondo ANMCO per la ricerca).

Il Dott. Picano è attualmente Dirigente di Ricerca del Consiglio Nazionale delle Ricerche, Responsabile del Laboratorio di Ecografia Cardiovascolare e da Stress dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR e Direttore Scientifico di Cardiologia e Cardiochirurgia della Clinica Cardiologica Montevergine di Mercogliano.

Il fondo è dotato di 90.000 €. Nello Steering Committee dello studio – ancora in fase di definizione – sono entrati come rappresentanti ANMCO il Dott. Gennaro Santoro di Firenze e il Dott. Zoran Olivari di Treviso.

Lo studio valuta i possibili effetti sui figli dell'esposizione cronica alle radiazioni ionizzanti da parte dei cardiologi interventisti. È uno studio che investe su un bene comune e non negoziabile: la salute nostra e dei nostri figli. Per far questo, mette insieme sanità privata e pubblica, genetisti ed epidemiologi, cardiologi ed esperti della radioprotezione, università e CNR, aziende sanitarie del Nord e del Sud.

Il fondo dell'ANMCO – la più numerosa delle nostre associazioni cardiologiche – vuol dire che il problema della sicurezza non è visto come una guerra tra bande di specialisti in lotta per quote di mercato dell'imaging, ma invece e finalmente come un problema di tutta la comunità cardiologica.

Ci si può chiedere perché studiare i cardiologi, e non – ad esempio – i radiologi. Con l'esplosione delle tecniche radiologiche in Cardiologia, come le procedure di stent coronarico e l'ablazione delle aritmie in elettrofisiologia, oggi i medici più esposti sono proprio i cardio-

logi, circa 4 o 5 volte più esposti rispetto ai radiologi. Per un singolo stent coronarico l'esposizione al singolo paziente è di circa 1.000 radiografie del torace; ma con una variabilità enorme, da 300 a 7.000 radiografie per singolo stent. Ovvio che una parte di questo fuoco amico radiologico sfiori gli operatori. Ogni anno, la dose radiologica ricevuta da un cardiologo interventista è di circa 200-300 radiografie del torace. E più sono esperti, più sono bravi, e più raggi prendono – in un campo in cui l'esperienza è qualità della cura. Però, se un laboratorio sviluppa la cultura della sicurezza, ottiene la stessa informazione con molto meno dispendio radiologico (e anche meno danno per l'operatore esposto).

**Gli effetti riproduttivi di dosi basse e protratte di radiazioni ionizzanti:
The Interventional Cardiologist
Reproductive Study**

InterCardioReproStudy

Dr.ssa Maria Grazia Andreassi
Dr. Giuseppe Rossi
Dr.ssa Nicoletta Botto
Dr. Zoran Olivari
Dr. Renato Padovani

Dr. Paolo Rubino
Dr. Guglielmo Bernardi
Prof. Fabrizio Menchini Fabris
Dr. Gennaro Santoro
E altri in arrivo...

INTRODUZIONE

L'assise congressuale svoltasi a Firenze dal 31 Maggio al 3 Giugno 2006 ha rappresentato una grande occasione di aggiornamento e di confronto per la Cardiologia italiana.

Il XXXVII Congresso Nazionale dell'ANMCO ha focalizzato lo stato di avanzamento della ricerca clinica in Italia, ha riproposto i grandi temi della Cardiologia aprendo il dibattito sulle criticità organizzative, ha valorizzato le esperienze riportate da piccole e grandi istituzioni.

Nelle pagine seguenti viene presentato un dettagliato resoconto di alcuni importanti Simposi.

Come è tradizione per i Congressi dell'ANMCO, anche l'edizione 2006 ha visto, fin dal suo nascere, un larghissimo concorso collaborativo. Alla sua realizzazione hanno contribuito il Presidente Di Pasquale ed il Consiglio Direttivo, che lo hanno disegnato e ne hanno curato la realizzazione; le diverse funzioni associative - Aree, Regioni, Centro Studi, ed i singoli Associati - che hanno presentato le proposte per i Simposi e per gli altri eventi; le Società Cardiologiche di settore e le Società Scientifiche non cardiologiche, coinvolte nei Simposi Congiunti, le Aziende Farmaceutiche ed Elettromedicali, che hanno supportato la parte espositiva ed i Simposi satellite. Cardiogeneralist è stato il punto di incontro con i Medici di Medicina Generale e Cardionursing la qualificata occasione di aggiornamento per il Personale Infermieristico. Infine gli incontri educazionali proposti da Heart Care Foundation e rivolti al mondo della scuola e dell'industria alimentare hanno coinvolto la comunità sociale. Un congresso di tutti e per tutti, che ha impegnato relatori e moderatori e che deve il suo successo alla presentazione di oltre 500 comunicazioni e poster originali.

17	sale congressuali
10.000	mq di superficie delle sale
1.500	mq di esposizione
70	stand
350	espositori
370	moderatori e coordinatori
4.565	relatori e autori
62	persone dello staff OIC
22	persone dello staff ANMCO

Mentre queste righe vanno in stampa si sta già costruendo il Congresso Nazionale del prossimo anno. Saranno indispensabili per la sua realizzazione gli stessi elementi che hanno segnato il Congresso 2006, ovvero le proposte, i contributi, la partecipazione di tutti.

5	Main Session
37	Simposi Tradizionali di cui 5 Congiunti (1 con ESC) di cui 11 in collaborazione SMS
37	Eventi Seminari
220	Comunicazioni
297	Poster
10	Simposi Satellite
8	Lecture Satellite
2	Luncheon Panel
5	Minimaster
2	Live Session
2	Eventi a cura di HCF
1	Giornata CardioGeneralist
2	Giornate CardioNursing

SESSIONE PLENARIA



LE CRITICITÀ IN CARDIOLOGIA OGGI E LE PROPOSTE DEI CARDIOLOGI

Moderatori: G. Di Pasquale (Bologna), A. Maseri (Milano), M.G. Modena (Modena)

Relatori: G.F. Gensini (Firenze), L. Tavazzi (Pavia), D. Rosato (Avellino), M.G. Modena (Modena), F. Chiarella (Pietra Ligure), A.P. Maggioni (Firenze), G.L. Nicolosi (Pordenone)

Con questa sessione plenaria si è aperto il XXXVII Congresso ANMCO. Diverse sono state le tematiche analizzate, partendo dall'appropriatezza clinica, la limitatezza delle risorse e l'equità delle cure e finendo con i problemi aperti della ricerca clinica nella cardiologia ospedaliera e dell'integrazione tra ospedale e territorio. Partendo dalle scarse risorse da razionalizzare è stato sottolineato come, per ottenere un determinato prodotto, il loro impiego implichi la rinuncia ad un prodotto alternativo. Per questo è necessario fare delle scelte che ne ottimizzino l'impiego.

Tra le cause considerate per l'aumento della spesa vi sono: l'invecchiamento della popolazione, l'alto tasso d'innovazione scientifica, la nuova concezione di salute. A queste corrispondono misure di controllo che agiscono sia a livello del medico, attraverso il controllo dell'attività prescrittiva e della responsabilizzazione diretta, sia attraverso l'uso di protocolli diagnostico-terapeutici. Lo scopo principale della valutazione economica è riuscire ad individuare la combinazione di risorse che massimizzi i benefici.

Analizzando in dettaglio i livelli di efficienza economica esistenti si distinguono il modello utilitaristico, basato sulla massimizzazione dell'utilità collettiva e che ha come dogma il rapporto tra costi e benefici e il modello deontologico che sostiene che i principi etici di fondo

debbano avere sempre la meglio rispetto al calcolo del rapporto tra costo ed efficacia. Guardando il panorama internazionale, troviamo che negli Stati Uniti la selezione è basata sulle persone, e l'accesso alle prestazioni è vincolato al possesso di assicurazioni private o al diritto all'assistenza pubblica, mentre ad esempio in Nuova Zelanda il modello si basa sulla gravità clinica. In Svezia il modello è fondato su criteri etici a priori. L'esperienza dell'Oregon (USA) riporta un approccio utilitaristico, basato sulla combinazione di valutazioni scientifiche (l'efficacia, appunto) e stime quantitative come la frequenza della malattia, i suoi esiti e i suoi costi. Tenendo conto di tutti gli aspetti, la scelta più ragionevole, anche se più difficile da perseguire, è forse una sapiente miscela tra modello deontologico (l'equità come valore primario) e il modello utilitaristico che per la sanità pubblica è di certo centrale.

Oltre al problema delle risorse, è importante anche definire il concetto di appropriatezza, cioè gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dovranno ritenersi "appropriati" quando contribuiscono realmente a risolvere un problema di salute, sono basati su conoscenze validate con metodo scientifico e consolidate nel tempo dalla verifica di una correlazione tra atti di tutela della salute ed effetti ottenuti e sono accettati dalla comunità scientifica (medicina basata sull'evidenza).

I livelli economico-assistenziali (LEA) in ambito internazionale si basano su un approccio di tipo economico che enfatizza la ricerca di criteri oggettivi e quantitativi (analisi costo-utilità) sulla base dei quali definire le priorità in sanità; oppure su un approccio etico-sociale che enfatizza la necessità di costruire una piattaforma etica (dignità umana, bisogno, solidarietà) cui fare riferimento nella definizione delle priorità (come in Svezia o in Nuova Zelanda). Questa confusione terminologica



Il past-president Giuseppe Di Pasquale

ha anche portato a confondere le diverse fasi del processo di selezione: dall'allocazione delle risorse (quanto va alla sanità rispetto ad altri settori?), all'equità distributiva (come deve essere distribuita questa quantità in modo equo ed efficiente fra aree geografiche, servizi, persone?), all'efficienza allocativa (quale paziente deve essere trattato e come?).

I tre criteri usati per giustificare le esclusioni LEA comprendono a) non rispondenza a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale (rispetto della dignità umana, bisogno di salute, equità nell'accesso, qualità delle cure rispetto a esigenze specifiche) b) non rispondenza al principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, o comunque condizioni di utilizzo rivolte a soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate sulla base delle prove di efficacia disponibili c) non rispondenza al principio dell'economicità nell'impiego delle risorse rispetto alle modalità specifiche di erogazione

(per esempio, prestazioni erogate in regime di ricovero rispetto al day hospital o ad altre forme). Le potenziali debolezze sul fronte delle conoscenze disponibili comprendono invece l'incompletezza, specie selettiva, l'impatto sull'affidabilità delle evidenze nel passaggio dall'acuzie alla cronicità e l'equità delle cure.

Il termine "diseguaglianza di salute" indica un ampio spettro di differenze nella frequenza di malattia in paesi o gruppi di popolazione. Queste possono riflettere differenze d'esposizione a fattori di rischio ed altre circostanze legate allo stato di salute socialmente determinate. Spesso queste diseguaglianze sono considerate ingiuste e sono state invocate politiche attive di protezione come interventi di sanità pubblica. Quando le differenze tra gruppi socio-economici si riferiscono a problemi di accesso a cure, interventi preventivi efficaci o servizi sanitari si parla di "disequità".

Pertanto, alti tassi di utilizzo dei servizi sanitari (ad esempio di ricovero ospedaliero) in gruppi sociali svantaggiati possono essere considerati sostanzialmente equi quando riflettono differenze nel bisogno di cure, rispondendo al principio di dare di più a chi ha più bisogno (definito anche come "equità verticale"). Viceversa, un gradiente sociale a parità di bisogno indicherebbe una differenza iniqua (che viola il principio di dare in modo eguale a parità di bisogno, definito anche come "equità orizzontale"). Alcune considerazioni. Sono ben noti, a livello nazionale ed internazionale, le differenze nello stato di salute tra le diverse classi sociali che confermano, anche a livello italiano, la presenza di una disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari tra le diverse classi con un minor uso da parte dei gruppi più disagiati a parità di bisogno. Le disuguaglianze sono evidenti, in particolare, per prestazioni di più alta specializzazione (es. cardiocirurgia, cardiologia invasiva, trapianto di rene) o in una maggior offerta di prestazioni "inefficaci", per cui vengono eseguiti trattamenti invasivi/demolitivi (es. isterectomia per cause non oncologiche). Esiste una diversa risposta di servizi sanitari regionali diversamente orientati (es. diverso peso di strutture sanitarie pubbliche e private)

con determinanti sociali dell'ineguaglianza della salute. Dalla Convention di Erice è emerso che la comunità scientifica, ed in particolare chi ha il compito di produrre cultura, formazione e ricerca ha il dovere di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile e della difesa della dignità della vita degli uomini. Da questo possiamo ipotizzare che riducendo l'inappropriatezza (variabilità non giustificata e solitamente vista come sovraconsumo) si liberano risorse per trattamenti più appropriati con la conseguenza, a parità di risorse, di: a) aumentare la "quantità di salute prodotta" b) aumentare il grado di equità (forniamo ad ognuno ciò di cui ha effettivamente bisogno nella misura in cui le risorse lo consentono).

Oltre ai problemi di risorse e di politica sanitaria, esistono dei problemi intrinseci alle società di settore che espongono la Cardiologia al rischio di frammentazione. Da quanto detto emerge che è urgente tracciare un percorso verso l'unificazione della cardiologia italiana che prevede che la FIC raccordi tutte le Società cardiologiche per incrementare il proprio peso a livello ESC, la produzione di un solo giornale FIC, la formazione di una Fondazione per il cuore (non "cardiologica") con un Centro Studi disponibile per tutte le Società Federate e, infine, l'istituzione di un congresso annuale istituzionale della Federazione Italiana di Cardiologia.

Dal punto di vista organizzativo è necessario modulare le competenze, concentrando tecnologie complesse e competenze specifiche in alcuni ospedali specializzati nella diagnostica strumentale ed interventistica complessa e dedicati all'acuzie (con degenze brevi), che funzionino come centro della ruota (HUB) mentre alla periferia compete la selezione, l'invio e la ripresa in carico dei pazienti (SPOKE) per la gestione del paziente post-acute/cronico, secondo il modello di rete integrata tra ospedali di complessità diversa. Infatti i dati sulla mortalità, in accordo con il volume di lavoro in area interventistica, dimostrano la diminuzione del rischio relativo nei centri ad alto volume (riduzione del 46%).

Ancora, l'angioplastica primaria è associata ad una riduzione della mortalità intraospedaliera. Queste differenze non sono state osservate per la fibrinolisi. La rete cardiologica integrata rappresenta quindi un bene primario al servizio dei cittadini. La Sperimentazione sul

Territorio potrebbe essere affrontata attraverso un Comitato di Coordinamento Nazionale, di cui dovrebbero far parte i componenti ANMCO Board Consensus, i rappresentanti delle Società Scientifiche firmatarie del documento di Consenso. Gli obiettivi del coordinamento potrebbero essere quelli di un'integrazione delle competenze e delle strutture dalla Divisione al Dipartimento, alla Rete Integrata per costruire e mantenere i percorsi di continuità assistenziale. Questo modello permette un uso efficiente ed appropriato delle risorse in modo tale da remunerare il percorso e non la prestazione.

Dal confronto delle esigenze del cardiologo universitario e di quello ospedaliero, è emersa una puntualizzazione dei ruoli e delle necessità di ognuno. Infatti l'incalzante progresso scientifico e tecnologico in ambito cardiologico e l'aumento della vita media, pongono continuamente il pressante problema della formazione e dell'aggiornamento dei Medici che sceglieranno come professione l'attività clinica di Specialista Cardiologo. L'Università è la parte istituzionale dedicata specificamente a questo scopo ed è continuamente messa alla prova, soprattutto per l'esiguità di uomini e mezzi economici disponibili in Italia.

Il percorso di valutazione di strutture deputate all'attività di formazione è determinata dall'attività dell'Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica (art. 43 del D.L. 368/99) che identifica gli standard delle strutture universitarie ed ospedaliere per le singole specialità. L'Osservatorio, istituito presso il MIUR e di concerto con questo, dispone su sua proposta (art. 43, comma 2 D.L. 368/99) e con decreto del Ministero della Salute, l'accreditamento delle singole strutture universitarie ed ospedaliere. Possono chiedere l'accreditamento di una struttura esclusivamente le Università che hanno i seguenti presupposti: 1) perseguimento (nello statuto) della finalità della formazione specialistica 2) copertura economico-finanziaria. Le Università devono perseguire i seguenti impegni formali: 1) accettazione dei controlli dell'Osservatorio Nazionale 2) comunicazione all'Osservatorio delle variazioni dei presupposti, delle condizioni e degli standard dell'accreditamento.

La Sede della Scuola di Specializzazione deve essere una struttura a Direzione Universitaria, idonea ed attrezzata

ta: 1) all'organizzazione e realizzazione di attività di formazione specialistica 2) alla gestione organizzativa, amministrativa, didattica e tecnica sanitaria delle attività 3) al coordinamento e/o alla direzione delle attività. Oltre alle strutture di sede, la Scuola può avere necessità di utilizzare ulteriori strutture sanitarie (ospedaliere e/o universitarie) di supporto. Gli standard per l'accreditamento sono generali e specifici, basati su capacità strutturali, nel senso di possesso di spazi adeguati, su capacità tecnologiche (possesso di attrezzature), assistenziali (garantire un'adeguata quantità e tipologia di interventi) e, infine, su capacità organizzativo-didattiche, nel senso di sussistenza di adeguate competenze professionali.

Il coordinamento e la direzione di tale attività ha l'alto compito di portare ogni specializzando ad avere quelle conoscenze che gli permetteranno di iniziare un'attività clinica specialistica. Il controllo amministrativo delle strutture implicate nei processi di insegnamento è rappresentato dall'Università che rappresenta il fulcro del sistema didattico-formativo. Questo non implica che le strutture Universitarie siano le uniche in grado di soddisfare le esigenze formative dei Cardiologi. Infatti, l'ECM (Educazione Continua in Medicina) è ormai una realtà istituzionale, ampiamente praticata in strutture sanitarie di tutti i livelli.

Ospedali scelti debbono rappresentare centri PARITETICI rispetto alle sedi universitarie: dall'insegnamento di tecnicità (metodiche interventistiche) all'insegnamento di metodologie non presenti in altre sedi oppure quando questi presentino un case-mix di particolare interesse scientifico o dispongano di un apparato tecnologico di rilievo. È necessario inoltre che vi siano rapporti di collaborazione (scientifica/assistenziale) tra le strutture e che esista una riconosciuta attività di tutoraggio da parte di personale di provata preparazione ed esperienza.



La vocazione all'insegnamento è rappresentata dal possedere quei principi psico-pedagogici correlati alla capacità di comprendere le inclinazioni naturali dello specialista in formazione, apprezzandone le doti (tecniche, ricerca, insegnamento, ecc.) e, soprattutto, comprendendone i limiti. Assecondare con consigli ed insegnamenti le inclinazioni naturali del medico in formazione permette di raggiungere un livello formativo il più elevato possibile e interpretare il grado di preparazione raggiunto dal discente, integrando i concetti e le tecniche ancora carenti e, soprattutto, correggendo gli errori. Ruolo dell'educatore è anche quello di curare anche la parte "non medica" della formazione: stimolare il lavoro d'équipe, insegnare i principi del corretto rapporto medico-paziente e medico-parente, i principi etici dell'alleviare le sofferenze e supportare il morente. Ancora il riuscire a comunicare la passione per la materia insegnata, che si tradurrà in un pungolo continuo verso l'aggiornamento, vero nodo cruciale della professione. Insegnare a valutare criticamente l'introduzione di nuove tecnologie e nuovi farmaci, valutando gli aspetti di rischio-beneficio e costo-efficacia o a come si legge un lavoro scientifico, come si valuta un trial clinico, cercando di affrancarsi il più possibile da pressioni "esterne" (sono noti a tutti i costi e/o pressioni commerciali).

Il Cardiologo "Universitario" dovrebbe avere alcune ca-

ratteristiche che lo contraddistinguono: disponibilità (dedicare tempo e risorse) a guidare il cammino del discente con consigli ed insegnamenti e grande preparazione ed esperienza, volta sempre a chiarire dubbi e correggere errori. Egli dovrebbe essere in grado di insegnare la medicina e/o la cardiologia di base, l'approccio al malato, fin dalla misurazione della pressione arteriosa con la possibilità di avere una visione sinottica del malato e della sua patologia, effettuata integrando conoscenze apprese dallo studio delle singole cliniche specialistiche. Anche l'attenzione al rispetto del malato come entità complessa formata da corpo ed anima, senza permettere che la segmentazione della medicina giustifichi un approccio solo "parziale" al malato rappresentano un importante passaggio per la formazione dei giovani.

La SIC ha espresso dissenso su alcuni punti, quali le borse di studio non dipendenti dall'Università e quindi non facenti capo alle Scuole di Specializzazione, la gestione e formazione degli specializzandi gestita esclusivamente o in gran parte da strutture solo ospedaliere, e l'autonomizzazione da parte degli ospedali riguardo alla didattica accademica. Privilegiare una formazione veramente polispecialistica, in un'ottica di giusto equilibrio tra attività di ricerca (in genere più rappresentata in strutture universitarie) e attività clinica pratica (solitamente più cospicua in strutture ospedaliere "pure", soprattutto in piccoli ospedali periferici) significa sinergia necessaria per "creare una rete formativa dotata di risorse assistenziali adeguate allo svolgimento delle attività professionalizzanti" intese come insieme di "ricerca" e "clinica", "lezioni frontali" ed "attività ambulatoriali". Le Società Scientifiche non rappresentano il terreno istituzionale per discutere di "addestramento dello specializzando".

Al contrario, grande deve essere l'impegno delle Società Scientifiche nell'ECM, intesa nel senso più ampio di formazione ed aggiornamento dello Specialista Cardiologo. Le responsabilità delle Società Scientifiche sono, invece, enormi nel tutelare i giovani Cardiologi (clinici e/o ricercatori) e le aree della Cardiologia che non sono sotto i riflettori (genetica, scienza di base, ecc.) e che non ricevono adeguati supporti economici.

I requisiti di idoneità delle strutture ove si svolge la formazione specialistica è rappresentato dalla disponibilità di spazi didattici, biblioteca, dalla presenza di servizi ge-

nerali, diagnostici e di laboratorio per addestramento professionalizzante e dalla presenza di strutture sanitarie e relativi posti letto per la erogazione di un volume assistenziale annuale che consenta agli specializzandi di effettuare il numero di prestazioni previsto dallo standard di addestramento professionalizzante. Vi è da sottolineare che tra i requisiti della rete formativa, l'osservatorio nazionale per la Formazione Specialistica nel 2006 ha sancito requisiti di idoneità delle Scuole di Specializzazione inferiori a quelli europei ed in molte Regioni l'osservatorio è inattivo.

Nel 2005 il riassetto delle scuole di specializzazione ha sancito che la durata del Corso Specialistico è di 5 anni ed afferisce all'Area Medica con nuova denominazione: "Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare". In questo nuovo assetto, le attività formative sono suddivise tra attività di base e quelle caratterizzanti. Esse coprono il 70% della formazione e sono articolate nel seguente modo a) tronco comune: attività clinico-pratica di Medicina Generale diretta dal docente di Medicina Interna b) attività clinico-pratica svolta nell'ambito della propria specialità - Attività caratterizzanti elettive: scelte da Specializzando - Attività interdisciplinari - Attività finalizzate alla prova finale.

Il numero dei posti nella scuola di specializzazione può essere ampliato facendo riferimento a borse aggiuntive finanziate dalle Regioni o a quelle derivanti da finanziamenti comunque acquisiti dalle Università, che verranno assegnate, con successivo provvedimento, entro il periodo obbligatorio di affissione del bando di concorso. Come l'economia sommersa in Italia supporta il Paese, così le Borse Aggiuntive supportano sia l'Università che i Reparti di Cardiologia.

La Federazione Italiana Cardiologia ha riconosciuto come finalità rappresentare SIC e ANMCO all'ESC, condurre una politica unitaria nei confronti degli Organismi Scientifici e Sanitari Nazionali, e impostare e condurre una politica unitaria di formazione che tenda alla realizzazione dei 4 punti programmatici concordati per le Scuole di Specializzazione. Tra i punti concordati: il Consiglio della Scuola di Specializzazione può chiamare come titolare di un Corso anche un Dirigente non di Struttura Complessa del SSN che entra a far parte del Consiglio della Scuola, un Dirigente del SSN già presen-



Stand HCF

te nel Consiglio della Scuola di Specializzazione può essere chiamato a far parte della Commissione per gli esami di ammissione.

Le strutture di eccellenza del SSN possono essere chiamate a far parte della Scuola di Specializzazione anche indipendentemente dalle necessità. Inoltre si stabiliscono le pari possibilità di ricerca e massimo coinvolgimento nella didattica nei limiti consentiti dalla legge per il personale dell'Università e per quello del SSN nelle UO universitarie ad organico misto facenti parte della struttura della Scuola di Specializzazione. Le richieste dei Cardiologi Ospedalieri per l'integrazione università-ospedale nella formazione dello specialista cardiologo sono quelle di un aumento del numero degli ammessi alle Scuole di Specialità, considerata l'aumentata domanda di nuovi specialisti e l'età media dei Cardiologi che lavorano nelle strutture ospedaliere, e che nel processo formativo dello specializzando si tenda verso gli standard minimi europei piuttosto che verso gli standard minimi proposti dall'Osservatorio Nazionale per la Formazione.

È necessario che si lavori per una strategia condivisa sul problema delle Borse Aggiuntive, che tenga maggiormente conto delle necessità delle Cardiologie Ospedaliere. La FIC potrebbe promuovere in ciascuna Regione un momento di incontro con il Decisore Regionale per potenziare la "rete della formazione" e per ottenere Borse Aggiuntive per Scuola di Specialità finanziate dalle Regioni, avendo concordato che gli Specializzandi ac-

quisiscano i crediti formativi, previsti dal Decreto di Riordino, nelle Cardiologie Ospedaliere.

Oltre ai problemi di formazione, si è affrontato anche il problema della ricerca cardiologica in Ospedale.

Le problematiche della ricerca cardiologica in ospedale riguardano diversi aspetti. Diversi sono i malesseri che affliggono l'essere medico oggi. Quelli generali includono la perdita del "ruolo di essere medico" all'interno della società, le responsabilità manageriali senza la possibilità di controllare la organizzazio-

ne del sistema, la disponibilità di risorse, la gestione vera del budget. Su questi problemi si inseriscono altre problematiche quali l'"etica individuale" nei confronti dell'"etica sociale" ed il passaggio culturale e storico del "diritto alla salute" rispetto alla "salute come bene acquistabile di mercato".

I malesseri più specifici della ricerca comprendono lo sviluppo rapido di conoscenze mal controllabili (medicina molecolare, genetica, ecc.), l'aumento del progressivo gap fra ricerca di base e ricerca clinica e fra ricerca clinica e applicazione pratica. Infatti la ricerca clinica è sempre meno "patient oriented" ed il ruolo del ricercatore appare essere sempre più quello di fornitore di pazienti. A questo si aggiunge il fatto che la ricerca clinica si orienta sempre più al profitto in condizioni di basso rischio.

Su questi presupposti sorge la domanda del perché dovremmo continuare a fare ricerca in ospedale. Ma analizzandone i motivi ci si rende subito conto che proprio le motivazioni che ci inducono a ridurre o sospendere la collaborazione in ricerca sono invece quelli che dovrebbero stimolarne maggiormente la partecipazione. Il declinare del ruolo individuale del medico (che è peraltro non rimpiazzabile nel rapporto con i pazienti) può e deve trovare una compensazione nella partecipazione alle iniziative di ricerca e formazione indipendente promosse dalle nostre Società Scientifiche. Analizzando i dati sulle sperimentazioni condotte nell'area della cardiologia o delle malattie vascolari per tipologia di sponsor

profit / no profit, emerge che meno del 30% per area sono di tipo no profit con punte dell'11% nello scompenso cardiaco.

Il percorso di una ricerca indipendente è un'ipotesi di ricerca generata all'interno della pratica clinica, cioè orientata al paziente e non allo strumento diagnostico/terapeutico e si dovrebbe basare sulla definizione di un protocollo metodologicamente robusto, sul far ricorso ad un supporto economico pubblico o privato. Basti pensare che un contratto di ricerca (in particolare se il finanziatore è privato) consente indipendenza per una serie di fattori quali la proprietà del database, l'impossibilità di censura sulle pubblicazioni, l'interruzione dello studio solo per motivi clinici ed il supporto per l'utilizzazione dei risultati in caso di ricadute regolatorie.

Diversi sono gli studi da cui si potrebbero trarre importanti informazioni: gli studi osservazionali (registri e survey) necessari per l'identificazione dell'epidemiologia clinica e dei bisogni, gli studi clinici controllati da cui si può trarre una definizione del profilo di beneficio/rischio di un trattamento (in genere strategie farmacologiche ma anche strategie assistenziali) oppure gli Outcomes Research per il trasferimento dalla ricerca alla pratica clinica di trattamenti (effectiveness e safety nel mondo reale).

La ricerca clinica in ospedale avrebbe quindi il vantaggio di fare studi orientati alla soluzione di problemi clinici reali e non solo alla conoscenza degli effetti di un trattamento, riducendo burocrazia e procedure al minimo e fornendo un'occasione per migliorare la qualità delle cure della patologia oggetto di ricerca. Un'altro aspetto importante della conduzione autonoma dello studio è basata sull'aver tutte le professionalità necessarie a fare ciò che serve, cioè le Unità di Ricerca Clinica (URC). Infatti quello che manca, più delle risorse economiche, è la disponibilità di risorse umane dedicate. Nel contesto del decreto sul no-profit, la ricerca deve essere parte integrante della pratica clinica. Per rendere concreto questo concetto servono operatori della ricerca non solo medici ma con un profilo di coordinamento delle attività connesse. La research nurse sarebbe l'ideale, ma anche un clinical monitor (chimico, biologo, farmacista) potrebbe svolgere questo ruolo.

L'ANMCO ha proposto un progetto pilota per le Unità

di Ricerca Clinica (URC) attraverso il reperimento risorse per 6 URC (più 5 che si autofinanziano), l'identificazione di centri interessati alla ricerca con Amministrazioni Ospedaliere favorevoli e le Convenzioni ANMCO-HCF/Amministrazioni ospedaliere. Attraverso queste convenzioni sarebbe possibile organizzare un periodo di formazione ANMCO (1 mese in un centro ad alto turnover di lavoro, 3 settimane al centro studi ANMCO, 1 settimana in AIFA). Il periodo previsto per le URC è di 22 mesi di attività di ricerca con valutazioni semestrali della attività svolta ed un diploma finale.

In conclusione per incentivare la ricerca cardiologica in Ospedale bisogna far leva su quelle stesse motivazioni che ne riducono la collaborazione e che invece dovrebbero spingere alla partecipazione. Infatti gli studi indipendenti, orientati a problemi clinici, devono essere potenziati. Le autorità regolatorie pubbliche stanno facendo molto in questo senso nel dare concretezza alle buone intenzioni. Per mantenere alta la nostra tradizione ricerca dobbiamo inventarci dei nuovi modelli di efficienza operativa.

Ruolo cruciale è giocato anche dall'integrazione Ospedale - Territorio. Il possibile circolo vizioso intorno alla centralità delle prestazioni si svolge intorno al cittadino-autoprescrittore e alla scarsa possibilità di controllo del numero, tipologia e appropriatezza delle prestazioni da parte dell'erogatore. La committenza incide solo sul numero e tipologia delle prestazioni rimborsate, prescrizione indifferenziata di prestazioni da parte del medico prescrittore.

Il bacino d'utenza deve essere adeguato per sostenere una rete di servizi (individuare l'estensione territoriale dell'autosufficienza). Di massima la popolazione potrebbe essere compresa tra 300.000 ed 1.000.000 (peculiarità epidemiologiche e geografiche: territori montagnosi, viabilità, ecc.). Le condizioni fondanti la Rete Integrita Ospedale - Territorio sono diverse: definizione dei bacini di utenza, istituzionalizzazione (Comitato di Rete), descrizione dei servizi (chi fa che cosa), sviluppo comune e mantenimento coordinato di professionalità, sviluppo del sistema delle comunicazioni con implementazione e utilizzo condiviso di linee guida e percorsi diagnostici/terapeutici, ed infine la definizione delle autonomie e delle responsabilità (si è parte tutti del per-



Consiglio Direttivo in Assemblée

corso assistenziale: “eccellenza” distribuita) e dei sistemi di rimborso e finanziamento. D’altro canto è importante sottolineare anche le criticità di sistema per il paziente acuto. Ad esempio appare ancora incerta la definizione del bacino di utenza e l’istituzionalizzazione è difficile. Ancora incerto appare il riconoscimento della centralità gestionale delle UTIC per la rete dell’emergenza cardiologica con il rischio di periferizzazione delle UTIC senza emodinamica e degli ospedali senza UTIC. Appare ancor più diversificata l’integrazione con la rete del 118 con incertezza di ruolo (funzione taxi e/o di assistenza? trasporto secondario?).

Per quanto riguarda l’assistenza ai pazienti cronici, cioè di quelle patologie cardiovascolari che persistono nel tempo con rischio di riacutizzazioni, molti sono i rischi di frammentazione nel tempo e nello spazio dei momenti di diagnosi, prevenzione, terapia, riabilitazione, follow-up. Esiste anche il rischio di frammentazione delle decisioni cliniche fra diverse figure professionali (impatto sui tempi di assistenza ed efficienza ed efficacia di diagnosi e terapia) con necessità di identificare i Medici ed Infermieri Responsabili dei percorsi e protocolli (condivisi) e di garantire una continuità socio-assistenziale fra Ospedale e Territorio.

Attualmente esiste una minore attenzione alla rete per il paziente cronico con collaborazione fra strutture cardiologiche e ambulatori dedicati per patologia piuttosto

che rete organizzata di condivisione e partecipazione fra diverse professionalità su progetti e percorsi per malattie croniche definite. Il coinvolgimento appare prevalentemente volontaristico e su conoscenza diretta dei professionisti con una accessibilità predeterminata e rigida (deresponsabilizzazione del territorio).

Molte sono le difficoltà di comunicazione e condivisione (teleconsulto) come pure le mancanze di flessibilità negli accessi e percorsi. È chiara anche la latitanza delle istituzioni e la periferizzazione delle Cardiologie meno complesse invece che “eccellenza distribuita” sui percorsi. Come superare tutto questo? Innanzitutto ponendo una definizione istituzionale di bacino di utenza congruo.

Inoltre l’istituzionalizzazione del Comitato di Rete di Bacino analizza le funzioni e l’epidemiologia concreta di bacino con l’istituzionalizzazione di mandati e progetti da condividere fra gli operatori su diversi fronti (Ospedale, Territorio, 118), secondo progettualità graduali adeguatamente incentivate e con risultati perseguibili.

La condivisione dei risultati, la verifica istituzionale degli indicatori e la disponibilità delle Istituzioni a semplificare la burocrazia, insieme all’interazione fra Comuni, Aziende Territoriali e Ospedali permetterebbero di realizzare una vera continuità socio-assistenziale (Case di Riposo, Centri di Riabilitazione, ecc.) definendo soglie e ambiti di competenza.



ORGANIZZAZIONE DELL' INFARTO MIocardICO ACUTO STEMI

Chairmen: G. Di Pasquale (Bologna), K. Fox (London, UK)

Relatori: M. Tubaro (Roma), N. Danchin (Parigi),

D. Dudek (Cracovia), D. Antoniucci (Firenze),

R. Ferrari (Ferrara)

Questo Simposio congiunto tra ANMCO ed ESC ha permesso di confrontare le diverse organizzazioni per la gestione dell'infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST (STEMI) in diverse nazioni europee, partendo dagli obiettivi dell'ESC e dalle politiche per migliorare lo stato attuale.

La riperfusione nello STEMI influenza favorevolmente la prognosi a breve e a lungo termine dei pazienti trattati. Ad oggi le tecniche di riperfusione non sono sufficientemente sviluppate in molte nazioni. È importante ricordare che la mancata riperfusione rappresenta un importante predittore di mortalità a breve e a lungo termine. Per questo la Policy Conference on Reperfusion Therapy ha cercato di identificare gli ostacoli che ne impediscono lo sviluppo e ha proposto soluzioni nuove per l'ottimizzazione del processo.

Dai registri abbiamo imparato alcune lezioni, in particolare che i pazienti valutati nella pratica clinica quotidiana sono diversi da quelli considerati nei trials clinici. Sono più vecchi, le donne sono in numero maggiore, sono più frequenti le condizioni cliniche più severe e le patologie concomitanti. L'implementazione della terapia riperfusiva sta aumentando e questo produce una significativa riduzione di mortalità. Esiste una grande variabilità di adesione alle linee guida in Europa, ma questo parametro è in miglioramento e ha comportato in generale una migliore prognosi dei pazienti.

I pazienti a più alto rischio sono quelli che beneficiano di più dei trattamenti di comprovata efficacia, quali la PCI e/o il trattamento trombolitico. Analizzando le barriere che ostacolano l'implementazione di queste terapie nella pratica clinica, appare evidente che esse sono presenti a tutti i livelli, professionale, organizzativo e sociale.

Gli obiettivi per la comunità cardiologica sono quelli di eseguire una terapia riperfusiva nel 75% dei casi, idealmente entro 3 ore dall'insorgenza dei sintomi mediante PCI primaria eseguita da personale esperto entro 90 (110) minuti dal primo contatto medico, attraverso una stretta collaborazione tra ospedali di diverso livello con l'utilizzo di protocolli condivisi (rete integrata), o mediante trombolisi, quando possibile eseguita anche in fase preospedaliera.

Per ridurre i ritardi, è raccomandata la registrazione e l'interpretazione dell'ECG entro 10' dall'arrivo in Pronto Soccorso di un paziente con dolore toracico in atto, mentre se il paziente chiede il soccorso mediante ambulanza l'ECG dovrà essere registrato in fase preospedaliera e trasmesso quindi all'UTIC, favorendo l'accesso diretto al laboratorio di emodinamica se indicato.

L'angioplastica primaria rappresenta la scelta da preferire nei centri ad alto volume (> 200 PCI/anno), con operatori esperti (> 75 PCI/anno/operatore), se fatta entro 90-110' tra 1° contatto medico e 1° gonfiaggio di pallone. Il trattamento trombolitico rappresenta comunque una scelta valida se la PCI non può essere eseguita nel tempo utile, ed è particolarmente efficace entro le prime tre ore dall'insorgenza dei sintomi.

Infine va incoraggiato il ricorso alla PCI rescue, in caso di fallimento della terapia trombolitica. Atti utili derivano dal controllo di qualità attraverso l'uso di indicatori (proporzione di strategia riperfusiva, ritardi pre ed intraospedalieri, mortalità a 30 giorni, prescrizione di farmaci), attraverso i registri, attraverso report e con campagne di informazione pubblica e il coinvolgimento delle autorità che gestiscono la salute pubblica, attraverso la rete integrata per la riperfusione.

È necessario anche il ricorso ad un solo numero telefonico (112 nella maggior parte dei paesi europei) valido in tutta Europa e all'invio di messaggi mirati a livello nazionale e regionale. La cura incentrata sul paziente rappresenta oggi la priorità, mediante un alto livello di cure in termini di sicurezza, di efficacia, e di efficienza. È necessario che ci siano appropriati livelli di incentivi per perseguire la qualità insieme a parametri di prognosi



Andreas Gruentzig che insegna tecniche di PTCA

misurabili per il paziente. Il meccanismo di valutazione deve assicurare la qualità delle cure basata sull'evidenza, secondo le linee guida definite. Anche il ruolo degli ospedali territoriali deve essere definito in modo tale da evitare un impatto negativo sull'accesso a prestazioni complesse. È importante inoltre eliminare le disparità dell'erogazione delle cure sanitarie necessarie in relazione al livello economico, sociale, culturale, razziale ed etnico dei pazienti.

In Francia, il sistema di emergenza è basato su una rete di medici organizzati su unità mobili di terapia intensiva (MICU) che permettono un'assistenza di primo livello nel contesto preospedaliero. Questo sistema esiste dal 1986 con un numero telefonico unico in tutta la nazione, con una organizzazione che segue i 'département' ed un centro di risposta centralizzato. Sono disponibili sul territorio circa 1000 MICU.

Il team è organizzato con 3 persone, un medico (anestesista o medico dell'emergenza), un infermiere, ed un autista che ha seguito un training nell'emergenza. Questo team permette di attuare assistenza critica sia sul luogo sia durante il trasporto. La gestione sulla scena da parte di questo team permette di identificare lo stato del paziente e dove indirizzarlo (quale ospedale, sala di emodinamica, terapia intensiva, terapia intensiva cardiologica).

La gestione dello STEMI in Francia, ha subito un'importante evoluzione dal 1995 al 2005. Negli ultimi 5 anni sono stati condotti 3 registri (USIK 1995, USIC 2000, FAST-MI) con inclusione di tutti i pazienti con STEMI ricoverati in UTIC, entro 48 ore dai sintomi.

I dati sono stati raccolti nel periodo di un mese. Si è os-

servato un declino della mortalità nel corso degli anni. Questa organizzazione ha comportato di ottenere un più precoce ricorso alla terapia ripercuzione. Comunque rimane ancora spazio per il miglioramento, con sforzi per ridurre i tempi al DEA.

I dati dell'Italia sono il frutto di un lavoro condotto dal GISE per la corretta identificazione delle caratteristiche strutturali e di know how che deve possedere un centro per la PCI primaria. Presupposti organizzativi: disporre di un sufficiente numero di medici e IP provider per un'attività diagnostica ed interventistica per un bacino d'utenza adeguata. Non è necessaria la diffusione indiscriminata di laboratori diagnostici improvvisati se mancano i presupposti logistici adeguati ma bensì la creazione di una rete integrata interospedaliera. La rete integrata è basata sul principio dell'intersectorialità che si attiva e mantiene la collaborazione tra aziende ospedaliere.

Quando una determinata soglia di complessità viene superata, la sede di assistenza viene trasferita da unità periferiche ad unità centrali (III o IV livello) e i terminali di accesso vengono distribuiti sui centri di riferimento per la gestione subacuta del paziente. Sulla base delle conclusioni emerse dal panel del GISE, il protocollo di indicazione e di trattamento farmacologico associato deve essere unico e condiviso tra i centri collegati ed è indispensabile un registro degli IMA ricoverati per la valutazione adeguata dell'attività svolta e degli esiti.

Per essere centro Hub è necessario avere un bacino d'utenza di almeno 400.000 abitanti. Sulla base del censimento GISE, i numeri delle emodinamiche e della popolazione sarebbero sufficienti per la formazione di un network efficiente sul territorio nazionale. Inoltre dai dati emerge che anche in simili condizioni logistiche ed economiche esistono delle importanti differenze tra le diverse aree. Anche il fattore umano potrebbe giocare un ruolo importante.

Le prospettive future, enunciate dal prof. Ferrari, hanno evidenziato che, oltre alla ripercuzione, la ricerca sta ampliando i propri sforzi verso le cellule staminali. Molta ricerca si sta conducendo ed i dati depongono per un miglioramento della perfusione miocardica ed un miglioramento della cinetica ventricolare con o senza un rimodellamento inverso.



CARDIOPATIE CONGENITE NELL'ADULTO

Moderatori: R. Calabrò (Napoli), G. Rigatelli (Rovigo)

Relatori: M. Bonvicini (Bologna), P.L. Festa (Massa),
M. Carminati (San Donato Milanese), G. Gargiulo (Bologna)

I cardiopatici congeniti adulti operati non sono attualmente un numero superiore a quelli di età pediatrica. Questo è dovuto ai notevoli progressi ed ottimi risultati della interventistica chirurgica e percutanea ottenuti nel trattamento palliativo o definitivo delle cardiopatie congenite in età pediatrica.

Il Simposio ha affrontato non solo gli aspetti epidemiologici ma anche quelli diagnostici e terapeutici in questo complesso campo della cardiologia.

Le cardiopatie congenite sono le malformazioni conge-

nite più frequenti (incidenza 8/1000). La sopravvivenza è progressivamente migliorata ed oltre il 90% di questi bambini raggiungono l'età adulta. Nel 1958 la mortalità era più alta nella fascia di età pediatrica mentre a partire dal 1986 la mortalità più alta si riscontra al di sopra dei 20 anni. In Olanda ci sono attualmente circa 25.000 pazienti GUCH (unità per le cardiopatie congenite in età adulta) ma solo 8.000 vengono seguiti abitualmente nei centri specializzati.

Nel Regno Unito, si stima che tali pazienti siano circa 250.000 di cui 1.600 nuovi ogni anno, e di questi 800 hanno necessità di essere seguiti in centri specializzati. La consapevolezza delle dimensioni del problema GUCH è andata via via crescendo infatti dal 1994: l'ESC riconosce la necessità di specialisti dedicati e dal 1996 sono state stilate le linee-guida della Canadian Cardio-



Lo staff ANMCO, Centro Studi e HCF



vascular Society e nel 2004 quelle della ESC.

In Italia si stima che gli adulti con cardiopatie congenite di varia complessità siano circa 150.000 con un tasso di crescita del 5% annuo. Le componenti chiave dell'approccio alla cura del paziente GUCH sono rappresentate dall'identificazione ed educazione del paziente, sviluppo di una rete tra centri specializzati e territorio, organizzazione della diagnosi e cura ed identificazione dei fattori di rischio prognostici ed alla formazione di specialisti dedicati.

Una importante criticità è dovuta alla mancanza di controlli regolari in età adulta correlata alla carenza di centri dedicati e alla non conoscenza da parte del paziente e di molti operatori sanitari dei benefici di un corretto follow-up. Solo il 37-47% dei pazienti hanno una transizione efficace tra Cardiologo Pediatra e specialista GUCH ed il 27% non effettua controlli dopo i 18 anni di età. Per quanto riguarda il follow-up, in base ai dati del Centro per le cardiopatie congenite nell'adulto di Monaco (Germania) più del 68% dei pazienti con diagnosticati o trattati in tale sede non ha visite di follow-up regolari (nessun controllo negli ultimi 5 anni).

Dei pazienti che ricevevano un follow-up: il 25% sono seguiti dal medico curante, il 42% seguiti da medico internista, il 16% seguiti da un cardiologo, il 9% seguiti da un cardiologo pediatra, e solo l'8% da uno specialista in GUCH.

I pazienti non seguiti da centro GUCH hanno comunque una prognosi peggiore.

Le competenze necessarie di un centro GUCH ideale dovrebbero essere: Eco 2D e TEE, Laboratorio di emodinamica (diagnosi e terapia), TAC e RMN, CPET, SEF, Cardiochirurgia del GUCH, Trapianto cardiaco, Centro per l'ipertensione polmonare, Supporto psicologico, Anestesia/rianimazione.

Dovrebbero essere disponibili specialisti focalizzati sulle specifiche problematiche relative alle seguenti aree: Ginecologia/diagnostica prenatale, Ematologia, Chirurgia generale, Genetica medica, Nefrologia, Ortopedia. Anche le problematiche della Contraccezione, Gravidanza e del Counselling rappresentano un'importante sfera di interesse.

Per esempio la maggior parte delle pazienti GUCH raggiungono l'età fertile per cui si pone la problematica del-

la maternità. Alcune cardiopatie congenite controindicano la gravidanza per cui è necessaria una corretta contraccezione.

Un approccio psicologico adeguato e un counselling genetico è necessario poiché i pazienti con cardiopatia congenita hanno un aumentato rischio di ricorrenza della cardiopatia, specialmente se geneticamente determinata (50% Di George). La gestione delle gravidanze a rischio comprende l'analisi dei fattori di rischio materni: quali la classe NYHA > II, lo scompenso, aritmie, l'ostruzione del cuore sinistro, la funzione ventricolare < 40%.

Ed ancora le aritmie sono un problema clinico maggiore, in quanto ne possono essere interessati fino al 50% ed includono TV, TSV, FA e bradicardie. Il Substrato differente presuppone un trattamento diverso rispetto all'adulto senza Cardiopatia Congenita. Pacing, defibrillazione e risincronizzazione non sono infrequenti ma spesso richiedono approcci sofisticati (imaging e mapping 3D simultaneo).

Molti pazienti hanno sequele che aumentano di incidenza negli anni quali la morte improvvisa, la disfunzione ventricolare e valvolare, la trombosi/ictus, l'ipertensione polmonare, l'endocardite, la durata del materiale protesico o PM, alcune sindromi (Down) si associano a problematiche mediche varie e progressive.

Gli eventi non-cardiaci (gravidanza, chirurgia generale)

richiedono particolare attenzione ed organizzazione.

Per la peculiare anatomia e fisiopatologia (nativa e post-chirurgica) che presentano questi pazienti risulta di particolare interesse il contributo dato ai fini diagnostici e terapeutici dalle più sofisticate metodiche diagnostiche quali l'Eco 3D, la TAC, la RM .

L'interventistica percutanea può essere riservata sia ad alcune cardiopatie congenite in storia naturale (ad esempio DIA, PFO) sia ai pazienti operati con sequele post-chirurgiche. Questa gioca un ruolo importante ad esempio nel trattamento della stenosi valvolare polmonare ove indicazioni e risultati sono sovrapponibili a quelli chirurgici per cui attualmente è la procedura di prima scelta. Mentre la valvuloplastica percutanea nella stenosi valvolare aortica è indicata solo in rari casi nell'adolescente o nel giovane adulto.

Oggi il trattamento di scelta per la coartazione e ricoartazione aortica come per la stenosi dei rami polmonari è lo stentino.

La chiusura percutanea del Dottor di Botallo e dei difetti settali vengono eseguiti nella maggioranza dei casi per via percutanea sia in età adulta che pediatrica.

Un diverso ruolo gioca invece la terapia chirurgica nel congenito adulto.

L'evoluzione della cardiocirurgia pediatrica con l'attuazione di interventi correttivi in età sempre più precoce comporta inevitabilmente la creazione di un nuovo

	Eco 3D	TAC	RMN
Valvole: morfologia/dinamica	+++	-	++
Quantificazione rigurgito	++	-	++
Funzione Ventricolo Sinistro	+++	-	+++
Funzione Ventricolo destro	+	-	+++
Vitalità miocardica	++	-	+++
Coronarie	+	+++	++
Setto interventricolare	+++	-	++
Setto interatriale	+++	-	++
Calcolo delle portate (shunt)	+	-	+++
Vie aeree	-	+++	+
Anatomia intracardiaca	++	-	+++
Anatomia vasi mediastinici	-	+++	+++

Tabella 1 - Appropriatezza dell'Eco 3D, TAC e RM nella diagnostica delle Cardiopatie Congenite

scenario nella tipologia delle sequele chirurgiche da trattare.

Tra i pazienti con cardiopatie congenite 1/5 dei pazienti necessitano di intervento chirurgico.

Il profilo chirurgico dei pazienti GUCH è cambiato nel tempo. Attualmente il 60% dei pazienti adulti con cardiopatie gravi in genere vengono sottoposti ad interventi complessi. Il rischio chirurgico nell'adulto è aumentato rispetto alle correzioni fatte nell'infanzia ed è proporzionale al numero di reinterventi, all'età ed esiste una maggior incidenza di aritmie post-operatorie, di sanguinamento, di depressione psichica. I risultati dipendono dal tipo di cardiopatia, dai reinterventi, dalla cianosi e dalla completezza della Diagnosi (Eco TT e TEE, Cateterismo cardiaco e procedure interventistiche, RMN, TAC, Holter, Exercise testing).

La chirurgia nei pazienti GUCH non solo è proponibile ma deve essere una opzione non differibile nel tempo.

Nei centri di Cardiochirurgia non selezionati possono essere operati i pazienti con cardiopatia congenita semplice non complicata.

Attualmente le cardiopatie congenite più frequenti in età adulta sono quelle senza cianosi con shunt sx-dx (DIA, DIV, Dotto); le Cardiopatie con ostruzione all'efflusso (CoA, Stenosi sub-Ao, Stenosi efflusso dx); Cardiopatie con cianosi (Tetralogia di Fallot, Malformazioni complesse); Cuori univentricolari; Trasposizione dei grossi vasi; DIV più Stenosi polmonare.

La chirurgia nei pazienti GUCH deve essere considerata necessaria e utile, in quanto modifica la storia naturale della cardiopatia congenita, migliora le condizioni cliniche e lo stato psico-fisico del paziente, e deve essere effettuata in Centri dedicati dove esiste una stretta collaborazione tra diverse figure professionali.

Nessun centro possiede da solo dati a sufficienza per tracciare con completezza la storia naturale/innaturale di alcune cardiopatie congenite. Una possibile soluzione organizzativa del problema potrebbe essere la istituzione di centri GUCH ogni 5-10 milioni di abitanti facendo in modo che sia i pazienti che i loro medici curanti possano accedervi facilmente e costituire una rete nazionale ed incoraggiare la cooperazione.

Assemblea Generale Soci ANMCO

Firenze – Venerdì 2 giugno 2006

Prolusione del Presidente dell'Assemblea Dott. Giuseppe Pinelli

Apro la XXXVII Assemblea annuale dei Soci che rappresenta il momento più alto della vita partecipativa dell'Associazione, occasione di confronto vero, democratico su ciò che si è fatto al termine del mandato biennale 2004-2006. È tradizione come da norme statutarie che in tale occasione venga esposto un bilancio delle attività svolte, dei progressi conseguiti e delle realizzazioni concrete coerentemente agli obiettivi del programma di mandato, ma anche esprimere, con l'onestà intellettuale che ci ha sempre contraddistinto, le difficoltà ed i problemi rimasti sul terreno, utili elementi di riflessione per il futuro Direttivo.

Non è mio compito entrare nel merito delle questioni che saranno oggetto di dibattito nell'Assemblea Generale, tuttavia consentitemi di esprimere il più alto apprezzamento per il lavoro svolto dal Direttivo uscente che ha saputo coniugare l'esigenza di sviluppo culturale scientifico ed organizzativo dell'Associazione con quella di affrontare con tempestività ed efficacia le questioni pratiche che ogni giorno si presentano nella vita dell'Associazione.

In questo contesto la Presidenza di Di Pasquale ha assunto un ruolo determinante che sarà ricordato a lungo con gratitudine ed affetto per lo straordinario impegno e la dedizione profusi, sacrificando ogni ora della sua vita privata nel mettersi a disposizione dell'Associazione; ciò che viene definito lo spirito di servizio che nulla chiede in cambio ma che tutto dà per il bene comune.

Sarebbe ingrato non ricordare lo splendido lavoro svolto dallo staff del personale tecnico-amministrativo dell'ANMCO che ha garantito quella continuità di azione indispensabile alla vita dell'Associazione.

Di Pasquale ha raccolto una pesante eredità e lascia un gruppo di persone motivato ed omogeneo, strumento utilissimo a disposizione del prossimo Direttivo.

Di tutto ciò e di tante altre importanti realizzazioni gli dovremmo essere sempre grati.

24 SETTEMBRE 2006. CARDIOLOGIE APERTE MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE!



Anche quest'anno, domenica 24 settembre, le Cardiologie di tutta Italia rimarranno aperte ai cittadini per permettere una visita alle strutture e una illustrazione, da parte dei Cardiologi, di tutte quelle attrezzature necessarie per una diagnostica completa ed accurata e per una assistenza indispensabile come salva vita. L'anno scorso, sempre in occasione della giornata "CARDIOLOGIE APERTE", è stato introdotto il concetto del contrATTACCO CARDIACO.

L'iniziativa ha avuto un notevole successo ed è stata finalizzata soprattutto al tentativo di "Ridurre il Ritardo Decisionale nell'Attacco Cardiaco", partendo dalla consapevolezza che soltanto il ricorso tempestivo al Sistema di Emergenza Medica (118) permette di ridurre la mortalità prima dell'arrivo in ospedale e il più rapido intervento, indispensabile per limitare i danni conseguenti all'infarto.

Uno degli obiettivi principali del contrATTACCO CARDIACO è quello di confermare quanto sia importante la sensibilizzazione sociale e l'informazione per istruire la popolazione sul comportamento da adottare per ridurre i tempi di intervento in presenza di segni di attacco cardiaco.

Quest'anno il tema è diverso: "MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE" ed è orientato al tentativo di continuare a mantenere, con il

trascorrere degli anni, un cuore giovane attraverso uno stile di vita corretto e aderente soprattutto a una sana e razionale alimentazione e a una particolare attenzione all'identificazione e alla correzione dei fattori di rischio, sia genetici che acquisiti.

Oltre agli opuscoli educazionali, già divulgati nelle edizioni precedenti, è stato preparato un nuovo pieghevole dedicato proprio ai consigli utili per continuare a rimanere giovani, almeno con il cuore, cercando di smentire chi afferma che il segreto dell'eterna giovinezza sta nel continuare a perpetrare le trasgressioni abituali.

Un'altra novità di "CARDIOLOGIE APERTE 2006" è

quella di coinvolgere nell'iniziativa i Medici di Medicina Generale, i quali, proprio nel campo della prevenzione, sono i referenti principali sia per i cittadini che per i cardiologi.

Proprio nel convincimento di questa realtà, in occasione dell'ultimo Congresso Nazionale dell'ANMCO è stato indetto un simposio sulla sinergia che dovrebbe esistere tra cardiologo e medico generalista nel campo della prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Il titolo del Simposio è stato "Un'alleanza forte per il cittadino: l'Interazione tra il Medico di Medicina Generale e la Fondazione per la Lotta alle Malattie Cardio-

"Mantieni giovane il tuo cuore"
La Salute in una società che invecchia

Mantieni il tuo cuore giovane

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!

progetto Tuttocuore

Heart Care Foundation
O.N.I.I.T.A.

vascolari” e vi hanno partecipato Medici provenienti da tutta Italia.

Uno dei settori di incontro tra Medici di Medicina Generale e Cardiologi è, senza dubbio, costituito dalla prevenzione delle malattie cardiovascolari, e, soprattutto, della malattia aterosclerotica coronarica.

L'esigenza dell'alleanza tra cardiologi e medici di medicina generale è andata crescendo negli ultimi anni insieme con la necessità di affrontare con una visione unitaria sia il problema della prevenzione secondaria del paziente con cardiopatia ischemica, che quello del corretto approccio al soggetto esente da malattia coronarica ma ad alto rischio di eventi.

Come anche testimoniato in modo evidente dai dati presentati in proposito in occasione della “III Conferenza sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari”, organizzata di recente dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'ANMCO, è noto da molti anni che la cardiopatia ischemica e l'ictus rappresentano la prima causa di morte in Italia come negli altri Paesi industrializzati.

Diversi fattori, infatti, facilmente misurabili nelle popolazioni, aumentano nella persona il rischio di sviluppare la malattia dando un contributo sostanziale alla morbilità e alla mortalità cardiovascolari; in particolare, a differenza di familiarità, età e sesso (non modificabili), abitudine al fumo di sigaretta, ridotta tolleranza ai carboidrati e diabete mellito, obesità, dislipidemie, ipertensione arteriosa, basso consumo di frutta e verdura,

abuso di alcool e sedentarietà sono tutti fattori che possono essere corretti.

La probabilità che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei livelli dei suoi fattori di rischio e costituisce il rischio cardiovascolare assoluto globale, un potente indicatore di salute.

Il percorso verso una prevenzione cardiovascolare efficace passa, dunque, attraverso un adeguato sistema di monitoraggio dei fattori di rischio del paziente.

In tale processo è di fondamentale importanza il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale che, in collaborazione con il Cardiologo, svolga un'efficace azione di informazione sui fattori di rischio ed applichi nella pratica quotidiana un corretto approccio diagnostico-terapeutico al rischio cardiovascolare.

Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri - Heart Care Foundation e Medici Generalisti devono pertanto trovare un punto di incontro e di stretta collaborazione nell'intento di realizzare una prevenzione cardiovascolare corretta ed efficace tra educazione sanitaria e linee guida.

Tutte queste considerazioni, peraltro di pubblico dominio ma scarsamente applicate, hanno indotto HCF a consigliare “MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE”. Consiglio e norme necessarie che i Cardiologi Ospedalieri Italiani divulgheranno a tutti coloro che il 24 settembre andranno a visitare le CARDIOLOGIE APERTE. Manifestazione che quest'anno coincide con la Giornata Mondiale del Cuore.

DI ROBERTO RICCI

I NUOVI OPUSCOLI DELL'HEART CARE FOUNDATION

I nuovi opuscoli educativi elaborati quest'anno da HCF e distribuiti alle Cardiologie aderenti alla Campagna Nazionale “Cardiologie Aperte” 2006 sono: “Mantieni giovane il tuo cuore”, “Scompenso: istruzioni per l'uso”, “La fibrillazione atriale”, “Dopo un infarto” e si aggiungono a quelli distribuiti nel 2005 “Muoviamoci di più”, “Mangiare Sano”, “Parliamo di fumo” e “Contrattacco Cardiaco”.

Come è avvenuto per “Contrattacco Cardiaco”, anche quest'anno si è scelto di realizzare un opuscolo educativo incentrato sul tema della Campagna di Cardiologie Aperte: “Mantieni giovane il tuo cuore”.



“Dopo un infarto”

Alcuni consigli per vivere bene




Aver avuto un infarto non significa essere un invalido: dopo poche settimane la maggior parte dei pazienti riprende una vita normale.

Heart Care Foundation
O.N.L.U.S.
progetto Tuttocuore

“La fibrillazione atriale”

Nel nostro cuore è contenuto un vero e proprio impianto elettrico...




La fibrillazione atriale è di gran lunga la più frequente delle aritmie cardiache. In genere non è un'aritmia che mette a rischio la vita: si potrebbe paragonare ad una automobile, che, normalmente dotata di 4 cilindri, funziona con 3 soli.

Heart Care Foundation
O.N.L.U.S.
progetto Tuttocuore

“Scompenso cardiaco: istruzioni per l'uso”

Essere correttamente informati è uno dei primi strumenti a nostra disposizione.



Fortunatamente lo scompenso può essere prevenuto e trattato: essere correttamente informati è uno dei primi strumenti a nostra disposizione. Una serie di semplici regole ed accorgimenti aiuteranno a stabilizzare la malattia e a migliorare la qualità di vita.

Heart Care Foundation
O.N.L.U.S.
progetto Tuttocuore

Partendo dalla constatazione che le malattie cardiovascolari sono in costante aumento soprattutto negli ultrasessantacinquenni, e che oltre ad avere un importante impatto sulla qualità di vita, comportano elevati costi sia in termini umani che economici, con “Mantieni giovane il tuo cuore” si sono voluti sensibilizzare i lettori, anche se anziani, a mettere in atto le misure di prevenzione cardiovascolare raccomandate.

La prevenzione è infatti la chiave di volta anche nell'anziano e considerare le malattie dell'anziano come conseguenza dell'età e non suscettibili di cure efficaci è soltanto un pregiudizio. La vecchiaia non è una malattia. Nell'opuscolo vengono fornite, inoltre, risposte a domande frequentemente poste dagli anziani, nonché suggerimenti utili per un mantenersi quanto più possibile attivi.

Gli argomenti degli altri tre opuscoli sono stati, invece, selezionati sulla base delle più frequenti richieste di informazioni da parte dei cittadini partecipanti alle precedenti edizioni di Cardiologie Aperte. Per l'importan-

za dei temi trattati, è verosimile che questi opuscoli saranno di ausilio anche per la quotidiana attività di informazione e counseling nei nostri reparti e ambulatori.

La scelta di mantenere lo stesso formato e grafica dei precedenti opuscoli, è stata basata, innanzitutto sul gradimento manifestato dai lettori e in secondo luogo sulla convinzione che la presentazione di argomenti differenti in opuscoli strutturati secondo una stessa linea editoriale possa rafforzare il concetto della molteplicità degli interventi di prevenzione primaria e secondaria necessari per raggiungere lo stesso scopo e cioè ridurre il rischio cardiovascolare e promuovere la salute del cuore. Tutti gli opuscoli HCF possono essere visionati dalla homepage di tuttocuore.it, cliccando sul link *opuscoli educazionali HCF*.

Un ringraziamento particolare agli Autori per il prezioso lavoro svolto e alle Aree Emergenza-Urgenza, Aritmie e Scompenso per la collaborazione prestata nella stesura e revisione degli opuscoli.



NELLA GIORNATA MONDIALE DEL CUORE



WORLD HEART FEDERATION*

24 Settembre 2006

3ª 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

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?

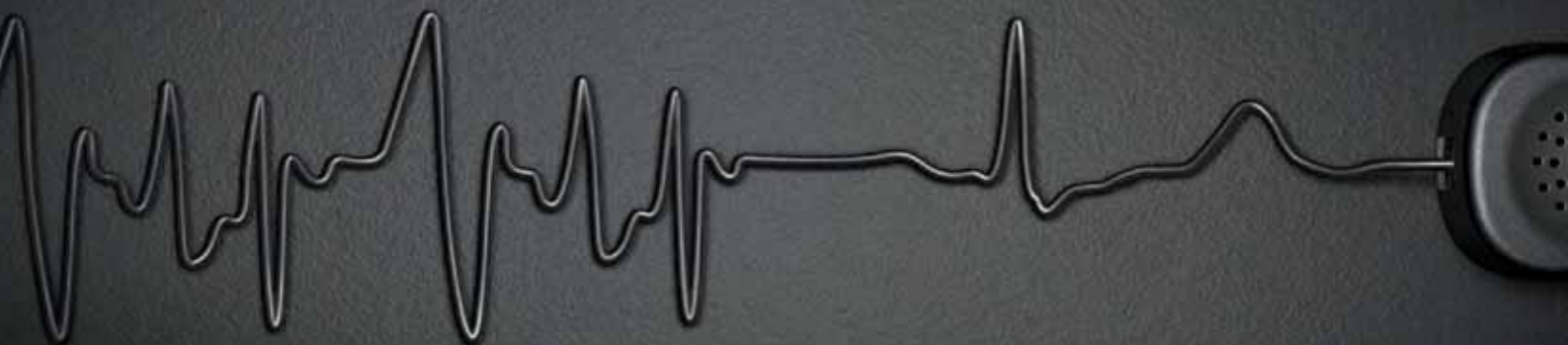
Se ci vieni a trovare Domenica 24 Settembre 2006 possiamo scoprirlo insieme!

www.tuttocuore.it

Realizzato con la collaborazione di



A volte, la vita è appesa a un filo.



Dolori al torace e fiato corto sono i primi sintomi di un attacco cardiaco. Se li avverti, telefona subito al 118. Il numero nazionale di pronto intervento che, chiamato rapidamente, può salvarti la vita.

Per maggiori informazioni: www.tuttocuore.it · www.heartcarefound.org · 055-575661



O.N.L.U.S.

**Heart
Care
Foundation**

Fondazione Italiana per la Lotta
alle Malattie Cardiovascolari



PUBBLICITA'
P
PROGRESSO

Fondazione per la
Comunicazione Sociale

RICERCA E QUALITÀ: CON QUALI METODI SI QUALIFICANO E SI SELEZIONANO I CENTRI PARTECIPANTI AGLI STUDI CLINICI ANMCO/HCF?

Quali Centri invitare ai progetti di ricerca promossi dalla Heart Care Foundation e dall'ANMCO? Come muoversi per essere trasparenti in questa decisione? Gli equilibri geo-politici devono essere presi in considerazione? Se un Centro si propone spontaneamente, dobbiamo accoglierlo a braccia aperte? Si deve tener conto del rendimento passato dei Centri? E se sì, solo per Studi nello stesso ambito clinico o prendendo in considerazione il rendimento del Centro in tutti gli ambiti clinici?

Questi sono i quesiti che si sono presentati e si presentano, ogni qualvolta HCF/ANMCO iniziano le attività operative di uno studio clinico, ai vari organi dirigenti (Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale ANMCO, Steering Committee dello Studio), fermo restando che:

- una selezione forzata è dettata dalla tipologia di pazienti che si intendono arruolare (uno studio che prevede pazienti ricoverati dovrà necessariamente essere svolto da reparti con posti letto);
- per alcuni studi non si effettua nessuna selezione ma si invitano tutti i Centri a partecipare (per esempio GISSI-HF).

Se pur già da qualche anno si cercassero metodi e criteri il più possibile trasparenti ed imparziali (addirittura in alcuni casi gli inviti erano stati fatti in base al rendimento in studi analoghi, come è stato fatto per il BRING-UP 2, in cui ci si è basati sul comportamento dei Centri nel BRING-UP), mancava ancora un metodo uniforme e delle regole certe da adottare in tutte le situazioni.

Lo stimolo decisivo in questo senso è giunto dal processo di Certificazione di Qualità per la sua attività di ricerca che Heart Care Foundation ha intrapreso e conseguito nel 2005 (Certificazione UNI EN ISO 9001-2000 Cermet n° 5259-A del 22/12/2005), quando l'ente certificatore ci ha caldamente incoraggiato a percorrere questa strada, in quanto i Centri partecipanti ai nostri stu-

di sono un elemento fondamentale per il buon esito degli stessi. Dunque determinare dei criteri di qualifica per la partecipazione è diventato imprescindibile.

Sono state pertanto definite una serie di regole che tengono conto sia della quantità che della qualità del lavoro svolto, cercando sempre di dare un'occasione di miglioramento a chi non ha dimostrato una elevata qualità in studi precedenti e di partecipazione a chi non ha mai collaborato ai nostri studi.

Sono stati individuati 5 ambiti clinici principali:

1. Scopenso Cardiaco
2. Sindromi Coronariche Acute
3. Aritmie
4. Prevenzione (primaria e secondaria)
5. Tutti gli altri ambiti clinici.

Si è stabilito che il punteggio è calcolato sulla base del rendimento dimostrato in studi condotti nell'anno precedente a quello in corso. Il punteggio viene definito nel corso del mese di aprile. Per esempio, nel mese di aprile 2007 si valuterà il punteggio relativo alle attività del 2006.

Per ciascuno studio cui partecipa un Centro, il punteggio viene assegnato in base a 7 indicatori, ciascuno dei quali può assumere valori da 0 a 10.

I 7 indicatori sono:

1. Distanza tra attivazione del centro ed arruolamento del primo paziente
2. Percentuale di pazienti/mese arruolati rispetto a quanto previsto dal protocollo
3. Numero di visite effettuate rispetto a quelle previste
4. Distanza tra data prevista e data effettiva per le visite
5. Percentuale di richieste di correzioni per dati incompleti e/o incongruenti
6. Tempo occorso per evadere le richieste di correzioni
7. Punteggio ottenuto nel corso dell'ultima visita di monitoraggio.

Il punteggio del Centro nello studio si ottiene come me-

dia aritmetica della somma dei punti ottenuti diviso il numero degli indicatori applicabili per quel particolare studio. Il punteggio per ciascun ambito clinico si ottiene nuovamente come media aritmetica dei punteggi ottenuti dal Centro negli studi di cui ha partecipato per quel settore. Il punteggio complessivo è ancora la media aritmetica dei vari ambiti.

Il punteggio di un Centro per un certo anno in un ambito clinico sarà valido fino all'assegnazione di un nuovo punteggio (p.e.: se un centro consegue 8.4 per Scompenso nel 2005 fino a che non prenderà parte ad un nuovo studio ANMCO/HCF sullo scompenso continuerà a valere 8.4).

In base al punteggio ottenuto l'anno precedente gli inviti agli studi condotti in un certo ambito clinico saranno fatti secondo i seguenti criteri:

- 70-80% dei Centri in base alla classifica di merito
- 8-15% attingendo da coloro che non hanno ancora un punteggio assegnato
- 8-15% attingendo da coloro che non hanno ottenuto un elevato punteggio
- 0-10% da eventuali adesioni spontanee.

Questi criteri sono stati scelti per fare in modo di avere uno zoccolo duro di Centri di buon rendimento che faccia da traino per lo studio clinico e permetta a chi non ha lavorato adeguatamente nel passato di avere una nuova opportunità di partecipazione ed a chi non ha mai lavorato in nostri progetti di cominciare a farlo.

Per produrre la lista definitiva dei Centri partecipanti, è poi determinante il contributo dei:

- Presidenti Regionali ANMCO, che conoscono le realtà locali, e ai quali viene inviata la lista provvisoria dei Centri selezionati per un parere
- Membri dello Steering Committee dello Studio, composto da esperti nella materia oggetto di ricerca.

Non esiste un punteggio minimo per la partecipazione a



Diego Rivera, *La castaneda*, 1904

uno studio, nella speranza che questo meccanismo innesci un circolo virtuoso che porti a un miglioramento del livello di collaborazione ai nostri progetti di ricerca, condizione indispensabile perché si possa mantenere elevata la qualità dei dati prodotti aumentando la probabilità di ottenere risorse per nuovi studi clinici indipendenti, promossi dalla nostra Associazione.

EPIDEMIOLOGIA DELLE INCERTEZZE: UNA COLLABORAZIONE DI LAVORO CON IL GRUPPO "ANMCO GIOVANI"



La ricerca clinica in ambito cardiovascolare, nel nostro Paese e anche internazionalmente, è sempre più focalizzata allo sviluppo di ipotesi terapeutiche, in qualche caso innovative, in molti casi ripetitive, quasi invariabilmente focalizzate all'effetto di uno specifico farmaco o di un device sui quali esistono forti interessi economici. La ricerca indipendente che pone al centro dell'interesse un problema clinico è una sostanziale rarità. La presenza, in Italia, di un osservatorio sui progetti di ricerca iniziati a partire dal 2000 consente di confermare che la stragrande maggioranza delle sperimentazioni (circa l'85%) ha uno sponsor profit, e che i progetti su farmaci "me-too" e di ipotesi di "non-inferiorità" costituiscono una proporzione rilevante delle ricerche proposte. Il rimettere al centro dell'interesse della ricerca i problemi clinici costituisce, secondo me, una priorità assoluta nella politica di ricerca di una Società Scientifica.

Da queste considerazioni nasce la mia proposta ai Giovani ANMCO di disegnare un percorso di ricerca che:

- parta dalla attività clinica di tutti i giorni al letto del malato;
- si sviluppi attraverso (a) una fase di approfondimento delle conoscenze disponibili, (b) una discussione sulle metodologie necessarie per disegnare un progetto di ricerca;
- si concluda con il disegno di uno studio clinico (e magari la conduzione, se il progetto è così interessante da trovare le risorse necessarie per poter essere svolto).

Abbiamo deciso di chiamare questa iniziativa "Epidemiologia delle incertezze".

Le incertezze nell'ambito delle decisioni cliniche di ogni tipo sono un problema quotidiano, con il quale bisogna organizzarsi a convivere gestendolo al meglio delle conoscenze e cercando di creare nuova conoscenza per li-

mitare la eterogeneità/arbitrarietà dei comportamenti medici che inevitabilmente si accompagnano a decisioni che non possono basarsi su evidenze solide, già disponibili nell'ambito del sapere medico.

Nel concreto, lo sviluppo di questo percorso parte dalla individuazione di problemi clinici, di tipo diagnostico/terapeutico o di inquadramento prognostico, che nascono nella pratica clinica di tutti i giorni là dove opera il Cardiologo, la Unità Coronarica, l'ambulatorio di Cardiologia, la sala di emodinamica, il laboratorio di elettrofisiologia, ecc. Si tratta in sostanza di individuare e definire domande cliniche per le quali esiste una chiara "incertezza" nei comportamenti medici.



David Alfaro Siqueiros, *La marcia dell'umanità*, 1965



Diego Rivera, Vista di Toledo, 1912

Queste “incertezze” saranno l’oggetto di un approfondimento di quanto esiste in letteratura sull’argomento, per cercare di stabilire quanto l’incertezza può dipendere da scarsa conoscenza o da una reale mancanza di evidenze. Le “incertezze”, giudicate più rilevanti dal punto di vista clinico e confermate esserlo dopo una analisi sistematica della letteratura scientifica, potranno essere l’oggetto della costruzione di un protocollo di ricerca, occasione concreta per discutere ed approfondire anche tematiche di metodologia della ricerca.

Essendo questa idea forse troppo ambiziosa, la proposta è stata quella di provare a svilupparla dentro il contesto della iniziativa “Giovani ANMCO”, sperando che l’entusiasmo possa in qualche modo sopperire alla difficoltà di realizzazione.

Si parte con un esperimento pilota: una serie di riunioni

rivolte ai giovani cardiologi, ma aperte a chiunque voglia partecipare, in cui si cercherà di valutare nel concreto se l’idea di definire nuove ipotesi di ricerca a partire dalla pratica clinica è, in qualche modo, realizzabile.

Nel riquadro trovate le date, le sedi delle prime riunioni e i primi argomenti di discussione. Le altre aree d’Italia saranno coperte a partire dall’inizio del prossimo anno. L’invito a partecipare sarà direttamente rivolto a giovani cardiologi con un’età inferiore ai 40 anni. Le riunioni saranno però aperte a tutti quanti vogliano portare la loro esperienza nella discussione di problemi che il gruppo Giovani ANMCO, proprio per dare concretezza all’iniziativa, hanno iniziato a individuare.

Primi argomenti da discutere

1. Early invasive strategy nei pazienti ultraottantenni - Utilizzo degli antiaggreganti, anticoagulanti, fibrinolitici. (Gruppo A)
2. L’uso dei beta-bloccanti nei soggetti con cardiopatia associata a BPCO. (Gruppo A)
3. Trattamento della stenosi aortica asintomatica. (Gruppo B)
4. Vitalità miocardica e prognosi. (Gruppo B)
5. Inotropi nella grave disfunzione ventricolare sinistra post infartuale. (Gruppo C)
6. Utilizzo dei diuretici ad alto dosaggio nello scompenso cardiaco acuto. (Gruppo C)
7. Utilizzo dei diuretici nello scompenso cardiaco cronico. (Gruppo C)

Riunioni con data e sede definitive

DATA	ORARIO	SEDE	CITTÀ	GRUPPO
5 ottobre 2006	14.00-17.30	Sede ANMCO	Firenze	B
9 ottobre 2006	14.00-17.30	Ospedale Monaldi	Napoli	C
10 Ottobre 2006	14.00-17.30	Az. Osp. Mater Domini	Catanzaro	C
16 ottobre 2006	14.00-17.30	Ospedale G. Fra Castoro	San Bonifacio	A

Riunioni con data e sede non definitive

DATA	ORARIO	CITTÀ	GRUPPO
Ottobre 2006	14.00-17.30	Genova	A

Sedi previste per l’anno 2007: Milano, Torino, Cagliari, Palermo, Bari

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), Ugolino Livi (Udine), Maurizio Gentile (Pedara - CT), Luigi Martinelli (Genova)
Consulenti: Alessandro Mazzola (Teramo), Alessandro Pardini (Terni)
www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica

AREA EMERGENZA-URGENZA

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

Coordinatori: Antonio Di Chiara (Udine), Gianfranco Mazzotta (Genova)
Per l'aritmologia: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Per la cardiologia nucleare: Marco Mazzanti (Ancona)
Per l'ecocardiografia: Luigi Badano (Udine)
Per l'emodinamica: Leonardo Paloscia (Pescara)
Per l'ergometria: Roberto Tramarin (Pavia)
Per la prevenzione: Sergio Pede (San Pietro Vernotico - BR)
Per la risonanza magnetica: Peter Knoll (Bolzano)
Per le SCA: Francesco Chiarella (Pietra Ligure - SV)
www.anmco.it/aree/elenco/informatica

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

MANAGEMENT & QUALITÀ

DI VINCENZO CIRRINCIONE E SERGIO PEDE

Il Volume "Appropriatezza in cardiologia:
percorsi pratici"

Un concreto strumento per il Governo Clinico

Secondo Robert Brook, iniziatore degli studi di appropriatezza, "È appropriata quella prestazione per cui i benefici per il paziente superano i rischi in misura tale da giustificare l'erogazione".

Riportata ai giorni nostri, questa definizione, formulata nel 1994, significa che un intervento sanitario, di ordine diagnostico e/o terapeutico, per risultare appropriato deve:

- avere efficacia clinica scientificamente provata;
- produrre benefici sicuramente maggiori di eventuali effetti negativi;
- essere fornito da un operatore sanitario con adeguata competenza nello specifico settore;
- essere eseguito in una struttura organizzativamente adeguata;
- essere erogato in tempi adeguati;
- indurre una spesa socialmente accettabile rispetto alle risorse disponibili;
- avere quindi un favorevole rapporto costo/efficacia;
- essere accessibile a tutti.

Come trasferire tutto ciò nella pratica clinica delle Malattie Cardiovascolari?

Per dare un riscontro pratico a questa esigenza è nato il Volume "Appropriatezza in cardiologia: percorsi pratici".

L'iniziativa nasce da una proposta fatta dal Dott. Walter Martiny a Enzo Cirrincione, Chairman dell'Area Management & Qualità, durante il Congresso ANMCO del 2005.

Il "fiuto" dell'esperto editore e la storica esperienza editoriale dell'Area costituiscono solide basi per progettare il lavoro; il Comitato di

Coordinamento dell'Area e i Referenti del Centro Scientifico Editore, in particolare la Dott.ssa Claudia Del Monte, individuano tempi e modi per realizzare il Volume in modo da poterlo presentare in occasione del Congresso ANMCO 2006.

L'operazione è riuscita!



Grace Jones (1984), di Robert Mapplethorpe

In circa 430 pagine vengono presentati, preceduti da importanti note concettuali, metodologiche e organizzative, i percorsi diagnostico-terapeutici più comuni relativi a soggetti con sospetto di malattia cardiovascolare, a soggetti a rischio di malattia cardiovascolare e a soggetti con patologia cardiovascolare nota.

Il sommario del Volume è uno schema indicativo dei contenuti:

Capitolo 1 - Il concetto di appropriatezza

Capitolo 2 - Gli strumenti dell'appropriatezza: le reti assistenziali

Capitolo 3 - Appropriatezza e liste di attesa

Capitolo 4 - Il ruolo della ricerca di outcome nell'implementazione dell'appropriatezza

PARTE I

PAZIENTE "DE NOVO"

Capitolo 5 - Dolore toracico

Capitolo 6 - Dispnea

Capitolo 7 - Palpitazioni e perdita di coscienza

PARTE II

PAZIENTE A RISCHIO

(RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE)

Capitolo 8 - Il soggetto a rischio di malattie cardiovascolari

PARTE III

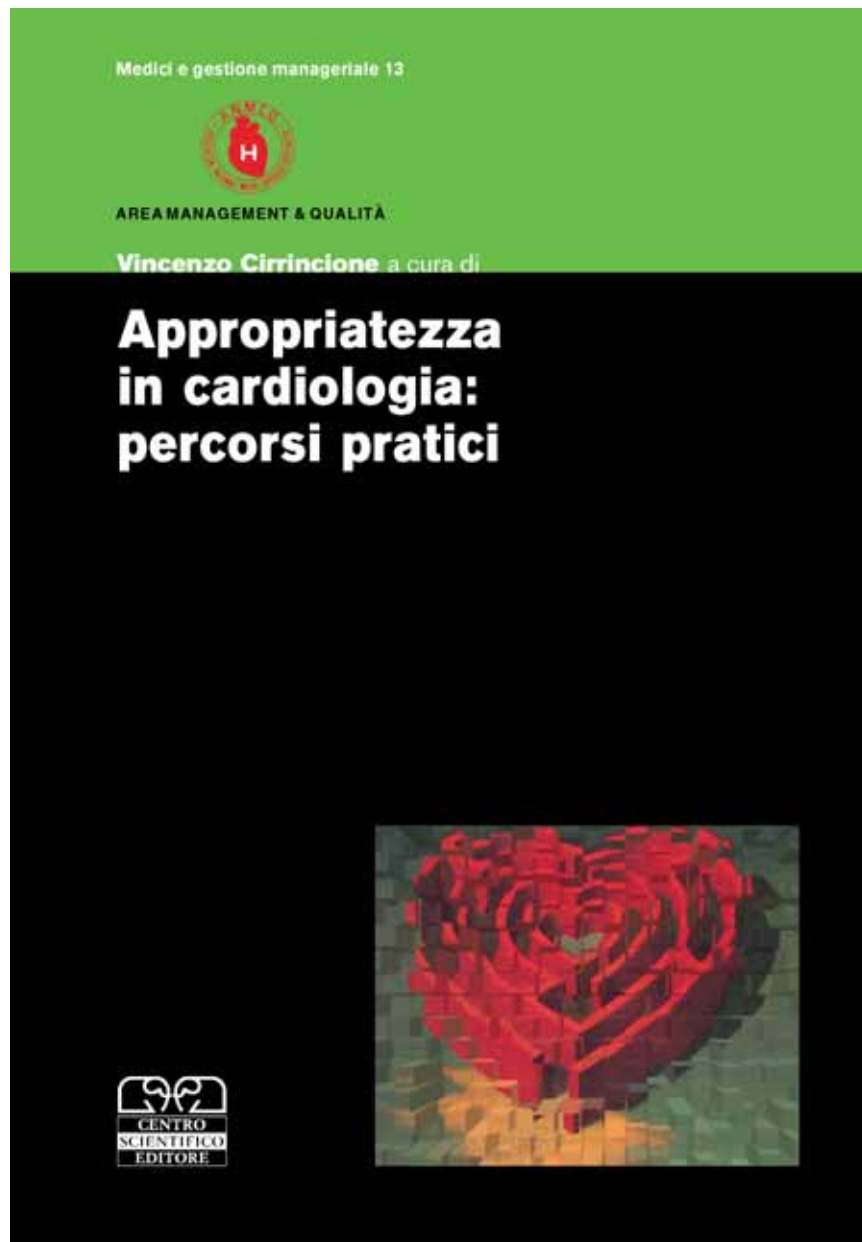
PAZIENTE CON PATOLOGIA NOTA

Capitolo 9 - Pazienti con scompenso cardiaco

Capitolo 10 - Paziente aritmico

Capitolo 11 - Cardiopatia ischemica nota

Su questi contenuti così si esprime, nella Prefazione, Giuseppe Di Pasquale, Presidente in carica al mo-



mento della pubblicazione del Volume:

“La completezza delle informazioni e l'accuratezza della presentazione rendono questa monografia un utilissimo strumento di lavoro per tutti i professionisti, cardiologi ambulatoriali, medici di Medicina Generale, medici di Medicina d'Urgenza, internisti, coinvolti ogni

giorno in Ospedale o in Ambulatorio nelle scelte diagnostico-terapeutiche nel paziente con cardiopatia sospetta o accertata.”

È un parere che sicuramente lusinga ma, soprattutto, focalizza efficacemente lo scopo del programma dell'Area: produrre strumenti di lavoro che diano concretezza operativa alle conoscenze e alle idee.

MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

DI GIUSEPPE FAVRETTO



Bilancio dell'attività dell'Area e Programmi futuri

Proprio in questi giorni, precisamente il 13 luglio 2002, il CN dell'ANMCO ratificava ufficialmente la nascita dell'ultima Area ANMCO che veniva battezzata col nome di "Area delle Malattie del Circolo Polmonare". La gestazione dell'Area in realtà era cominciata alcuni anni prima quando, per la vigorosa spinta propulsiva di Pietro Zoncin, una Commissione costituita da Cardiologi ANMCO e Cardiologi SIC aveva nel 2001 dappima tradotto in italiano le Linee Guida su diagnosi e trattamento dell'embolia polmonare acuta (EP) sviluppate dalla Task Force della Società Europea di Cardiologia nel 2000 e poi le aveva commentate producendo quelle che possono essere considerate le prime linee guida sull'argomento proposte dalla Cardiologia italiana (Commento alle Linee Guida della Task Force sull'Embolia Polmonare della Società Europea di Cardiologia, *Ital Heart J Suppl* 2001;2 (12): 1342-1356).

La missione che l'Area si diede fu in primis di carattere educativo-formativo: far crescere tra i Cardiologi italiani la cultura di questa malattia che dalla gran parte dei Cardiologi stessi era ritenuta (e forse lo è ancora, almeno in parte) non essere di loro pertinenza.

Obiettivi

L'Area sul piano operativo si diede due obiettivi da raggiungere prioritariamente:

1. organizzativamente cercare di fornirsi rapidamente di una Rete di Referenti Regionali che potessero rappresentarne il braccio operativo locale per le iniziative culturali e scientifiche;
2. culturalmente cercare di raccogliere dati epidemiologici italiani sull'embolia polmonare (non esistono ancora in Italia e nel mondo dati certi a questo riguardo), e dati sulle modalità di gestione diagnostico-terapeutica dell'EP nelle varie realtà ospedaliere italiane.

Il primo obiettivo fu rapidamente raggiunto grazie soprattutto alla disponibilità dei vari Presidenti Regionali che individuarono Cardiologi in grado di svolgere questo ruolo e già nel 2004 tutte le Regioni italiane avevano un loro referente d'Area.

Il secondo obiettivo si è dimostrato più difficile da raggiungere e infatti una ricerca epidemiologica preliminare svolta in alcuni ospedali italiani nel 2003 ha evidenziato quanto complesso sia arrivare ad ottenere i dati cercati.

L'Area ha così sviluppato un più

ambizioso programma che sta ora arrivando definitivamente in porto e che dovrebbe permettere di arrivare a conoscere i dati desiderati.

Indagine osservazionale BLITZ-EP

È stata elaborata in accordo con il Comitato Scientifico e con il Centro Studi ANMCO una indagine osservazionale (survey) sulla base della filosofia degli studi BLITZ. Questa indagine permetterà di rilevare prospetticamente, in modo consecutivo, quanti pazienti vengono dimessi, vivi o morti, con diagnosi primaria o secondaria di embolia; conoscere la prevalenza delle varie forme di EP (idiopatica oppure legata a fattori di rischio temporanei o permanenti); conoscere i legami con altre patologie (segnatamente oncologica e aterosclerotica); capire qual è l'iter diagnostico e la condotta terapeutica; conoscere la disponibilità locale di terapie non farmacologiche; capire quanto la non disponibilità di terapie non farmacologiche ne condizioni l'applicazione.

Si cercherà di svolgere questa ricerca insieme con i colleghi della FADOI, dell'AIPO e della SIMEU in modo da avere dati rappresentativi delle varie realtà specialistiche italiane.

Registro Embolia Polmonare

Un secondo programma di ricerca clinica è quello denominato "Registro Embolia Polmonare" e seguito direttamente per conto dell'Area dal Dott. Franco Casazza dell'O. San Carlo di Milano.

Tra breve sarà possibile accedere a questo Registro dalle pagine dell'Area presenti sul sito dell'Associazione (www.anmco.it) o da un sito specifico dedicato al Registro.

Informazioni possono essere richieste scrivendo al Dott. Franco Casazza (Casazza.Franco@sancarlo.mi.it).

Nel prossimo futuro saranno questi i principali impegni di ricerca clinica dell'Area.

Attività educazionale-formativa

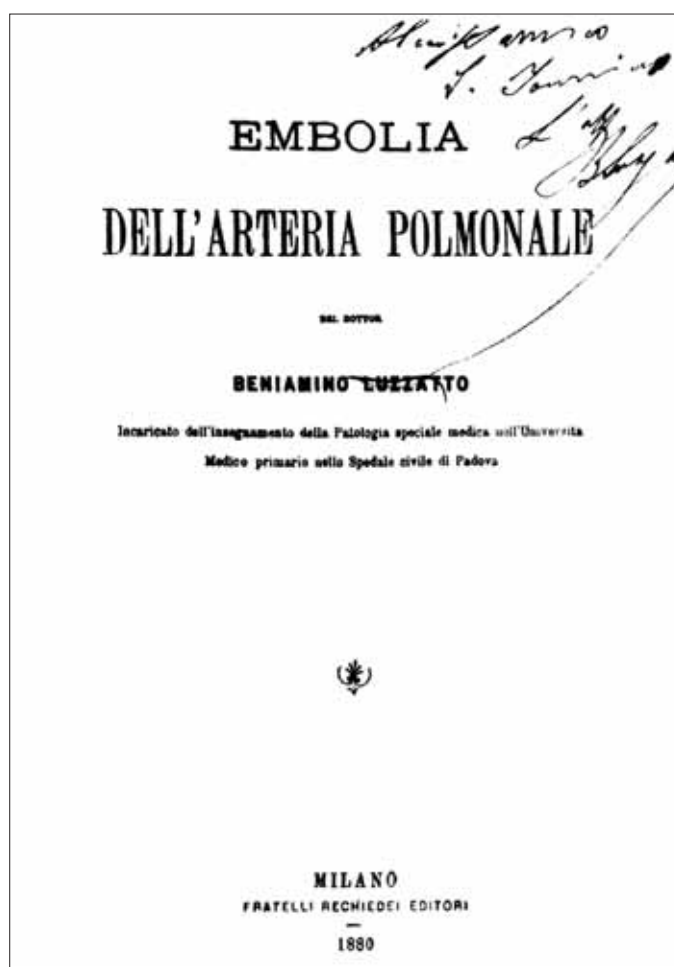
In questi anni l'Area con impegno e costanza ha sviluppato la sua missione formativo-educazionale che si è praticamente estrinsecata attraverso la pubblicazione di articoli scritti su argomenti di EP e Ipertensione Arteriosa Polmonare (questi articoli sono presenti nel sito WEB dell'Area all'interno del sito ANMCO); la partecipazione a Congressi Nazionali, anche in Simposi Congiunti con FADOI, AIPO, ARCA; l'organizzazione da parte dei Refe-

renti Regionali di Convegni in varie parti d'Italia (Veneto, Lombardia, Sardegna, Puglia, Lazio, Campania, Calabria, Emilia-Romagna); la realizzazione di Learning Center Intramurari o via web.

Questa attività dovrebbe portare alla elaborazione in ogni ospedale di linee guida locali su diagnosi e terapia dell'EP che tenendo conto delle evidenze scientifiche e della realtà logistica locale possano portare il medico ad avere il più corretto approccio possibile al soggetto con sospetto clinico di EP.

Particolarmente importante riteniamo essere stata la messa a punto intitolata "Modern aspects of pulmonary embolism and pulmonary arterial hypertension" coordinata dal Prof. Mario Morpurgo e dal Dott. Pietro Zonin e pubblicata su un fascicolo monografico dell'Italian Heart Journal a ottobre 2005 (vol 6/No.10).

Questo fascicolo è stato il frutto di una prima positiva collaborazione tra l'Area ANMCO Malattie del Circolo Polmonare e il Gruppo di Studio SIC "Circolazione Polmonare e funzione ventricolare destra."



Per gentile concessione Prof. Morpurgo

Area ANMCO e Gruppo SIC

La collaborazione tra l'Area ANMCO e il Gruppo di Studio SIC rappresenta una straordinaria opportunità che non deve essere assolutamente persa anche per la loro complementarità scientifico-culturale; dal loro lavoro comune e coordinato potrebbero trarre grande beneficio tutti i Cardiologi italiani. È quindi auspicabile una stretta e corretta attività di collaborazione.

Chiunque fosse interessato ad iscriversi all'Area può utilizzare il modulo scaricabile dal sito web dell'ANMCO oppure telefonare alla Segreteria delle Aree ANMCO.



A proposito di (Clinical) Competence... per tutti gli operatori sanitari

Clinical Competence (CC) è un termine, derivato dal mondo della qualità e non sempre ha una traduzione univoca così come diversi sono i concetti ed i significati ad esso attribuiti.

La Competence (ciò che deve necessariamente saper fare sia dal punto di vista tecnico professionale che organizzativo gestionale un sanitario che ricopre un determinato ruolo) è una delle nuove ed ardue frontiere delle società scientifiche. Il tema, in genere sino ad oggi sottovalutato perché dato sovente per scontato, ha (ed avrà sempre di più) importanti ricadute sulle attività degli operatori sanitari alla luce delle nuove richieste ed aspettative della sanità moderna. Spetta alle società scientifiche definire su scala nazionale quali debbano essere le competenze attese (tecnico professionali e gestionali) di un professionista medico, infermiere o tecnico che sia. Alle competenze attese dei professionisti sono direttamente correlate la qualità delle prestazioni sanitarie e conseguentemente i loro esiti. Dal punto di vista metodologico le competenze attese andrebbero periodicamente verificate e documentate e dove dimostratamente

insufficienti messi in atto specifici programmi di formazione la cui efficacia didattica (aggiornamento reale delle nuove competenze e non la sola partecipazione) andrebbe dimostrata. L'evolvere delle conoscenze scientifiche impone anche che le competenze attese siano sottoposte a verifica e "manutenzione" periodica con specifici programmi di aggiornamento.

Il termine "Competence" (C) deriva dal linguaggio della qualità: con esso si intende la definizione, chiara ed esplicita, delle "competenze attese" da chi occupa un determinato ruolo in una organizzazione (sanitaria o non). In termini ancora più espliciti l'elenco di cosa deve saper fare (e cosa ci si aspetta che sappia fare), sia dal punto di vista professionale che gestionale, chi occupa una data posizione funzionale. Il concetto non è da confondere, essendo oggi tutti i medici e gli infermieri dei professionisti, con le fortunatamente abrogate "mansioni". Il termine "Clinical" focalizza l'attenzione sui soli aspetti tecnico professionali ed è quindi di per sé riduttivo e parziale. In realtà gli aspetti tecnico professionali sono oggi necessariamente ed indissolubilmente commisti alla "Competence" organizzativo-gestionale in

misura proporzionale al livello di responsabilità del ruolo ricoperto. A conferma di ciò l'evidenza che anche una elevata competenza professionale non è in grado di fornire prestazioni di qualità durature nel tempo se non supportata stabilmente da parallele competenze gestionali. Questi concetti suscitano in genere poco interesse per clinici, tecnici, infermieri, fisioterapisti, ausiliari, ecc.; in realtà le ricadute pratiche sono concrete e reali. Prerequisito concettuale di un'ottica professionale basata sulla qualità e particolarmente diffuso nel mondo occidentale (poco in Italia) ed anglosassone in particolare è non dare nulla per scontato onde evitare possibili interpretazioni personali sempre foriere di rischi di varia natura: ciò che per noi è ovvio non è detto che lo sia per altri soggetti quali l'Amministrazione, le Istituzioni, il Magistrato o per un consulente tecnico di parte magari specializzato in cardiologia qualche decennio fa e che non ha mai messo piede in una UTIC o in una sala di elettrofisiologia. Per la massima tutela di tutti gli interlocutori (in primis pazienti ed operatori sanitari) è quindi necessario un punto di riferimento il più possibile ufficiale. Ovviamente le competenze

attese non sono un optional ma un requisito (cioè un obbligo): ogni sanitario per svolgere un dato ruolo "deve" saper fare necessariamente determinate cose (Competenze), essere valutato con un metodo esplicito ed oggettivo in questi ambiti e, conseguentemente, assumersi le relative ed automatiche responsabilità.

Le competenze attese non sono solo tecnico professionali ma anche organizzative e gestionali in misura proporzionale al ruolo ricoperto: conseguentemente nella C di un responsabile di struttura oltre alle naturali competenze tecnico professionali (Clinical Competence) vi sono, soprattutto oggi, anche quelle gestionali che potremo definire "Management Competence o MC" (meno naturali ma comunque un chiaro requisito). È questo verosimilmente il punto che ha oggi maggiore difficoltà ad essere accettato e realizzato; quando molti colleghi, apicali e non, continuano ad ostinarsi ad affermare che "vogliono fare i medici e non i ragionieri" non intuendo che fare il "ragioniere" è una competenza attesa del loro ruolo e, soprattutto, serve oggi a fare meglio il medico, sarà difficile condividere diffusamente il concetto ed i contenuti della Competence.

In una semplificazione

forse eccessiva le tappe essenziali (tipiche di un percorso di valutazione e miglioramento della qualità professionale ed organizzativa) dovrebbero essere:

1. Definizione chiara, esplicita e ben dettagliata (e possibilmente condivisa) dei ruoli professionali (cardiologo o infermiere di UTIC, reparto, emodinamica, elettrofisiologia, fisioterapista, OTA, ecc.).
2. Definizione chiara, esplicita e ben dettagliata (e possibilmente condivisa) di cosa deve saper fare e cosa ci si aspetta che sappia fare (dal punto di vista sia professionale che gestionale) chi ricopre il ruolo di cardiologo o infermiere di UTIC, reparto, emodinamica, elettrofisiologia, OTA, ecc.
3. Verifica oggettiva, trasparente e documentata, nella realtà delle singole Unità Operative, che il

personale abbia le competenze attese (con test, dichiarazioni, verifiche sul campo, ecc.).

4. Nel caso di discrepanza tra competenze attese ed effettiva capacità di fare si tratta del tipico "bisogno formativo". Non è però sufficiente partecipare ad un intervento formativo teorico pratico per essere competente: la competenza di saper fare deve essere sempre oggettivamente documentata e dimostrata (e soprattutto dimostrabile in caso di problemi di vario genere).
5. Verifica periodica (di cui deve restare documentazione) che tutto il personale che ha dimostrato di avere le competenze attese continui ad averle nel tempo; (una vera e propria "manutenzione" delle competenze).
6. In caso dell'introduzione di una

nuova tecnica diagnostico-terapeutica o di nuove tecnologie queste diventano automaticamente delle competenze attese ed inserite a tutti gli effetti nel ciclo sopra descritto.

La dimostrazione della C è quindi un processo ricorsivo finalizzato alla valutazione ed al miglioramento continuo della qualità tecnico professionale di tutti gli operatori sanitari. Si può ben vedere come la qualità non sia, come molti ancora credono, un concet-



Diego Rivera, Sbarco di Cortès a Veracruz, 1951

to astratto od un optional culturale ma un ineludibile elemento della nostra vita professionale ed organizzativa.

La formazione rigorosamente organizzata svolge un ruolo fondamentale per il mantenimento della C; essenziale che non sia una formazione "esteriore" ma che faccia dimostratamente acquisire ove necessario delle nuove conoscenze e capacità di "fare" e mantenga aggiornate quelle già acquisite; è su questa dimostrazione (e non nella dichiarazione più o meno soggettiva di saper fare chiamata anche più crudamente "autoreferenzialità") che si basa sia la sicurezza dei pazienti che quella degli stessi operatori sanitari.

È evidente quindi il nuovo ruolo della formazione e dell'aggiornamento quali strumenti potenti e concreti anche di gestione del personale, del rischio clinico e della sicurezza.

Il ruolo delle società scientifiche è in questo ambito assolutamente determinante perché è evidente che le competenze attese non possono essere definite dal singolo o a livello locale o quantomeno è indispensabile una loro definizione ampia e precisa a livello nazionale da adeguare semmai in alcuni particolari a livello locale. Dato che le competenze attese, da cui scaturisce poi la C, hanno anche una ricaduta ufficiale e medico legale è necessario che abbiano la massima forza formale e questa può essere data solo da una società scien-



David Alfaro Siqueiros, *La nostra immagine attuale, 1947*

tifica nazionale che le propone, altrettanto formalmente, alle Istituzioni ed alle Amministrazioni.

Tutti questi concetti non sono in realtà nuovi. È però nuovo l'approccio ed il modello metodologico e culturale; sono in parte nuove le conseguenze a livello organizzativo gestionale e soprattutto la responsabilità oggettiva a tutti i livelli che scaturisce dalla C. È questo il tipico esempio di come l'evoluzione della complessità del sistema sanitario ha visto venir meno il classico ma ormai desueto approccio basato sull'esperienza ed il buon senso (comunque sempre necessari) ed emergere la necessità di un nuovo modello razionale, oggettivo, documentabile, non autoreferenziale: in altri termini scientifico.

I pericoli potenziali sono:

1) Che nel frattempo altri, con altre finalità ed altri metodi, imponghino *ope legis* altri criteri di C bypassando la indispensabile com-

ponente professionale rappresentata dalle società scientifiche.

2) Che si scivoli inconsapevolmente nell'autoreferenzialità. Ad esempio per individuare i centri di "Eccellenza" ove effettuare la formazione avanzata sul campo non è pensabile che basti essere, ad esempio, centro hub o universitario ma devono essere – sempre per rispettare il metodo scientifico della qualità e della logica – definiti e condivisi prima di tutto i criteri, gli indicatori e gli standard di eccellenza e solo successivamente individuati i centri; così come il solo impact factor non certifica assolutamente la C ed il saper applicare concretamente le conoscenze teoriche.

L'Area Nursing in questo ambito ha inviato al 50% delle Cardiologie ANMCO un questionario per la mappatura delle attività svolte dagli infermieri ai fini della definizione della Competence degli infermieri delle Cardiologie ospedaliere; è attualmente in fase di elaborazione la risposta ai questionari.

Potrebbe essere quindi strategicamente importante che l'ANMCO pianifichi e realizzi un Progetto per la definizione della Competence dei cardiologi e degli infermieri ospedalieri italiani. Altrettanto importante potrebbe essere la parallela definizione di criteri, indicatori e standard per individuare oggettivamente le strutture di eccellenza cardiologica prima che altri lo facciano con altri fini ed altri criteri.

SCOMPENSO CARDIACO

DI ANDREA DI LENARDA, DARIO GREGORI, ALESSANDRO DELTREPPA

The Advanced School in Biomedical Data Management

Corso di specializzazione per esperti nell'analisi statistica e nella gestione di dati provenienti da sperimentazioni cliniche, biomediche e biologiche

AREA Science Park, uno dei maggiori parchi scientifici e tecnologici multisetoriali d'Europa e il più grande nel suo genere in Italia, dà il via ad una Scuola biennale di specializzazione per l'analisi statistica e la gestione informatica di dati provenienti da studi e sperimentazioni cliniche, biomediche e biologiche denominata "The Advanced School in Biomedical Data Management".

La "Advanced School" si propone di formare degli esperti nella gestione e creazione di banche dati, conduzione di studi clinici, sperimentali e basati su osservazioni, preparazione ed esecuzione di appropriati piani di analisi statistica su dati biomedici.

La Scuola si rivolge a:

- medici, ricercatori e dirigenti medici e ospedalieri laureati in Medicina o Odontoiatria;
- personale sanitario in possesso di una laurea in Scienze Infermieristiche o di altra laurea/diploma in campo medico-sanitario;
- dottorandi, specializzandi e ricercatori laureati preferibilmente in Biologia, Biotecnologie, Chimica, Farmacia, Fisica, Matematica, Psicologia, Scienze naturali, Sociologia, Statistica;
- lavoratori pubblici e privati nel

settore sanitario, farmaceutico, biomedico senza una laurea ma con rilevante esperienza nella ricerca e/o nella gestione di studi clinici.

La Scuola è studiata per facilitare la frequenza di medici, biologi, infermieri e ricercatori occupati, anche provenienti dall'estero perché le lezioni si svolgeranno interamente in lingua inglese, ed è compatibile con l'iscrizione a Scuole di Dottorato e di Specializzazione. Inoltre, per facilitare l'apprendimento degli allievi e l'interazione con docenti e tutor, il numero massimo di partecipanti è fissato in 20 unità.

Il programma didattico, strutturato in moduli specialistici di breve durata, richiede un impegno complessivo di 400 ore d'aula, suddivise

in undici settimane di lezioni full-time.

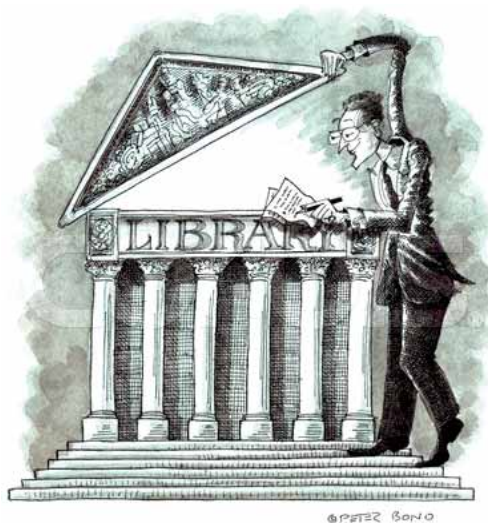
Il calendario prevede, indicativamente, una settimana di lezione ogni sei settimane, con un intervallo maggiore durante il periodo estivo.

Le lezioni prenderanno avvio il prossimo 16 ottobre, per proseguire poi alla fine del mese di novembre, quando è prevista la seconda settimana del Corso; nel 2007 sono programmate sei settimane di attività didattica, mentre le restanti tre si svolgeranno nel periodo gennaio-giugno 2008.

Il programma didattico è suddiviso in 34 moduli specialistici dalla lunghezza compresa tra 8 e 32 ore, raggruppati in sette macroaree, le cui principali, fortemente caratterizzanti l'intero percorso e pari a più di metà delle ore totali, si riferiscono alla Statistica, all'Informatica e ai Metodi di ricerca.

Sono stati predisposti due percorsi formativi distinti: dopo i moduli "comuni" per complessive 304 ore, il Corso si divide negli indirizzi "Biomedico" e "Clinico", entrambi della durata di 80 ore. Completano il percorso didattico 16 ore destinate all'esposizione di research project individuali.

Nello specifico, le sette macroaree



individuare sono:

- Aspetti legali e bioetici: due moduli, 32 ore;
- Epidemiologia: cinque moduli, 52 ore;
- Informatica: tre moduli, 88 ore;
- Metodi di ricerca: dodici moduli, 100 ore;
- Raccolta dati: due moduli, 16 ore;
- Statistica: sette moduli, 128 ore;
- Studi clinici: tre moduli, 48 ore.

I moduli del Corso, ove possibile, saranno proposti per l'accreditamento presso il programma ECM e per il riconoscimento di CFU da parte di università italiane.

La Scuola, inserita in un più articolato programma di iniziative formative denominato IPDM - International Programme in Data Management, si avvale di un Comitato scientifico di alto livello e di docenti provenienti da importanti università, istituzioni scientifiche (tra cui il Centro Studi dell'ANMCO) e laboratori di ricerca italiani ed esteri.

La frequenza della Scuola è a pagamento. La tassa d'iscrizione, pari a 10.000 euro, comprende il materiale didattico, l'alloggio presso la foresteria di AREA Science Park, i pasti, la licenza per l'installazione sui propri personal computer dei programmi SAS per l'analisi statistica (Academic Analysis Suite e alcuni prodotti Advanced Analytics).

Sono previste borse di studio a copertura totale o parziale dei costi. L'ammissione è effettuata su base selettiva dal Comitato Scientifico e richiede che la domanda sia presentata utiliz-



La mano di Luis Borges "guarda" il busto di Cesare

zando l'apposita modulistica. Ulteriori informazioni e la scheda d'iscrizione sono disponibili sul sito web di AREA Science Park, all'indirizzo www.area.trieste.it, o contattando l'apposito gruppo

di lavoro del Servizio Sviluppo Risorse Umane e Formazione coordinato dal Dott. Alessandro Deltreppo (e-mail: datamanager; tel. +39.040.375.5272/5146-5278/5241; fax +39.040.375.5320).

Costituzione di un Gruppo di Studio ANMCO “Ipertensione Arteriosa e Cuore”

Come è noto, la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) auspica ed incoraggia la costituzione di Gruppi di Studio Federali intorno ad argomenti fortemente condivisi da Associati provenienti da più Società Cardiologiche.

Al momento attuale, nella Società Europea di Cardiologia (ESC) esiste un Working Group denominato “Hypertension and the Heart”. In Italia, nella Società Italiana di Cardiologia (SIC) esiste un gruppo di studio denominato “Ipertensione Arteriosa e Cuore”. Anche altre Società Cardiologiche Europee hanno costituito gruppi di studio con identica denominazione.

Il Consiglio Direttivo dell’ANMCO ha deciso di costituire un gruppo di studio denominato “Ipertensione Arteriosa e Cuore”. Oltre a proprie attività specifiche, questo gruppo di studio esplorerà le pos-

sibilità di interazione con l’analogo gruppo di studio della SIC con l’obiettivo finale di rappresentare il punto di riferimento FIC per il Working Group “Hypertension and the Heart” dell’ESC.

Le motivazioni che inducono la costituzione di questo gruppo di studio sono numerose. Anzitutto, esiste nell’ANMCO un buon numero di Associati con specifico interesse di ricerca in questo settore, Associati afferenti prevalentemente alla nostra Area Prevenzione. Nell’ambito dei rapporti tra cuore e ipertensione sono ben noti i contributi scientifici ANMCO rappresentati dallo studio MAVI, MAVI Follow-up, HEART Survey ed attualmente Cardio-Sis. Alcuni anni fa, l’Area Prevenzione dell’ANMCO ha contribuito alla stesura di Linee Guida su questo argomento, in collaborazione con la SIC e la Società Italiana dell’Ipertensione Arteriosa.

I contributi ANMCO in questo settore sono dunque scientificamente rilevanti e prova di continuità del lavoro dei nostri Associati. Va anche considerato che al momento attuale esistono già, nei fatti, iniziative concrete di collabora-

zione scientifica tra Associati ANMCO afferenti all’Area Prevenzione ed Associati SIC in tema di rapporti tra cuore e ipertensione. Ad esempio, lo Steering Committee dello studio Cardio-Sis, un importante studio ANMCO, vede impegnati al suo interno due Associati SIC appartenenti al gruppo di studio SIC “Ipertensione Arteriosa e Cuore”.

Trattandosi di un Gruppo di Studio specificamente orientato non su temi politico-strategici, ma su singoli progetti scientifici, il Gruppo agirà in coesione e sinergia, sia propositiva che operativa, con le Aree ANMCO. Per la sua specifica natura, il Gruppo agirà in particolare sinergia con l’Area Prevenzione, della quale è di fatto un’articolazione funzionale. Insomma, il Gruppo intende essere “un cilindro in più” dell’Area Prevenzione, che ne rinforzi ancora di più le potenzialità operative nel settore dei rapporti tra ipertensione arteriosa e cuore.

Tutti gli Associati ANMCO interessati a partecipare a questo gruppo di studio sono pregati di comunicare la loro disponibilità attraverso la specifica pagina del sito web ANMCO <http://www.anmco.it/commissioni/GruppiStudio/ipertensione/form/>
Buon lavoro a tutti.



Filippo De Pisis, *Natura morta nel paesaggio di Pomposa*, 1931

DI RITA TRINCHERO



Gruppo di Studio "Cuore e Malattie Infettive"

Introduzione

Le malattie infettive a coinvolgimento cardiovascolare (endocarditi, pericarditi e cardiopatia HIV-correlata) sono patologie relativamente frequenti nella pratica clinica, al "confine" tra diverse specialità (Cardiologia, Cardiocirurgia, Malattie Infettive, Medicina d'Urgenza e Medicina Interna). Proprio per questo, la gestione clinica può divenire complessa e coinvolgere più figure professionali specialistiche. Inoltre la mancanza di una adeguata collaborazione tra i diversi specialisti può causare ritardi ed errori diagnostico-terapeutici.

Si tratta comunque di patologie nelle quali il Cardiologo è spesso chiamato in prima linea sia in fase diagnostica che terapeutica. Per troppo tempo però il Cardiologo le ha trascurate spesso delegando ad altri specialisti una gestione diretta di queste patologie, così sono rimaste "orfane" ai confini tra diverse specialità.

Proprio per migliorare le conoscenze e la gestione clinica di queste patologie, e per ridare ai Cardiologi un ruolo primario anche in questo ambito, è nato il gruppo di studio ANMCO "Cuore e Malattie Infettive" che si avvale della collaborazione di Cardiologi,

ma anche di Specialità affini (Cardiocirurgia, Malattie Infettive, Medicina Interna).

Chi siamo

Il Gruppo "Cuore e malattie Infettive" è nato nel 2005 ed ha già dato vita a numerose iniziative, ma è ancora in fase di crescita ed alla ricerca di collaborazioni e di persone "appassionate", che vogliano partecipare attivamente ai progetti proposti e sostenerle nelle sedi opportune. Il nostro Gruppo è nato sotto la spinta di Cardiologi che si sono occupati per anni delle problematiche relative principalmente alla endocardite infettiva, alla pericardite ed alla infezione da HIV.

COORDINATORE

R. Trinchero

VICE-COORDINATORI

E. Cecchi, M. Imazio

CONSIGLIERI

F. Enia, L. Rossi,

C. Lestuzzi, D. Pavan, F. Chirillo

REFERENTE AREA CHIRURGICA

C. Zussa

CONSULENTI

F. De Rosa (infettivologo),

Di Perri (infettivologo),

A. Brucato (internista)

Scopi

I principali scopi del Gruppo di Studio sono:

- riunire sul piano nazionale i Cardiologi e i Cardiocirurghi che operano nelle strutture accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale sul tema delle malattie infettive a coinvolgimento cardiovascolare;
 - promuovere l'attività scientifica, didattica e culturale in tema di malattie infettive a coinvolgimento cardiovascolare a livello nazionale anche con programmi annuali di attività formativa ECM;
 - costituire punti di riferimento per la prassi clinica, generando raccomandazioni, linee guida e punti di vista su aspetti rilevanti nell'Area Cardiovascolare di interesse in collaborazione con l'ANMCO;
 - promuovere trials di studio e di ricerche scientifiche finalizzate sia in tema di epidemiologia, diagnosi, e terapia nonché i rapporti di collaborazione con altre società e organismi scientifici.
- L'obiettivo finale è quello di promuovere le conoscenze scientifiche in tema di malattie infettive a coinvolgimento cardiovascolare, anche mediante la collaborazione

con Specialità affini, al fine di migliorare le possibilità e qualità di cura nella pratica clinica.

Programma

I tre campi di interesse principale hanno incluso:

1. Endocardite Infettiva (EI)
2. Pericarditi
3. Coinvolgimento cardiovascolare in corso di infezione da HIV.

In tema di endocardite infettiva il programma iniziale prevede:

- Raccogliere, analizzare e diffondere informazioni sulla EI;
- Migliorare gli aspetti organizzativi e le cure dei pazienti con EI attraverso una migliore comprensione delle informazioni demografiche, terapeutiche e della evoluzione dei pazienti, nel mondo reale.

Il primo progetto è la costituzione di un registro italiano dell'endocardite infettiva (RIEI).

In tema di pericarditi gli obiettivi iniziali comprendono:

- Raccogliere dati mediante un questionario nazionale su come viene effettuata la diagnosi e la terapia delle pericarditi acute e recidivanti e delle miopericarditi;
- Promuovere un approccio evidence-based sulla diagnosi e terapia delle pericarditi e miopericarditi mediante incontri a livello regionale e nazionale ed anche mediante la realizzazione di raccomandazioni e linee guida cliniche specifiche;
- Avviare sperimentazioni cliniche sull'impiego di farmaci specifici



Pablo Picasso, Ritratto di Dora Maar, 1937

per il trattamento e la prevenzione della pericardite.

I primi progetti sono:

- registro italiano su pericardite e miopericardite;
- studio osservazionale su diagnosi e terapia della pericardite nel mondo reale;
- studi clinici randomizzati in doppio cieco sull'impiego della colchicina nella pericardite acuta e recidivante e nella prevenzione della sindrome postpericardiotomica.

In tema di coinvolgimento cardio-

vascolare in corso di infezione da HIV è prevista la realizzazione di uno studio osservazionale sulle variazioni osservate nelle cardiopatie correlate alla infezione HIV, dopo l'introduzione della terapia HAART.

A che punto siamo

Nel corso del 2006, il Gruppo di Studio ha realizzato una serie di eventi formativi che hanno incluso:

- Evento Educativo ANMCO "Cuore e Malattie Infettive", 31 marzo 2006 Torino
- Simposio ANMCO Regionale "Cuo-

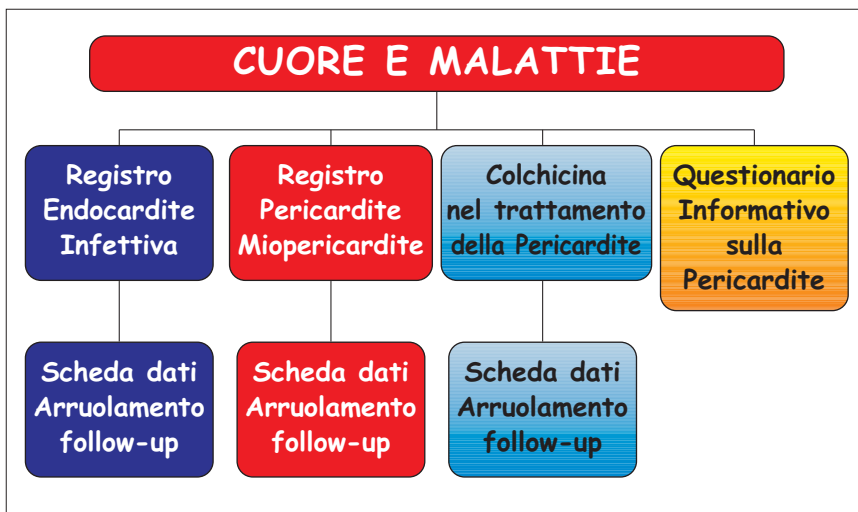


Figura 1

re e Malattie Infettive”, 13 maggio 2006 Torino

- XXXVII Congresso Nazionale ANMCO, Simposio “Endocardite infettiva: presente e futuro”

- XXXVII Congresso Nazionale ANMCO, Simposio “Problemi gestionali emergenti nelle patologie del pericardio”

- XXXVII Congresso Nazionale ANMCO, Clinical round: Caso clinico di pericardite recidivante refrattaria.

Registri e studi clinici (figura 1)

1. Registro italiano dell’endocardite infettiva (RIEI)
2. Registro della pericardite acuta e mio-pericarditi
3. Indagine conoscitiva su diagnosi e terapia della pericardite acuta e recidivante nel mondo reale
4. studi clinici randomizzati in doppio cieco sull’uso della colchicina nella pericardite.

Nel campo della Endocardite Infettiva (EI) è stato proposto un Registro Italiano della Endocardite Infettiva (RIEI).

Il Registro sarà indirizzato non solo

ai Cardiologi, ma anche alle altre figure professionali che operano su questa patologia, principalmente i cardiocirurghi e gli infettivologi.

Si prevede lo sviluppo di sottogruppi di studio, in particolare quello ecocardiografico in collaborazione con la SIEC e quello di cardiocirurgia.

La raccolta dati si effettuerà attraverso un sito internet (vedi figura 2), a cui si accederà con apposita password.

Ogni centro potrà vedere direttamente i propri dati, mentre l’accesso al database completo avverrà attraverso i gruppi di studio, che di volta in volta si formeranno e sarà regolato da un gruppo scientifico coordinatore. I centri inviati avranno la possibilità di elab-

borare i propri dati.

Il Responsabile principale del progetto è il Dott. Enrico Cecchi (Divisione di Cardiologia dell’Ospedale Maria Vittoria di Torino; Segreteria Organizzativa: sig.ra Arcangela Pane: e-mail: pane@asl3.to.it).

Per quanto riguarda la Pericardite è stata proposta l’attuazione di un Registro su pericardite acuta e mio-pericardite, la realizzazione di un’inchiesta nazionale su diagnosi e terapia delle pericarditi nel mondo reale e tre protocolli prospettici in doppio cieco sulla terapia con colchicina nella terapia della pericardite acuta, recidivante e nella prevenzione della forma postpericardiotomica.

La raccolta dati avverrà sullo stesso sito del RIEI e con simili modalità operative.

Il Responsabile principale di questo progetto è il Dott. Massimo Imazio (Divisione di Cardiologia dell’Ospedale Maria Vittoria di Torino).

Figura 2



Sito WEB per l’inserimento dei dati dei registri e studi clinici. È possibile ottenere la user name e password contattando la Segreteria Organizzativa (sig.ra Arcangela Pane: e-mail: pane@asl3.to.it).

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 Euro 7,50 (sette/50) 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 in lingua italiana della Federazione Italiana di Cardiologia, rivista denominata "Giornale Italiano di Cardiologia" con sottotitolo "Organo Ufficiale della Federazione Italiana di Cardiologia, Organo Ufficiale Società Italiana di Chirurgia Cardiaca" e la somma di Euro 12,00 (dodici/00) che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico in lingua inglese della Federazione Italiana di Cardiologia alla Casa Editrice Lippincott, Wilkins & Williams con sede a Londra (GB), 250 Waterloo Road, London SE1 8RD, rivista denominata "Journal of Cardiovascular Medicine" 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 2006-2008

ABRUZZO - Dott.ssa LAURA L. PICCIONI

Ospedale Civile G. Mazzini - Piazza Italia - 64100 Teramo (TE)
tel. 0861/429665 - 4291 - fax 0861/429664 - e-mail: laura.piccioni@asiteramo.it

BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

Ospedale Regionale S. Carlo - Via P. Petrone - 85100 Potenza (PZ)
tel. 0971/613563 - fax 0971/613003 - e-mail: sistopz@tiscali.it

CALABRIA - Dott. ANTONIO BUTERA

Ospedale Civile - Via Arturo Perugini - 88046 Lamezia Terme (CZ)
tel./fax 0968/208811 - e-mail: abuter@tiscali.it

CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

A.O. G. Rummo - Via Pacevecchia, 53 - 82100 Benevento (BN)
tel. 0824/57679 - 57699 - fax 0824/57679 - e-mail: marino.scherillo@ao-rummo.it

EMILIA ROMAGNA - Dott. GIANCARLO PIOVACCARI

Ospedale Infermi - Via Settembrini, 2 - 47900 Rimini (RN)
tel. 0541/705440 - 7054111 - fax 0541/705660 - e-mail: gpiovaccari@auslrn.net

FRIULI VENEZIA GIULIA - Dott.ssa DANIELA PAVAN

Ospedale Civile - Via Savorgnano, 2 - 33078 San Vito al Tagliamento (PN)
tel. 0434/841501 - fax 0434/841593 - e-mail: d.pavan1@tin.it

LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

Ospedale G.B. Grassi - Via G.C. Passeroni, 20 - 00122 Ostia (RM)
tel./fax 06/56482177 - e-mail: fabammirati@libero.it, fabammirati@alice.it

LIGURIA - Dott. STEFANO DOMENICUCCI

Presidio Ospedaliero Genova Ponente ASL3 - Via D. Oliva, 22 - 16153 Sestri Ponente (GE)
tel. 010/6448475 - 010/6448401 Segreteria Reparto - fax 010/6448317
e-mail: sdomenicucci@libero.it, stefano.domenicucci@asl3.liguria.it

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

Ospedale Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano (MI)
tel 02/64442341 - Reparto fax 02/64442818 - e-mail: amafri@tin.it, antomafri@libero.it

MARCHE - Dott. DOMENICO GABRIELLI

Presidio Cardiologico G.M. Lancisi - Via Conca, 71 - 60020 Ancona (AN)
tel. cordless 071/5965704 - 348 - 349 - fax 071/5965620 - 181
e-mail: d.gabrielli@ao-umbertoprmo.marche.it

MOLISE - Dott. ALBERTO MONTANO

Ospedale S. Timoteo - V.le Padre Pio - 86039 Termoli (CB)
tel. 0874/424570 - e-mail: cardiologiach@virgilio.it, albertomontano@tiscali.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott.ssa RITA TRINCHERO

Ospedale Maria Vittoria - Corso Tassoni, 44 - 10149 Torino (TO)
tel. 011/4393390 - fax 011/4393465 - e-mail: trincher@asl3.to.it

P.A. BOLZANO - Dott. ANDREA ERLICHER

Ospedale Generale Regionale - Via Boehler, 5 - 39100 Bolzano (BZ)
tel. 0471/909950 - 985 - 987 - fax 0471/909997 - e-mail: andrea.erlicher@aszbz.it

P.A. TRENTO - Dott. GIOVANNI D'ONGHIA

Ospedale Santa Chiara - Largo Medaglie d'Oro - 38100 Trento (TN)
tel. 0461/903049 - Segreteria - fax 0461/903122 - e-mail: giovanni.donghia@tin.it

PUGLIA - Dott. PASQUALE CALDAROLA

Ospedale M. Sarcone - Via P. Fiore, 135 - 70038 Terlizzi (BA)
tel. 080/3608344 - 345 - fax 080/3608343 - e-mail: pascald@libero.it

SARDEGNA - Dott.ssa ROSANNA PES

Ospedale SS. Annunziata - Via E. De Nicola - 07100 Sassari (SS)
tel. 079/2061538 - 540 - 521 - fax 079/210512 - e-mail: rosanna.pes@tiscalinet.it

SICILIA - Dott. ALBERTO CARRUBBA

Ospedale Civico e Benfratelli - Via C. Lazzaro 90127 Palermo (PA)
tel. 091/6662790 - fax 091/6662809 - e-mail: alcarrubba@tiscali.it

TOSCANA - Dott. FRANCESCO BOVENZI

Ospedale Civile Campo di Marte - Via dell'Ospedale, 1 - 55100 Lucca (LU)
tel. 0583/449515 - fax 0583/970448 - e-mail: f.bovenzi@tin.it, f.bovenzi@usl2.toscana.it

UMBRIA - Dott. GERARDO RASETTI

A. O. Santa Maria - Via Tristano da Joannuccio - 05100 Terni (TR)
tel. 0744/205290 - Utic - fax 0744/205290 - e-mail: g.rasetti@aospertni.it

VENETO - Dott. DOMENICO MARCHESE

Ospedale Civile Imm.ta Concezione - Via S. Rocco, 8 - 35028 Piove di Sacco (PD)
tel. 049/9718290-291 - fax 049/9718283 - e-mail: dmarchese@asl14chioggia.veneto.it



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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



Non compilare

Codice Unico _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice ANMCO _____

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

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

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro _____

Tipologia:

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

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Qualifica:

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

In quiescenza:

Non di ruolo:

Non compilare

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

Are ANMCO chi è interessato?

Utilizza il presente modulo anche se non hai ancora dato il consenso per il trattamento dei dati personali

COGNOME _____ NOME _____

- Socio ANMCO** **Non Socio** **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 _____



REGOLAMENTO PER L'UTILIZZO DEL "FONDO ANMCO PER LA RICERCA"

Art. 1 - Finalità

L'ANMCO promuove la ricerca medico – scientifica, privilegiando le proposte dai propri associati, e facendosi promotrice dell'erogazione di contributi economici annui da utilizzare a favore di progetti di rilevante e documentato interesse scientifico.

Art. 2 - Ambito di applicazione

Il presente Regolamento disciplina l'assegnazione ed utilizzo dei fondi che l'ANMCO, in virtù dei principi enunciati nell'art. 1, farà in modo che siano destinati all'attività di sostegno e promozione alla ricerca scientifica.

A tal fine l'ANMCO fa sì che il Consiglio di Amministrazione del Centro Servizi ANMCO srl devolva ogni anno un importo pari al 2% del fatturato dell'anno precedente, nei limiti dell'utile netto del medesimo anno, alla Heart Care Foundation Onlus (d'ora in poi HCF) condizionando l'utilizzo di tali contributi nell'ambito delle iniziative disciplinate dal presente regolamento. ANMCO non ha nulla in contrario ad accettare ogni liberalità esterna diretta e finalizzata alla implementazione del fondo da parte di singoli, Istituzioni, Aziende, Enti, Fondazioni, etc.

In particolare le risorse stanziare dovranno essere dedicate da HCF a progetti, che siano coerenti con specifiche aree di ricerca proposte dall'ANMCO, e destinate alla copertura di costi parziali (co-finanziamento della ricerca) o alla copertura del costo globale (finanziamento ANMCO) di progetti di ricerca, questo in relazione all'ammontare della somma annualmente stanziata e comunicata con la pubblicazione del bando.

Art. 3 - Richiedenti e beneficiari

Il contributo è erogato su base annuale ed è destinato al sostegno di specifici progetti di ricerca degli Associati ANMCO. Un indispensabile requisito per l'ottenimento del finanziamento, oltre al valore scientifico della proposta di ricerca, è rappresentato dall'inadeguatezza o dall'assenza documentata dei finanziamenti ottenuti dal proponente presso altre Istituzioni, Aziende, Enti. Questo sarà esplicitamente dichiarato nella domanda.

Art. 4 - Finanziamento

L'ANMCO si riserva di pubblicare annualmente il bando per usufruire dei contributi assegnando ad essi una specifica destinazione d'uso ed evidenziando l'ammontare massimo degli stessi, tenuto conto sia dell'erogazione annua del precedente art. 2, sia di eventuali erogazioni non utilizzate di anni precedenti, che di ulteriori contributi ad hoc reperiti e/o devoluti dall'ANMCO stessa per implementare questo finanziamento. La somma non spesa per mancanza o inadeguatezza di presentazione dei progetti incrementa la quota del successivo bando.

Art. 5 - Modalità e termini di presentazione delle domande

Il proponente deve essere Socio ANMCO, in regola con le quote di iscrizione. Le domande devono essere predisposte compilando il modulo presente sul Sito Web ANMCO e devono essere corredate del curriculum del proponente e del gruppo di ricerca operativo, il titolo della ricerca, i potenziali centri coinvolti, il budget, gli eventuali co-finanziamenti o sponsorizzazioni e ogni documentazione in cui si dimostri il mancato conseguimento di finanziamenti o, per contro, l'eventuale capacità di autofinanziare parte dei costi. A questa va allegato il protocollo definitivo della ricerca proposta. Nel caso di progetti in collaborazione con altri enti pubblici e/o privati italiani e/o esteri, devono essere altresì indicati tutti i partner e gli eventuali accordi con loro stipulati. La domanda va indirizzata al Presidente dell'ANMCO "Fondo ANMCO per la Ricerca" (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze) e deve essere inoltrata entro il 31 dicembre di ogni anno. Il regolamento viene pubblicato nella sezione modulistica della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e sul Sito Web ANMCO.

Art. 6 - Valutazione delle domande

La commissione che valuta le domande pervenute è composta dal Comitato Scientifico ANMCO e dal Direttore del Centro Studi. La valutazione sarà espressa con una motivazione. Sono elementi di valutazione ai fini della graduatoria:

- l'utilità e l'interesse scientifico dello studio proposto (oggetto della ricerca);
- la coerenza con le finalità di ricerca promossa dall'ANMCO;
- la chiarezza del protocollo, la sua fattibilità, le tempistiche, la metodologia, i supporti organizzativi, l'adeguatezza dei costi stimati.

Art. 7 - Concessione del finanziamento

Il Presidente ANMCO riporta al Consiglio Direttivo le decisioni della Commissione che ha valutato i progetti pervenuti proponendo la suddivisione dei fondi in relazione all'importo stanziato. La suddivisione dei fondi dovrà privilegiare l'effettiva utilità del finanziamento assegnato alla concreta realizzazione della ricerca.

L'organo decisore finale per la concessione del "Fondo ANMCO per la Ricerca" è il Consiglio Direttivo ANMCO le cui decisioni saranno ratificate dal Consiglio Nazionale ANMCO. Il Presidente ANMCO comunica la concessione del fondo al proponente/vincitore (o ai vincitori) del bando, d'ora in avanti coordinatore, esplicitando le procedure di messa a disposizione dei fondi da parte di HCF.

Eventuali sopravvenute esigenze circa la possibilità di utilizzare i fondi in maniera difforme da quella esposta all'atto di presentazione della domanda (ad es. variazioni di protocollo, variazioni fra le singole voci di spesa, etc), comunque finalizzate al raggiungimento dei risultati prefissati, devono essere motivate e comunicate dal coordinatore al Presidente ANMCO.

Art. 8 - Modalità di erogazione dei contributi

I contributi verranno erogati sulla base del piano finanziario del progetto vincitore a fronte della esibizione dei giustificativi di spesa da parte del coordinatore. La documentazione delle spese sostenute dovrà essere intestata direttamente alla HCF e preferibilmente si dovrà prevedere il pagamento diretto da parte di HCF dei fornitori. Maggiori indicazioni nella gestione amministrativa e finanziaria dei contributi verranno indicati nei singoli bandi di gara.

Art. 9 - Compiti del coordinatore della ricerca

Il coordinatore del progetto, a cui è affidata la gestione della somma devoluta, è il responsabile scientifico, e risponde del corretto utilizzo dei fondi erogati autorizzando i pagamenti nel rispetto del piano finanziario del progetto. Il coordinatore del progetto è inoltre responsabile dello stesso nei confronti delle autorità regolatorie e ai fini della Privacy.

In caso di trasferimento o impedimento del coordinatore, questo o il responsabile del Centro sceglie un nuovo coordinatore che subentra a pieno titolo nell'incarico. Tale cambiamento dovrà essere comunicato al Presidente ANMCO.

Un report sullo stato di avanzamento della ricerca verrà comunicato semestralmente al Presidente ANMCO e, in caso di non aderenza al piano e obiettivi della ricerca nei tempi stabiliti, verrà considerata la possibilità di sospensione nell'erogazione del fondo.

Art. 10 - Database e pubblicazione dei risultati

La ricerca finanziata deve rispettare i requisiti richiesti dal Decreto Ministero della Salute del 17.12.2004 sulla ricerca indipendente in relazione alla proprietà dei dati e alla pubblicazione dei risultati. L'accesso alle informazioni e la conservazione delle stesse saranno di volta in volta disciplinate in relazione alle caratteristiche della ricerca. Il Consiglio Direttivo ANMCO ha la facoltà di nominare la maggioranza dello Steering Committee dello studio se il finanziamento erogato è almeno pari al 50% dell'intero costo della ricerca, altrimenti esprime l'indicazione di un solo membro. Nel caso in cui l'attività di ricerca si concluda con una o più pubblicazioni scientifiche, il coordinatore si impegna (anche se la ricerca è co-finanziata da ANMCO) ad indicare esplicitamente il Fondo ANMCO per la Ricerca come co-finanziatore in tutte le pubblicazioni con l'esclusione degli abstract, avendo comunque l'obbligo di sottoporre i risultati dello studio in occasione del Congresso Nazionale ANMCO. Nel caso in cui l'attività di ricerca dia luogo a risultati che non consentano pubblicazioni scientifiche, il coordinatore si impegna a darne motivata relazione al Comitato Scientifico ANMCO e al Presidente dell'ANMCO.

Art 11 - Gestione della ricerca

Lo studio potrà essere condotto in piena autonomia dal coordinatore, pur nel pieno rispetto delle disposizioni in materia vigenti, ma ove richiesto, il Centro Studi ANMCO potrà assicurare la collaborazione scientifica e/o gestionale necessaria al coordinatore in funzione del tipo di collaborazione specificatamente richiesta e dettagliata. La collaborazione del Centro Studi al progetto di ricerca verrà definita secondo le regole attualmente in uso.

Art. 12 - Relazione finale

Il coordinatore beneficiario dell'erogazione è tenuto a presentare un rendiconto riepilogativo documentato relativo all'impiego del finanziamento ottenuto a fine studio.

Art. 13 - Validità del bando

Il bando entra in vigore il giorno stesso della pubblicazione sulla Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e/o sul Sito Web ANMCO e ha validità fino al 31 dicembre dell'anno di pubblicazione.

Firenze, 16 luglio 2005



2° CONCORSO ANNUALE PER L'ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO PER LA RICERCA BANDO



1. Oggetto

L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), in collaborazione con la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari Onlus (HCF), al fine di promuovere e sostenere la ricerca medico-scientifica dei propri associati, bandisce il "2° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" che è stato stanziato all'interno della HCF per un ammontare pari a Euro 75.000,00 (settantacinquemila/00). Tale somma sarà assegnata per la copertura, totale o parziale, dei costi concernenti la realizzazione di uno o più progetti di studio proposti dagli associati ANMCO e selezionati secondo i criteri e le procedure indicate nel presente bando.

2. Destinatari

La partecipazione al presente bando è consentita a titolo individuale ai soli associati ANMCO.

3. Segreteria del "2° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca"

Ente di riferimento: ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

Responsabile: Presidente ANMCO
Indirizzo: Via A. La Marmora n.36 - 50121 Firenze
Telefono: 055 / 588784
Fax: 055 / 579334
e-mail: aree@anmco.it
Sito Internet: www.anmco.it

4. Organi competenti all'assegnazione del Fondo

I progetti di ricerca scientifica presentati dai partecipanti saranno sottoposti all'esame di una Commissione composta dal Comitato Scientifico dell'ANMCO e dal Direttore del Centro Studi ANMCO.

L'organo decisore finale per la concessione del "Fondo ANMCO per la Ricerca" e per la sua suddivisione è il Consiglio Direttivo dell'Associazione, le cui decisioni saranno ratificate dal Consiglio Nazionale ANMCO. Tali organi delibereranno secondo le modalità ordinarie stabilite nello statuto dell'Associazione.

Il Presidente ANMCO comunicherà al vincitore o ai vincitori la concessione del Fondo mediante raccomandata.

5. Requisiti per l'ammissione dei partecipanti

Possono partecipare al concorso i soli associati ANMCO che risultino in regola, nell'anno in corso, con il versamento della quota associativa.

Qualora al concorso partecipi un associato ANMCO che sia membro di diritto della Commissione giudicante di cui all'articolo 4 del presente bando, questi, in ragione del conflitto di interessi sussistente, sarà escluso dai lavori della Commissione per tale edizione del concorso.

Qualora al concorso partecipi un associato ANMCO che sia componente del Consiglio Direttivo o del Consiglio Nazionale ANMCO, questi, in ragione del conflitto di interessi, si asterrà dal voto in relazione alla delibera di approvazione o di ratifica dell'attribuzione e della suddivisione del Fondo.

6. Requisiti per l'ammissione dei progetti di ricerca scientifica

Possono partecipare al concorso i progetti di ricerca scientifica:

- che abbiano il requisito dell'assenza o dell'inadeguatezza documentata dei finanziamenti ottenuti presso altre Istituzioni, Aziende e/o Enti;
- che contengano tutti gli elementi richiesti dall'articolo 7 del presente bando;
- che siano inviati entro il termine massimo previsto dall'articolo 7 del presente bando.

7. Elaborati del progetto scientifico e modalità di consegna

La partecipazione al bando avverrà presentando, a pena di esclusione, i seguenti documenti essenziali:

1. domanda di partecipazione, di cui all'ultimo articolo del presente bando, nella quale dovranno essere indicati il titolo e il sottotitolo del progetto concorrente, nome, cognome, dati anagrafici e sezione regionale ANMCO di appartenenza dell'associato ANMCO partecipante;
2. curriculum vitae dell'associato ANMCO partecipante e del gruppo operativo;
3. protocollo definitivo della ricerca dal quale risulti il numero dei potenziali centri e pazienti coinvolti;
4. budget del progetto con indicazione degli eventuali finanziamenti o sponsorizzazioni parziali ottenuti da terzi o della capacità documentata di autofinanziare parte dei costi;
5. eventuali accordi di collaborazione stipulati in relazione al progetto presentato con altri enti pubblici e/o privati italiani e/o esteri

La seguente documentazione dovrà essere indirizzata al Presidente dell'ANMCO "Fondo ANMCO per la Ricerca" presso la Segreteria del Concorso agli indirizzi indicati al punto 3 del presente bando, mediante plico raccomandato con ricevuta di ritorno o mediante messaggio di posta elettronica, **entro e non oltre il giorno 31 Dicembre 2006.**

8. Criteri di valutazione dei progetti e di assegnazione del Fondo

Ai fini dell'assegnazione del Fondo i progetti saranno valutati sulla base dei seguenti elementi:

- utilità e interesse scientifico dello studio proposto;
- coerenza del progetto con la finalità di ricerca promossa dall'ANMCO;
- chiarezza del protocollo, sua fattibilità, tempistiche, metodologia, supporti organizzativi ed adeguatezza dei costi stimati.

Nell'ambito della graduatoria di merito stilata sulla base delle valutazioni suddette, l'assegnazione del Fondo a favore di un progetto e/o la suddivisione del Fondo medesimo tra più progetti sarà decisa tenendo conto dell'effettiva utilità del finanziamento rispetto alla concreta e completa realizzazione dei singoli progetti.

Qualora il concorso andasse deserto o gli organi competenti giudicassero non idonei tutti i progetti presentati o parte di essi, il Fondo o quanto di esso che dovesse residuare resterà a disposizione per l'edizione successiva del presente concorso.

9. Concessione del fondo

Il contributo verrà erogato da HCF al vincitore, entro i limiti massimi del budget presentato in allegato alla domanda di partecipazione, dietro presentazione di idonea documentazione giustificativa delle spese sostenute e/o da sostenere che sarà cura e responsabilità del vincitore medesimo raccogliere ed inviare all'Amministrazione della HCF in Via A. La Marmora 36 - 50121 Firenze.

L'erogazione avverrà, nel rispetto di quanto sopra stabilito, in più tranches sulla base dello stato di avanzamento del progetto.

Qualora il vincitore, non potendo contare su un'adeguata struttura organizzativa, avesse necessità del supporto di HCF per quanto attiene alla gestione dei rapporti giuridico-economici con i fornitori dei beni e servizi afferenti alla ricerca, HCF tratterà dal contributo deliberato in favore del vincitore un importo determinato in funzione all'entità del servizio espletato.

10. Esclusione dalla valutazione

Ciascun concorrente potrà essere escluso dalla valutazione:

- se tenta di influenzare, direttamente o indirettamente, le decisioni della Commissione e del Consiglio Direttivo ANMCO;
- se rende pubblico il progetto di ricerca scientifica o parte di esso prima che la Commissione e il Consiglio Direttivo ANMCO abbiano espresso e formalizzato ufficialmente il proprio giudizio;
- se la domanda di partecipazione o la documentazione inviata all'ANMCO contengono dichiarazioni mendaci.

11. Regole della ricerca

La ricerca finanziata tramite il Fondo, sia totalmente che parzialmente, dovrà essere svolta nel rispetto ed in conformità a quanto previsto e disciplinato dal Decreto del Ministro della Salute 17 dicembre 2004. Il vincitore del concorso, quale promotore della ricerca, sarà l'unico responsabile della corretta esecuzione della medesima. Per gli studi finanziati per almeno il 50% grazie al presente bando, all'ANMCO spetterà il diritto di nominare la maggioranza dello Steering Committee, altrimenti avrà facoltà di designare un solo membro.

Nel caso in cui la ricerca finanziata dia luogo a risultati che consentono pubblicazioni di carattere scientifico, il Fondo ANMCO per la Ricerca sarà indicato come finanziatore o co-finanziatore del progetto in ogni pubblicazione e in ogni caso i risultati della ricerca saranno divulgati dal coordinatore in occasione del primo Congresso Nazionale ANMCO utile.

Nel caso in cui l'attività di ricerca dia luogo a risultati che non consentono pubblicazioni scientifiche, il coordinatore si impegna a darne motivata relazione al Comitato Scientifico ANMCO e al Presidente dell'ANMCO.

12. Garanzia di riservatezza

I concorrenti possono, in qualunque momento, richiedere all'ANMCO e/o alla HCF informazioni sui dati personali che li riguardano e possono pretenderne variazioni o cancellazioni; essi possono opporsi per motivi legittimi al trattamento dei propri dati personali.

13. Foro competente

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

14. Bando

I testi 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.

La partecipazione al "2° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" implica l'accettazione integrale del presente bando.

Firenze, 28 Luglio 2006

Francesco Chiarella
Presidente ANMCO



2° CONCORSO ANNUALE PER L'ASSEGNAZIONE DEL FONDO ANMCO PER LA RICERCA



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

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

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 _____
iscritto alla sezione ANMCO della Regione _____

CHIEDE

di partecipare al "2° concorso annuale per l'assegnazione del Fondo ANMCO per la Ricerca" presentando il progetto di ricerca scientifica di cui al protocollo allegato dal titolo (e sottotitolo):

Al fine della suddetta partecipazione

DICHIARA

- 1) di essere in regola con il versamento della quota associativa;
- 2) di avere necessità, al fine di realizzare il progetto di ricerca presentato, di conseguire contributi nella misura indicata nel budget allegato, dichiarando in particolare di:
 - non aver ottenuto in relazione al progetto alcun finanziamento e/o sponsorizzazione da parte di terzi Istituzioni, Aziende o Enti come risulta da documentazione allegata;
 - aver ottenuto in relazione al progetto finanziamenti e/o sponsorizzazioni da parte di terzi Istituzioni, Aziende o Enti a copertura soltanto parziale dei costi della ricerca;
- 3) di impegnarsi a condurre il progetto di ricerca, sotto la propria responsabilità, nel rispetto e in conformità a quanto previsto e disciplinato dal Decreto del Ministro della Salute 17 dicembre 2004;
- 4) di consentire all'ANMCO e alla HCF, 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 sviluppo del progetto;
- 5) di accettare integralmente le regole del concorso riportate nel relativo Bando.

_____, li _____

Firma _____

Si allega:

1. Protocollo del Progetto;
2. Budget;
3. Documentazione comprovante ricerca finanziamenti e dettaglio dei finanziamenti ottenuti;
4. Eventuali accordi con enti/istituzioni terze;
5. Curriculum Vitae (eventuale C.V. degli appartenenti al gruppo di ricerca).



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 imprevisibili, 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 € 10.300,00 (diecimilatrecento/00) al lordo delle ritenute di legge, della durata di un anno da svolgersi presso l'U.O. di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria di Terni".

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 30.09.2006 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 luglio 2006

Francesco Chiarella
Presidente ANMCO



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

da svolgersi presso l'U.O. di Cardiologia
dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria di Terni"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente ANMCO
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.

DALLE REGIONI

Consigli Regionali ANMCO 2006-2008

ABRUZZO

Presidente: Laura L. Piccioni (Teramo)
Consiglio Regionale: Mauro Cionci (Vasto - CH),
Giuseppe D'Orazio (Chieti),
Franco De Sanctis (Penne - PE),
Angelo Giannandrea (Sulmona - AQ),
Panfilo Sabatini - (Chieti), Antonio Scimia - (L'Aquila)

www.anmcoabruzzo.it

BASILICATA

Presidente: Francesco Sisto (Potenza)
Consiglio Regionale: Rachele Autera (Matera),
Savino Barabuzzi (Venosa - PZ),
Antonio Cardinale (Matera),
Fabio Marco Costantino (Lagonegro - PZ),
Angelo Lapolla (Policoro - MT),
Luigi Oliveto (Lagonegro - PZ)

www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata

CALABRIA

Presidente: Antonio Butera (Lamezia Terme - CZ)
Consiglio Regionale: Roberto Ceravolo (Catanzaro),
Michele Comito (Vibo Valentia), Massimo Elia (Crotone),
Maria Teresa Manes (Cosenza),
Virgilio Pennisi (Reggio Calabria),
Saverio Salituri (Rossano - CS)

www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA

Presidente: Marino Scherillo (Benevento)
Consiglio Regionale: Luigi Caliendo (Castellamare - NA),
Vincenzo Capuano (Mercato San Severino - SA),
Pietro Giudice (Salerno), Andrea Malvezzi (Caserta),
Rosario Sauro (Avellino), Sergio Severino (Napoli),
Osvaldo Silvestri (Napoli), Bernardino Tuccillo (Napoli)

www.anmco.it/regioni/elenco/campania

EMILIA ROMAGNA

Presidente: Giancarlo Piovaccari (Rimini)
Consiglio Regionale: Francesca Ghezzi (Cesena - FC),
Gabriele Guardigli (Ferrara), Donato Mele (Ferrara),
Massimo Pantaleoni (Reggio Emilia),
Chiara Pedone (Bologna), Massimo Piepoli (Piacenza),
Andrea Rubboli (Bologna), Luigi Vignali (Parma)

FRIULI VENEZIA GIULIA

Presidente: Daniela Pavan (San Vito al Tagliamento - PN)
Consiglio Regionale: Claudio Fresco (Udine),
Roberto Gortan (Palmanova - UD),
Franco Macor (Pordenone - PN), Patrizia Maras (Trieste),
Tullio Morgera (Monfalcone - GO),
Claudio Pandullo (Trieste),
Marika Werren (Tolmezzo - UD)

www.anmco.it/regioni/elenco/friuli

LAZIO

Presidente: Fabrizio Ammirati (Ostia - RM)
Consiglio Regionale: Paolo Azzolini (Roma),
Carmela Bisconti (Roma), Massimo Ciavatti (Roma),
Carlo Citone (Roma), Enrico Natale (Roma),
Serafino Orzi (Rieti), Roberto Ricci (Roma),
Giorgio Scaffidi (Roma)

www.anmco.it/regioni/elenco/lazio

LIGURIA

Presidente: Stefano Domenicucci (Genova - Sestri Ponente - GE),
Consiglio Regionale: Daniele Bertoli (Sarzana - Loc. S. Caterina - SP),
Francesco Della Rovere (Genova),
Alfredo Gandolfo (Savona),
Andrea Lonati (Genova - Sestri Ponente - GE),
Gabriele Lupi (Lavagna - GE), Sandro Mazzantini (Genova),
Daniela Sanfelici (Pietra Ligure - SV),
Giorgio Tonelli (La Spezia)

www.anmco.it/regioni/elenco/liguria

LOMBARDIA

Presidente: Antonio Mafri (Milano)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG),
Claudio Cuccia (Brescia),
Anna Frisinghelli (Passirana-Rho - MI),
Vittorio Giudici (Seriata - BG),
Maddalena Lettino (Pavia),
Egidio Marangoni (Lodi),
Enrico Passamonti (Cremona),
Alessandro Politi (Como)

www.anmco.it/regioni/elenco/loMBardia

MARCHE

Presidente: Domenico Gabrielli (Ancona)
Consiglio Regionale: Roberto Accardi (Macerata),
Guglielmo De Curtis (San Benedetto Del Tronto - AP),
Melissa Dottori (Ancona), Atilio Pierantozzi (Pesaro - PU),
Franco Racco (Jesi - AN), Giovanni Tarsi (Pesaro - PU)

www.anmco.it/regioni/elenco/marche

MOLISE

Presidente: Alberto Montano (Teramo)
Consiglio Regionale: Filomena Baldini (Campobasso),
Gennaro Fiore (Campobasso), Piero Lemme (Isernia),
Pierluigi Paolone (Campobasso),
Roberto Petecchia (Isernia), Pierluigi Piloni (Campobasso),
Costanzo Spedalieri (Larino - CB),
Dante Staniscia (Termoli - CB)

P.A. BOLZANO

Presidente: Andrea Erlicher (Bolzano)
Consiglio Regionale: Martin Erckert (Merano - BZ),
Peter Knoll (Bolzano)

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO

Presidente: Giovanni D'Onghia (Trento)
Consiglio Regionale: Giuseppe Braitto (Trento),
Fulvio Cozzi (Rovereto - TN),
Marcello Disertori (Trento),
Massimiliano Maines (Rovereto - TN)

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE EVALLE D'AOSTA

Presidente: Rita Trincherò (Torino)
Consiglio Regionale: Sergio Bongioanni (Rivoli - TO),
Aldo Coppolini (Savigliano - CN),
Maurizio Dalmasso (Ivrea - TO),
Luisa Formato (Moncalieri - TO), Alessandro Lupi (Aosta),
Massimo Milani (Tortona - AL), Roberta Rosso (Novara),
Maria Elena Rovere (Torino)

www.anmco-piemonte.com

PUGLIA

Presidente: Pasquale Caldarola (Terlizzi - BA)
Consiglio Regionale: Ermanno Angelini (Brindisi),
Michele Cannone (Cerignola - FG),
Domenico M. Carretta (Bari), Vincenzo De Rito (Lecce),
Rolando Mangia (Tricase - LE),
Antonio Matera (Andria - BA),
Vincenzo Morrone (Taranto),
Carlo Vigna (San Giovanni Rotondo - FG)

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

SARDEGNA

Presidente: Rosanna Pes (Sassari)
Consiglio Regionale: Rinaldo Aste (Carbonia - CA),
Antonio Caddeo (Oristano), Giancarlo Molle (Cagliari),
Carmela Mossa (Cagliari), Giovanna Mureddu (Nuoro),
Alessandro Pani (Cagliari), Francesco Sanna (Cagliari),
Piero Zappadu (Olbia - SS)

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

SICILIA

Presidente: Alberto Carrubba (Palermo)
Consiglio Regionale: Michele Bono (Sciacca - AG),
Giuseppina Maura Francese (Catania),
Salvatore La Rosa (Milazzo - ME),
Pietro Lo Giudice (Catania), Antonino Nicosia (Ragusa),
Marcello Traina (Palermo)

www.anmcosicilia.it

TOSCANA

Presidente: Francesco Maria Bovenzi (Lucca)
Consiglio Regionale: Sergio Berti (Massa),
Alessandro Comella (Lido di Camaiore - LU),
Umberto Conti (Pisa), Stefano Di Marco (Pescia - PT),
Maurizio Filice (Firenze),
Alberto Genovesi Ebert (Livorno),
Rodolfo Gentilini (Siena), Carlo Giustarini (Volterra - PI)

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

UMBRIA

Presidente: Gerardo Rasetti (Terni)
Consiglio Regionale: Gianfranco Alunni (Perugia),
Pier Fabrizio Anniboletti (Perugia),
Giuseppe Bagliani (Foligno - PG), Mauro Bazzucchi (Terni),
Erberto Carluccio (Perugia),
Giampiero Giordano (Orvieto - TR)

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

VENETO

Presidente: Domenico Marchese (Pieve di Sacco - PD)
Consiglio Regionale: Bortolo Martini (Thiene - VI),
Gianfilippo Neri (Montebelluna - TV),
Giampaolo Pasquetto (Mirano - VE),
Giampaolo Perini (Bussolegno - VR),
Loris Roncon (Rovigo), Luigi Tarantini (Belluno)

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

ABRUZZO

DI LAURA L. PICCIONI



ANMCO Abruzzo: impegno e rinnovamento

Nel mese di Aprile u.s. si è costituito il nuovo Direttivo Regionale composto dal Presidente Laura L. Piccioni e i Consiglieri Mauro Cionci (Vasto), Franco De Sanctis (Penne), Giuseppe D'Orazio (Chieti), Angelo Giannandrea (Sulmona), Panfilo Sabatini (Chieti), Antonio Scimia (L'Aquila).

Il nuovo Direttivo Regionale: attività e programmi

La prima Riunione del nuovo Direttivo ha avuto luogo il 19 giugno, dopo il Congresso Nazionale, e si è aperta con una relazione del Presidente sugli eventi e le iniziative che maggiormente dovranno caratterizzare l'attività della Regione nel biennio 2006-2008. È emersa la volontà di rendere la

realtà operativa abruzzese più incisiva, impegnata in maggiori iniziative nei vari settori: Prevenzione, Formazione ed inoltre rinnovo ed aggiornamento del sito web della Regione.

Vita Associativa

Vi è l'esigenza di allargare la partecipazione ed il numero degli iscritti attraverso riunioni scientifiche di Area e non, soprattutto occorre incentivare la collaborazione dei neo-specializzati.

Inoltre occorre migliorare il rapporto con le altre Associazioni (SIC, FADOI, GISE, SIMG, ANCE) e con i medici di Medicina Generale. Il distacco dalla vita associativa purtroppo è un punto cruciale, sappiamo che è difficile molte vol-

te conciliare il servizio associativo con quello professionale in Ospedale ma appunto per questo l'impegno deve essere costante.

L'ANMCO è un'associazione scientifica che tramite le Aree, l'attività della Fondazione offre numerose possibilità di aggiornamento e di collaborazione attiva, molto spesso però ciò non viene recepito oppure gli elementi di comunicazione non sono sufficienti e questo deve essere per il Direttivo uno dei compiti imprescindibili dell'attività.

Il sito web regionale può e deve diventare un punto di riferimento per l'informazione e la collaborazione con gli Associati, e da qui il nostro impegno per rinnovarlo ed aggiornarlo.

La prevenzione cardiovascolare: Cardiologie Aperte

Nel 2005 l'adesione delle unità operative cardiologiche all'iniziativa Cardiologie Aperte dell'Heart Care Foundation è stata scarsa.

Il nuovo Direttivo si è proposto di ottenere per l'evento 2006 una partecipazione maggiore e soprattutto più efficace per quanto riguarda il rapporto con i cittadini. Questa iniziativa è un'occasione molto importante per ottenere





Osservatorio di Campo Imperatore

un'alta sensibilizzazione su temi quali la modificazione dello stile di vita, l'educazione alimentare e fisica.

I rapporti con le Istituzioni: la Rete Interospedaliera

A livello regionale il coinvolgimento dell'ANMCO da parte delle Istituzioni Sanitarie è ancora disomogeneo.

Nella nostra Regione lo scorso biennio sono stati avviati i rapporti con l'Agenzia Sanitaria per la rea-

lizzazione di una Rete Interospedaliera per il trattamento delle sindromi coronariche acute, rete che prevede la cooperazione del Sistema 118.

Il 29 aprile si è svolta a Pescara presso il P.O.S. Spirito la Campagna Educazionale Nazionale dedicata a: rete interospedaliera e linee guida per le sindromi coronariche acute con l'intervento del Direttore dell'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzese.

Attualmente è in corso un'analisi

della situazione regionale e degli obiettivi della Rete.

Nel biennio 2006-2008 il Direttivo intende continuare in modo fattivo il dialogo e la collaborazione con le istituzioni per poter realizzare questo progetto sul territorio. L'attuazione presenta purtroppo ancora molte difficoltà oggettive ed operative.

Infatti anche la nostra Regione è gravata dal problema, ormai generalizzato, della limitazione delle risorse che impone una severa razionalizzazione.

Formazione e Ricerca

Il nuovo Direttivo intende fin da ora programmare l'organizzazione del Congresso Regionale 2007 e possibilmente dare vita anche ad eventi interregionali per creare ulteriori momenti di aggregazione e partecipazione dei Soci.

L'attività di ricerca prevede la continuità della partecipazione agli studi promossi dall'ANMCO Nazionale contribuendo al raggiungimento degli obiettivi.

Ulteriori iniziative verranno illustrate nelle prossime comunicazioni.

È mia cura ringraziare tutti i Colleghi dell'ANMCO Abruzzo che hanno collaborato e mi auguro continueranno a collaborare ed inoltre intendo ringraziare anticipatamente quanti vorranno partecipare ed offrire il loro contributo alla realizzazione delle nuove iniziative per il prossimo biennio.



Fontana delle 99 cannelle, L'Aquila

BASILICATA

DI FRANCESCO PAOLO CALCIANO E ANTONIO CARDINALE

L'importanza della prevenzione

Settembre. I ragazzi tornano a scuola, l'Associazione Amici del Cuore Grassano riprende l'impegno per l'informazione e la prevenzione cardiovascolare, rispondendo subito alla sollecitazione della Giornata Mondiale del Cuore. Tanti i punti da realizzare, ma non si parte da zero: c'è l'esperienza del "Progetto pilota educazione alla salute e all'attività fisica" iniziata nell'anno accademico 2005-2006, portata avanti dall'Associazione Amici del Cuore Grassano e dall'Unità Operativa di Angiologia dell'Ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera.

L'analisi definitiva dei dati sta per essere completata e bisogna ripartire e continuare l'esperienza positiva appena conclusa.

I dati sull'incidenza della cardiopatia ischemica in fascia d'età sempre più giovane danno maggiore slancio all'azione d'informazione e prevenzione cardiovascolare già intraprese.

Accanto alle campagne "storiche" sull'importanza del controllo dei fattori di rischio cardiovascolari classici, dall'ipertensione, al fumo, al diabete mellito, all'obesità, alla dislipidemia, è importante una prevenzione primaria che parta dai bambini, che agisca su elemen-

ti quali alimentazione ed attività fisica fin dagli inizi del cammino della vita.

Il collegamento con le scuole, con i ragazzi e quindi con le famiglie è fondamentale per favorire un circolo virtuoso e invertire quella rotta che vede nel mondo occidentale sempre più persone in sovrappeso, perché mangiano male e si muovono poco.

L'obiettivo è modificare lo stile di vita di ragazzi e adulti che hanno acquisito determinate abitudini, incoraggiare le famiglie a scegliere per i propri figli stili di vita salutari sin dall'infanzia. Questo operando scelte razionali in tema d'alimentazione, dedicando tempo ai propri figli, esortandoli nel tempo libero a praticare sport e scegliere un'attività alternativa piuttosto che stare ore davanti la televisione e il computer.

Come perseguire questi obiettivi? La giornata del 24 settembre può intanto rappresentare un tassello, sia per gli operatori del settore affinché rilancino il loro impegno in tema di prevenzione ed informazione, sia per i responsabili scolastici e per le famiglie.

Il 24 settembre insieme a tante altre strutture in tutt'Italia, anche l'angiologia di Matera aprirà i suoi

spazi, accompagnando i visitatori, mostrando le offerte diagnostiche e curative e proponendo anche un cammino nell'ambito della prevenzione cardiovascolare.

L'ambizione è quella di portare avanti un progetto organico in un istituto scolastico, allargandolo, se possibile, ad altre strutture. Il progetto era teso inizialmente a registrare lo status quo, le abitudini di partenza per poi rielaborarle e arrivare a una dieta bilanciata che tornasse alla tradizione culinaria locale, mediterranea, riscoprendo piatti e pietanze marginalizzate negli ultimi anni. L'iniziativa si basa su più punti:

- Verificare periodicamente sul campo i risultati, ad esempio, con un'analisi diretta per quel che attiene il break di metà mattina.
- Coinvolgere le famiglie e valutare la fattibilità pratica di alcune proposte alimentari sia in termini di tempo per la preparazione degli alimenti, sia di costi.
- Elaborare una proposta di "moto a tutte le età", partendo un'offerta a costo zero, quale camminare a passo svelto per mezz'ora al giorno.
- Considerare anche altre scelte, dagli sport di gruppo alla pale-



Ernest Hemingway con il figlio Gregory

stra, nell'ambito di un eventuale progetto familiare "Muoviamoci insieme".

Alimentazione ed attività fisica sono due cardini importanti di un programma di prevenzione cardiovascolare sia primario che secondario.

In prevenzione secondaria l'impegno è teso a favorire il controllo dei fattori di rischio da parte dei cardiopatici e a monitorare le loro abitudini (alimentazione, fumo, at-

tività fisica) con programmi eventualmente personalizzati; dopo una valutazione clinico strumentale individualizzata e aver monitorato alcuni parametri di base (altezza, peso, circonferenza addominale, pressione arteriosa e frequenza cardiaca) oltre ad alcuni indici di laboratorio, quali glucosio e colesterolo.

Un progetto, quest'ultimo, complesso che richiede l'interazione non solo del paziente e della fami-

glia, ma anche dei medici di famiglia, degli specialisti, del distretto sanitario, delle strutture specialistiche ospedaliere e/o territoriali.

Il progetto sta partendo in modo sperimentale ed a piccoli gruppi nell'ambito dell'Associazione Amici del Cuore Grassano, per valutarne la fattibilità, ma ci sono già indici di come l'interazione tra i professionisti che operano nella sanità è una strada che può incidere molto sui comportamenti dei più.

CALABRIA

DI MARILENA MATTA



News dalla Calabria

Nella consultazione elettorale ANMCO 2006, ancora una volta un Cardiologo Ospedaliero Calabrese risulta eletto nel Consiglio Nazionale ANMCO. Infatti il 2 giugno a Firenze nella medicea Fortezza da Basso dove si danno appuntamento annuale tutti i Cardiologi ospedalieri italiani per il Congresso ANMCO Nazionale, è stato eletto a pieni voti il Dott. Mario Chiatto, Cardiologo dell'Ospedale di Trebisacce, già Presidente Regionale dell'ANMCO Calabria. Il Dott. Chiatto rappresenta in ANMCO Nazionale un elemento di continuità per la Regione, infatti il suo mandato segue quello del Dott. Francesco Boncompagni, Cardiologo dell'Ospedale dell'Annunziata di Cosenza che ha ricoperto la carica di Editor della rivista "Cardiologia negli Ospedali" dal 2002 al 2006. Un po' tutti i Cardiologi Ospedalieri Calabresi devono essere grati al

Dott. Boncompagni per l'ottimo lavoro che in questi quattro anni è stato capace di organizzare. Il suo carattere versatile ed operativo nonché la sua completa disponibilità ha fatto svegliare una Calabria addormentata ma ricca di grande professionalità con tanta voglia di organizzare. Quello che mancava alla Cardiologia calabrese di qualche anno fa, era un sistema operativo ospedaliero cardiologico moderno in grado di competere con regioni italiane che avevano sicuramente tradizioni culturali e risorse cardiologiche più ricche delle nostre. Perciò con la spinta creativa che caratterizza il Dott. Boncompagni e con non pochi sforzi di coordinazione locale, la macchina operativa degli ospedali calabresi ha iniziato a produrre e ad ottimizzare risorse nascoste; infatti i Cardiologi Ospedalieri Calabresi hanno iniziato ad organizzare Corsi, Learning di

aggiornamento professionale che hanno consentito a tutte le categorie professionali sanitarie, mediche, infermieristiche ed altre, di animare dibattiti e scambi professionali. Tutto questo in anni in cui tutta la Cardiologia Ospedaliera Italiana ha dovuto

fare i conti con una notevole evoluzione culturale e tecnologica. Il merito perciò del Dott. Boncompagni è stato quello di stimolare la Calabria a confrontarsi con realtà sicuramente più avanzate tecnologicamente, ma con problematiche comuni e un unico scopo: quello di impegnarsi affinché il paziente cardiopatico possa avere parità assistenziale anche in una Regione che storicamente presenta scarse risorse economiche e strutturali. In Calabria sono diversi i convegni organizzati per far crescere la cultura dell'Emergenza-Urgenza sia nel settore sanitario che del volontariato. Negli ultimi anni si sono svolti numerosi corsi tenuti dalle strutture sanitarie, dalle società scientifiche e dagli ordini professionali per addestrare infermieri, MMG e Cardiologi a fronteggiare l'Emergenza-Urgenza (sia in ambiente ospedaliero che sul territorio). In particolare ha riscosso successo il corso Teorico-Pratico su Emergenze-Urgenze Cardiologiche e Rianimazione Cardiopolmonare, che si è svolto il 17 giugno 2006 presso l'Hotel Holiday-Inn a Cosenza, organizzato da SIC, GIEC e ONLUS "Amici del cuore", coordinato dal Dott. R. Ortuso. Il rationale del Corso pone in evidenza come



le malattie cardiovascolari rappresentano tutt'ora la prima causa di morte nei paesi industrializzati. Particolarmente rilevante, non solo per le dimensioni epidemiologiche ma anche per le caratteristiche dei soggetti che ne vengono colpiti. L'arresto cardiaco (AC) rappresenta l'evento più drammatico se non si interviene rapidamente ed adeguatamente, infatti in Italia l'incidenza dell'AC è di circa 60.000 casi annui e la sopravvivenza non supera l'1-2%, ma dove si sono sviluppati sistemi di emergenza territoriale sanitari efficienti essa può arrivare al 15-20% (Seattle, Piacenza, ecc.).

Il Corso è stato diviso in due Sessioni: si è parlato di come riconoscere le emergenze sul territorio e in ospedale ma sicuramente la parte più interessante del corso sono state le esercitazioni pratiche su manichino che hanno consentito ai partecipanti un addestramento finalizzato ad una sempre più efficace lotta all'arresto cardiaco extraospedaliero.

Lo scopo di questo Corso - ha detto il Dott. Ortuso - è stato quello di continuare a promuovere e diffondere la cultura dell'emergenza, e contemporaneamente insegnare le manovre di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione cardiaca con una corretta applicazione della "Catena della sopravvivenza". In Calabria, a conclusione del Master a numero chiuso che si è svolto a Firenze il 31 maggio nell'ambito del XXXVII Congresso ANMCO

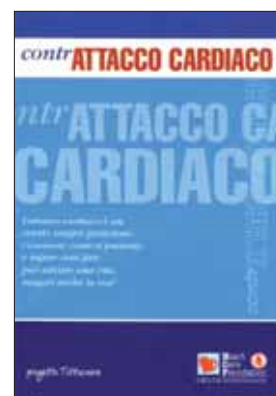
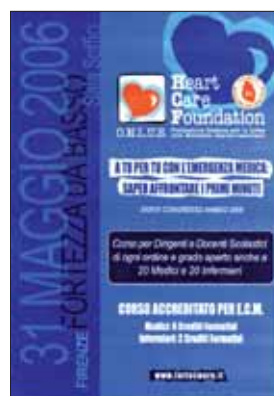


2006, (Sala Soffici) i Dirigenti Cardiologi e gli Insegnanti Scolastici Calabresi presenti al Corso, stanno programmando progetti di Educazione alla Salute per addestrare e informare i ragazzi sulle manovre salvavita.

Il Corso organizzato dall'Heart Care Foundation, infatti, ha avuto come obiettivo generale quello di costruire una educazione alla salute fondamentale tutt'altro che accessoria e quindi stimolare gli alunni e i docenti a prendere confidenza con la cultura delle emergenze del cuore, soprattutto dell'arresto cardiaco o dell'attacco cardiaco. Il tema del Master, infatti, è stato "a tu per tu con l'emergenza medica: saper affrontare i primi minuti" e i docenti presenti sono stati incoraggiati ad inserire la problematica nel normale curriculum e a informare ed addestrare i ragazzi sulle manovre rianimato-

rie assistite anche dai medici e dagli infermieri presenti al Corso che sono stati addestrati alle manovre BLS (Basic Life Support) e defibrillazione con defibrillatore semiautomatico e quindi alle procedure di primo soccorso.

Per la Regione Calabria era presente al Master un team di Cardiologi, Infermieri e Docenti scolastici che con interesse e attenzione hanno partecipato alle esperienze presentate dalle altre Regioni, e si sono impegnati a programmare in Regione Calabria corsi e progetti per acquisire e migliorare le conoscenze nel campo delle emergenze-urgenze nei distretti scolastici.



EMILIA ROMAGNA

DI GIANCARLO PIOVACCARI E NICOLETTA FRANCO

L'Angioplastica coronarica ai turisti: 5 anni di esperienza a Rimini

Possiamo "includerla" nel pacchetto-vacanze? In un mondo "globalizzato" lo sono davvero anche i pazienti? Luci ed ombre di un'attività fornita doverosamente ai vacanzieri con entusiasmo

La gestione medica di turisti nazionali ed internazionali risulta semplificata dalla applicazione delle potenzialità informatiche e dalla Medicina telematica; quando la patologia cardiaca esordisce o si riaccutizza in vacanza, alcune regole e codici di comportamento, potrebbero agevolare l'iter nell'ospedale di accoglienza.

La Cardiologia di Rimini ha iniziato l'attività di Angioplastica Coronarica nel Settembre 1999, consolidando in breve tempo la propria organizzazione per fornire sul territorio, con un sistema in rete tipo hub & spoke, la ripercussione meccanica mediante PTCA primaria in corso di Infarto Miocardico Acuto.

Già all'esordio della nostra esperienza ci siamo resi conto di dover affrontare come Cardiologia, ed in particolare come Emodinamica Interventistica, "l'emergenza-turisti", che in fuga dalle città, puntuali ogni anno, avrebbero affollato la scoppiettante e travolgente località balneare romagnola, simbolo per eccellenza di soggiorno spensierato, accessibile e fruibile da bambini ed anziani, facilmente raggiungibile da "oltralpe".

La vacanza al mare (stabilimenti assolati, gite in pineta, entroterra ricco di attrazioni enogastronomi-

che), non rappresenta più una controindicazione assoluta per i pazienti cardiopatici, anche se gravi e con severe comorbidità. Quale medico potrebbe porre un veto ad un così allettante soggiorno a Rimini all-inclusive, a prezzi competitivi (spiaggia, piadina e serata di liscio), pena essere tacciato di eccessivo rigore ed apprensione...in fondo "non si parte per un viaggio esotico o rischioso"?! Il tour de force al quale si sottopongono spesso alcuni turisti, in particolare gli anziani, sempre più over 80, all'arrivo può altresì slatentizzare una cardiopatia ischemica ancora misconosciuta.

Rimini dunque faro e richiamo al tempo stesso per un mix davvero eterogeneo e sorprendente di vacanzieri all'assalto.

Il Turista e l'Emodinamica

La sindrome coronarica acuta (SCA) con sopra o sottolivellamento del tratto ST (STEMI - NSTEMI) che si manifesta in vacanza può essere un fulmine a ciel sereno, ma talora altro non è che un evento annunciato.

Gli accessi all'Emodinamica di Rimini degli extra USL e dei turisti stranieri sono stati in questi cinque anni rilevanti e non solo concentrati

nei canonici mesi estivi, anche per la recente accresciuta attività fieristica della città, con la costruzione di un Centro con risonanza a livello europeo. Dal 2000 al 2005, su 4.072 PTCA effettuate, una percentuale oscillante fra il 28 ed il 30% riguardava pazienti non residenti.

Oltre ad un servizio 24 h per la PTCA primaria, abbiamo adottato un sistema tipo fast-track (inibitori delle glicoproteine GP IIb-IIIa e studio coronarografico entro le 12-24 ore) nei pazienti con SCA NSTEMI: spesso la strategia invasiva è stata espressamente richiesta come condizione dalle Assicurazioni mediche internazionali, per consentire un tranquillo "rimpatrio" dei contraenti stranieri.

La PTCA, offerta in un simile contesto, è stata vissuta positivamente dai turisti inaspettatamente afferenti al nostro Ospedale, soprattutto percepita come elemento di abbreviazione della durata del ricovero, ancorché vantaggiosa sul piano clinico e prognostico.

Germania, Svezia, ma non solo

L'Ospedale di Rimini è dotato di un Servizio Interpreti, che nei mesi estivi fornisce un eccellente ausilio nella gestione degli utenti stranieri; è risultato molto efficace nel regio-

lare il traffico di contatti con le assicurazioni mediche, ormai sistematicamente allegate al pacchetto-vacanze, e con eventuali centri medici di riferimento. Lo staff degli interpreti coadiuva il personale medico nel garantire una continuità di coinvolgimento e conforto dei familiari: con com-

petenza e grande umanità, ma soprattutto "nella lingua-madre", gli operatori informano e rassicurano parenti ed amici. Particolare attenzione è stata rivolta negli ultimi anni alle lingue dell'Est Europa, visto il crescente afflusso di turisti da queste aree.

Il ruolo della informatizzazione e della Medicina telematica

Il computer è da tempo parte integrante del Laboratorio di Emodinamica. Ogni procedura viene da noi registrata in un archivio informatizzato, a sua volta collegato in rete e con altri laboratori.

Contattare colleghi telefonicamente o talora via e-mail per comunicare l'evoluzione clinica di un turista già loro paziente o che lo diventerà, è agire usuale: la possibilità di comunicare tramite web e la disponibilità di cellulari con opzioni per l'invio di MMS o brevi filmati, apre scenari fino a poco tempo fa impensabili.

Ricevere od inviare filmati angio-



Fiera di Rimini

grafici, dati relativi alla procedura (tipo di stent, medicati o non, ecc.) può rivelarsi cruciale per ottimizzare il trattamento; non sempre le potenzialità di tali mezzi vengono però appieno sfruttate.

È pratica ormai di quasi tutti i laboratori rilasciare al paziente il cd contenente lo studio effettuato: ciò ha reso piuttosto frequente la probabilità di incappare nel turista che ha per caso portato nella sacca da mare il cd dell'ultima PTCA fatta prima di partire; la presenza di database informatici in quasi tutte le Emodinamiche, consente comunque di reperire informazioni a tutte le ore del giorno, eliminando l'inconveniente di dover consultare archivi cartacei, sempre soggetti a limitazioni di orari e personale. Non così irrealizzabile potrebbe essere il progetto a livello nazionale di trasferire in rete i database dei laboratori di Emodinamica, con una password di accesso personalizzata sul paziente, una sorta di "pin" tale da rendere consultabile l'iter "stru-

mentale" intrapreso sino a quel momento, da qualunque luogo.

La dotazione ideale del turista: cosa serve avere con sé quando accade l'imprevisto

Chi parte per le vacanze, porta farmaci vari un po' per previdenza ed un po' per scarmanza, come chi va a

passaggiare ingombrandosi fiduciosamente di un ombrello nella speranza che non piova; includere al kit di viaggio l'ultimo referto medico, le analisi e perché no, anche la copia della cartella clinica del recente ricovero è generalmente pratica coltivata soltanto dai pazienti cronici, quelli che per intenderci arrivano in ospedale corredati di schedario personale suddiviso in vari faldoni con allegate le radiografie del rachide lombare di 20 anni orsono.

Poche regole comportamentali possono essere trasmesse a chi si accinge a partire già dai 35 anni in su, soprattutto se cardiopatico, con estrema gratitudine di chi lavora in una Cardiologia con Emodinamica lambita dal mare e file e file di ombrelloni: portare nel proprio portafoglio l'elenco dei farmaci in uso e la copia dell'ultimo ECG, qualora sia mai stato fatto, per quanto riguarda le previsioni meteo... non sono necessarie: qui a Rimini c'è sempre bel tempo!!!

LIGURIA

DI STEFANO DOMENICUCCI



La Cardiologia Ligure vuole andare... in Rete

Il nuovo Consiglio Direttivo Regionale Ligure, eletto il 13 maggio 2006 e riunitosi già quattro volte, ha elaborato un programma all'insegna della Rete di condivisione culturale e di collaborazione operativa.

Una rete di obiettivi e di percorsi operativi può essere elaborata e proposta se si potenzia prima la **Rete delle Persone**, delle idee, dei Soci. Per questo si è chiesto e ottenuto, con votazione in Assemblea regionale, di allargare la composizione del Consiglio Direttivo Regionale da sette a nove membri, per dare ai Soci e ai centri cardiologici liguri maggiore rappresentatività e occasione di coinvolgimento. La rielezione di tutti i Consiglieri del precedente Direttivo che non erano in scadenza dopo quattro anni di mandato testimonia la priorità data alla volontà di continuità e potenziamento nei confronti delle aspettative e precedenti proposte dei Soci, in un'ottica di continuità e di "rete temporale".

Desideriamo inoltre valorizzare le specifiche competenze e peculiarità cliniche/scientifiche espresse da molti Soci liguri in ambito nazionale ed internazionale – e non sono poche! – perché vengano meglio conosciute, condivise e possa-

no dare luogo a iniziative culturali e operative, interaziendali e regionali. Un maggiore coinvolgimento dei giovani cardiologi potrà ridare vitalità e fornire idee per le attività societarie: la recente creazione dell'ANMCO Giovani rappresenta un supporto ed uno stimolo su questo fronte su cui il Consiglio Direttivo vuole investire forze e su cui chiede a tutti i Soci liguri una particolare attenzione. Un'efficace rete dell'assistenza cardiologica non esiste se non si tiene conto della professionalità e dell'apporto culturale ed organizzativo del personale infermieristico.

Da diversi anni è attivo in Liguria un gruppo CardioNursing dell'ANMCO cui si devono molte idee positive, numerose occasioni di aggiornamento per il personale infermieristico, positive opportunità di confronto con il personale medico e di proposte culturali ed operative. La crescente complessità delle competenze sanitarie affidate al personale infermieristico, a fronte della graduale costante riduzione del personale medico dipendente assegnato ai reparti di Cardiologia a favore di un sempre maggiore investimento sul territorio, rende quanto mai necessario attivare occasioni di confronto tra medici ed

infermieri sui percorsi assistenziali cardiologici ospedalieri e territoriali, sulla identificazione di protocolli condivisi relativi a compiti assistenziali che rispettino criteri di coordinamento, complementarietà ed integrazione.

Uno degli obiettivi culturali e operativi principali è rappresentato dalla Rete dei Percorsi Assistenziali Cardiologici, sia relativi all'Emergenza che ai Percorsi Ambulatoriali sul Territorio. Riguardo ai Percorsi dell'Emergenza, nella giornata di sabato 4 novembre 2006 è previsto il Convegno Regionale su "Rete Interospedaliera e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute" che, in accordo con la Campagna Educazionale promossa dall'ANMCO, coinvolgerà Cardiologi della FIC, istituzioni regionali (Assessorato alla Salute e direzioni generali), SIMEU, Servizio 118 e GISE. Sempre nell'ambito dei percorsi dell'Emergenza, è in fase di avvio la creazione di un Registro Regionale delle Sindromi Coronariche Acute, finalizzato a fotografare la realtà ligure in tale ambito, analizzare criticità, elaborare proposte di miglioramento della qualità dei percorsi. Nel campo della promozione di una cultura condivisa sull'emergenza si colloca anche il potenzia-

mento del Programma Formativo sulla Rianimazione Cardiopolmonare (BLSD-ALS) che il Consiglio Direttivo Regionale vuole promuovere mediante l'impiego di formatori ANMCO, in sinergia con le altre società scientifiche accreditate in tale ambito.

Nella promozione della qualità dei percorsi assistenziali cardiologici riteniamo fondamentale favorire la condivisione e realizzazione di appropriati Percorsi Cardiologici Ambulatoriali, in collaborazione con le associazioni scientifiche e organizzative della Medicina Generale e della Specialistica Cardiologica Ambulatoriale. Quindi anche in ambito territoriale desideriamo promuovere e realizzare progetti di condivisione, di rete e di gestione integrata, e tali tematiche costituiranno argomento principale del prossimo Congresso Regionale ANMCO-SIC-ANCE previsto nella prima parte del 2007. La promozione di percorsi condivisi di Prevenzione Cardiovascolare, intesa sia come individuazione dei soggetti a rischio ma anche come tempestiva identificazione degli stati iniziali di malattia cardiovascolare costituisce uno dei punti di forza di una futura Rete Territoriale Cardiologica. Nel programma regionale ligure abbiamo inserito anche la promozione di Percorsi di Formazione nell'ambito del Management e Clinical Governance, dedicati soprattutto ai dirigenti di I livello e ai Soci più giovani. Riteniamo che il favorire un approfondimento manage-



Portofino

riale dei percorsi sanitari consenta ai Soci di acquisire maggiore competenza e partecipazione attiva nell'ambito della pianificazione e programmazione dell'attività assistenziale cardiologica nella propria struttura di riferimento, ma costituisca anche una premessa culturale per realizzare progetti di condivisione e collaborazione interdisciplinare ed interaziendale nell'ambito dell'assistenza in rete e del disease management.

Una vera Rete dei Soci non esiste se non si realizzano mezzi adeguati di comunicazione. Sul delicato aspetto della comunicazione, necessaria per raccogliere idee e suggerimenti, avviare e seguire progetti, garantire rappresentatività dei Soci e favorire tempestività operativa alle iniziative si sono susseguite molte idee e diverse positive realizzazioni (esiste dal 2001 una pagina WEB dell'ANMCO Ligure, finora ancora sottoutilizzata). Se vogliamo dimostrare che la base dei Soci costituisce la vera forza del

Consiglio Direttivo Regionale dobbiamo promuovere in modo efficace la realizzazione di adeguate modalità di informazione e confronto. Ci rendiamo conto che a tale riguardo la distanza tra volontà e velleità è scarsa, e proprio per questo chiediamo ai Soci di avanzare proposte su cui il Consiglio Direttivo possa investire e impegnarsi nei confronti della ricerca di supporti adeguati alla realizzazione delle stesse.

Il programma descritto è certamente ambizioso, e non dobbiamo rischiare di passare dalla *volontà di fare rete* al *cadere nella rete* delle velleità. Le qualità culturali e cliniche dei Soci e dei Consiglieri che mi accompagneranno in questo mandato costituiscono la premessa a un poco cauto ottimismo riguardo al raggiungimento degli obiettivi. Giocare infine in casa con il Presidente Nazionale sarà certamente un'arma a doppio taglio positivo per tutti noi.

In bocca al lupo!

MARCHE

DI DOMENICO GABRIELLI



News dalle Marche: il problema delle reti

Nella Regione Marche già da due anni circa esiste una rete interospedaliera per il trattamento delle sindromi coronariche acute ed il profilo diagnostico-terapeutico relativo; è stato inoltre attivato un Registro per raccogliere i dati più importanti relativamente ad esse (in passato sono state già effettuate delle comunicazioni in ambito ANMCO di tale esperienza); ciononostante, la possibilità e l'utilità di implementare le reti interospedaliere crea sempre entusiasmo (purtroppo poi non sempre seguito da una reale applicazione dei principi discussi ed accettati pienamente).

In relazione alla suddetta campagna educativa in data 24 novembre si terrà in Jesi, presso l'Auditorium della Banca Marche, gentilmente messo a nostra disposizione, la Riunione Regionale relativa (Programma 1) che ripropone quanto già brillantemente sperimentato nella Riunione dell'Emilia-Romagna.

Fra gli obiettivi prioritari nella gestione in rete dell'IMA STE, quello che risulta particolarmente sentito in una regione come le Marche, che presentano una configurazione geografica ed una storia del servizio sanitario peculiari, è consenti-

re le "pari opportunità" di trattamento al paziente indipendentemente dal punto della rete a cui afferisca per ricevere il primo soccor-

so (che peraltro è uno degli obiettivi qualificanti del piano sanitario regionale).

L'auspicio di noi tutti che l'incontro

Programma 1

Campagna Educazionale Nazionale ANMCO: "Rete interospedaliera e linee guida per le SCA"

Jesi (Auditorium Banca Marche), 24 novembre 2006

- Ore 8.45 Registrazione dei partecipanti
- Ore 9.00 Presentazione dell'incontro

Le reti interospedaliere per il trattamento delle SCA: i concetti

- Ore 9.15 Linee Guida e Rete interospedaliera
- Ore 9.30 Standard e clinical competence in UTIC
- Ore 9.45 Standard e clinical competence in Emodinamica
- Ore 10.00 Le criticità dell'assistenza delle SCA in Italia
- Ore 10.15 Struttura e obiettivi della Rete interospedaliera regionale
- Ore 10.30 Discussione
- Ore 10.45 Coffee break

Le reti interospedaliere per il trattamento delle SCA: gli attori

- Ore 11.15 La Rete mobile: il ruolo del 118
- Ore 11.30 La Rete fissa: il ruolo della medicina d'urgenza
- Ore 11.45 La formazione degli operatori della Rete
- Ore 12.30 Discussione
- Ore 12.45 Lunch

Le reti interospedaliere per il trattamento delle SCA: la pratica

- Ore 14.00 Analisi della situazione provinciale ed obiettivi della Rete
Raccolta dei dati e verifica dei risultati
- Ore 15.00 Progetti di educazione sanitaria dei cittadini
- Ore 15.20 Il ruolo della HCF
- Ore 15.30 Discussione
- Ore 16.00 Tavola Rotonda: il modello locale e gli sviluppi organizzativi
- Ore 17.30 Compilazione questionario ECM e chiusura dei lavori

di novembre abbia il successo di "pubblico" che merita e soprattutto risultati utili per implementare la coesione della rete.

Progetto ANMCO "Consensus Conference sui Percorsi Assistenziali del Paziente con Scompenso cardiaco"

Il recente documento di consenso sui percorsi assistenziali del pazien-

te con scompenso cardiaco è particolarmente interessante e meritevole di lodi per la mole di lavoro che ha comportato. Si spera che risulti utile nella realtà clinica quotidiana per migliorare l'assistenza e l'integrazione fra i vari attori del trattamento di tale patologia e per riportare al centro del sistema il malato, visto come persona oltre che come paziente.

Anche nelle malattie croniche è importantissimo implementare una rete assistenziale strutturata per meglio rispondere ai bisogni dell'utenza. I passi da compiere in proposito, benché possano risultare facilitati dall'esperienza delle reti nel campo delle sindromi coronariche acute, sono ancora molti, sia per la minore percezione del problema a livello di comunità e di decisore pubblico, sia per la complessità dell'interazione fra i vari "care-giver". Al fine di sensibilizzare ulteriormente gli operatori della sanità al problema, considerando la sensibilità della Regione Marche al problema, come espresso dalla partecipazione della ASR alle fasi preliminari del progetto ANMCO, si è pensato di proporre una iniziativa pilota per la sede di Ancona, aperta ad un numero elevato di operatori (Cardiologi ospedalieri e territoriali, Internisti, MMG, Infermieri), che si terrà nel mese di febbraio 2007 (vedasi programma preliminare allegato), per iniziare a discutere il problema. A tal fine si è voluto sfruttare l'esperienza ammirevole della Consensus e si proporrà una Sessione interattiva per coinvolgere in modo globale e multidisciplinare gli attori dell'assistenza. Si spera che l'iniziativa, al momento sperimentale e "semplificata" rispetto a quanto dovrà avvenire in futuro, risulti di interesse e che trovi continuità ed "applicabilità" reale nella fase di implementazione regionale della Consensus di prossima realizzazione.

Programma 2

I profili assistenziali nello Scompenso Cardiaco: la nuova sfida

Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti
Aula Totti, Ancona 24 febbraio 2007

Ore 8.00	Registrazione dei partecipanti e saluti
Ore 8.15	Prima sessione: lo scompenso cardiaco la realtà
Ore 8.30	Epidemiologia dello scompenso
Ore 8.50	La gestione integrata
Ore 9.10	Discussione
Ore 9.30	Seconda Sessione: il percorso di cura
Ore 9.30	Il percorso diagnostico e terapeutico
Ore 9.50	Prevenzione e screening: il ruolo del MMG
Ore 10.10	Prevenzione e screening: il ruolo del cardiologo
Ore 10.30	Il ruolo del personale infermieristico
Ore 10.50	Discussione
Ore 11.10	Coffee break
Ore 11.30	Terza Sessione: profili e percorsi assistenziali
Ore 11.30	Il paziente con SC acuto
Ore 11.50	Il paziente con SC avanzato
Ore 12.10	Il paziente Anziano e con comorbidità
Ore 12.30	Continuità assistenziale e riabilitazione
Ore 12.50	Indicatori di struttura, processo e risultato
Ore 13.10	Discussione
Ore 13.30	Presentazione esempi pratici e discussione interattiva
Ore 14.15	Compilazione Questionario di Apprendimento
Ore 14.30	Conclusioni

Convegno rivolto a 60 Medici (MMG, Cardiologi Territoriali, Internisti, Cardiologi) e 60 Infermieri.

PUGLIA

DI PASQUALE CALDAROLA E SERGIO PEDE

Parte in Puglia il Piano Regionale di Prevenzione 2005-2007**Elaborato un Progetto di Prevenzione del rischio cardiovascolare e costituito il Comitato di Coordinamento Regionale**

In attuazione dell'intesa Stato-Regioni del marzo 2005 è stato approvato in Puglia il Piano Regionale della Prevenzione, articolato in una serie di progetti.

Nell'Area Cardiovascolare, con la partecipazione attiva dell'ANMCO Regionale, sono stati presentati i seguenti progetti:

- Prevenzione del rischio cardiovascolare;
- Prevenzione degli incidenti cerebro cardiovascolari.

Il 29 luglio 2006 si è insediato il Comitato di Coordinamento Regionale (CRP) del progetto di prevenzione del rischio cardiovascolare (RCV) costituito dal Dott. Vincenzo Pomo in rappresentanza dell'ARES, dalla Dott.ssa Cinzia Germinario, rappresentante dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, dal Dott. Giovanni Greco e Giulio Avarello, in rappresentanza dei Medici di Medicina Generale e dal Dott. Pasquale Caldarola e Sergio Pedè, in rappresentanza dell'ANMCO.

Nella Regione Puglia i ricoveri per malattie car-

diovascolari rappresentano il 10% dei ricoveri totali e negli anni 2000-2003 si è assistito ad un incremento del numero di ospedalizzazioni per IMA, pur in presenza di una riduzione complessiva dei ricoveri per malattie cardiovascolari.

I dati dell'osservatorio epidemiologico cardiovascolare relativi alla Puglia non sono certo confortanti:

- Pressione arteriosa: il 26% degli U

ed il 35% delle D presentano valori di PA $\geq 160/95$ mmHg.

- Colesterolemia: il 18% degli U ed il 16% delle D presenta valori di Col Tot ≥ 240 mg%.

- Fumo: il 33% degli U fuma in media 19 sigarette/die ed il 17% delle D ne fuma 12.

- Obesità: il 16% degli U ed il 34% delle D è obeso.

- Diabete mellito: l'8% degli U ed il 9% delle D presenta valori di glic >126 mg%.

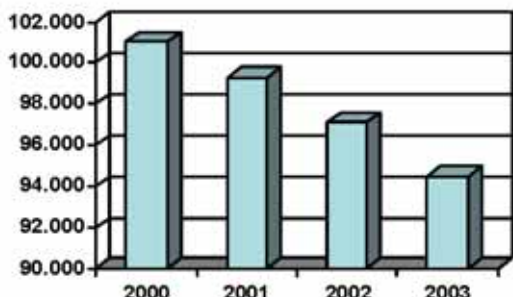
I dati dell'osservatorio epidemiologico cardiovascolare evidenziano quindi per la Puglia un contesto epidemiologico caratterizzato da elevata prevalenza delle singole condizioni di RCV, con una proiezione statistica di circa 250 mila U e 50 mila D inquadabili nell'alto rischio CV, pur in assenza di manifestazioni cliniche di malattia.

Da questi dati scaturisce la necessità di iniziative volte alla corretta valutazione del RCV nella popolazione pugliese e a successivi interventi correttivi dei vari fattori di RCV.

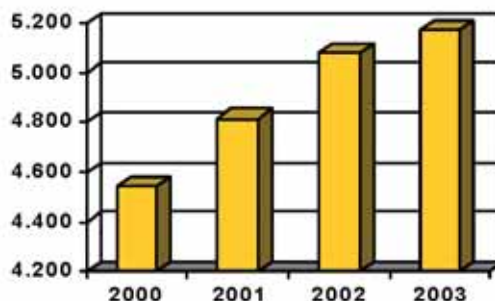


Filippo De Pisis, *Natura morta isterica*, 1919

RICOVERI PER MALATTIE CARDIOVASCOLARI



RICOVERI PER IMA



AZIONI	Semestri					
	1	2	3	4	5	6
Costituzione Comitato Scientifico Regionale	■					
Formazione degli operatori	■	■				
Arruolamento dei MMG	■	■				
Arruolamento dei pazienti			■	■	■	■
Costruzione del registro pazienti			■	■	■	■
Valutazione degli indicatori fondamentali di processo e di esito			■	■	■	■
Riunioni periodiche tra MMG, OER, Dip. di Prevenzione			■	■	■	■
Reportistica			■	■	■	■
Monitoraggio			■	■	■	■

Il piano regionale prevede:

- Di valutare il RCV nella popolazione pugliese di età compresa tra 35 e 69 attraverso l'utilizzo della Carta del rischio e del punteggio individuale elaborate dall'ISS;
- Di attivare conseguenti e differenziati percorsi clinico assistenziali con particolare attenzione ai soggetti ad alto rischio.

In ogni AUSL sarà attivata una Unità Aziendale di Progetto (UAP) costituita dal Direttore Sanitario di ASL, dai Direttori di distretto, dal direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, da un MMG e da un Cardiologo, che provvederà all'organizzazione della fase formativa ed operativa del progetto.

Fase formativa

Entro settembre 2006 sarà organizzato a cura del CRP un evento formativo ECM dedicato a 40 MMG e 20 Cardiologi, che saranno successivamente impegnati nella fase di formazione di tutti i MMG pugliesi che aderiranno al progetto.

Percorso di gestione del rischio cardiovascolare

Un ruolo fondamentale viene attribuito al MMG, che attraverso il punteggio reso disponibile dall'ISS, con screening opportunistico nei confronti dei propri assistiti di età compresa tra 35 e 69 anni, effettuerà la valutazione del RCVG trasmettendo i dati alla UAP e al CRP. Il MMG gestirà i pazienti a RCVG me-

dio-basso in un percorso diagnostico terapeutico basato sulle indicazioni delle Linee Guida, con una rivalutazione annuale del profilo di rischio; invierà i pazienti a RCVG elevato presso strutture specialistiche cardiologiche individuate dal CRP (una o più strutture di Cardiologia preventiva per ogni AUSL).

Tali strutture saranno organizzate in rete attraverso l'utilizzo di un software comune, che quasi certamente sarà quello predisposto dall'ANMCO per l'Area Prevenzione. Per tali pazienti è prevista una verifica dei fattori di rischio e del rischio CVG ogni sei mesi. Per la realizzazione del progetto sono stati stanziati cinque milioni di euro ad anno per tre anni ed è stato predisposto un cronoprogramma delle varie fasi attuative. La Cardiologia pugliese sarà parte attiva nella fase formativa, e nella gestione dei percorsi clinico assistenziali e nel follow-up dei pazienti ad alto rischio. Si può sperare che tale progetto rappresenti la premessa per la costituzione in Puglia di una rete della Cardiologia preventiva.

PUGLIA

DI ANTONIO MATERA



ANMCO Puglia: Consiglio Direttivo del 2 giugno 2006

Il primo incontro del Consiglio Direttivo eletto nella scorsa primavera si è tenuto nel corso del Congresso Nazionale ANMCO a Firenze, presieduto dal Dott. P. Caldarola, alla presenza di tutti i Consiglieri e dei Colleghi pugliesi che ricoprono ruoli a livello nazionale.

Sono state tracciate le linee di lavoro per il prossimo biennio che ci vedranno impegnati in particolare su due fronti: il rapporto con il governo regionale e la formazione. Inoltre sono stati individuati alcuni referenti per temi specifici.

Rapporti con il governo regionale

È stata ribadita la necessità di stabilire con l'Assessorato alla Salute e con l'ARES un rapporto di tipo "istituzionale"; l'ANMCO Puglia ha le carte in regola per presentarsi come interlocutore qualificato sui temi di competenza cardiologica.

È da prendere atto, peraltro, che l'ANMCO è stata pienamente coinvolta nella elaborazione dei progetti sulla prevenzione cardiovascolare e sul follow-up dei pazienti colpiti da IMA, da realizzare in Puglia con la partecipazione attiva dei Medici di Medicina Generale, in applicazione del piano sanitario nazionale. A tal proposito è da sollecitare l'attenzione dei Direttori delle

U.O. di Cardiologia che saranno coinvolti nelle proprie ASL di appartenenza.

L'amministrazione della Regione Puglia, tramite l'ARES, ha mostrato disponibilità a prevedere per i pazienti affetti da scompenso cardiaco cronico accessi in Day Hospital, in base ad uno specifico protocollo diagnostico-terapeutico, che sarà elaborato secondo quanto previsto nel recente documento dell'ANMCO.

Sempre alla Regione Puglia è stata presentata dal Dott. C. D'Agostino (Di Venere - Bari) una proposta per istituire nella nostra Regione l'ambulatorio per il paziente con scom-

penso cardiaco; il Direttivo dell'ANMCO Puglia interverrà affinché si possa produrre un progetto esecutivo.

Rimane l'impegno forte a seguire la problematica, già avviata per la provincia di Bari, di organizzazione delle Reti per la gestione dei pazienti con STEMI e ad allargare l'iniziativa alle altre province, previa costituzione di Comitati Provinciali, di cui facciano parte referenti ANMCO delle singole province Pugliesi.

Formazione

Nell'ambito delle Campagne Educative Nazionali ANMCO, è in corso di allestimento l'incontro re-



Agave e Trullo



Porto di Trani

gionale "Rete interospedaliera e linee guida per le sindromi coronariche acute" che si terrà a Bari nel prossimo autunno con la partecipazione del Dott. Francesco Chiarella, Presidente Nazionale dell'ANMCO, e dell'Assessore alla Salute Dott. Alberto Tedesco.

Il 22 e 23 settembre 2006 è stato organizzato dalla Cardiologia dell'Ospedale di Venere, con il patrocinio dell'ANMCO, un Convegno sulla morte improvvisa, che includerà un Corso di BLS per 80 Cardiologi. I Direttori delle U.O. di Cardiologia saranno contattati per indicare due o tre Cardiologi per ciascun Centro.

In collaborazione con l'ANMCO Nazionale, si intende organizzare in Puglia corsi di ACLS e corsi per formatori di BLS e ACLS, in maniera da poter avviare una formazione stabile nella nostra Regione.

In collaborazione con l'AIAC regionale sono in corso di programmazione corsi in tema di aritmie da svolgere nel prossimo autunno nelle varie province pugliesi.

Chi volesse organizzare eventi formativi da inserire

nel Piano Formativo ANMCO 2007 ha tempo fino a settembre 2006.

Per il 2007 sono in programma corsi di formazione su Fibrillazione Atriale e sullo Scompensamento Cardiaco, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, sul Diabete Mellito, in collaborazione con l'Associazione dei Diabetologi, e sull'ultrafiltrazione.

Inoltre l'Area per le Malattie del Circolo Polmonare dell'ANMCO sta



organizzando un progetto formativo che prevede del materiale da utilizzare nelle proprie strutture al fine di stimolare confronti multidisciplinari per la produzione di documenti di consenso locali.

Referenti

Per migliorare l'operatività del Consiglio Direttivo, si è deciso di individuare alcuni referenti per le diverse attività:

- Corsi BLS e ACLS: Dott. D. Carretta (Bari).
- Day Hospital regionale per lo scompensamento cardiaco: Dott. R. Mangia (Tricase).
- Rapporti con l'ANMCO Nazionale sui temi dello scompensamento cardiaco: Dott. S. Pede (S.P. Vernotico).
- Heart Care Foundation: Dott. E. Angelini (Brindisi).
- Sito Web ANMCO Puglia: Dott. A. Matera (Andria).
- Formazione ECM: Dott. V. De Rito (Lecce) e C. Vigna (S. Giovanni R.).
- Management & Qualità: Dott. M. Cannone (Cerignola).
- Malattie del Circolo Polmonare: Dott. V. Morrone (Taranto) e N. Signore (Bari).

Tutti i Colleghi interessati a collaborare attivamente con il Direttivo Regionale possono rivolgersi al Presidente Pasquale Caldarola o al Segretario Antonio Matera.

SARDEGNA

DI ROSANNA PES E GIAMPAOLO SCORCU

ANMCO Sardegna: il banco di prova per un Presidente Regionale al femminile

Il 7 luglio 2006 c'è stata la prima Riunione del nuovo Direttivo Regionale eletto per il biennio 2006-2008 e così costituito:

Presidente: Rosanna Pes (Sassari);
Consiglieri: Rinaldo Aste (Carbonia); Giancarlo Molle, Carmela Mosca, Alessandro Pani e Francesco Sanna di Cagliari; Antonio Caddeo (Oristano); Giovanna Mureddu (Nuoro); Piero Zappadu (Olbia).

Come il precedente, rappresentativo delle Cardiologie con UTIC (8 per l'esattezza), ma fiducioso di essere portavoce e riferimento di tutta la Cardiologia ospedaliera sarda. La partecipazione del Presidente uscente, Dott. Giampaolo Scorcu (neo consigliere dell'attuale Direttivo Nazionale) ha ufficializzato il passaggio delle consegne. Il nuovo gruppo si è impegnato a

proseguire il cammino tracciato dal Dott. Scorcu, e a portare a termine i progetti già avviati. E per sottolinearne la continuità, abbiamo deciso, il Presidente uscente ed io, di scrivere questo articolo a quattro mani: a lui il compito di redarre la prima parte, cioè ciò che il precedente Consiglio ha realizzato, a me quello di delineare il futuro dell'ANMCO Sardegna.

Programmazione e avvio delle contrattazioni fra società scientifiche e assessorato alla Sanità regionale del progetto per la rete di Emergenza nelle Sindromi Coronariche Acute

Il progetto è volto alla creazione di una moderna rete integrata delle strutture operanti nel settore dell'emergenza cardiologica, nell'ottica di garantire ai cittadini sardi una migliore assistenza in tutto il territorio, con un utilizzo ottimale delle risorse disponibili.

L'assessorato alla Sanità, dopo averne valutato la coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria regionale, ha inserito il progetto nel piano sanitario regionale ed ha costituito un gruppo tecnico di coordinamento composto dai responsabili regionali delle società scientifiche promotrici (ANMCO, SIC, SIMEU, SIS-118).

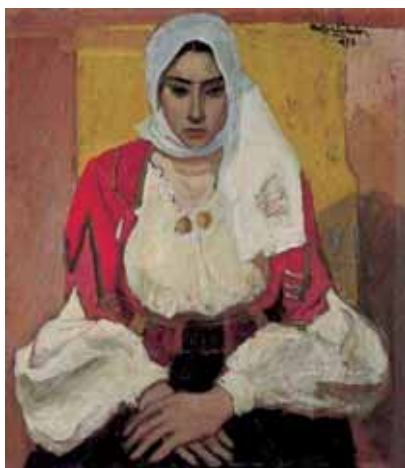
Allo stato attuale nelle centrali del 118, nelle UTIC e nelle ambulanze medicalizzate sono in via di allestimento le apparecchiature di telecardiologia, mentre sono in avanzata fase di preparazione i protocolli operativi e i corsi di preparazione di tutto il personale coinvolto nel progetto.

Registro Sardo per le SCA STEMI (S.O.S. IMA Studio Osservazionale Sardo sull'Infarto Miocardico Acuto)

La fase di attuazione della rete è stata preceduta da una raccolta dati su tutto il territorio regionale volta ad acquisire gli elementi necessari per la sua progettazione. In un periodo di sei mesi sono stati raccolti i dati di tutti i pazienti con STEMI ricoverati nelle strutture cardiologiche della Regione (con e senza UTIC). Sulla base della conoscenza degli attuali dati epidemiologici, degli outcomes e dell'utilizzo delle risorse, il progetto rete potrà essere programmato per migliorare i percorsi assistenziali e terapeutici e per razionalizzare ed ottimizzare le risorse.

Congresso Regionale e Cardionursing 2005

Il 25 e 26 novembre 2005 si è tenuto a Cagliari il primo Congresso Regionale ANMCO. La manifesta-



Mario Delitala, Donna di Orani, 1953

zione, oltre ad essere stata motivo di aggiornamento ha rappresentato un momento di riflessione e discussione circa la necessità di adattare al meglio le evidenze scientifiche disponibili al sostegno della qualità assistenziale nella nostra Regione.

La partecipazione è stata assolutamente soddisfacente in quanto è stata registrata la presenza di Cardiologi ed Infermieri di tutti i Centri dell'Isola. Al termine del Congresso si è riunito il Direttivo Regionale a cui hanno partecipato l'ex Presidente Nazionale ANMCO, Dott. Giuseppe Di Pasquale, e il Dott. Francesco Chiarella, l'allora Presidente designato.

Obiettivi del nuovo Direttivo

Gli obiettivi del nuovo Direttivo si articolano su diverse linee di progetto, che tengono conto delle esigenze prioritarie di tipo organizzativo e scientifico, particolarmente sentite in terra sarda. Al momento gli sviluppi più immediati riguardano tre tipologie di intervento, che analizzeremo di seguito.

A) Modernizzazione dell'assistenza sanitaria cardiologica (attivazione delle reti di emergenza)

È ormai in fase organizzativa avanzata l'attivazione delle reti di emergenza cardiologiche, che vedrà coinvolti, in via preliminare, alcuni Centri di Riferimento Regionale, secondo quanto indicato dall'Assessore sulla base del format suggerito dalla apposita commissione

congiunta ANMCO-SIC-SIMEU-118. In questa fase i nodi cruciali saranno la diagnosi precoce elettrocardiografica delle Sindromi Coronariche Acute, condivisa, via telefono, tra 118 e UTIC di riferimento. L'obiettivo è quello di abbreviare i tempi di ricovero e azzerare il ritardo intraospedaliero.

B) Promozione di corsi di perfezionamento in tematiche specifiche, rivolti a medici cardiologi e a infermieri professionali.

Aggiornamento scientifico:

È in corso di perfezionamento il progetto di un programma annuale di apprendimento e verifica in Ecocardiografia che avrà come tematiche dominanti i problemi irrisolti della metodica nei diversi campi operativi. Il Corso, strutturato in due giornate, sarà rivolto ai Cardiologi sardi con lezioni frontali, casi clinici interattivi e verifica finale. Il primo corso è previsto il 21-22 dicembre ad Alghero.

Formazione degli infermieri:

Particolare attenzione verrà rivolta alla formazione e alla qualificazione professionale del personale infermieristico. Il nuovo Consiglio Direttivo ha individuato nella assistenza delle emergenze cardiologiche il tema prioritario.

Al riguardo sono già stati programmati alcuni eventi:

I) Due corsi di BLS per infermieri a Sassari nei giorni 28 ottobre e 25 novembre 2006.

II) Il Congresso Regionale Cardionursing 2006 fissato per il 9 dicembre. Il programma, articolato in

quattro sessioni, prevede che ogni tematica venga illustrata da un medico cardiologo e sviluppata da tre relazioni tenute dagli infermieri delle cardiologie sarde. Il Congresso, che verrà regolarmente accreditato, è rivolto agli infermieri che operano nelle strutture di emergenza, nelle Divisioni di Cardiologia e Medicina e avrà come argomenti di rilievo le sindromi coronariche acute con le loro complicanze e lo scompenso cardiaco.

III) Attivazione locale di progetti proposti a livello nazionale e regionali.

Oltre all'adesione dei progetti proposti dal Direttivo Nazionale nelle Linee Programmatiche 2006-2008, il nuovo Consiglio Regionale ha già valutato, nel corso del primo incontro, la possibilità di attivare un nuovo registro regionale, promosso dalla Cardiologia dell'Ospedale Brotzu di Cagliari, sulla fibrillazione atriale trattata in Pronto Soccorso Cardiologico attraverso l'utilizzo di un semplice questionario. Questo ed altri programmi, speriamo, come il prossimo Congresso Regionale ANMCO, verranno sviluppati nella Riunione di settembre.

Per questa nostra Sardegna ricca di professionalità, ma non di risorse, e lontana dal "Continente", io e il direttivo, che mi auguro molto presente e propositivo, ci impegneremo sicuramente, quantomeno a ridurre le distanze! Arrivederci al prossimo articolo.

SARDEGNA

DI ROBERTO TUMBARELLO



Eventi formativi ANMCO - Sardegna Cardiopatie Congenite: il Presente ed il Futuro

In ambito cardiologico le cardiopatie congenite hanno ormai acquisito un ruolo di grande rilievo. Gli straordinari progressi della cardiocirurgia e della cardiologia interventistica negli ultimi decenni hanno portato a fare in modo che un numero sempre maggiore di pazienti affetti da tali patologie non solo sopravvivessero, ma avessero la possibilità di inserirsi perfettamente nella società.

Questo ha fatto sì che da un lato si venisse progressivamente a creare una nuova popolazione pediatrica ed adulta con esigenze mediche assolutamente peculiari e dall'altro che crescesse in maniera esponenziale il desiderio di conoscenza delle problematiche specifiche da parte non solo dei cardiologi ma anche di pediatri, ginecologi, medici di famiglia e personale infermieristico.

Recependo pertanto questa esigenza di approfondimento, il 5 maggio si è svolta a Cagliari, organizzata dalla Cardiologia Pediatrica presso l'Ospedale "G. Brotzu", una Riunione scientifica sul presente e futuro delle cardiopatie congenite. L'incontro rientrava nell'ambito degli eventi formativi extramurari dell'ANMCO e non avrebbe potuto avere una cornice

migliore di una di quelle splendide giornate di sole che normalmente caratterizzano la primavera cagliaritano. Nonostante il clima invitasse a passare la giornata in una delle rinomate spiagge del cagliaritano piuttosto che dentro un'austera sala congressi, l'adesione è stata straordinaria, con la presenza di oltre 200 partecipanti, rappresentati per la maggior parte da Cardiologi, ma con una significativa presenza di pediatri, ginecologi e cardiocirurghi.

Erano inoltre presenti specializzandi delle scuole di cardiologia e pediatria, nonché studenti in medicina e numerosi infermieri, ad attestare l'interesse sviluppato dagli argomenti proposti.

Il programma scientifico, come definito dal titolo dell'evento, si è sviluppato tra presente e futuro, mettendo a confronto alcuni argomenti "classici" con problemati-



che emergenti, prendendo in considerazione tutte le età, dal periodo fetale a quello adulto.

I relatori hanno formato un riuscito "mixing" tra esperti locali ed alcuni colleghi di grande spessore e riconosciuta fama come Gennaro Santoro, Fernando Picchio ed Enrico Chiappa. Il gruppo locale era rappresentato da Cardiologi, cardiologi pediatri, radiologi e ginecologi dell'Ospedale "G. Brotzu" che da oltre dieci anni lavorano assieme nell'ambito della Cardiologia Pediatrica, campo nel quale hanno sviluppato una notevole esperienza divenendo il vero centro di riferimento regionale. Va doverosamente annotato che alcuni relatori del gruppo della cardiologia pediatrica erano molto giovani, specializzandi o neospecialisti, ma che per questo non hanno certo sfigurato al fianco di illustri relatori di lungo corso.

Il programma si è articolato in quattro sessioni che hanno "scandito" l'evoluzione culturale e temporale degli argomenti. La prima, la clinica, ha preso in considerazione alcuni argomenti "evergreen" come il soffio cardiaco, l'attività sportiva e lo scompenso cardiaco in età pediatrica che costantemente ricorrono nelle richieste al

*Litorale cagliaritano*

cardiologo pediatra e vengono invariabilmente affrontati nelle sessioni delle cardiopatie congenite. La seconda sessione ha trattato lo straordinario impatto che le nuove tecniche di "imaging" stanno avendo nella diagnostica delle cardiopatie congenite. Sono stati messi a confronto i pareri del radiologo, del medico nucleare e del cardiologo ed un particolare interesse hanno suscitato le straordinarie immagini della risonanza magnetica presentate dal gruppo dei radiologi dell'Ospedale "G. Brotzu". Nel complesso si è avuta la sensazione che mai il futuro fosse così attuale e che nel campo della diagnostica le procedure invasive siano destinate a ricoprire un ruolo veramente marginale.

Nella terza sessione gli argomenti hanno abbandonato il campo scientifico puro, oltrepassando la sottile linea che divide scienza, filosofia ed etica. Sono stati trattati alcuni temi scottanti e controversi come il "counseling" prenatale e postnatale, uno degli argomenti maggiormente affrontati presso la Cardiologia Pediatrica del Brotzu. Si è avuto un acceso dibattito, co-

me previsto, nel momento in cui si sono toccati argomenti appartenenti al settore dell'etica, con particolare riferimento al potenziale rapporto tra diagnosi prenatale sfavorevole ed interruzione volontaria di gravidanza. La giovane psicologa Sabrina Montis ha fatto una carrellata sulle problematiche psicologiche dei pazienti affetti da cardiopatia congenita, con particolare riferimento alle difficoltà della vita di relazione e dell'inserimento sociale.

Infine l'ultima sessione è stata riservata a particolari problemi emergenti. Dopo le magistrali esposizioni di Fernando Picchio sulle cardiopatie congenite nella popolazione adulta e di Gennaro Santoro sulle procedure interventistiche, l'attenzione dell'uditorio è stata attratta da argomenti di grande attualità come il problema della sessualità e della gravidanza dei cardiopatici congeniti, l'uso di nuovi farmaci nel trattamento dell'ipertensione polmonare secondaria e il problema del rapporto tra forame ovale pervio, cefalea e stroke. In quest'ultimo caso si è sviluppata una mini tavola rotonda, dove sono stati messi a con-

fronto i pareri del cardiologo e del neurologo, con la partecipazione appassionata di molti colleghi appartenenti a diverse discipline che con numerosi interventi e domande hanno dimostrato di essere stati ampiamente intrigati da questa nuova frontiera della medicina. La novità, devo dire molto apprezzata, del Corso è stata la possibilità da parte dei partecipanti di incidere in maniera attiva mediante una valutazione dei relatori e moderatori sia per quanto riguarda la modalità che per il contenuto della presentazione.

I docenti del Corso hanno superato a pieni voti il giudizio severo dei partecipanti, i quali sono stati prodighi di consigli e suggerimenti nell'ottica di una auspicabile ripetizione del Corso i prossimi anni, magari con le caratteristiche di un incontro periodico.

La Sardegna in generale e Cagliari in particolare hanno mostrato di avere tutte le carte in regola per ospitare questi incontri che al carattere strettamente scientifico, possono abbinare cultura, relax e, perché no, il gusto degli straordinari sapori di una cucina antica e generosa.

SICILIA

DI ALBERTO CARRUBBA

Governare il cambiamento

Il ruolo della comunità cardiologica di fronte al mutamento di scenario

Indubbiamente la comparsa delle unità coronariche ha segnato la nascita della cardiologia moderna. E i risultati ottenuti possono essere guardati con orgoglio dalla comunità cardiologica italiana, che ha dato contributi non indifferenti a questi risultati. Ma non deve sfuggire la percezione che, man mano che i risultati della terapia dell'ischemia acuta si fanno sempre più brillanti, le frontiere si allontanano. Se oggi la mortalità per infarto è a una cifra, non possiamo non accorgerci che le nostre UTIC sono sempre più riempite da pazienti con altro tipo di patologia, pazienti più anziani con frequenti associazioni di altre patologie, cronici riacutizzati, scompensi acuti, situazioni in cui l'ischemia acuta è assente o è semplicemente l'epifenomeno di quadri molto più articolati. Insomma, la C della UTIC è sempre meno l'abbreviazione di coronarica, per diventare più vastamente e correttamente cardiologica.

Il cardiologo è uno specialista?

Parallelamente il cardiologo clinico è sempre meno uno "specialista" e sempre più un eclettico che deve affrontare e sintetizzare conoscenze di più branche specialistiche, va-

lutare con criticità ciò che gli proviene da metodiche diagnostiche e terapeutiche, filtrare l'enorme mole di dati che viene da una letteratura scientifica ipertrofica e valutare quali siano in realtà applicabili al paziente singolo.

Inoltre, nella progressiva attenuazione d'importanza della patologia acuta rispetto a quella cronica, il centro di interesse e di attenzione diventa non tanto la patologia quanto il paziente nel suo complesso. Ad esempio, curare bene

un'infezione in un diabetico con scompenso cardiaco è altrettanto importante quanto tutti i presidi terapeutici che possiamo mettere in campo per migliorare la funzione di pompa.

La rivoluzione copernicana

Questa sorta di "rivoluzione copernicana", che riporta al centro dell'atto medico il paziente e non la malattia, è una esigenza ben avvertita da chi "lavora in campo", ma non certamente facilitata dai siste-



Le mani del dottor Moore, Diego Rivera (1886-1957). In basso si legge: "Queste sono le mani del dottor Clarence Moore di Los Angeles California, potano l'albero della vita perchè rifiorisca e non muoia"



Nella foto una simulazione del Ponte sullo Stretto (Infophoto)

coli in un apparato sanitario che è decisamente lontano in termini strutturali. Le suddivisioni tra azienda ospedaliera, ospedale territoriale, specialistica territoriale, medicina generale, ognuna con un proprio finanziamento "a prestazione", sono esattamente l'opposto di una gestione che voglia ridurre allo stretto necessario la medicalizzazione del paziente cronico, per portarlo il più vicino possibile ad una normale qualità di vita.

Il ruolo delle società scientifiche

L'ANMCO ha ben chiare le teoriche vie del miglioramento dell'assistenza e della razionalizzazione delle risorse. I documenti prodotti in questi ultimi anni sulla struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia e sulle reti territoriali sono una ipotesi chiara e coerente di sviluppo della Cardiologia. Ma l'applicazione di questa ipotesi richiede una strategia di sensibilizzazione del "potere politico" per la realizzazione di strumenti normativi che

consentano di aggirare gli ostacoli strutturali di una organizzazione sanitaria in via di obsolescenza. In altre parole, governare il cambiamento, rendere le strutture funzionali alle necessità e all'evidenza scientifica del miglioramento dello stato di salute, piuttosto che alla soddisfazione di uno statement burocratico e alle singole "esigenze di bilancio".

mi strutturali. Il "Sistema Ospedale" è nato per curare l'acuto e come tale è strutturato. In una fase storica di crescita rapida della spesa sanitaria, i tentativi di controllo della spesa si sono orientati prevalentemente sul concetto di prestazione (costo, appropriatezza, accessibilità, ecc.) che, a sua volta si incentra sul singolo atto medico, o al massimo sul singolo ricovero (sistema DRG). È ovvio che questo sistema toglie spazio alla continuità terapeutica, indispensabile nel paziente cronico, e soprattutto al tentativo di razionalizzare le risorse in una visione più globale.

I paradossi del budget

Si giunge al paradosso che è più conveniente per un'azienda ospedaliera ricoverare per 48 ore un paziente con fibrillazione atriale parossistica, piuttosto che far cessare subito l'aritmia con un'ora di terapia. Ancor di più si accen-

tua il divario tra il razionale e l'utilitaristico quando si affronta un tema come quello dello scompenso, dove una strategia di riduzione dei ricoveri ospedalieri difficilmente riesce a trovare alcun supporto da un'azienda che trova proprio nel ricovero la fonte di finanziamento.

Le gabbie strutturali

Il "disease management", tanto reclamizzato nelle miriadi di corsi di gestione sanitaria che ci vengono costantemente propinati da Ospedali ed Aziende, trova robusti osta-



Antica cartina della Sicilia



Intervista al Prof. Massimo Santini

di FABRIZIO AMMIRATI

Mi è stato assegnato il piacevole compito di intervistare Massimo Santini, personaggio di indubbio spicco nell'area cardiologica nazionale ed internazionale al quale sono legato da un'ultraventennale amicizia consolidata sempre più nell'altrettanto lungo percorso lavorativo, scientifico ed educativo che abbiamo fatto nascere e che continuiamo tutt'oggi a percorrere.

Prima di iniziare con le domande consentitemi un breve excursus sui punti salienti della sua vita familiare, lavorativa e scientifica.

Massimo Santini, romano di nascita, è il secondo di cinque figli (tutti maschi) di genitori marchigiani. Ha frequentato il liceo classico "Pilo Albertelli" di Roma e la Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università La Sapienza di Roma laureandosi con lode. Ha conseguito con lode la specializzazione in Malattie Cardiovascolari presso l'Università di Perugia.

Subito dopo la laurea ha iniziato a frequentare come volontario la Divisione di Cardiologia dell'Ospedale S. Camillo di Roma, diretta dal Prof. Vincenzo Masini e mostrò fin dai primi giorni un notevole interesse scientifico in tutto l'ambito cardiologico e particolarmente quello aritmologico.

Ha eseguito il primo studio elettrofisiologico endocavitario italiano (nei primi anni settanta), la prima ablazione endocavitaria italiana mediante folgorazione elettrica, il primo studio elettrofisiologico transesofageo, l'utilizzo, per la prima volta in Italia, di elettrocateri per stimolazione cardiaca permanente dotati di ancoraggio a vite. È stato un fan dell'elettrostimolazione cardiaca fisiologica introducendo la stimolazione atriale e bicamerale e successivamente tutte le nuove tecnologie in ambito elettrofisiologico cardiaco.

Ha pubblicato un elevatissimo numero di lavori su riviste scientifiche nazionali ed internazionali.

È autore o coautore di numerosi libri sulla elettrofisiologia ed elettrostimolazione cardiaca.

È fellow dell'ANMCO, fellow della European Society of Cardiology, fellow dell'American College of Angiology, membro della Heart Rhythm Society.

È stato Presidente Nazionale dell'ANMCO, Presidente Nazionale dell'AIAC, Segretario della Società Europea di Cardiologia.

È attualmente Secretary General dell'International Society

of Pacing and Electrophysiology e vicepresidente della European Cardiac Arrhythmias Society.

Ha ricevuto la targa d'oro dell'ANMCO e la targa d'argento dell'AIAC per l'elevato contributo organizzativo e scientifico dato alla Cardiologia italiana.

Dirige attualmente il Dipartimento Cardiovascolare dell'Ospedale S. Filippo Neri di Roma.

Prof. Santini che cosa la portò, all'inizio della sua professione, a scegliere la Cardiologia tra le varie branche della Medicina?

In realtà la mia aspirazione, durante i sei anni di Medicina era stata costantemente quella di divenire un chirurgo plastico. Per tale motivo, non appena laureato, entrai come volontario in un reparto di Chirurgia Plastica. La tipologia degli interventi che vidi non mi attirò molto e perciò migrai al S. Camillo dal Prof. Masini che mio padre conosceva. Io avevo già fatto due anni di tirocinio al Policlinico in Cardiologia e Cardiocirurgia per cui mi risultò molto congeniale riprendere il primo amore, che poi non mi ha mai deluso.

Come era la Cardiologia di allora rispetto a quella odierna?

Negli anni '70 la Cardiologia era una branca emergente e dirompente nell'ambito della Medicina. Aveva da poco raggiunto una totale autonomia ed affrancamento dalla medicina interna ed iniziava ad introdurre nuove tecnologie. A quei tempi nasceva anche la Cardiocirurgia. Al San Camillo, allora uno dei principali poli cardiologici e cardiocirurgici italiani insieme al Niguarda di Milano, vi era un grande entusiasmo. Mi riferisco alla terapia intensiva coronarica, ai primi studi elettrofisiologici, alle prime diagnosi di blocchi fascicolari (descritti poco prima da Rosebaum), ai primi cateterismi cardiaci. Non avevamo allora ancora nè holter nè ecocardiografia, che venne poco dopo, provocando un immaginabile sconquasso nelle nostre conoscenze.

Si ricorda il suo primo studio elettrofisiologico endocavitario?

Non potrei dimenticarlo. L'anno prima (nel 1969) Scherlog aveva descritto, per la prima volta, l'elettrogramma del fascio di His. Non disponendo di un poligrafo, collegai un catetere cavo intracardiaco dotato di un elettrodo stimola-

tore in punta e riempito con soluzione elettrofisiologica con un banale elettrocardiografo e facendo scorrere la carta ad alta velocità registrai per la prima volta una deflessione H (un po' slargata in verità).

Successivamente utilizzammo un poligrafo industriale a carta fotografica. Quest'ultima doveva essere stesa ad asciugare per cui il laboratorio di elettrofisiologia somigliava ad un grande stenditoio di una lavanderia.

La prima folgorazione endocavitaria deve aver rappresentato una grande esperienza. Me la descriverebbe?

In realtà il mio primo caso avrebbe dovuto essere un ragazzo di 16 anni con tachicardia ventricolare quasi costante. Ne discutemmo e si preferì inviarlo da Fontaine a Parigi che eseguì così, su un paziente italiano, la sua prima ablazione.

Il mio primo caso fu invece una donna di quaranta anni con frequentissime crisi di tachiaritmia sopraventricolare che, nonostante la terapia farmacologica, continuavano a provocare serissimi problemi (sincopi alla guida con incidenti ecc.).

Collegai il catetere posizionato sul nodo AV con un defibrillatore ed inviai la scarica (non nascondo di aver avuto una certa paura). Purtroppo invece di provocare il blocco completo che cercavamo (in quei tempi la diagnostica endocavitaria era a livelli preistorici) il ritmo accelerò e la paziente peggiorò per cui, d'accordo con familiari, decidemmo di fare una seconda seduta il giorno dopo. Ottenemmo, con una seconda folgorazione, il blocco AV totale e le impiantammo un pacemaker permanente. La paziente, a distanza di quasi trenta anni sta benissimo e viene regolarmente ai controlli.

Che cosa ricorda particolarmente dei primi anni della sua carriera di cardiologo?

Mi rimane dentro, ormai incancellabile, la forte sensazione di appartenenza ad un gruppo di clinici, di ricercatori che, in un'atmosfera molto cameratesca, contribuivano all'attività degli altri. Era il periodo delle scoperte, delle novità. Il cardiocirurgo faceva i primi interventi, metteva valvole nuove, noi impiantavamo pacemakers e studiavamo aritmie, in UTIC si combatteva ferocemente contro arresti cardiaci e shock cardiogeni.

Si lavorava tutti insieme e ci si scambiavano conoscenze e consigli in grande amicizia, senza competizione, senza barriere di settore. Era molto divertente. Infine il rapporto con il paziente era ottimale. Si aveva più tempo per discutere, meno frenesia di efficienza e un po' più di umanità nel rapporto medico-paziente. Purtroppo oggi qualcuno di questi elementi è andato perduto. Non ultima anche la nostra gioventù.

Per una particolare situazione la Cardiologia ospedaliera italiana ha sempre rappresentato, al contrario delle altre nazioni europee, un punto di riferimento scientifico e culturale.

Come è avvenuto un simile fenomeno? Quali i pro e i contro?

È vero, la Cardiologia ospedaliera italiana ha sempre costituito uno zoccolo duro della ricerca scientifica nel settore, nell'educazione dei Cardiologi e nell'organizzazione gestionale delle strutture ospedaliere. Credo che il grande merito di ciò debba essere dato ai pionieri della Cardiologia Vittorio Puddu in primis e poi i Rovelli, i Masini, i Piccolo che la affrancarono dalla medicina interna e ne svilupparono tutte le capacità tecnologiche portandola alla massima espressione di una branca specialistica.

Questa partenza, unitamente poi alla grande mole di Cardiologi esistenti in Italia (più di 600 attualmente) e al notevole spirito associativo, in tutte le attività, dei nostri Cardiologi ha reso possibile il posizionamento della Cardiologia Ospedaliera italiana ai più alti livelli internazionali.



Giovanni Bellini, Giovane donna nuda davanti allo specchio, 1505-10

Lei è stato Presidente Nazionale dell'ANMCO. Come descriverebbe questa esperienza?

Affascinante! È l'unico termine che mi viene in mente e forse non rende appieno la sensazione.

Io divenni Presidente dell'ANMCO subito dopo la presidenza di Luigi Tavazzi che indubbiamente aveva dato un impulso notevole all'Associazione e creato il Centro Studi dell'ANMCO (fiore all'occhiello della nostra Associazione, da tutti invidiatoci).

Partivo pertanto in un certo senso in discesa, per le cose già organizzate, ma in un altro senso, in salita poiché ogni innovazione poteva scontrarsi con quanto ormai tradizionalmente consolidato e considerato inamovibile.

Furono due anni di intenso dibattito all'interno del Direttivo ANMCO, ma anche di intensissima attività ed innovazione.

Basti pensare che in quella presidenza cambiammo la sede del Congresso passandola dal Palazzo dei Congressi (a mio avviso divenuto insufficiente per la capacità dell'Associazione) alla Fortezza da Basso, assumemmo Aldo Maggioni dandogli l'incarico di Direttore del Centro Studi e coinvolgendolo a tempo pieno nell'attività di ricerca del Centro Studi. La sua presenza è un indubbio valore aggiunto per l'ANMCO e sono grato ad Aldo per aver preso allora questa non facile decisione.

Costituimmo la Heart Care Foundation, che rappresenta oggi il braccio armato dell'ANMCO per la comunicazione ai laici e la ricerca fondi. Costituimmo la Federazione Italiana di Cardiologia che sancì ufficialmente una rappresentanza internazionale unica e il diritto delle Cardiologie ospedaliere a partecipare all'insegnamento della disciplina nelle scuole di specializzazione. Pubblicammo il Trattato Italiano di Cardiologia distribuito in 30.000 volumi a quasi tutti i cardiologi italiani.

Creammo l'Osservatorio Epidemiologico per il Rischio Cardiovascolare, brillantemente diretto da Diego Vannuzzo che ha portato recentemente dei notevoli frutti fino a livello ministeriale. Varammo una discreta quantità di studi scientifici nazionali ed internazionali che accrebbero certamente la visibilità dell'ANMCO nell'ambito della ricerca cardiologica. E così via, potrei continuare a lungo.



Salvador Dalí, Meditative Rose, 1958

Come vede l'ANMCO di oggi?

È e rimane la più importante Associazione Cardiologica Italiana, una delle più rappresentative a livello europeo ed internazionale. Ovviamente, come sempre avviene, nella varie società scientifiche vi è bisogno di un grande impegno individuale del Presidente e di coloro che lo circondano nel Consiglio Direttivo per mantenere una continuità innovativa ed una efficienza organizzativa.

L'ANMCO però, rispetto ad altre società, ha un enorme vantaggio che è rappresentato dai suoi Soci, i Cardiologi ospedalieri italiani, che, divisi in Aree, Gruppi di studio, Commissioni, Comitati ecc. continuano ininterrottamente a lavorare producendo risultati scientifici,

innovazioni tecnologiche e quant'altro. Il tutto condito con un forte spirito di appartenenza alla propria Associazione che la caratterizza rispetto alle altre società cardiologiche europee.

A proposito di Europa, lei ha avuto un notevole ruolo anche nell'ambito della Società Europea di Cardiologia. Come descriverebbe questa esperienza rispetto a quella italiana?

La ESC, quando entrai nel board come consigliere, mi diede l'impressione di una società Virtuale e non calata nella realtà cardiologica europea. Provenendo da due anni di Presidenza dell'ANMCO, con una organizzazione mostruosa e con un dinamismo impressionante, il passaggio alla ESC fu in un certo senso traumatico.

Nei primi tempi non riuscivo a capire quali fossero, oltre al Congresso annuale, le reali attività della ESC. Si discuteva di argomenti virtuali, senza alcuna connessione con la base, cioè le Società Nazionali, in una latente, ma costantemente presente, rivalità con i Working Groups della Società stessa e senza alcuna programmazione effettiva sia in ambito scientifico che gestionale.

Le dinamiche che regolano la vita e l'attività della ESC sono decisamente diverse da quelle dell'ANMCO che comunque ha sempre aderito in primo a tutta l'organizzazione della Società Europea rispettandone la sovranità, ma purtroppo, va detto, senza ricevere la considerazione che



Diego Rivera, *Dia de las flores*, 1925

merita (non fosse altro come società nazionale numericamente più rappresentata).

Un forte vento innovativo, quasi una tempesta, ha recentemente investito la ESC mettendo in evidenza le principali problematiche e soprattutto la totale disconnessione tra testa (board esc) e corpo della società (Società nazionali e Working Groups) e portandola forse verso una maggior efficienza ed un migliore rapporto con la base. In questi giorni dovrebbe decidersi la prossima presidenza ESC che finalmente dovrebbe essere assegnata alla Cardiologia Italiana e dalla quale attendiamo grandi innovazioni.

Tornando in Italia. da Direttore di un importante Dipartimento Cardiovascolare comprendente UOC di Cardiologia, Emodinamica, Cardiochirurgia e Chirurgia Vascolare, che parere darebbe sull'attuale situazione cardiologica negli ospedali italiani?

Ha toccato una nota decisamente dolente.

Credo che la Sanità in genere e certamente anche la Cardiologia, stiano attraversando in Italia un periodo piuttosto critico caratterizzato fondamentalmente da due elementi importanti: la carenza di fondi per finanziare a livello adeguato e l'eccessiva ingerenza politica.

La Cardiologia, branca da alta tecnologia e forte penetrazione su tutto il territorio nazionale, rappresenta certamente una fonte di spesa importante e necessita pertanto di adeguati finanziamenti. È certamente importante razionalizzare l'utilizzo delle risorse funzionanti, ma non si può scendere sotto i minimi di sicurezza. La carenza di personale medico ed infermieristico, negli ospedali di punta, ha creato tali preoccupazioni sulla sicurezza-paziente da obbligare varie amministrazioni alla riduzione di posti letto, nonostante la notevole, costante e appropriata richiesta da parte dell'utenza e l'allungarsi delle tanto criticate liste d'attesa.

Forse una programmazione regionale più tecnica e meno politica delle risorse ospedaliere e dei fondi da destinare ad esse, potrebbe risolvere, almeno parzialmente, il problema. Infine l'ingerenza della politica nella gestione della Sanità ha raggiunto livelli preoccupanti. Alludo ad esempio alle nomine dei Direttori Generali delle aziende ospedaliere che vengono cambiati in continuazione senza consentire alcun adattamento né del gestore né dei gestiti e conseguente continua inefficienza e progressiva sfiducia dell'operatore sanitario e del paziente stesso.

Non meno importante è la gestione delle nomine dei Direttori di UOC che contrariamente al passato, viene completamente gestita a livello amministrativo con le immaginabili conseguenze. I turni di lavoro dei medici e degli infermieri infine sono divenuti notevolmente onerosi ed il contenzioso con i pazienti è in aumento. Appare evidente che una simile situazione deve assolutamente essere corretta.

Per concludere una domanda meno professionale e più personale. In una giornata così piena, tra attività ospedaliera, ricerca scientifica, congressi, libera professione etc...c'è posto anche per la famiglia e l'amicizia?

Certamente sì. Che vita sarebbe quella di una persona dedicata totalmente ed esclusivamente al lavoro, che non ha affetti, che non ha amici? Che tipo di professionista potrebbe mai essere?

La famiglia è essenziale per mantenerti in un adeguato equilibrio mentale in maniera da dare le giuste priorità alle varie cose della vita. La mia famiglia (mia moglie, io ed attualmente due cani) mi è sempre stata molto vicino, a volte da me forse un po' bistrattata, ma costantemente presente specialmente nell'opera di ridimensionamento delle situazioni e delle sensazioni sia in positivo che in negativo. Altrettanto importante è l'amicizia. Io credo di avere un discreto numero di amici tra colleghi e non, e con loro condivido momenti piacevolissimi ed altri meno, ricevendo sempre e comunque una forte sensazione di supporto. Infine gli animali: abbiamo due cani, mia moglie ed io che adoriamo, due splendidi West Highland White Terriers che vivono praticamente in simbiosi e ti ricordano continuamente che la vita va vissuta con intensità ma anche con grande serenità.

Massimo Santini è per me un maestro ed un grande amico con cui ho condiviso momenti personali e professionali esaltanti, da cui ho appreso la Cardiologia, una razionalità di lavoro e capacità di stabilire corretti e chiari rapporti umani. Credo che questo mio sentire sia condiviso dalla maggioranza dei colleghi che hanno lavorato con il Prof. Santini e soprattutto da quanti numerosi oggi dirigono Unità Operative Complesse e Semplici di numerosi ospedali facendo tesoro di tale patrimonio professionale ed umano.

LA CASTAGNA, “PANE DEI POVERI”, TRA PASSATO E PRESENTE: PREZIOSA “SUPPLENTE” IN TEMPI DI CARESTIA

di Mario Chiatto e Sergio Chiatto

“Nel 1058 vi fu in Calabria una grande carestia. Il raccolto dei cereali andò a male e gli uomini, se vollero mangiare del pane, dovettero fabbricarlo con ogni genere di prodotti succedanei e con molta fantasia...perfino le piante acquatiche e la scorza degli alberi, oltre alle castagne ed alle ghiande, per l'occasione sottratte ai porci tra le querce ed i lecci, furono essiccate e macinate; poi vennero mescolate con un po' di farina di miglio che in qualche modo si era riusciti a conservare e se ne fece un pane acido con cui molti riuscirono a sostentarsi fino all'arrivo del nuovo raccolto.” Con questo passo di Goffredo Malaterra, biografo del gran conte Ruggero e cantore delle imprese del Guiscardo in Calabria, il Montanari fa precedere il suo scritto dal titolo “Alimentazione e gastronomia nel Mezzogiorno medievale” per sottolineare il ruolo irrinunciabile del pane nella dieta quotidiana delle popolazioni, sino al punto di “sottrarre ai porci”, giova ripeterlo, castagne e ghiande onde ottenerne un surrogato. Manca, per le nostre Contrade, una probante documentazione sull'uso del frutto del castagno per l'alimentazione umana (una vera e propria castanicoltura sarà molto di là da venire) e sullo stato dell'agricoltura in generale nell'Età di mezzo. Talora vi sopperiscono i soliti documenti vaticani (benché raramente riportino tali notizie). Ben diversa, invece, è la situazione del nostro contado per tutta l'Età “moderna”, per la quale può attingersi ad una vasta bibliografia ed a più fonti, prima fra tutte a quella notarile presso gli archivi storici statali (e privati, quando accessibili), oltre che all'altra non meno preziosa degli Onciari della settecentesca riforma carolina. Sono ben noti gli studi del Galasso sulla situazione economico-sociale della Calabria nel 1500 e sul forte incremento demografico, avviato già nel secolo precedente in conseguenza di una accresciuta domanda interna ed esterna della produzione di seta. Ma l'intenso sfruttamento e la montante domanda di terra da coltivare, dovuti proprio all'accresciuta popolazione residente e all'aspettativa di arricchimento attraverso la sericoltura non risparmiarono né le colture tradizionali della vite e dell'ulivo, né tantomeno il patrimonio boschivo regionale, provocando conseguentemente, innumerevoli casi di dissesto idrogeologico. Senonché, sul finire del secolo, sono già evidenti i segni della crisi agraria che, investendo l'intero Mezzogiorno, di lì a poco e per tanto ancora, avrebbe impresso una progressiva decelerazione alla prorompente avanzata economica di cui la Calabria s'era resa protagonista. Certo che accadimenti quali: il catastrofico terremoto che il 27 marzo 1638 sconvolse la regione; il generale raffreddamento atmosferico e l'aumentata piovosità; le pestilenze e le ricorrenti carestie incisero molto

sulle condizioni di vita e sull'esistenza stessa dei calabresi. Altro fenomeno che contribuì anch'esso, in pieno 600, allo spopolamento delle campagne fu senza dubbio quello della emigrazione verso la Sicilia, la Puglia e la Campania dove i contadini prestarono la loro opera di braccianti. È allora facile prevedere che, in siffatto contesto, riacquisterà valore quel frutto, la castagna appunto, che destinata all'alimentazione del bestiame in tempi di abbondanza, diverrà, o tornerà ad essere, “pane dei poveri”. Una fonte che si ritiene attendibile, qual è la Statistica Murattiana del Regno di Napoli, ci dà conto che in Calabria Citra “le castagne...erano un tempo oggetto di negozio de' paesi giacenti alle falde de' monti occidentali, e nella parte mediterranea” e che (siamo all'incirca all'anno 1815) “del fruttato se ne cibano i porci e ridotto secco serve ordinariamente (sic!) di cibo ai poveri contadini”. Una costante dunque quella della castagna, mezzo di difesa dell'autosufficienza alimentare: come fu sperimentato dalle nostre affamate popolazioni fino agli immediati primo e secondo dopoguerra! V'è ora da chiedersi se oggi, in tempi di relativa opulenza ha ancora senso perpetuare una castanicoltura su vasta scala. Se spendere, e anche tanto per convertire l'esistente a più elette varietà. O se, invece, non sia il caso di farne pretesto per una valorizzazione integrata del bosco e dell'agri-silvicoltura in generale e, quindi, di ciò che tradizionalmente è il settore che appare sempre più intimamente legato con il turismo che forse è la sola industria possibile? La risposta potrebbe essere quella data tempo fa da Giancarlo Maria Bregantini, vescovo “illuminato” della diocesi di Gerace-Locri, il quale ha suggerito di guardare alla montagna come ad “una nuova risorsa”, invertendo “le linee di tendenza dello sviluppo” ed affermando “nuovi valori”.



Morano Calabria

A PROPOSITO DI EDUCAZIONE SANITARIA Il ruolo della scuola

di Mario Chiatto e Giuseppe Trebisacce



Diego Rivera, *Bambino che scrive*, 1919

Antonio Labriola, filosofo italiano di fine 800, nei suoi scritti sul materialismo storico torna a più riprese sul significato originario di termini quali “sviluppo” e “progresso” generalmente usati come sinonimi. Per il filosofo di Cassino il primo termine designa l'insieme dei cambiamenti realizzati dall'uomo nel corso della sua storia, mentre il secondo, inteso in un'accezione essenzialmente morale, esprime miglioramenti di qualità che, grazie a quei cambiamenti, si producono nella vita dei singoli e dei gruppi. La società contemporanea – non c'è dubbio – si caratterizza per alcune rilevanti innovazioni scientifiche e tecnologiche che la connotano come società altamente “sviluppata”, proiettata verso dimensioni post-moderne. Vedi gli ultimi sviluppi conseguiti nei settori dell'informatica, della telematica, della robotica, dell'ingegneria genetica e via discorrendo. Eppure, nonostante tutto, da più parti s'avanzano forti riserve perché la si possa considerare, in tutto e per tutto anche “progredita” a ragione delle molte contraddizioni che l'attraversano sul piano economico, sociale e culturale.

Consumismo, individualismo, relativismo, disordine esistenziale e ancora criminalità organizzata, droga, AIDS, disoccupazione, intolleranza etnica, analfabetismo culturale... Sono alcune delle patologie più diffuse dell'attuale società che compromettono fortemente la qualità complessiva della vita individuale e di gruppo. Di qui la necessità, difficile ma non più differibile di un radicale ri-orientamento dell'odierno modello di sviluppo che mettendo a frutto i risultati più avanzati della scienza e della tecnologia, porti alla definizione di un progetto politico e culturale “al servizio” dell'uomo ed alla individuazione dei soggetti, istituzionali e non, capaci di interpretare e soddisfare i nuovi bisogni emergenti.

All'interno di questo quadro problematico si situa in un certo senso il tema della prevenzione e dell'educazione sanitaria attraverso la proposizione di stili di vita più sani ed ordinati e di modelli di comportamento meno dipendenti dalle facili suggestioni e dall'effimere mode del tempo presente. La nozione di salute viene sempre più di frequente intesa in senso sociale, come possibilità per l'individuo di realizzare le proprie aspirazioni e soddisfare i propri bisogni all'interno della comunità e per l'intero arco della sua esistenza e non più in senso esclusivamente medicale, come “assenza della malattia”. Ne escono modificati i modi di costruzione della salute ed aumentano gli stessi soggetti deputati alla promozione di essa. La salute si costruisce mediante un approccio ecologico e non più solo socio-preventivo basato sulla semplice eliminazione di fattori isolati di rischio. Tra i soggetti coinvolti particolare importanza riveste l'istituzione scolastica, a ragione del suo ruolo culturale e formativo. A questo proposito non si è lontano dal vero se si afferma che da qualche anno a questa parte la scuola italiana riflette una contraddizione. Da un lato si registra un progressivo ampliamento delle sue funzioni e responsabilità con l'assegnazione ad essa da parte della pedagogia ministeriale di progetti educativi mirati e dall'altro un sempre scadimento della qualità formativa da essa fornita. Tale rischio può essere evitato se si assume piena consapevolezza circa il ruolo strategico dell'istruzione e della formazione per il futuro del paese, dotando la scuola delle risorse culturali, funzionali e professionali necessarie all'assolvimento dei suoi compiti, e se nel contempo si realizza in concreto un sistema integrato tra i diversi soggetti della formazione. All'interno di questa ipotesi strategica delle connessioni inter-istituzionali acquista senso e concretezza un percorso di informazione/educazione sanitaria della popolazione, esigenza fondamentale, in molti settori della medicina moderna, per i successi di programmi di prevenzione, di diagnosi, di terapia. In un sistema basato sulla scuola dell'obbligo, la diffusione di messaggi informativi dalle scuole elementari alle superiori, si rivolge di fatto a tutta la popolazione giovanile che può essere indotta a seguire un corretto “stile di vita” attraverso il controllo del peso corporeo, una corretta condotta alimentare, le conoscenze dei danni provocati dal fumo, una regolare attività fisica.

In conclusione l'obiettivo di ridurre l'incidenza di coronaropatie attraverso il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare può essere raggiunto mediante campagne di informazione rivolte a grandi gruppi di popolazione, iniziando dall'età giovanile. La scuola è la sede più idonea per lo svolgimento di programmi di prevenzione di massa in quanto nell'età scolare si acquisiscono comportamenti che improneranno lo stile di vita; attraverso gli studenti è possibile informare la popolazione generale con bassi costi. Ma per modificare in maniera sostanziale lo “stile di vita” i messaggi informativi devono essere semplici e sintetici, tenendo presente che i ragazzi sono ben più di scolari o studenti; sono persone ricche di interessi, di bisogni, di necessità; hanno precisi diritti esistenziali e sociali.

L'ANMCO È ANCORA L'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MASCHI CARDIOLOGI OSPEDALIERI?

Nel 2004 un Forum su Cardiologia negli Ospedali affrontava con questo titolo il tema della scarsa presenza delle donne nelle istituzioni dell'Associazione. A due anni di distanza è cambiato qualcosa?

di Alessandra Chinaglia

The history of all times, and of today especially, teaches that... women will be forgotten if they forget to think about themselves.

La storia di tutti i tempi, ma quella odierna in particolare, insegna che le donne saranno dimenticate se si dimenticano di pensare a se stesse.

Louise Otto-Peters (1819-1895)

Sono passati due anni da quando Giuseppe Steffenino su questa rivista (maggio - giugno 2004) ha portato all'attenzione dei Cardiologi la scarsa presenza di donne all'interno delle istituzioni dell'Associazione, nonostante l'elevato numero di Cardiologhe nei nostri ospedali.

Effettivamente l'analisi era sconcertante: nessuna presenza femminile in Direttivo Nazionale, nessun chairman di Area (che non per niente si chiama *chairman* e non *chairwoman*), nessuna figura femminile nella Direzione del giornale e solo due Presidentesse Regionali su 20. Anche nei Direttivi Regionali la componente femminile era assente in 11 Regioni o scarsa (una rappresentante nelle altre Regioni, in una sola Regione tre).

L'ANMCO si configurava quindi come un'Associazione in cui le donne svolgevano una gran parte del lavoro quotidiano, ma non accedevano ai ruoli direttivi. E se un'Associazione sceglie i propri quadri direttivi in base al genere perde delle potenzialità.

Pertanto Francesco Bovenzi commentava: La speranza è che all'interno dell'ANMCO si sviluppi una sensibilizzazione alla problematica con maggiore impegno da parte di tutti. Auguriamoci che presto si possano raccogliere e vagliare proposte e adottare misure concrete tese a promuovere una maggiore rappresentanza e partecipazione attiva delle donne. Questa speranza a distanza di due anni è diventata realtà?

Analizziamo la situazione attuale:

Consiglio Direttivo Nazionale	1/12
Chairman di Area	0/10
Direzione del Giornale	0/2

A livello Nazionale la situazione quindi è lievemente cambiata, ma non molto. A livello regionale invece abbiamo quattro Presidenti donne, sette Consigli Direttivi Regionali in cui le donne non sono presenti, mentre in quattro Regioni la rappresentanza femminile in Consiglio Direttivo Regionale è numericamente significativa (3-4 consiglieri).

Nel 2004 in un breve commento all'articolo di Steffenino trovavo le ragioni di questa assenza nella difficoltà a candidarsi più che non a essere votate e mi auguravo di poter scegliere di sostenere anche candidature femminili alle prossime elezioni, non immaginando neppure lontanamente che avrei potuto essere io stessa la candidata. Certamente la riflessione di allora ha contribuito a farmi accettare una proposta stimolante, ma estremamente impegnativa.

Anche se lentamente quindi la situazione sta cambiando, iniziando dai Direttivi Regionali, mi auguro che il desiderio di proporsi e candidarsi a ruoli direttivi da parte delle colleghe sia contagioso e si diffonda anche in ambienti più "maschili", quali le aree, nella convinzione che una maggiore partecipazione femminile possa essere di grande arricchimento per l'Associazione.



Pablo Picasso, *Dream*, 1932

QUALE RUOLO PER LE UTIC SPOKE?

di Giuseppe Di Pasquale

La Cerimonia inaugurale del recente Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO ha costituito l'occasione per fare alcune riflessioni su un tema sul quale ho avuto spesso occasione di intervenire nel biennio appena trascorso di presidenza dell'ANMCO. Le riflessioni riguardano il futuro della Cardiologia in Italia ed in particolare quello delle UTIC Spoke cioè di quelle inserite in Strutture di Cardiologia non dotate di Emodinamica interventistica.

L'implementazione dell'angioplastica primaria quale strategia ripervasiva ideale nell'infarto miocardico acuto (IMA) sta generando una corrente di pensiero, in parte sommersa, che sostiene l'obsolescenza delle UTIC senza Emodinamica.

Il problema è assolutamente rilevante perché è in gioco la sopravvivenza a medio termine di oltre il 50% delle 403 UTIC italiane attualmente esistenti. Infatti solo 185 UTIC (46%) hanno un'Emodinamica "on site" ed appena 140 (35%) hanno una Emodinamica "on site" capace di svolgere attività interventistica coronarica.

La delegittimazione di queste UTIC senza Emodinamica mette in serio pericolo anche l'esistenza delle rispettive Cardiologie per le quali sarebbe arduo sostenerne l'identità. Qual è la differenza infatti tra un Reparto di Cardiologia senza UTIC ed un Reparto di Medicina Interna, magari ad esplicitato "indirizzo cardiovascolare"? La differenza è verosimilmente solo nella "clinical competence" degli operatori medici ed infermieristici, non tanto nella tipologia dei pazienti.

Non penso che questa sia motivazione sufficiente per gli Amministratori Sanitari per salvaguardare la sopravvivenza delle UTIC delle piccole Cardiologie. In un momento in cui uno degli obiettivi primari per le Regioni e le Aziende Sanitarie è quello della riduzione della spesa, è facile immaginare un futuro assorbimento delle piccole Cardiologie all'interno delle Strutture di Medicina Interna, eventualmente con qualche letto monitorato all'interno di un'Area Critica generale dell'Ospedale. Sarebbe un pericoloso ritorno al passato e di questo chi ne soffrirebbe di più sarebbero soprattutto i pazienti.

E allora è necessario che la Cardiologia italiana si esprima in modo chiaro ed unitario nella difesa delle UTIC Spoke senza Emodinamica, non per una difesa corporativa delle piccole Cardiologie, ma perché pensiamo che questo vada nella direzione della difesa della qualità dell'assistenza e dell'interesse del cittadino-paziente.

La legittimazione delle UTIC senza Emodinamica è implicitamente contenuta in due importanti Documenti prodotti dalla Federazione Italiana di Cardiologia negli ultimi tre anni: "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia", pubblicato nel 2003, ed il Documento di Consenso FIC-SICI-GISE: "La rete interspedaliera per l'emergenza coronarica", pubblicato alla fine del 2005. In entrambi esistono comunque alcune importanti omissioni, verosimilmente legate al fatto che alcune realtà strutturali ed organizzative (UTIC e Dipartimento Cardiovascolare) vengono date per scontate.

Nel Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" viene consacrata la nuova filosofia della Rete e del sistema Hub & Spoke che introduce un nuovo modo moderno ed efficace di gestione del paziente cardiologico acuto e cronico. Nel Documento FIC non si fa più tuttavia riferimento al Dipartimento Cardiovascolare che era stato proposto come modello ideale di organizzazione funzionale delle Strutture cardiologiche, fortemente sostenuto dall'ANMCO a metà degli anni novanta. Solo in una logica di Dipartimento Cardiovascolare esiste a mio parere la salvaguardia delle piccole Cardiologie e delle UTIC Spoke senza Emodinamica.

I dati preliminari del Censimento FIC 2005, presentati al recente Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, indicano che l'affermazione del Dipartimento Cardiovascolare è ben lontana dall'attuazione. L'analisi preliminare eseguita su 381



Diego Rivera, America preispánica, 1950

Cardiologie per le quali è stato possibile confrontare i dati del Censimento anno 2000 con quelli del 2005 dimostrano che oggi meno di 1/3 delle Cardiologie sono inserite in un Dipartimento Cardiovascolare e che questa percentuale è addirittura diminuita rispetto all'anno 2000 (32% delle Cardiologie nel 2005 vs. 36% nel 2000). Il 38% delle Cardiologie sono invece inserite all'interno di un Dipartimento Medico ed il 24% in un Dipartimento di Emergenza-Urgenza.

Nello stesso Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" è fortemente sottolineato il ruolo centrale dell'UTIC, definita quale sede unica ed appropriata per la cura e la gestione del paziente colpito da sindrome coronarica acuta (SCA) o da altre emergenze cardiovascolari. L'UTIC viene definita quale perno della gestione e del trattamento delle SCA, indipendentemente dall'approccio invasivo o conservativo e quale nodo fondamentale predefinito di una Rete dell'emergenza-urgenza cardiologica.

L'altro importante Documento federativo "La rete interospedaliera per l'emergenza coronarica" costituisce di fatto l'applicazione pratica dei principi generali del Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" nel percorso diagnostico-terapeutico dell'IMA con soprallivellamento del tratto ST (STE). In questo Documento un ampio spazio è dedicato agli standard dei Laboratori di Emodinamica e delle UTIC dei Centri Hub, mentre le UTIC Spoke sono appena nominate quali sedi per il ritrasferimento precoce dei pazienti con IMA STE trattati nei Centri Hub.

Numerose sono le motivazioni a sostegno della necessità di prevedere il mantenimento delle UTIC anche in quelle Cardiologie che non sono dotate di Emodinamica "on site". Cercherò di elencare i motivi principali:

1) Più di un terzo dei pazienti con IMA oggi in Italia non viene ricoverato in UTIC, cioè nella sede appropriata di gestione dei pazienti con IMA. Questo verosimilmente per problemi logistici, dal momento che – penso – nessuno oggi ad oltre 40 anni dall'avvento delle UTIC metta in discussione il fatto che la sede appropriata di ricovero del paziente con IMA sia rappresentata dall'UTIC. Un'indagine eseguita su oltre 9.000 pazienti con IMA ricoverati in undici Ospedali della città di Roma nel periodo 1997-2000, ha dimostrato che solo il 54% degli infartuati (range 31-87%) è stato ricoverato direttamente in UTIC, mentre il 46% di essi è stato ricoverato in altri Reparti. A fronte di una mortalità a 30 giorni del 13,2% per i pazienti ricoverati in UTIC, la mortalità a 30 giorni degli infartuati ricoverati in altri Reparti è stata quasi doppia, pari al 25%. L'accesso in UTIC era più frequentemente offerto ai pazienti più giovani, meno gravi e di classe sociale più elevata.

Sulla base di questi dati non mi sembra che in Italia ci siano letti di UTIC da dismettere.

2) La popolazione dei pazienti coronarici acuti sulla quale è oggi concentrata la maggiore attenzione dei Cardiologi sembra essere quella dell'IMA STE da avviare all'angioplastica primaria. Ma quanti sono questi pazienti?

Sulla base dei più recenti Registri italiani (BLITZ, VENERE, GESTIMA) il numero di pazienti con IMA STE candidati alla terapia riperfusiva (non necessariamente angioplastica primaria, se non in quelli ad alto rischio) varia tra 600 e 800 per milione di abitanti per anno.

Per una Cardiologia con sei posti letto di UTIC che serve un bacino di utenza di 150.000 abitanti sono prevedibili 90-120 pazienti per anno. Di questi soltanto il 50% e quindi appena 45-60 avrebbero una sicura indicazione (sulla base dei criteri di alto rischio del Consensus FIC) ad essere avviati all'angioplastica primaria nei Centri Hub.

Anche in questa evenienza in una logica di Rete sarebbe comunque opportuna una "iscrizione" dei pazienti all'UTIC Spoke di riferimento, indipendentemente dal fatto che sia stato attivato un percorso "fast" ("bypass" dell'UTIC periferica più vicina in caso di indicazione ad eseguire una PTCA primaria nel Centro Hub). Iscrizione all'UTIC Spoke di riferimento territoriale significa il coinvolgimento della stessa nelle indicazioni al tipo di rivascolarizzazione e rinvio del paziente ad essa dopo l'esecuzione della PTCA primaria, sulla base di protocolli di trasporto concordati. In questo modo il paziente con IMA eseguirà nel Centro Hub solo una "prestazione", mentre la successiva gestione clinica in fase di ricovero e di follow-up post dimissione è affidata all'UTIC/Cardiologia Spoke del territorio di appartenenza del paziente.

3) Il numero di pazienti con SCA NSTEMI osservati nella realtà clinica è di gran lunga superiore a quello dei pazienti con IMA STE. È impressione condivisa che nell'ambito delle SCA il peso percentuale delle forme NSTEMI sia destinato ad aumentare, sia per un incremento assoluto di esse che per una consensuale riduzione delle forme STE. Anche questi pazienti, per i quali è sicuramente appropriato il ricovero in UTIC, spesso sono ricoverati in Reparti di Medicina Interna (nel 43% dei casi nel registro CRUSADE).

Per i pazienti con SCA NSTEMI non si pone il problema dell'eventuale ricovero in UTIC con Emodinamica, dal momento che anche nei pazienti ad alto rischio candidati a strategia invasiva l'invio al Laboratorio di Emodinamica non è necessario che avvenga nel giro di poche ore ma idealmente entro 48 ore. L'importante anche in questo caso è un collegamento in Rete dell'UTIC Spoke con la Cardiologia Hub dotata di Laboratorio di Emodinamica con una procedura di ritrasferimento imme-

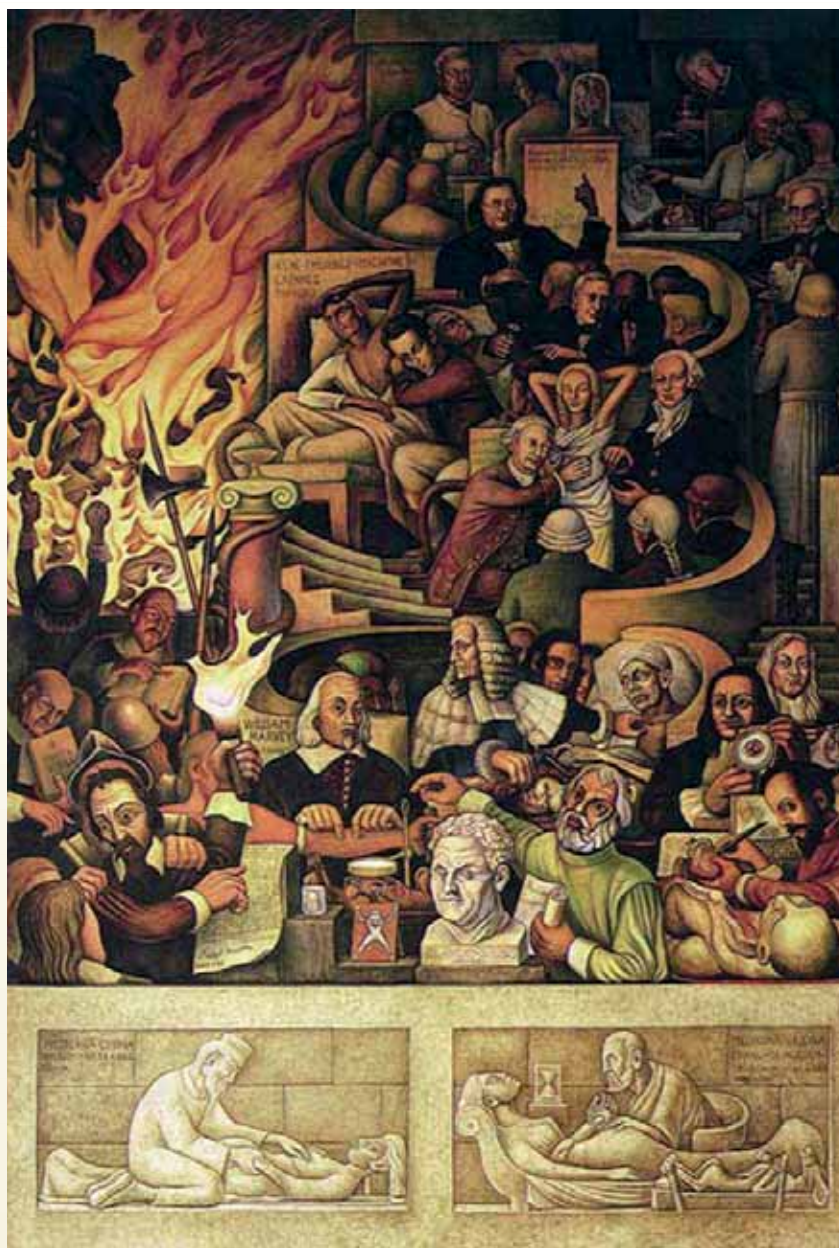
diato del paziente dopo coronarografia/PTCA. La sicurezza di questa strategia organizzativa è stata validata da numerose esperienze anche della nostra realtà bolognese.

4) Le UTIC non rappresentano soltanto la sede di cura dei pazienti coronarici acuti, ma più in generale dei pazienti Cardiologici acuti di particolare gravità ed impegno assistenziale, affetti da svariate altre patologie cardiovascolari.

Ormai da molti anni alla lettera finale dell'acronimo UTIC viene attribuito l'aggettivo "Cardiologica". L'evoluzione da "Unità di Terapia Intensiva Coronarica" ad "Unità di Terapia Intensiva Cardiologica" è un'evoluzione culturale condivisa dalla comunità cardiologica e più in generale dalle Organizzazioni Sanitarie.

L'UTIC non è deputata a ricoverare soltanto pazienti con SCA, ma anche pazienti con scompenso cardiaco grave, aritmie maggiori, embolia polmonare massiva o submassiva, dissezioni aortiche non chirurgiche ed altre condizioni cardiologiche acute ad alto rischio. Attualmente meno di un quarto dei pazienti con scompenso cardiaco acuto viene ricoverato in Cardiologia. Sicuramente per una quota non piccola di pazienti con scompenso cardiaco acuto ricoverati in letti di degenza cardiologica ordinaria o di Medicina Interna sarebbe appropriato un ricovero in UTIC. Un periodo anche breve di terapia intensiva consentirebbe una gestione più aggressiva dei pazienti ed un'accelerazione delle eventuali decisioni terapeutiche invasive. È possibile che questo porterebbe ad una riduzione della mortalità intraospedaliera ancora molto elevata e ad una riduzione della degenza media complessiva in Ospedale.

In conclusione, mi sembra che di argomenti a sostegno della piena legittimità delle UTIC senza Emodinamica (UTIC Spoke) ce ne siano a sufficienza. L'attuazione della Rete Cardiologica garantisce l'equità di accesso alle procedure emodinamiche invasive, laddove ce ne sia l'indicazione, anche per il paziente ricoverato nell'UTIC Spoke senza Emodinamica. Il ridimensionamento della Rete delle UTIC, con la preservazione soltanto di quelle inserite in Cardiologie con Emodinamica interventistica, significherebbe la perdita di un grande patrimonio assistenziale e culturale della Cardiologia italiana. Questo porterebbe all'affermazione del concetto perverso che l'appropriatezza del ricovero in UTIC/Cardiologia sia necessariamente in funzione dell'esecuzione di una procedura "high tech". A soffrire di questa involuzione sarebbe l'intera Cardiologia, ma ancora di più il cittadino-paziente.



Diego Rivera, Storia della cardiologia - Pannello 2, 1943-44

VERSO UNA MEDICINA SEMPRE PIÙ DIFENSIVA?

di Giuseppe Palazzo

Un recente rapporto pubblicato su "Lancet" e relativo ad uno studio condotto in Australia, Gran Bretagna e Stati Uniti, evidenzia come l'incremento delle denunce contro i camici bianchi, e le conseguenti richieste di risarcimento per presunti errori in ambulatorio, in corsia o in sala operatoria, stia alimentando in modo preoccupante il ricorso alla cosiddetta "medicina difensiva". L'esperto statunitense Daniel P. Kessler, dell'Hoover Institution e del National Bureau of Economic Research della Stanford University, afferma che questo atteggiamento rischi di tradursi come conseguenza in un enorme aumento dei costi sanitari. Oggi, infatti, ai medici non basta possedere un'assicurazione che li tuteli da eventuali conseguenze economiche per errori clinici (tra l'altro negli Stati Uniti il costo dei premi assicurativi dal 2000 in poi è aumentato del 30% per anno), ma i medici temono molto anche il peso psicologico di una denuncia, il danno alla propria immagine professionale, la perdita di tempo che tutto questo comporta.

Ed allora il medico corre ai ripari e mette in campo la "medicina difensiva" che si può attuare secondo due modalità: o mediante prescrizioni e procedure (e rischi) ridotte, o più spesso mediante un eccessivo ricorso ad indagini diagnostiche, a volte non del tutto appropriate. A volte il medico va al contrattacco, proliferano così le associazioni a difesa dei sanitari accusati ingiustamente di "malpractise". In rari casi (ma sono poi così rari?) si verificano situazioni al limite del grottesco. Il paziente non è più la persona da curare nel migliore dei modi, ma diventa l'avversario dal quale non bisogna prendere goal per non perdere la partita (non incorrere in problemi medico-legali).

Quando si entra in corsia, in sala operatoria o si è di guardia, si pensa alla tecnica da adottare (ricorso a volte eccessivo alle diagnostiche) o alla tattica (chi sarà il mio reperibile? qual è l'équipe infermieristica di turno). L'anamnesi si arricchisce di nuove informazioni sul paziente: "è un avvocato, un imprenditore, un disoccupato?". Le consegne tra i medici di guardia possono presentare particolari prima considerati meno importanti: "al letto numero quattro ho ricoverato il magistrato tal de' tali". Molti leggendo quanto sopra forse insorgeranno: "ma questa è fanta-medicina, non è possibile", oppure: "forse esiste qualche pecora nera ma per il resto...". Ma allora perché una recente analisi pubblicata su JAMA ha riportato che gli specialisti di alcune aree terapeutiche (tra le quali la medicina di emergenza) dichiarano: nel 92% dei casi di praticare la medicina difensiva, nel 43% di prescrivere procedure diagnostiche e cliniche non necessarie, nel 42% di evitare procedure e pazienti che vengono percepiti come pericolosi dal punto di vista giudiziario ed ammette di aver ristretto il campo di azione professionale per evitare complicazioni.

Una conseguenza da non sottovalutare è che la iperprescrizione di esami diagnostici inutili e di trattamenti aggressivi anche in soggetti a basso rischio può diventare uno standard medico-legale (è stato fatto tutto quello che era possibile?). Tutto questo aumenta in modo considerevole i costi a carico del sistema sanitario nazionale e di conseguenza sulla comunità.

Ed il Paziente? Il rapporto medico-paziente viene notevolmente alterato in presenza di queste condizioni. "Gli sforzi per ridurre la medicina difensiva devono andare nella direzione di educare i pazienti ed i medici ad affidarsi alle procedure appropriate alle diverse situazioni cliniche. Ciò può avvenire grazie ad una diffusione capillare delle linee guida riferite alle patologie più diffuse od alle aree terapeutiche più a rischio di cause giudiziarie" dice David M. Studdert della Harvard Medical School.

L'ANMCO ormai da alcuni anni si muove con grosso impegno in questa direzione. Basti pensare al piano formativo annuale (PAF) che include corsi che trattano del "risk management in cardiologia", indirizzati sia a medici che ad infermieri, così come quelli sulla "comunicazione medico-paziente". Oppure alla diffusione delle linee guida internazionali e nazionali sia attraverso il suo sito web che le riviste. Le linee programmatiche 2006-2008 approvate dal Consiglio Direttivo nella seduta del 14 luglio scorso e successivamente anche dal Consiglio Nazionale, rafforzano ulteriormente le precedenti iniziative e danno il via a nuovi progetti su "Clinical Governance", "Clinical Risk Management", ed ha allo studio due importanti iniziative: "ANMCO CLINICAL HELP LINE" ed "ADVOCACY".

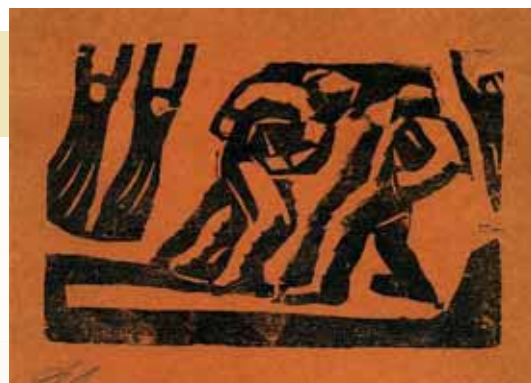
Istituzione di un supporto on line per gli Associati rispettivamente su problematiche cliniche ed assicurative e medico-legali.

Ed allora saremo costretti a praticare una medicina sempre più difensiva? Ci auguriamo proprio di no, a patto che, citando Francesco Chiarella nella sua introduzione alle linee programmatiche 2006-2008, si tenga ben presente che: "solo se si mette al centro il paziente la scena si illuminerà in un altro modo, medici, infermieri e società scientifiche, tutti ci si muove diversamente, cadono le barriere di difesa, i particolarismi ed i personalismi, si aprono gli spazi per la costruzione reale".

Bibliografia:

Daniel P. Kessler et al.: "Effects of the medical liability system in Australia, the U.K. and USA." Lancet 2006; 368: 240-6

David M. Studdert et al.: "Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment" Jama 2005; 293: 2609-17



David Alfaro Siqueiros, Grabados, 1931

RICORDO DEL DOTTOR MASSIMILIANO FALAI



*Noi moriamo soltanto quando
non riusciamo a mettere radice in altri
L. Tolstoj*

Massimiliano Falai era un giovane cardiologo (37 anni da compiere pochi giorni dopo quel maledetto 18 luglio) che sapeva unire ad una profonda umanità doti professionali non comuni. In particolare, aveva acquisito una elevata competenza nel campo della diagnostica e del trattamento interventistico delle malattie coronariche, e si stava dedicando a vari progetti di ricerca in questo settore.

Con lui la Cardiologia dell'Ospedale S.M. Annunziata dell'Azienda Sanitaria di Firenze perde una colonna insostituibile per l'energia, la competenza, la disponibilità ed il rispetto per gli ammalati e verso i colleghi, che ne avevano fatto in breve tempo un punto di riferimento per tutto l'ospedale.

Ricordiamo ancora il suo impegno come istruttore di Rianimazione Cardio Polmonare ANMCO: uno dei primi a dare il contributo alla crescita di tutto il gruppo, a promuovere e consolidare col suo entusiasmo l'esperienza della formazione in emergenza cardiovascolare.

Fin qui la celebrazione, fatalmente scarna. Ma, cosa lascia a noi tutti Massimiliano?

Il vuoto della perdita, la malinconia per la sua assenza, la mancanza dell'apporto professionale, del suo aiuto sicuro e di un'energia vitale e positiva rappresentano il senso drammatico e angoscioso di ciò che non è più.

Ma non è solo buio, c'è una luce da cogliere. Massimiliano ci lascia un cuore fiammeggiante, un animo fiero, il rispetto verso l'Uomo, l'onestà professionale, il coraggio di scegliere, la fedeltà alla parola data...

Questo è la sua eredità: è il pieno dentro al vuoto della sua assenza, il significato che lenisce il dolore e fortifica dalla paura del nulla.

Massimiliano, ora sei una luce in più che speriamo ci aiuti a cogliere il senso bello della nostra esistenza.

Caro Massi, ti salutano tutti, grazie.

Fabrizio Bandini, Alfredo Zuppiroli

a cura della Redazione

ESSERE FELICI FA BENE AL CUORE

In uno studio americano recentemente pubblicato su Heart veniva illustrato un test, sulla vasodilatazione del flusso modulata dall'arteria brachiale (FMD), effettuato ripetutamente su venti volontari randomizzati alla visione di un estratto di 15/30 minuti scelto da un film che provocava stress mentale (la sequenza iniziale di Salvate il soldato Ryan) o divertimento (Tutti pazzi per Mary).

“Il soldato Ryan” faceva ridurre l’FMD mediamente del 35% mentre con “Mary” aumentava di circa il 22%.

Il primo risultato è simile a quello indotto dall'applicazione mentale logico-matematica e il secondo all'incremento rilevato dopo l'attività aerobica o l'assunzione di statine.

Il meccanismo non è chiaro ma può collegarsi all'attivazione della sintesi ossido-nitrica o l'inibizione degli ormoni neuroendocrini.



DA HEART 2006; 92:261-2, "IMPACT OF CINEMATIC VIEWING ON ENDOTHELIAL FUNCTION"

DOPO TANTE SOFFERENZE LA RIVINCITA DEL CUORE

“Ridevano i nostri bambini azzurri, sullo sfondo dei coriandoli mondiali che piovevano dalla notte di Berlino, e noi a gridare di gioia quei Franti che il mondo detesta, fischia, spernacchia e che perciò noi amiamo.”

VITTORIO ZUCCONI, LA REPUBBLICA,
10 LUGLIO 2006





Consulta il PAF *on-line*



.1

1.1
Entra nel sito web ANMCO www.anmco.it

1.2
Accedi direttamente al PAF *on line* 2006

