



NOVEMBRE - DICEMBRE N. 154

2006

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



Ah, che bell'ò caffè



Speed. in A.P. - Art. 2 - comma 20, lettera b, Legge 662/96 - FIDUCIARI DI FIRENZE - In caso di mancato receipto inviare all'ufficio di Firenze C.M.P. debitore del conto per la restituzione al mittente che s'impiega a pagare la relativa tariffa

**AMICI
DELL'ANMCO**

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



**Primo annuncio
del XXXVIII Congresso
Nazionale di Cardiologia
dell'ANMCO**

**Nuovo
Piano
Annuale
Formativo
ANMCO
2007**



IN QUESTO NUMERO:

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

- 2** ALLE FONDAMENTA DELLA VITA ASSOCIATIVA
di Francesco Chiarella
- 3** IL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO 2006/2008: UN TEAM MOLTO AFFIATATO
ALCUNE CONSIDERAZIONI MOLTO PERSONALI SUI PRIMI MESI DI LAVORO
di Giuseppe Palazzo
- 8** BUON COMPLEANNO, JOURNAL OF CARDIOVASCULAR MEDICINE!!!
di Gian Luigi Nicolosi

REPORTAGE

- 10** CONGRESSO MONDIALE DI CARDIOLOGIA 2006
di Matteo Cassin
- 18** LA CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI... DELL'AFRICA
di Rosa Pecoraro
- 21** IL CUORE OGGI E DOMANI: UN ALTRO SUCCESSO
di Mario Chiatto e Salvatore Pirelli

DA HEART CARE FOUNDATION

- 22** IL RUOLO DELLA FONDAZIONE ITALIANA PER LA LOTTA ALLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI
NELL'OFFERTA DI COMUNICAZIONE SULLA SALUTE
di Roberto Ricci e Michela D'Amelia
- 24** III EDIZIONE "CARDIOLOGIE APERTE" - MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE
DOMENICA 24 SETTEMBRE 2006
di Roberto Ricci

DAL CENTRO STUDI

- 27** IL PIANO DELLA RICERCA ANMCO PER IL PROSSIMO BIENNIO
di Aldo Pietro Maggioni
- 30** OBIETTIVO: TUTTA LA VERITÀ SULLE CARDIOPATIE ISCHEMICHE ACUTE
di Alessandro Boccanelli

DALLE ARRE

- 34** AREA INFORMATICA IL TECNICO DI ECOCARDIOGRAFIA IN ITALIA:
UNA OPPORTUNITÀ ORGANIZZATIVA?
di Luigi Paolo Badano
- 38** AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE IL SITO WEB DELL'AREA PREVENZIONE
di Stefania De Feo
- 41** AREA SCOMPENSO CARDIACO AREA SCOMPENSO CARDIACO: ALCUNE RIFLESSIONI
PROIETTATE AL FUTURO A CONCLUSIONE DI UN BIENNIO DI GRANDE INTENSITÀ
di Andrea Di Lenarda e Fabrizio Oliva

DALLE REGIONI

- 53** BASILICATA DATI FINALI "PROGETTO PILOTA EDUCAZIONE ALLA SALUTE:
ALIMENTAZIONE ED ATTIVITÀ FISICA" (2005-2006)
di Francesco Paolo Calciano e Antonio Cardinale
- 55** CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta
- 56** FRIULI VENEZIA GIULIA NOTIZIE DAL PROFONDO EST
di Daniela Pavan
- 58** MARCHE PSICOLOGIA E CARDIOPATIA
di Domenico Gabrielli e Laura Mariani
- 60** LIGURIA GENOVA, 4 NOVEMBRE 2006: LA RETE È STATA LANCIATA...
OPERA SERIA IN TRE ATTI + UNO DA SCRIVERE
di Stefano Domenicucci
- 62** LOMBARDIA DAL CONSIGLIO REGIONALE LOMBARDO
di Antonio Mafri
- 64** PUGLIA IL 24 SETTEMBRE A TERLIZZO IN PUGLIA CARDIOLOGIA ALL'APERTO
di P. Caldarola, M. Cuonzo, G. Germinario, M. Marcone
- 66** PUGLIA LA RETE INTEROSPEDALIERA PER LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE IN PUGLIA
di P. Caldarola, C. D'Agostino, G. Ignone, A. Marchese, A. Montinaro

CUORI ALLO SPECCHIO

- 68** INTERVISTA A GIANFRANCO SINAGRA
di Matteo Cassin e Mario Chiatto

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

- 76** LA LEZIONE DI CALVINO
di Jacopo Olivetto
- 78** LA CRISI DELLA CIVILTÀ E LA SFIDA DEL CUORE
di Mario Chiatto e Antonio Miniaci
- 79** TRADURRE, UN'ARTE MECCANICA O CREATIVA?
di Alessandro Ferrini

FORUM

- 82** LETTERA ALL'EDITOR E AL COMITATO EDITORIALE DI CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI
di Antonio Lotto
- 83** L'"INCONSAPEVOLE" EVOLUZIONE DELL'ESSERE (O NON ESSERE) CARDILOGI:
ALLA RICERCA DI UNA NUOVA IDENTITÀ?
di Gian Luigi Nicolosi
- 86** IN MEMORIA DI FRANCO VALAGUSSA, PER CONTINUARE IL SUO PERCORSO
di Carlo Schweiger

FIGURARE LA PAROLA

- 88** IL CAFFÈ? NON FA MALE AL CUORE NEMMENO QUANDO È UNA CIOFECA...
di Francesco Meucci



IN COPERTINA
Elaborazione grafica



N. 154 - novembre/dicembre 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

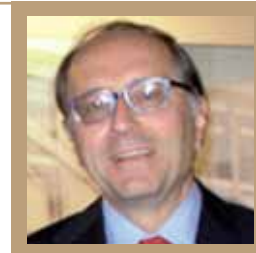
Segreteria Nazionale:
ANMCO

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



ALLE FONDAMENTA DELLA VITA ASSOCIATIVA

Dopo le elezioni che hanno ampiamente rinnovato il Consiglio Direttivo Nazionale ed i Consigli Direttivi Regionali si sviluppa una nuova fase della nostra vita associativa che scorre nell'ambito della ricca tradizione dell'ANMCO, proponendosi di portare a compimento quanto avviato nel precedente biennio e di dare spazio a nuove idee e a nuove proposte.

Partecipazione e condivisione sono due termini che aiutano a descrivere, a tutti i livelli, la tensione che anima il percorso che si fa insieme.

Chi ha ricevuto il mandato attraverso il voto, sia a livello nazionale che a livello regionale, si è assunto il compito di guidare e sostenere la vita associativa, di mettersi a disposizione, di favorire i collegamenti tra le persone, di valorizzare e supportare le iniziative nazionali e regionali, di stimolare nuove adesioni.

È un lavoro personale che si condivide innanzi tutto con i rispettivi Consigli Direttivi. Sia il Direttivo Nazionale che i Direttivi Regionali sono luoghi di riflessione e discussione, in cui ci si interroga sui problemi della Cardiologia nel Paese e negli Ospedali della propria Regione, sulla programmazione, sull'interazione con il Decisore Pubblico, su organizzazione, formazione e ricerca, ma anche sulla affezione/disaffezione dei Soci, sui problemi dei giovani, sulla complessità del Nursing. Chi è stato eletto Presidente, a livello regionale come a livello nazionale, deve fare costante riferimento al proprio Consiglio Direttivo e caratterizzarlo come realtà schietta e coinvolgente, protesa all'ascolto della vita

ospedaliera che si svolge nelle grandi istituzioni e nelle piccole realtà cardiologiche periferiche, con attenzione ai problemi reali, facendo affiorare propositività e creatività.

Il Consiglio Nazionale, è il luogo istituzionale di confronto in cui si incontrano non solo i rappresentanti eletti dai Soci, ma anche chi è chiamato a guidare settori strategici: le Aree, Heart Care Foundation, il Comitato Scientifico, i Giornali scientifici. A queste persone, espressione di eccellenza culturale e organizzativa, lo Statuto assegna il compito di intervenire, riservando ai rappresentanti eletti il diritto di votare. Il Consiglio Nazionale dell'ANMCO è il luogo democratico di riferimento, il momento sovrano della vita associativa. Sedere nel Consiglio Nazionale è un privilegio riservato a poche persone che vi rappresentano 5.000 iscritti: la presenza, la partecipazione e l'interesse sono un diritto ed un dovere di ogni membro del Consiglio.

Il Presidente è il garante della democrazia, ovvero della possibilità che tutti i Consiglieri Nazionali, in conformità con le regole statutarie, prendano parte alla discussione e alle decisioni, ed è contestualmente il responsabile delle decisioni di indirizzo e di governo, senza le quali la vita associativa si paralizza. Lo Statuto ed i Regolamenti disegnano in termini precisi i compiti e le prerogative del Consiglio Direttivo, del Consiglio Nazionale e degli altri organismi istituzionali. La partecipazione è il metodo, la dialettica è il sale della vita associativa, le decisioni permettono di realizzarla.



Claude Monet, Il parlamento di Londra, 1904

IL CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO 2006/2008: UN TEAM MOLTO AFFIATATO ALCUNE CONSIDERAZIONI MOLTO PERSONALI SUI PRIMI MESI DI LAVORO



“Un’improvvisa febbre di ansiosa impazienza mi corse nelle vene, e mi diede un tal sentimento d’intensità dell’esistenza quale non ho mai provato né prima né poi.

Scoprivo quanto di me fosse temprato di marinaio, nel cuore, nella mente, e se posso dirlo, nel fisico: un uomo consacrato al mare ed alle navi. Il mare come l’unico mondo che contasse, e le navi come prova di virilità, di carattere, di coraggio e fedeltà e d’amore”.

Da: “The shadow-line” di Joseph Conrad

Sono trascorsi sei mesi dal rinnovo delle cariche nazionali dell’ANMCO e si può senz’altro dire che “la barca con il nuovo equipaggio ha preso il largo”.

Una squadra dove 7 elementi su 13 sono nuovi ha bisogno di tempo per lavorare al meglio.

Tuttavia sono bastate poche riunioni del Direttivo perché ognuno occupasse un ruolo ben preciso. Due riunioni a giugno, due a luglio e tante telefonate ad agosto e via a vele spiegate. Dopo il Congresso Europeo di Barcellona – in occasione del quale il Direttivo si è riunito



Francesco Chiarella

Nato a Chiavari il 30 gennaio 1950
Sposato; 4 figli di 22, 20, 18 e 11
anni.

Attività Scientifiche in ANMCO:
Blitz 1 e Blitz 2.
Hobby: fotografia.



Giuseppe Di Pasquale

54 anni, nato a Pescara;
vive a Bologna dove si è
laureato e specializzato in
Cardiologia, ha conosciuto
e sposato Enrica. Ha conse-
guito a pieni voti il diploma di sommelier.
A Bologna dirige l'Unità Operativa di Cardiologia
dell'Ospedale Maggiore e coordina l'area dipar-
timentale cardiopolmonare dell'ASL.

È stato presidente dell'ANMCO e del Gruppo di
Studio italiano Aterosclerosi, Trombosi e
Biologia Vascolare.

Interessi scientifici: sindromi coronariche acute,
trombosi, fibrillazione atriale, interazioni cuore-
cervello.

Hobby nel poco tempo libero: bicicletta, escursioni
in montagna, viaggi, degustazione vini.

Salvatore Pirelli

Nato a Nicastro il 10 mag-
gio 1948 e sposato con
Loredana, insegnante di
professione.

Ha tre figli: Luigi di 29 anni,
Giulia di 24 e Martina di 8.



Gennaro Santoro

Nato a Baronissi,
Salerno - 28 luglio
1948. Leone ascen-
dente Leone.

Coniugato con
Sabrina (collaboratrice scientifica).
4 figli: Mattia 26, Martina 23, Ernesto 10,
Allegra 2.

Hobby: storia medievale, arte moderna.
Sport: scherma, vela.

ANMCO



ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
MEDICI
CARDIOLOGI
OSPEDALIERI



Mario Chiatto

Nato a Cosenza il 5 ottobre 1952,
residente a Trebisacce (CS).
Specialista in Malattie dell'Apparato
Cardiovascolare.

Dirigente di primo livello cardiologia,
Ospedale G. Chidichimo, Trebisacce.

Hobby ed interessi extralavorativi:
cinema, sport, volontariato sociale, attività pedagogiche.



Matteo Cassin

Nato a Pordenone l'8 febbraio
1954.

Coniugato con Rossana (pro-
fessione psicologa) dal 21
luglio 1984.

Due figli, Melissa nata nel
1988 e Sebastiano nel 1993.

Attività scientifiche prevalenti: dolore toracico-
SCA, marcatori biochimici di necrosi miocardica-
scompenso cardiaco, implementazione linee-
guida.

Sport preferiti: nessuno in particolare, ma tutti i
grandi eventi (Olimpiadi, giro d'Italia e tour, mon-
diali calcio).

Hobby: fotografia, bicicletta (cicloamatore).
Grande interesse istintivo per l'arte contempo-
ranea.



Giampaolo Scorcu

Nato a Formia l'8
febbraio 1955.

È sposato e padre di
un bambino, Vittorio.



Giuseppe Palazzo

49 anni, sposato, ha un figlio ed una figlia rispettivamente di 22 e 19 anni. È nato e lavora a Catania presso L'UTIC dell'A.O. Cannizzaro.

È stato negli ultimi 4 anni coordinatore per l'ANMCO Sicilia dei corsi BLS-D ed ACLS formando quasi 1.000 provider e numerosi istruttori.

Responsabile del progetto educativo per le scuole promosso dall'Heart Care Foundation: "Io il mio cuore e..." per la regione Sicilia.

Sport preferiti: fare lunghe passeggiate con il suo cane *Ciro* (un *dogue de bordeaux*).

Hobby: colleziona vecchi dischi di jazz, rapporti umani, emozioni.

Alessandra Chinaglia



46 anni, nata e vissuta a Torino, dove ha studiato e dove lavora presso l'UTIC dell'Ospedale Maria Vittoria. Ha 2 figli di 16 e 13 anni; in passato ha avuto una figlia in affidamento di 14 anni.

Interessi: camminare in montagna d'estate, con gli sci d'inverno, andare in bici (in ospedale tutti i giorni, in collina nel tempo libero, in vacanza d'estate), nuotare; cantare (in un piccolo coro); occuparsi delle sue piante, leggere, andare al cinema e vedere gli amici.



Zoran Olivari

Nato a Zagabria (Croazia) 55 anni fa. Sposato e con un

figlio maschio di 28 anni.

Attività scientifiche: organizzazione delle reti per SCA, interazioni della cardiologia interventistica con quella clinica.

Sport preferiti: da spettatore basket, da pigro praticante un po' di bici.

Hobby: lettura, arte, cinema, viaggi.

ANMCO



ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
MEDICI
CARDIOLOGI
OSPEDALIERI



Gian Francesco Mureddu

Nato a Napoli il 20 gennaio 1961; segno zodiacale: Capricorno. Ha studiato medicina e si è specializzato in malattie dell'apparato cardiovascolare all'Università Federico II.

Sposato con Cristina dal 1992, ha due figlie (meravigliose): Chiara di 13 anni e Carolina di 9.

Interessi professionali: funzione cardiaca, ecocardiografia, ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco.

Interessi non professionali: lettura, musica jazz, arte, cucina napoletana e sarda tradizionale.



Luigi Oltrona Visconti

Nato a Roma il 22 settembre 1954 è coniugato e ha un figlio.



Giovanni Gregorio

Nato a Maio della Civitella, Salerno il 27 gennaio 1950.



Matteo Cassin e il figlio Sebastiano

ed ha lavorato duro (quante idee brillanti nelle riunioni “supplementari” alle 7 del mattino), ed ha partecipato ad una riunione “storica” con gli amici del Direttivo SIC all’Assemblea della Federazione Italiana di Cardiologia – si viaggia ormai a velocità di crociera. Partiamo proprio da questo punto: l’attuale Direttivo è concorde sul fatto che bisogna cogliere questo momento “storico” per fare un passo significativo nella direzione di una forte collaborazione con la SIC e le Società di settore all’interno della FIC. E come un marinaio cerca auspici e punti di riferimento alla sua navigazione, così l’elezione alla presidenza della Società Europea di Cardiologia di Roberto Ferrari consolida il cammino federativo ed è di auspicio alla crescita di tutta la Cardiologia Italiana.

Le Linee Programmatiche 2006-2008 pubblicate sul precedente numero di *Cardiologia negli Ospedali* sono impegnative, ma questo equipaggio è veramente forte. *Cardiologia negli Ospedali*, che aveva raggiunto livelli molto elevati e raccolto molti consensi (grazie, Francesco Bovenzi), è stata affidata a Gennaro Santoro, editor (a guardarlo bene in viso sembra un vero lupo di mare) ed a Matteo Cassin, co-editor (un nordico cordiale come un meridionale), e promette di non deludere, anzi (basta guardare il numero luglio/ottobre).

Luigi Oltrona Visconti ha il grosso impegno di coordinare le numerose attività formative che nei programmi do-

vanno avere un ulteriore sviluppo, anche metodologico, e rappresentano un punto cardine della “mission” dell’ANMCO (a proposito Luigi, con il suo stile, ricorda un ammiraglio inglese).

Il sito web è affidato a Gianfranco Mureddu (il più giovane del gruppo ma già con grande esperienza alle spalle), coadiuvato da Alessandra Chinaglia (impegno e determinazione fuori dal comune, ora capisco perché i marines hanno aperto le porte alle donne), e Giampaolo



Palazzo junior e il dogue de bordeaux Ciro



Alessandra Chinaglia con i suoi figli

Scorcu (rigoroso e concreto, se Giampaolo mi consente lo definirei un gentiluomo d’altri tempi).

Giovanni Gregorio ha il ruolo di tesoriere, la sua esperienza ed il suo buon senso spesso hanno un peso determinante sulle decisioni finali, tra l’altro è un gran signore (non fuggirà mai con la cassa). La presenza di Zoran Olivari (anima di emodinamista in fisico da cardiologo

clinico o viceversa) consente di portare avanti in modo equilibrato uno degli obiettivi prioritari del programma: “l’affermazione del cardiologo clinico in contrasto con una visione che enfatizzi aspetti strumentali e specialistici”.

La precedente esperienza di Mario Chiatto (dalla Calabria con simpatia) nei direttivi regionali è stata preziosa in più di un’occasione per comprendere meglio alcune esigenze della periferia ed accrescere la sinergia tra il Direttivo Nazionale e le iniziative regionali.

Lo skipper, il Presidente Franco Chiarella, governa la barca in modo sicuro e sereno, il clima è quindi di grande fiducia reciproca; Salvatore Pirelli (Presidente eletto) ha assunto numerosi e difficili impegni all’interno del Consiglio, mentre Beppe Di Pasquale (Past-President) è sempre a disposizione per illustrare in modo preciso il percorso



I tre figli di Salvatore Pirelli: Luigi, Giulia e Martina



Allegra, Gennaro, Martina, Ernesto e Mattia Santoro

ed il metodo seguito nei direttivi precedenti.

Il giro di boa avverrà in occasione del Congresso Nazionale a giugno del 2007. Per arrivare nel modo migliore a questo evento nessun componente del CD si sta risparmiando, tutti consapevoli di quanto sia importante per i nostri Soci questo appuntamento.

Fare il Segretario in un’Associazione importante come l’ANMCO è sicuramente un’esperienza entusiasmante e formativa, questo è possibile tuttavia, grazie alla formidabile organizzazione e professionalità di tutto lo staff della segreteria, la presenza di Simona Saracco – e, a turno, delle sue colleghe ad ogni Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale – è come la presenza della stella polare per un marinaio.

A proposito, non ho mai partecipato ad una regata sino ad oggi.

BUON COMPLEANNO, JOURNAL OF CARDIOVASCULAR MEDICINE !!!

Si sta avvicinando la fine del primo anno di pubblicazione del Journal of Cardiovascular Medicine (formerly Italian Heart Journal).

È ormai tempo per un primo bilancio, anche se preliminare e parziale, e per provare a percepire dai lettori cosa ne pensano del JCM, e se questo può essere davvero un primo buon compleanno!

In questi mesi ho molto interagito, come Editor del JCM, con molti di voi, sia in qualità di Autori che di Revisori, ma l'artefice dei collegamenti è stata soprattutto Franca Lorefice, la nostra Segretaria di Redazione, "onnipresente" e "totipotente", entusiasta, dedicata e riservata, che ha costruito con voi e per voi una vera rete operativa, ricca anche di feed-back e suggerimenti quanto mai costruttivi e produttivi.

È stata finora, almeno per me, una esperienza entusiasmante, che dimostra che il "pargolo" JCM risulta in sicura crescita: da gennaio 2006 sono arrivati 306 nuovi articoli, totalmente per via elettronica mediante l'Editorial Manager e il sito web del Giornale.

Ogni articolo viene rivisto da tre revisori che hanno la possibilità successivamente di confrontare, in maniera anonima, i propri commenti con quelli dei colleghi coinvolti nella revisione. Ho la sensazione che

ciò abbia contribuito non poco al miglioramento della qualità delle revisioni stesse e dei lavori, quasi in una forma di autoformazione e autotraining che ci ha coinvolti tutti sul campo.

In Figura 1 vengono riportati il numero di lavori totale con le accettazioni, i lavori rigettati perché non sufficientemente prioritari e la percentuale di lavori provenienti dall'estero.

In Figura 2 vengono riportati i dati relativi ai Revisori e i tempi di revisione. Si può notare che una parte di inviti resta ancora senza risposta...

Ancora abbiamo qualche criticità: sono ancora un po' troppo lunghi i tempi fra l'accettazione dei lavori e la pubblicazione. Ciò è dovuto però al fatto che si è ricorsi a numeri mensili monografici che hanno ritardato la pubblicazione degli altri lavori, ma hanno anche consentito al giornale di crescere fin dai suoi esordi.

Forse si dimentica che il giornale è nato insicuro e asfittico, con il rischio... di morire o di non poter crescere adeguatamente: l'incognita era davvero molto grande e la sfida è stata davvero difficile!

Per fortuna ora molti cominciano a crederci, molti lo leggono, molti visitano il sito del JCM e ben il 26,7% dei lavori proviene ora dall'estero.

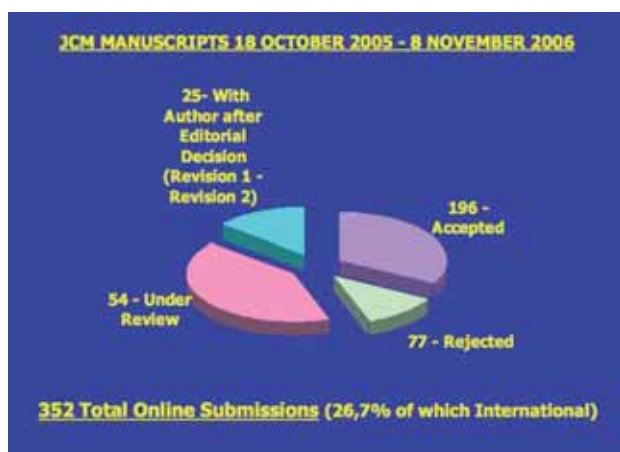


Fig. 1

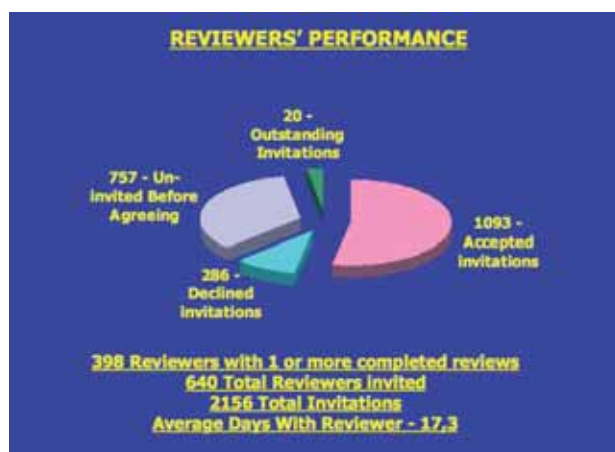


Fig. 2

Per superare i ritardi nella pubblicazione si è cercato di aumentare il numero di pagine per fascicolo mensile, ma ciò non è stato al momento possibile per i costi dello “start up” del giornale sostenuti dalla Lippincott.

La scelta del Publisher Lippincott si è dimostrata davvero vincente e ci stanno assistendo con grande professionalità, tempestività e competenza.

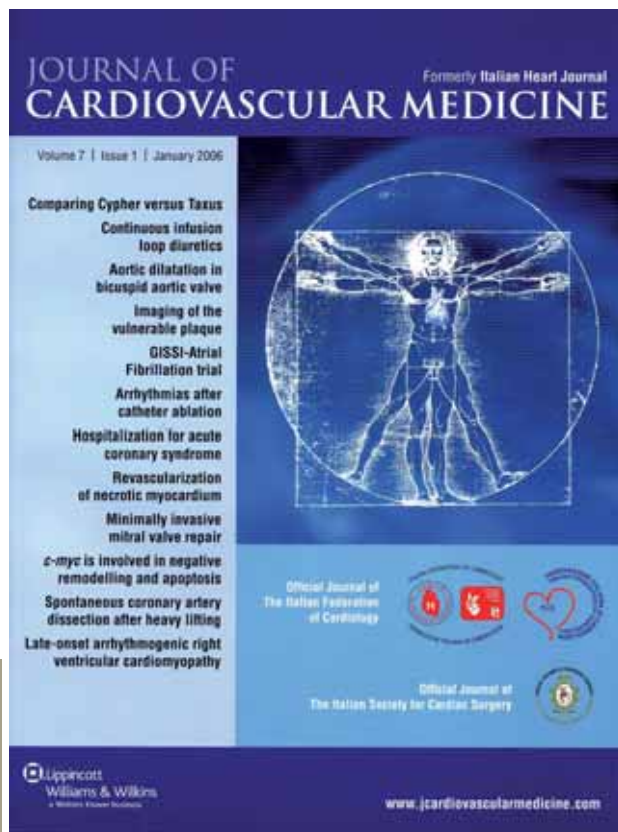
Da dicembre 2006 sarà possibile pubblicare con i lavori anche loop di immagini, e non solo immagini statiche, che risulteranno visibili sul sito web del JCM.

È stata anche formulata la domanda per il conferimento dell’Impact factor: occorre solo attendere e auspicare la buona fortuna!

Penso perciò che si possa concludere davvero con l’augurio di buon compleanno per il JCM.

È un bambino ancora piccolo, ma vivace, sicuramente in crescita e poi... dice Pablo Neruda... “Soltanto l’ardente pazienza porterà al raggiungimento di una splendida felicità”.

Siateci vicini, sosteneteci e fateci sentire i vostri suggerimenti per migliorare il JCM, ma, soprattutto, inviateci i vostri lavori... più belli.



Gian Luigi Nicolosi, Editor del Journal of Cardiovascular Medicine

CONGRESSO MONDIALE DI CARDIOLOGIA 2006

Quest'anno il Congresso Mondiale di Cardiologia è stato organizzato in modo congiunto dalla Società Europea di Cardiologia (ESC) e dalla Federazione Mondiale di Cardiologia (WHF) nella bella cornice di Barcellona, dal 2 al 6 settembre (foto 1). Vi è stata un'ampia presenza di partecipanti attivi, che ha superato le 25.000 unità di professionisti della sanità cardiovascolare mondiale, sia dai paesi occidentali che da quelli in via di sviluppo.

Questo Congresso è stato particolarmente importante per la cardiologia italiana in quanto, come già risaputo, il 4 settembre si sono concluse le votazioni per il rinnovo

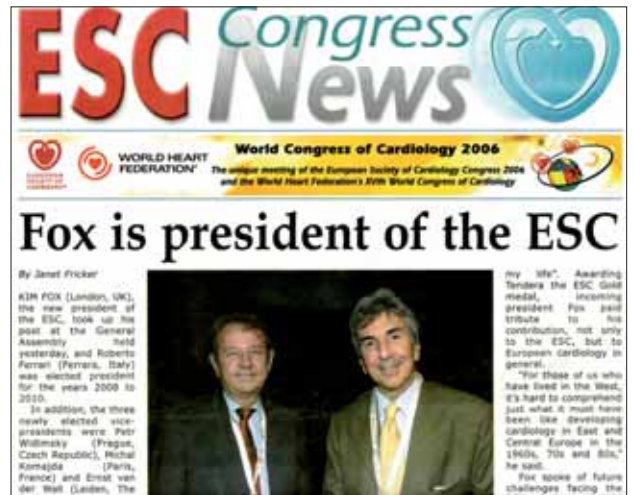


Foto 2

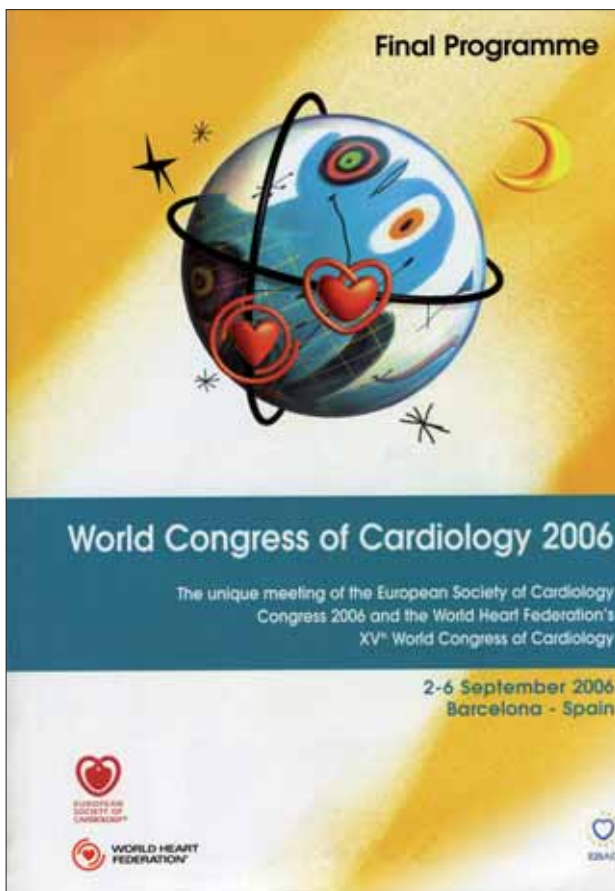


Foto 1



Foto 3

vo delle cariche direttive della Società Europea di Cardiologia, che hanno portato all'elezione di Roberto Ferrari come President Elect, che sarà quindi il Presidente dell'ESC nel biennio 2008-2010 (foto 2). Una bella soddisfazione ed un buon auspicio per tutta la cardiologia italiana.

Per quanto riguarda la parte scientifica, come sempre ricca e ben curata, complessivamente non ci sono state novità "travolgenti". Il dato più rilevante, sicuramente il

più controverso e che ha aperto una serie di interrogativi e problematiche, è stato quello relativo al follow-up a lungo termine degli stent medicati di prima generazione (foto 3).

In questo articolo ho riportato una breve sintesi dei contributi più significativi nell'ambito dell'interventistica coronarica, sindrome coronarica acuta e scompenso cardiaco.

Interventistica coronarica

Due metanalisi indipendenti, presentate nella Hot Line session, hanno posto in evidenza l'utilizzo di stent medicati (DES) di prima generazione potrebbe essere associato ad incremento di mortalità/IMA-Q e di mortalità derivata da neoplasie.

La **prima metanalisi** (foto 4-5) presentata da E. Comenzid (Ginevra) ha preso in considerazione gli studi nei quali era stato utilizzato lo stent medicato con sirolimus, Cyper (RAVEL, SIRIUS, E-SIRIUS, C-SIRIUS) e quelli



Sagrada Familia

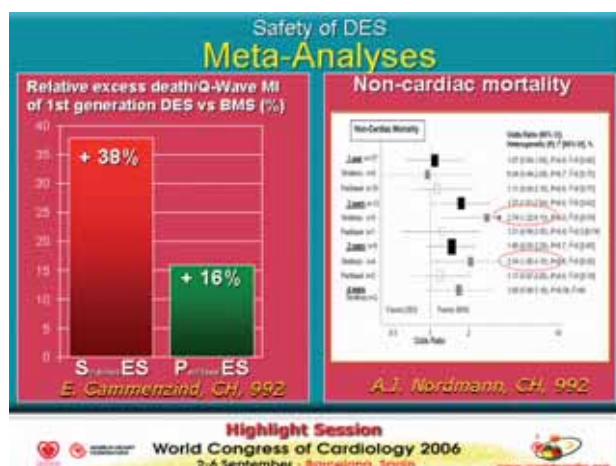


Foto 4 - 5

con paclitaxel, Taxus (TAXUS I, II, IV, V, VI), valutando l'incidenza combinata di morte e IMA-Q. È stato documentato un eccesso relativo di eventi combinati gravi del 38% per quanto riguarda Cyper ($p=0.03$) e 16% per Taxus ($p=0.68$).

Nella **seconda metanalisi** (foto 4-5) A. Nordmann (Bassilea) ha confrontato l'incidenza di mortalità cardiaca e non cardiaca nei pazienti trattati con DES rispetto a quelli con stent non medicato (BMS), prendendo in considerazione tutti gli studi randomizzati controllati riguardanti i DES di prima generazione. A 4 anni la mortalità totale mostrava un trend di incremento, anche se non significativo, nel gruppo dei pazienti trattati con DES, in particolare quelli con Cyper.

È stato evidenziato inoltre un incremento, ancora non significativo, della mortalità non cardiaca, in particolare associato all'uso del Cyper, legato prevalentemente a neoplasie (15 delle 36 morti non cardiache erano dovute a linfomi, neoplasie del polmone, prostata, gastro-intestinali, rene e retto). L'autore concludeva che nel trattamento della coronaropatia i DES non riducono la mortalità rispetto ai BMS e queste evidenze preliminari suggeriscono che gli stent medicati con sirolimus possono determinare un incremento della mortalità non cardiaca. Infine che sono necessari i follow-up a lungo termine e la valutazione delle cause specifiche di mortalità per poter definire la sicurezza di questi devices.

Il commento sarcastico di S. Yusuf è stato: "l'ossessione dei cardiologi interventisti nei riguardi della restenosi li ha accecati nei riguardi dei dati di sicurezza".

Nonostante questi dati, al quesito posto ai partecipanti

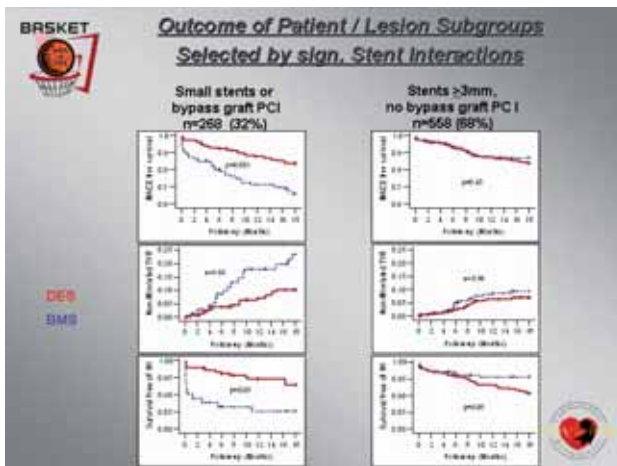


Foto 6

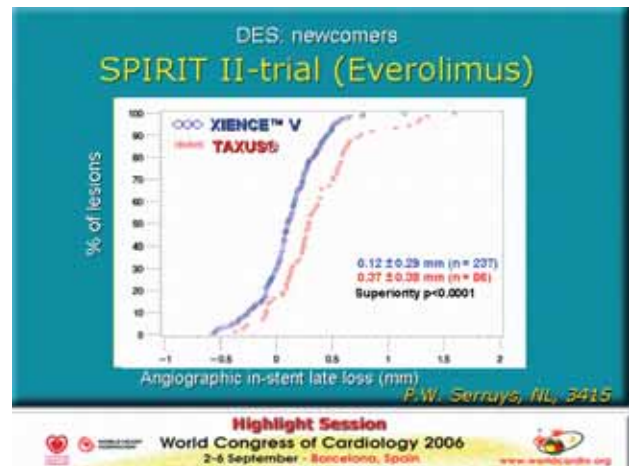


Foto 8

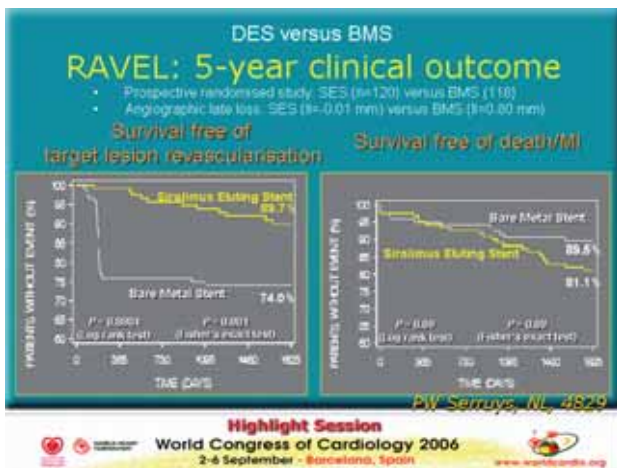


Foto 7

al Congresso “come pazienti, quale stent scegliereste?” il 63% dei Cardiologi rispondeva DES.

Altri elementi importanti sono stati focalizzati dal **BASKET a 18 mesi**, **RAVEL a 5 anni** e dallo **SPIRIT II**.

I dati dello studio **BASKET** (Basel Stent Cost-effectiveness Trial) a 18 mesi sono stati riportati da C. Kaiser (foto 6). In questo studio prospettico sono stati inclusi tutti i pazienti trattati con PCI/stenting tra maggio 2003 e maggio 2004 nell'ospedale universitario di Basilea, randomizzati a ricevere 3 tipi di stent: Cyper e Taxus come DES, e Vision come BMS di terza generazione. Globalmente gli eventi gravi sono risultati simili per i DES e BMS (mortalità cardiaca 2.8% vs 2.5%, p=0.83; IMA 6.1% vs 5.3%, p=0.66), con una maggior incidenza di TVR nel gruppo BMS (11.6% vs 7.5%, p=0.05).

I MACE complessivi (morte/IMA/TVR) sono risultati sovrapponibili nel gruppo DES e BMS a 18 mesi (15.8% vs 18.9%, p=0.26). Il dato interessante è emerso dall'ul-

teriore analisi che ha dimostrato una significativa interazione tra il tipo di stent, alcune caratteristiche dei pazienti e gli eventi combinati. Solo i pazienti con piccoli vasi/stent < 3 mm o quelli nei quali era stato trattato un graft venoso mostravano un significativo beneficio con l'utilizzo dei DES, mentre negli altri non vi era nessuna differenza tra DES e BMS, a fronte costi significativamente più alti nella strategia-DES.

Questi dati, derivanti dall'esperienza nel “mondo reale” potranno avere importanti implicazioni pratiche e modificare il trend in atto di utilizzo dei DES in tutti i pazienti sottoposti a PCI (DES utilizzati in più del 90% degli stent negli USA e Svizzera).

P. Serruys ha mostrato i dati del follow-up a 5 anni dello studio **RAVEL** (foto 7), il primo dell'era DES che confrontava il sirolimus eluting stent (Cyper) con l'identico BMS. Come è noto i dati a 6 mesi avevano documentato l'abolizione completa della restenosi. I dati qui riportati si riferiscono invece all'efficacia e sicurezza nel follow-up a lungo termine. Riguardo l'assenza di TLR è stata documentata una significativa differenza tra DES e BMS (89.7% vs 74%, p=0.001), mentre i dati sono più controversi per quanto riguarda gli eventi morte/IMA (89.5% vs 81.1%, p=0.09, rispettivamente per BMS e DES), evidenziando un fenomeno “catch up”, in quanto il numero di eventi restava piuttosto stabile nel gruppo BMS mentre vi era un incremento del numero di eventi nel gruppo DES.

P. Serruys ha presentato anche i dati dello studio **SPIRIT II** (foto 8), che confrontava 2 DES, Taxus (paclitaxel-eluting stent) vs Xience Vision (everolimus-eluting

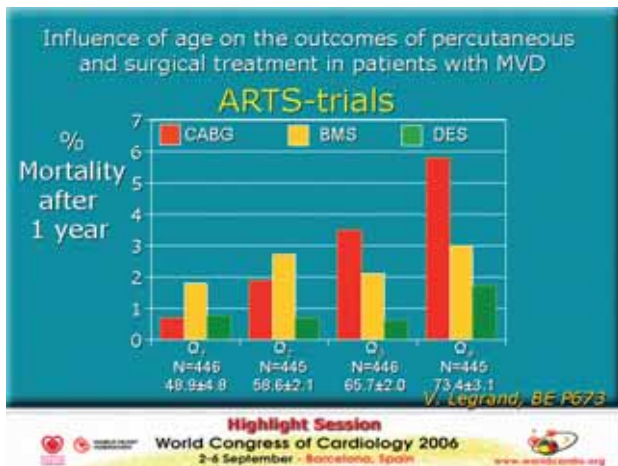


Foto 9

stent). Il follow-up a 6 mesi ha dimostrato un in-stent late loss significativamente più basso nel gruppo di pazienti con everolimus-eluting stent (0.12 vs 0.37, $p < 0.0001$), senza nessuna differenza di eventi. Per quanto riguarda il confronto tra PCI (BMS e DES) e CABG, V. Legrand ha riportato i dati degli studi **ARTS I** e **ARTS II**, riferiti al follow-up a 1 anno in relazione ai diversi gruppi di età. Il dato più evidente risulta dalla differenza di mortalità nei pazienti ultrasettantenni, molto più alta in quelli sottoposti a CABG rispetto a quelli sottoposti a PCI con DES (foto 9).

Sindrome coronarica acuta

B. Lagerqvist ha riportato i dati del follow-up a 5 anni dello studio **FRISC II**. Questo studio, condotto nei paesi scandinavi su 2.457 pazienti, aveva confrontato la strategia invasiva versus quella non-invasiva nei riguardi di eventi gravi (mortalità e IMA) in pazienti con SCA Non-STE. La stratificazione del rischio era basata sui seguenti indicatori: età > 65 anni, sesso, diabete mellito, pregresso IMA, sottoslivellamento di ST, elevazione della troponina, della PCR o Il-6. A 5 anni è stata documentata una differenza significativa di eventi gravi nel gruppo invasivo vs quello non-invasivo (19.9% vs 24.5%, $p=0.009$), dovuta prevalentemente alla diversa incidenza di IMA, mentre la mortalità era simile (foto 10).

Una possibile spiegazione del mancato beneficio sulla mortalità, in confronto alle precedenti analisi al follow-up a 2 anni, è data dalla differenza della percentuale di pazienti rivascularizzati nei due bracci dello studio: 63%

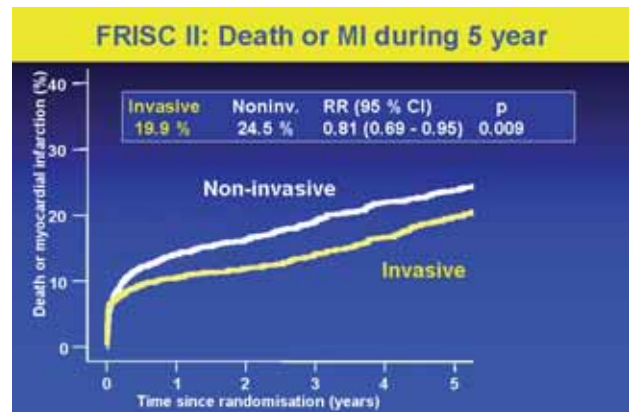


Foto 10

durante il periodo ospedaliero, 55% nel primo anno e 30% a due anni. Nell'analisi a 5 anni il beneficio della strategia invasiva era confinato però solo nel sottogruppo a rischio moderato e alto.

R. de Winter ha invece mostrato i dati del follow-up a 3 anni dello studio **ICTUS**, che aveva studiato 1.200 pa-



Casa Batllò



Foto 11

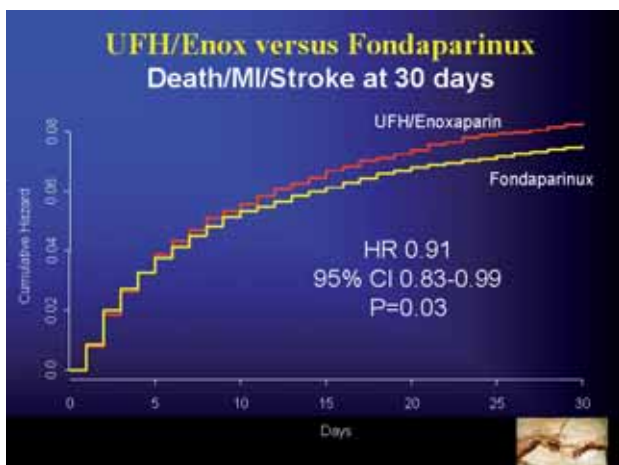


Foto 12

zienti con SCA Non-STE, con incremento della tropoina ed evidenza ECGrafica di ischemia all'ingresso o storia documentata di cardiopatia ischemica, randomizzati ad una strategia invasiva precoce o ad una strategia più conservativa (selettivamente invasiva).

I pazienti venivano trattati con ASA, enoxaparina per 48 ore, e abciximab al momento della PCI; l'uso di Clopidogrel e statine era raccomandato. L'end-point composito (morte, IMA, o ri-ospedalizzazione) non mostrava differenze significative all'analisi al primo anno. Similmente a 3 anni non si evidenziava nessuna differenza dell'end-point composito (30% vs 26%, $p=0.10$) e della mortalità globale (7.9% vs 7.7%, $p=0.63$) nel gruppo precocemente invasivo rispetto quello selettivamente invasivo (foto 11).

I diversi risultati dello studio ICTUS e FRISC II sono probabilmente spiegabili con la diversa percentuale di pazienti rivascolarizzati nel gruppo conservativo; ad esempio nell'ICTUS la percentuale di pazienti rivascolarizzati a 1 anno era 54% quindi, in realtà, si tratta di uno studio che confronta una strategia di più frequente rivascolarizzazione con una di rivascolarizzazione intermedia.

Nel commento finale di Kristensen, durante la sessione Highlight, è stato rimarcato che la strategia ottimale e timing della terapia invasiva e la terapia antitrombotica ottimale sono ancora questioni in sospeso.

S.R. Mehta ha mostrato i dati relativi al beneficio della Fondaparina sulla mortalità, eventi ischemici ed emorragie nello spettro complessivo delle SCA, analizzando i dati combinati degli studi OASIS 5 e OASIS 6.

Nello studio OASIS 5 erano stati studiati 20.000 pazienti con SCA Non-STE trattati in doppio cieco con Enoxaparina e Fondaparina ed era stata documentata la non inferiorità della Fondaparina vs Enoxaparina con una riduzione però del 50% degli eventi emorragici maggiori.

Nello studio OASIS 6 erano stati studiati 12.000 pazienti con STEMI ed era stata dimostrata la riduzione degli eventi (morte e IMA), senza incremento delle complicanze emorragiche. Lo studio **OASIS 5/6** combinato si proponeva l'obiettivo di valutare l'efficacia e sicurezza della Fondaparina nell'intero spettro delle SCA (STEMI e NSTEMI).

Per quanto riguarda l'efficacia (foto 12) è stata evidenziata una riduzione significativa dell'end-point composito (morte/IMA/stroke) a 30 giorni nel gruppo Fondaparina vs quello Enoxaparina ($p=0.03$), con una marcata riduzione degli eventi emorragici maggiori ($0 < 0.00001$). Nell'ambito dello STEMI da segnalare due studi, l'aggiornamento dei dati a 5 anni del PRAGUE 2 e il PCI-ExTRACT-TIMI 25.

Per quanto riguarda il **PRAGUE 2**, il follow-up a 5 anni sostanzialmente conferma i dati della fase acuta con un beneficio, prevalentemente legato a una minor necessità di rivascolarizzazione, dell'end-point composito nel braccio PCI primaria.

Nello studio ExTRACT-TIMI 25 è stata confrontata l'eparina non frazionata con l'enoxaparina in 20.479 pazienti ricoverati per STEMI e trattati con un trombolitico. Lo studio attuale, pre-pianificato, **PCI-ExTRACT-TIMI 25**, prende in considerazione i dati relativi al sottogruppo di 4.676 pazienti che sono stati sottoposti a PCI dopo l'ingresso.

L'end-point composito (morte/IMA) è stato significativamente più basso nel gruppo trattato con enoxaparina rispetto a quello con eparina non frazionata (10.7% vs

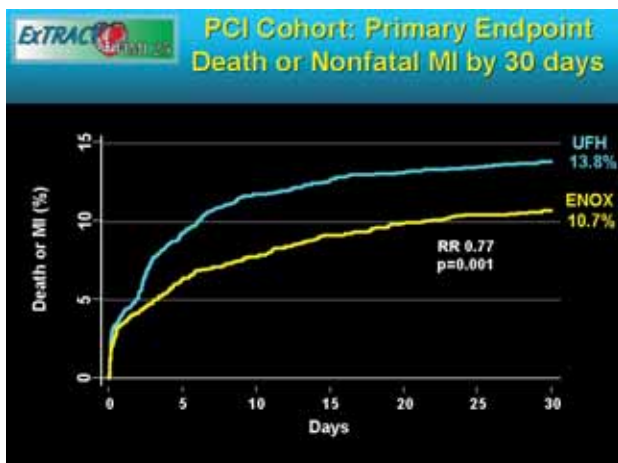


Foto 13

13.8%, $p=0.001$), senza incremento delle complicanze emorragiche maggiori e minori, comprese le emorragie intra-craniche, e con una minor incidenza di stroke (foto 13 e 14).

Questi dati sembrano confermare la superiorità dell'enoxaparina rispetto all'eparina non frazionata nei pazienti con STEMI, sia nel contesto medico che interventistico, eliminando la necessità di modificare la terapia antitrombinica in quei pazienti che sono sottoposti a PCI e di monitorare i dati di laboratorio, fornendo in definitiva un'alternativa più efficace, sicura e pratica.

Il suggerimento finale di Kristensen è che in un paziente con STEMI sottoposto a trombolisi, se il rischio emorragico è basso e se c'è l'opzione a coronarografia l'enoxaparina dovrebbe essere mantenuta sino al momento dell'eventuale PCI.

Nello studio **TROICA** (The Thrombolysis in Cardiac Arrest) 1.050 pazienti con arresto cardiaco extraospedaliero di presunta origine cardiaca erano stati randomizzati al trattamento trombolitico con TNK o placebo, associato alla terapia standard per l'arresto cardiaco.

Il presupposto di questo studio si basava sul fatto che la maggior parte degli arresti cardiaci extraospedalieri erano dovuti ad infarto miocardico o a embolia polmonare. I risultati sono stati deludenti sia per quanto riguarda il numero di pazienti giunti vivi in ospedale (59% vs 59.5%, $p=0.9$, TNK vs placebo), sia per quanto riguarda la sopravvivenza a 30 giorni (18.2% vs 20.2%, $p=0.5$, TNK vs placebo).

Nello studio **VIAMI** è stato valutato se i pazienti con STEMI trattati con trombolisi o non riperfusi per in-

- Among STEMI pts treated with lytic, ENOX can be administered as the sole antithrombin therapy before and during PCI without the need for additional antithrombin inhibition.
- Periprocedural ENOX is preferable to UFH in the management of these patients.

Foto 14

gresso tardivo potevano beneficiare dalla PCI dell'arteria correlata all'infarto se veniva documentata vitalità nel territorio infartuato, mediante eco-dobutamina a basse dosi. I pazienti con dimostrazione di vitalità sono stati randomizzati a terapia invasiva o a terapia conservativa (coronarografia solo in caso di ricomparsa dei sintomi o ischemia residua).

Come ulteriore gruppo di controllo sono stati studiati i pazienti senza dimostrazione di vitalità. Sul totale di 293 pazienti, in 216 fu dimostrata vitalità e furono rando-



Casa Pedrera, particolare

mizzati e in 75 nessuna documentazione di vitalità. L'end-point composito (morte/reIMA/angina instabile a 6 mesi) fu significativamente più basso nel gruppo trattato invasivamente rispetto a quello trattato in modo conservativo (6.6% vs 15.5%, $p=0.04$). Questa riduzione era legata principalmente alla riduzione dell'evento angina instabile.

Questo è il primo studio che dimostra che, dopo un infarto miocardico STEMI, i pazienti che mostrano vitalità nel territorio infartuato traggono beneficio dal trattamento invasivo. Le limitazioni sono legate al fatto che i pazienti trattati e non trattati con trombolisi rappresentano due popolazioni eterogenee in termini di pervietà coronarica e vitalità miocardica.

Inoltre il tempo di trattamento invasivo sembra essere eccessivamente lungo (48-72 ore) e contrasta con i benefici di un intervento precoce documentati da altri studi. Infine la differenza dell'end-point è dovuta alla riduzione dell'incidenza di angina instabile, evento "soft" e il basso numero di pazienti randomizzati rende deboli i risultati finali.

Scompenso cardiaco

R. Willenheimer ha riportato i dati dello studio CIBIS-III. L'obiettivo di questo studio era quello di confrontare uno schema di trattamento iniziale in pazienti (età ≥ 65 anni) con scompenso cardiaco cronico (classe NYHA II e III, FEVS $\leq 35\%$) con un beta-bloccante selettivo B1, Bisoprololo (al quale veniva successivamente, dopo 6 mesi, aggiunto Enalapril) ad un regime terapeutico che iniziava con Enalapril (al quale veniva successivamente, dopo 6 mesi, aggiunto Bisoprololo) in termini di effetto sulla morte improvvisa.

I risultati a 6 mesi, quindi in corso di monoterapia, mostrano un trend non significativo, di superiorità di Bisoprololo vs Enalapril. La differenza diventa significativa a 1 anno, mentre successivamente (il follow-up è attualmente a 18 mesi) tende a ridursi. La riduzione della morte improvvisa per i pazienti trattati inizialmente con Bisoprololo era accompagnata da una riduzione non significativa di mortalità globale e da un trend non significativo di incremento di ospedalizzazioni per peggioramento dello scompenso cardiaco.

Secondo L. Tavazzi, che ha commentato lo studio, i beta bloccanti possono essere iniziati come prima terapia in pazienti selezionati con scompenso cardiaco, ma i risultati del CIBIS-III attualmente non ci consentono di raccomandare questa strategia nella pratica clinica.

Per quanto riguarda il problema scompenso cardiaco con funzione sistolica conservata (FEVS $\geq 45\%$), segni ecocardiografici di disfunzione diastolica, età ≥ 70 anni sono stati presentati i risultati dello studio **PEP-CH** (Perindopril in Elderly People with Chronic Heart Failure). È stata documentata, nel gruppo Perindopril, una riduzione non significativa dell'end-point primario (mortalità/ricovero per CHF), ma un significativo miglioramento degli end-point secondari, in particolare il miglioramento della classe funzionale e della distanza del six-minute-walk. Nel commento finale si sottolineava che, nonostante il miglioramento dello stato funzionale dimostrato, al momento sulla base dei dati presentati è prematuro raccomandare questa terapia nei pazienti con scompenso cardiaco diastolico.

Altri spunti interessanti sono emersi da altri studi che hanno esplorato nuove modalità di terapia come la modulazione immunitaria, il testosterone, la terapia marziale o con darbepoietina.

In breve, per quanto riguarda la terapia di modulazione immunitaria (**ACCLAIM**), l'end-point primario non è stato raggiunto, ma ci sono stati benefici su alcuni sottogruppi, in particolare nei pazienti con scompenso cardiaco ad eziologia non ischemica e in quelli con scompenso cardiaco lieve.

Lo scompenso cardiaco cronico è associato a disadattamento e a prolungata attivazione del sistema neuro-ormonale e delle citokine proinfiammatorie che provocano uno spostamento metabolico verso il catabolismo, il deficit vasodilatatorio e la perdita di funzione e massa muscolare. Il **testosterone** determinante della funzione anabolica e forza muscolare, possiede anche proprietà anti-infiammatorie e vasodilatatorie.

C. Malkin ha presentato i risultati di un piccolo studio su 76 pazienti maschi in classe NYHA II e III, randomizzati al trattamento con testosterone o placebo. L'end-point primario era la capacità funzionale valutata con shuttle walk test. È stato documentato un significativo miglioramento della capacità funzionale a 12 mesi nei

pazienti trattati con testosterone rispetto al placebo. Questi dati dovranno essere confermati in studi più ampi e con dosaggi variabili di farmaco.

Sono stati riportati 3 studi focalizzati sul problema carenza marziale e anemia nel paziente con scompenso cardiaco cronico. A. Grzeslo ha valutato la prevalenza e le correlazioni cliniche della **carenza marziale** in una popolazione non selezionata di 218 pazienti consecutivi con scompenso cardiaco cronico in terapia ottimale. Una carenza di ferro è stata documentata nel 46% dei pazienti ed era solo marginalmente correlata al livello di emoglobina. Inoltre è stata trovata una significativa correlazione carenza di ferro/capacità di esercizio (peak VO₂)/livelli NT-proBNP/hs-CRP.

Gli autori concludevano che la carenza di ferro è frequente nei pazienti con scompenso cardiaco cronico (indipendentemente dall'anemia) e questa può essere il riflesso di uno stato infiammatorio cronico di bassa intensità e si correla con la capacità fisica. D.O. Okonko ha invece riportato i dati relativi all'effetto della somministrazione e.v. di ferro in 35 pazienti con scompenso cardiaco cronico e carenza marziale sui sintomi e capacità fisica. I risultati hanno documentato che la somministrazione e.v. di ferro è sicura ed è associata ad un significativo incremento della capacità di esercizio e a un miglioramento dei sintomi, benefici più evidenti nel sottogruppo di pazienti anemici.

WT Abraham ha esposto i dati complessivi di 2 studi randomizzati che avevano valutato la sicurezza e l'efficacia della somministrazione di darbepoietina alfa in pazienti **anemici** con scompenso cardiaco sintomatico. La somministrazione di questo farmaco è stata efficace nell'incrementare il livello di emoglobina e sicura.



Salvador Dalí, Perseo

È stata documentata una riduzione dell'end-point composto anche se non significativa ($p=0.065$). Questi risultati, secondo gli autori, autorizzano la pianificazione di studi in fase 3 per esplorare le potenzialità di questo nuovo approccio terapeutico nei pazienti con scompenso cardiaco.

Infine uno sguardo alle **linee guida** dello scompenso cardiaco. S. Stork ha mostrato i risultati di uno studio prospettico su 1.054 pazienti con scompenso cardiaco di qualsiasi eziologia e gravità (il "mondo reale") che ha valutato l'impatto del grado di adesione alle linee guida del trattamento dello scompenso cardiaco sistolico e non sistolico sulla mortalità. L'indice di aderenza globale alle linee guida è risultato essere predittore indipendente di mortalità nello scompenso sistolico, non sistolico a qualsiasi età,

anche se il beneficio sembra essere maggiore nei pazienti di età > 71 anni.

Durante il Congresso si è ovviamente parlato di molto altro nel campo dell'aritmologia, elettrostimolazione e resincronizzazione, di cardiomiopatie, valvulopatie, ipertensione arteriosa, imaging cardiovascolare, scienza di base e cellule staminali (foto), linee guida, registri e survey, prevenzione e nursing. Per quanto riguarda questi ultimi due aspetti in particolare, sono stati presentati i risultati finali dello studio **EUROACTION** che ha mostrato l'efficacia del programma di prevenzione, basato sulle linee guida ESC, in 12 centri ospedalieri e 12 centri extraospedalieri, condotto da un team multi-disciplinare di infermieri, dietisti, fisioterapisti, medici di medicina generale e cardiologi, con una riduzione dei fattori di rischio legati alla dieta, fumo, attività fisica, obesità, pressione arteriosa, colesterolo e glicemia.

LA CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI...DELL'AFRICA

Esperienza ed emozioni di un medico specializzando in Cardiologia per tre mesi nel Nord dell'Uganda

Lasciate ogni stent voi che entrate...dimenticate per pochi minuti le angioplastiche primarie, la trombolisi, gli inibitori GP2b3a... Mentre riempio le valige alla vigilia della partenza per la mia esperienza africana sapevo che avrei dovuto lasciare in Europa la cardiologia moderna, ricca di innovazione, farmaci ed apparecchiature sofisticate e portare nel mio bagaglio soltanto la mia seppur giovane, ma molto entusiasta esperienza clinica. Volevo vivere la medicina e la vita in Africa e ho trovato un mondo nuovo di emozioni e stimoli.

La realtà dell'Uganda

Ho trascorso tre mesi all'ospedale St. Mary Lacor, nel distretto di Gulu, nord Uganda, lavorando con i colleghi locali, facendo il medico e il cardiologo, imparando

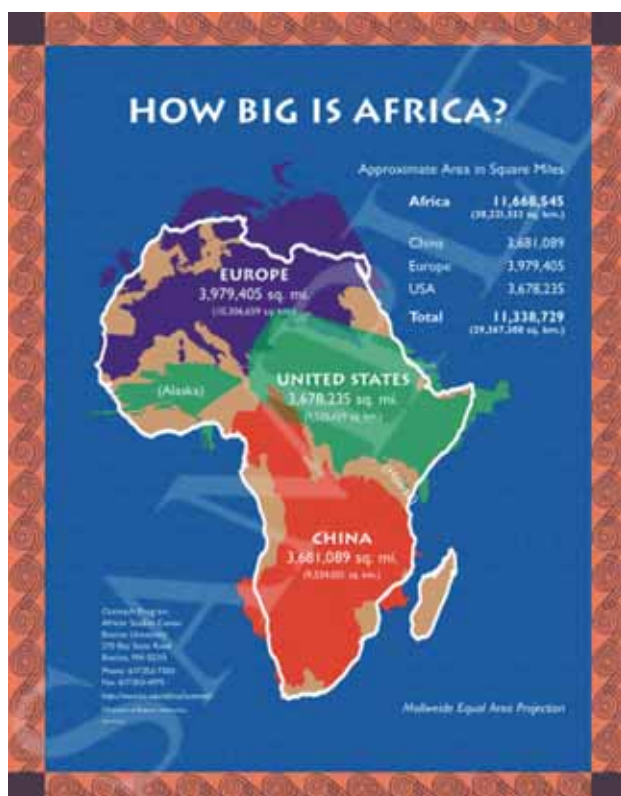
a conoscere la gente e la vita del luogo. L'Uganda, come diceva Winston Churchill, è "La perla d'Africa", per bellezza del territorio e fertilità della terra. Purtroppo, come molti altri stati africani, ha però conosciuto violenza e barbarie, legate a decine d'anni di guerriglia, rivoluzioni e cambi di potere, con grandi migrazioni della popolazione, che si è concentrata in aree urbane o in campi profughi protetti dall'esercito.

Alcuni numeri nel Nord Uganda:

- mortalità neonatale: 172/1.000 nati vivi (contro il 4,4/1.000 in Italia)
- mortalità materna: 700/100.000 nati vivi (la nostra media nazionale era 11/100.000 nel 1984)
- aspettativa di vita alla nascita: 39 anni per i maschi e 41 per le femmine (contro i 74/82 in Italia)
- tasso di nascite: 53,7/1.000
- tasso di morte 21,7/1.000
- il 75% delle famiglie vive di agricoltura di sussistenza.

L'ospedale St. Mary Lacor

Da piccolo dispensario con trenta posti letto, fondato nel 1959 dai missionari comboniani, grazie all'impegno di una vita del medico italiano Piero Corti e della moglie Lucille, chirurgo canadese (scomparsa nel 1996 a causa dell'AIDS contratto lavorando) il Lacor è oggi



un ospedale con 476 posti letto, che offre servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione, assistenza specialistica ed è un centro di formazione per personale medico e paramedico (include anche una scuola per infermiere e strutture della neonata facoltà di Medicina dell'Università di Gulu, in collaborazione con l'Università di Napoli).

Le malattie

I medici locali devono combattere ogni giorno contro la malaria, le malattie infettive in genere, la tubercolosi, malattie diarroiche, la malnutrizione, l'HIV, le patologie respiratorie acute, i traumi e le patologie del parto e neonatali. Tra le malattie infettive si trovano casi di colera, febbre gialla, febbri emorragiche virali (ricordo l'epidemia nel 2000 causata dal virus Ebola); molti pazienti portano esiti invalidanti della poliomielite, molti sono ancora i casi di tetano.

Ricordiamoci che la malaria nel mondo uccide da uno a tre milioni di persone all'anno e la maggior parte delle vittime è costituita da bambini.

Ciò che mi ha molto stupita è stata l'elevata prevalenza di malattie cardiovascolari in un contesto in cui la mortalità maggiore è determinata dalle malattie infettive.

Le cardiopatie più frequentemente riscontrate sono la cardiopatia dilatativa ed ipertensiva; molto frequente risulta ancora essere la malattia reumatica, quasi scomparsa alle nostre latitudini ma che qui colpisce per lo più pazienti in età giovanile, così come le complicanze infettive (versamenti pericardici e pericarditi costrittive da TB, endocardite infettiva) così come le cardiopatie congenite; fra cui difetti congeniti del setto interventricolare ed interatriale, persistenza del dotto di Botallo, valvulopatie congenite, cardiopatie complesse fra cui la Tetralogia di Fallot (vedi tabella).

Il Lacor Hospital dispone di due apparecchi elettrocardiografici e



di un ecografo usato per ecografia generale, fra cui quella cardiaca; l'apparecchio è di vecchia generazione e dispone soltanto di una sonda addominale ed una vascolare e non dispone di software per la valutazione Doppler, indispensabile per confermare la presenza e la severità delle frequenti cardiopatie congenite e valvolari.

Queste limitazioni impediscono spesso di completare la diagnosi dei pazienti, rendendo necessario il loro trasferimento all'ospedale della capitale, trasporto che richiede un costo elevato e tempo prezioso per il paziente.

Purtroppo, per i pazienti che necessitano di interventi di cardiocirurgia complessa il centro più vicino si trova a Nairobi (Kenya). Per la maggior parte dei pazienti la spesa necessaria per il viaggio e l'intervento è inaffrontabile e non esiste un sistema sanitario nazionale in grado di far fronte a tali costi.

È stato stimato che il costo di un intervento di cardiocirurgia



maggiore all'ospedale di Nairobi, comprendente oltre all'intervento in sé anche il costo del viaggio e della permanenza in ospedale si aggira in media sui 3.500 €, più o meno il costo di uno stent medicato!!!

Per alcuni interventi meno complessi, come la correzione della pervietà del dotto arterioso tale costo complessivo si aggira sui 500 € (meno di uno stent normale!!!).

200 pazienti con malattia cardiovascolare valutati clinicamente ed ecocardiograficamente in un periodo di osservazione di 3 mesi (giugno-agosto 2006) al Lacor Hospital, Gulu, Uganda

Range di età: da 4 giorni a 85 anni

50 miocardiopatia dilatativa

55 cardiopatia ipertensiva

20 cardiopatia reumatica

21 cardiopatia congenita

9 DIV, 2 Tetralogia di Fallot, 1 pervietà dotto Botallo,

1 anomalia di Ebstein, 2 DIA, 1 canale AV (Down), difetti combinati

54 altro: 10 cardiopatia dilatativa in anemia falciforme,

6 fibrosi endomiocardica,

6 cardiopatia ischemica (1 infarto miocardico subacuto,

2 angina instabile, 3 cardiopatia ischemica cronica),

4 TVP, ipertensione polmonare, versamento pericardico pericardite costrittiva, cardiomiopatia ipertrofica, endocardite infettiva.

Alcune riflessioni...

Migliorare la qualità della salute nei paesi in via di sviluppo è una sfida complessa. In molti paesi, sono necessari investimenti notevoli per le infrastrutture sanitarie, ospedali, cliniche, reti di distribuzione, non solo per le vaccinazioni, ma per erogare quotidianamente servizi sanitari. Se pensiamo al costo delle sofisticate cure da noi impiegate nella quotidianità della nostra professione, ci rendiamo conto del divario esistente.

Circa il 90% delle patologie mondiali è concentrato nei Paesi in via di sviluppo, anche ad essi viene destinato



soltanto il 3% della spesa dalla farmaceutica, mentre il resto finisce nel trattamento delle malattie dei più ricchi.

Basti pensare che con gli stessi soldi che utilizziamo complessivamente per un ricovero per angioplastica con stent (circa 7.500 €) potremmo vaccinare circa 370 bambini contro il meningococco, o che il costo complessivo di un ricovero per angioplastica con stent medicato (oltre 9.000 €) potrebbe bastare a permettere a 2 o 3 bambini con cardiopatia congenita di affrontare il viaggio e le spese dell'intervento che può dar loro la speranza di crescere e diventare adulti.

Cosa poter fare?

Mentre mi trovavo al Lacor Hospital e ancor più oggi, al mio rientro nella nostra medicina, mi chiedo come mai le due realtà siano così impari e se esista un modo per ridurre il divario fra di esse.

Il Lacor Hospital ha bisogno di un ecocardiografo, di pompe di infusione, di un apparecchio per l'emogas analisi, di un programma per poter finanziare alcuni interventi chirurgici ai pazienti che lo necessitano e permettere, nel futuro, di incrementare l'attività cardiocirurgica locale.

Dopotutto l'oceano è fatto di gocce...

Contatti:

e-mail: rosapecoraro@libero.it

Sito del Lacor Hospital: www.lhospital.org

IL CUORE OGGI E DOMANI: UN ALTRO SUCCESSO

Paestum è stata la bellissima cornice della IX edizione del Congresso “Il cuore oggi e domani” – organizzato dal Dott. Giovanni Gregorio – che costituisce ormai un importante appuntamento per i Cardiologi della Campania e delle regioni limitrofe. Ogni anno infatti il Congresso fa registrare un grande numero di partecipanti: quest’anno gli iscritti tra medici ed infermieri erano più di 2.000.

Il congresso è tradizionalmente strutturato in modo da fornire lo stato dell’arte degli argomenti trattati e di delinearne il futuro, attraverso relazioni incentrate sulla ricerca in corso nell’ambito delle cardiopatie.

Nell’edizione 2006 “Il cuore oggi e domani” ha affrontato 54 temi svolti in 27 sessioni, che si sono tenute in contemporanea in due delle grandi sale del centro congressi.

Tra i temi trattati, che vanno dall’ipertensione arteriosa alle sindromi coronariche acute, allo scompenso cardiaco, alle aritmie, alle malattie vascolari, ci piace citarne alcuni che ci sono sembrati particolarmente interessanti e che sono spesso trascurati nei congressi di cardiologia. Mi riferisco in particolare alle sessioni su: formazione del cardiologo, che ha affrontato il tema fondamentale dell’integrazione tra università ed ospedale; l’organizzazione sanitaria che costituisce un indice importante di qualità, spesso inopportuna trascurata nella conduzione dei nostri reparti; alcuni temi clinici tra i quali l’amiloidosi cardiaca,

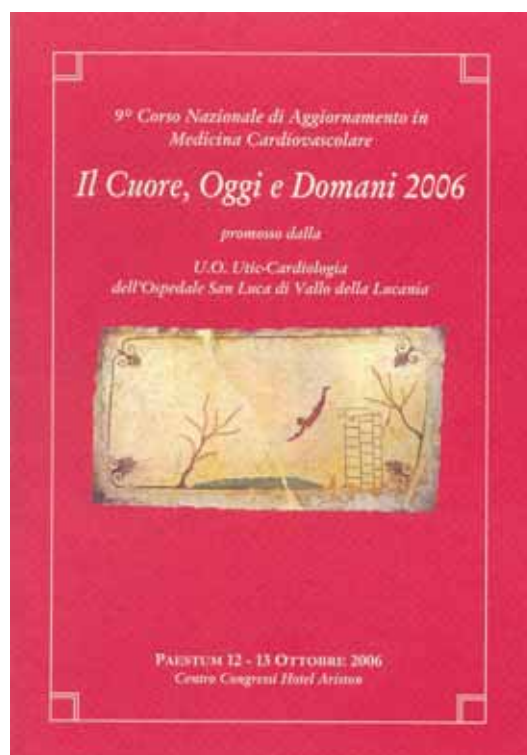


malattia non frequente e poco conosciuta, nonostante le implicazioni cliniche e prognostiche che la caratterizzano.

Il successo di un Congresso, soprattutto quando si perpetua negli anni, dipende da tante componenti. In primo luogo la qualità e l’attualità degli argomenti proposti, che devono saper rispondere alle attese della comunità scientifica che si vuole coinvolgere; in secondo luogo la qualità dei relatori, che devono essere capaci di dare certezze ed aprire spazi di riflessione sui punti controversi e sulle prospettive di conoscenza. Questi requisiti sono stati uno dei motivi del successo di questo evento, che ha confermato, se ce ne fosse bisogno, le capacità organizzative e la stima che il Dott. Gregorio gode nella sua area. Egli è infatti un punto di riferimento per i Cardiologi, gli internisti ed i medici di Medicina Generale

della Campania, che nelle occasioni importanti sanno testimoniargli la gratitudine per l’impegno che profonde a favore della crescita della Cardiologia.

Il successo di un Congresso dipende però anche da quello che sa offrire a contorno della parte scientifica e anche in questo “Il cuore oggi e domani” non ha deluso le attese dei partecipanti. La qualità degli alberghi, la ricercatezza degli spazi conviviali, la perfetta efficienza dell’organizzazione hanno contribuito alla riuscita dell’evento. Auguriamo perciò al Dott. Gregorio un sempre maggior successo nei prossimi anni, e speriamo di poter essere ancora suoi ospiti.



IL RUOLO DELLA FONDAZIONE ITALIANA PER LA LOTTA ALLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI NELL'OFFERTA DI COMUNICAZIONE SULLA SALUTE

I risultati di una recente indagine realizzata dal Censis per conto del Forum della Ricerca Biomedica (su un campione rappresentativo di 1.000 italiani) evidenziano che si fa sempre più forte la domanda di informazione sulla salute e che, dal punto di vista dell'offerta, cresce il ruolo dei media (in particolare dei nuovi).

I numeri sono molto chiari:

- Il 59,3% degli italiani è sempre attento all'argomento salute indipendentemente dal canale informativo.
- Il 74,9% reputa il proprio livello di informazione abbastanza/molto elevato.
- Il 53,4% considera l'acquisizione di un numero sempre più elevato di informazioni dedicate un elemento fondamentale "per decidere autonomamente della propria salute".
- Il 46,4% reputa indispensabile il ruolo del medico nell'interpretazione delle informazioni acquisite.

Come "riferimento fondamentale" degli italiani in campo salute, i Medici di Medicina Generale perdono, però, 6 punti passando dal 71,6% del 2003 al 65,8% del 2006.

Volendo valutare le fonti informative preferenziali, la televisione vede crescere il suo ruolo dal 22,8% del 2003 al 43,2% del 2006. Cresce anche il ricorso ad internet che, come fonte

assoluta di informazioni, guadagna, in soli tre anni, quasi 10 punti passando dal 2,8% del 2003 al 13,1% del 2006.

Tale valore sale ancora fino al 25% se si considera la quota di italiani che utilizza internet in campo salute come fonte "non primaria" di informazioni.

Prosegue, pertanto, lo sviluppo di internet come risorsa di informazione, formazione ed aggiornamento in un'ottica di integrazione ed affiancamento delle fonti "più tradizionali".

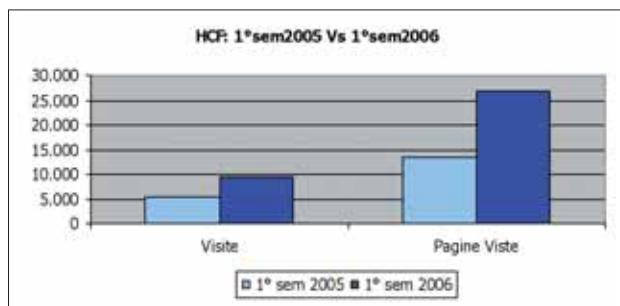
La medicina on-line "funziona da supplemento": le informazioni proposte dai diversi siti non sono da considerarsi un consulto medico e, in nessun caso, possono sostituirlo. D'altra parte, in un'ottica di distribuzione dei contenuti, Internet è uno strumento senza precedenti ed è sicuramente arduo, per ogni "cyber-paziente", essere sempre certo della veridicità e credibilità delle informazioni medico-scientifiche disponibili in rete. È in tale direzione che nasce il progetto di comunicazione on-line della Fondazione Italiana per la Lotta alle

Malattie Cardiovascolari - Heart Care Foundation ONLUS.

Rivolgendosi a tutti – dai più piccoli agli adulti, dai soggetti che non hanno mai avuto problemi cardiovascolari a chi ha già subito, ad esempio, un infarto miocardico, al 98% degli italiani che hanno almeno 1 fattore di rischio cardiovascolare (Dato Eurisko su campione di 10.000 persone) – il progetto ha l'obiettivo primario di ridurre l'impatto sociale delle malattie cardiovascolari, attraverso la diffusione della cultura della prevenzione e della promozione della salute mediante programmi integrati e coordinati per dare maggiore incisività alle azioni educazionali e di sensibilizzazione.

Internet significa interattività ed informazione ed è per questo che la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - Heart Care





Foundation ONLUS, oltre al proprio sito istituzionale www.heartcarefound.org, si apre al mondo Internet e pensa direttamente al pubblico con www.tuttocuore.it.

Il Progetto Tuttocuore si pone, nella sua globalità, come:

- Un modo moderno, immediato e completo per capire cosa sono le malattie cardiovascolari, come si manifestano e cosa provocano. Ma soprattutto, come riconoscerle, evitarle e curarle al meglio.
- La risposta ai dubbi di sempre e la soluzione ai problemi cardiovascolari al fianco del medico e del cittadino.
- Il modo più semplice e rapido per conoscere in tempo reale tutte le iniziative di Heart Care Foundation in Italia.

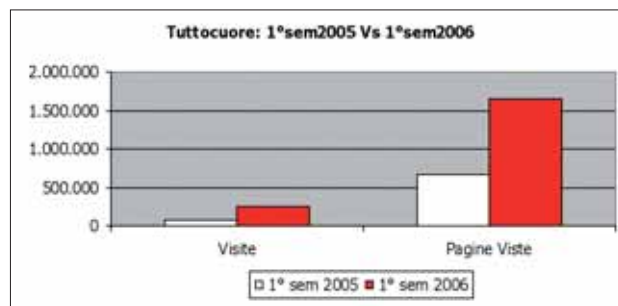
In relazione a quest'ultimo punto, sicuramente un focus va fatto sulla manifestazione "Cardiologie Aperte" che ha avuto, sin dalla sua prima edizione (il 24 settembre 2006 si è tenuto il terzo appuntamento), uno spazio dedicato (mini-sito evento) nell'ambito del portale istituzionale dando, fra le altre cose, la possibilità ad ogni cittadino di visualizzare l'ospedale aderente più vicino a sé.

Il successo di utilizzo di queste pagine web emerge sicuramente da un confronto dei dati d'accesso di settembre 2005 e settembre 2006 sia a www.heartcarefound.org che a www.tuttocuore.it.

Nello specifico, a livello del primo, si è passati da 1.632 a 3.681 visite con una permanenza media di 6 minuti, da 971 a 2.642 visitatori unici e da 6.266 a 23.896 pagine viste.

In relazione al secondo, sempre nel raffronto dei due mesi si confermano differenziali di crescita dei parametri sicuramente positivi: da 29.203 a 35.655 visite con una media di permanenza di 4 minuti e da 17.707 a 26.413 visitatori unici.

Tanti gli sforzi fatti nel corso di questi anni, molti i risultati ottenuti avvalorati dai "grandi numeri" collezionati con differenziali di crescita sempre estremamente positivi.



Risultati sostenuti soprattutto dal costante impegno profuso dalla Fondazione nell'ambito delle attività di carattere educativo.

La produzione e distribuzione di una collana di opuscoli informativi ("Mangiare Sano", "Muoviamoci di più", "Parliamo di Fumo", "La fibrillazione atriale", "Mantieni giovane il tuo cuore", "Scompenso cardiaco - istruzioni per l'uso", "Contrattacco cardiaco") consultabili sia in formato cartaceo che direttamente dal sito così come il counselling on-line mediante "L'Esperto risponde", ne sono esempi significativi.

Il bisogno di informazione è tanto: dalla data di on-line del servizio sono oltre ottomila le domande alle quali il board scientifico ha risposto, entro 72 ore. Di queste 3.700 postate dagli utenti nei primi nove mesi dell'anno in corso. Anche in questo caso le cifre sono cresciute di mese in mese e di anno in anno potendo



il pubblico far leva sulla puntualità del servizio (ce ne sono solo pochi altri esempi in rete) e sulla certificazione dei contenuti erogati.

Nella stessa direzione va anche la creazione della versione elettronico-interattiva del test "Gratta e scopri il tuo rischio cardiovascolare": Heart Care Foundation ONLUS ha contribuito allo sviluppo, nell'ambito del Progetto Tuttocuore, di un nuovo test di auto-valutazione (derivato da una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità) "fatto su misura" per le caratteristiche della popolazione italiana e fruibile da tutti liberamente nell'ambito dei propri siti web per conoscere, in poche semplici mosse, il proprio profilo di rischio.

Fonti:

- Censis - "La nuova domanda di comunicazione" (03 ottobre 2006)
- Nielsen//NetRatings - "Lo scenario del mercato pubblicitario, Internet e il settore farmaceutico" (31 marzo 2006)



III EDIZIONE "CARDIOLOGIE APERTE" - MANTIENI GIOVANE IL TUO CUORE DOMENICA 24 SETTEMBRE 2006

Quest'anno "Cardiologie Aperte" ha sviluppato il tema di come mantenere giovane il cuore, proposto dalla WHF per la giornata mondiale del cuore. Inoltre per andare incontro alle richieste della Federazione Italiana di Cardiologia ed in accordo con ANMCO, questa terza giornata si è svolta, sotto l'egida della FIC, nella giornata mondiale che quest'anno cadeva il 24 settembre.

Prima di andare avanti con i risultati di questa edizione è doveroso per me, anche a nome di tutto il Consiglio d'Amministrazione, di Heart Care Foundation, ringraziare in particolare tutti i colleghi Cardiologi e gli Infermieri Professionali che hanno accolto la proposta ed hanno aderito alla manifestazione, rafforzando ed accrescendo, in tal modo, la conoscenza dell'iniziativa sul territorio.

Il format della manifestazione ha mantenuto lo schema delle passate edizioni con alcuni correttivi che si è ritenuto potessero sostenere la visibilità sui media della manifestazione stessa.

Il giudizio delle Cardiologie partecipanti:

Nonostante questo anno la Giornata si sia svolta a Settembre, in anticipo di un mese, rispetto agli anni precedenti, 234 Cardiologie hanno aderito alla iniziativa. Dai confronti con le passate edizioni si evince che circa il

40% delle Cardiologie ha aderito a tutte e tre le edizioni e il 38% alle ultime due edizioni (Figura 1).

Dall'analisi delle 203 (87%) schede di valutazione dell'evento sinora pervenute, il tema della manifestazione è stato accolto positivamente dalla totalità delle cardiologie e i materiali distribuiti sono stati generalmente molto apprezzati tanto è che continuano ad arrivare ad HCF richieste da parte di privati, enti e ospedali (in un mese sono stati inviati ulteriori 11.500 opuscoli).

Dal punto di vista della partecipazione, rispetto al 2005, si rileva un aumento di circa il 10% della presenza dei cittadini con una media di 111 cittadini per centro.

È sempre molto buona la partecipazione attiva dei Cardiologi ed Infermieri Professionali (vedi trafiletto), mentre il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale non è stato significativo nella maggioranza delle realtà (Figura 2).

**Nella giornata sono stati coinvolti
oltre 700 cardiologi e oltre 800 infermieri***

*dati tratti da 203 schede

Per quanto riguarda i programmi svolti, va innanzitutto rilevato che un numero elevato di Cardiologie (64%) ha inoltrato il programma personalizzato dell'evento ad HCF che lo ha reso disponibile ai cittadini attraverso il sito www.tuttocuore.it.

Dai programmi ricevuti si rileva che in tutti i centri sono stati effettuati colloqui con Medici ed Infermieri e sono stati distribuiti i materiali informativi appositamente predisposti, oltre l'80% ha previsto la valutazione dei fattori di rischio ai fini del calcolo del



Fig. 1



Fig. 2

Rischio Cardiovascolare Globale, in oltre il 30% è stato eseguito un ECG e nel 15% delle strutture sono state effettuate delle visite cardiologiche. Il 50% dei Centri ha organizzato delle visite guidate nella struttura e negli ambulatori. Alcune Cardiologie hanno promosso iniziative locali di particolare richiamo per la popolazione (Figura 3).

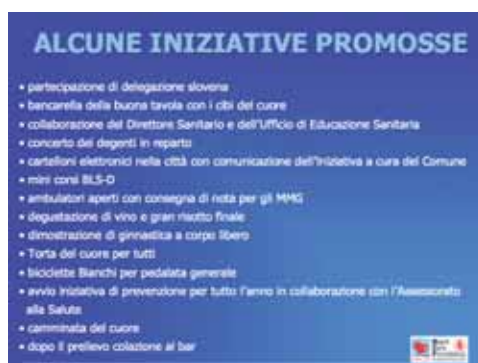


Fig. 3

Tre su 203 Centri dichiarano che non ripeteranno l'iniziativa, mentre 197 strutture sono intenzionate a ripeterla e le motivazioni in larga maggioranza vedono il gradimento dei cittadini, il miglioramento delle collaborazioni con gli enti e strutture locali, l'utilità per l'incentivazione della cultura della prevenzione. I temi suggeriti per la prossima edizione riguardano sempre la prevenzione cardiovascolare (anche nei giovani), la conoscenza del rischio cardiovascolare globale e dei fattori di rischio, l'attività fisica, l'attacco cardiaco, lo scompenso cardiaco e le malattie cardiache nella donna.

Una dato significativo è stata la maggiore promozione locale della iniziativa: 17 Centri hanno realizzato un incontro pubblico di promozione; 140 Cardiologie hanno annunciato la manifestazione attraverso Radio o Tv locali; 55 Centri lo hanno fatto attraverso i MMG e le Farmacie. Molti hanno sollecitato articoli su giornali locali attivando conoscenze personali e inoltre sono stati coinvolti Centri Anziani, Associazioni di volontariato, scuole e negozi oltre alle Asl; in alcuni casi è stato coinvolto il Comune (Figura 4).

Non sono mancate, tuttavia segnalazioni di difficoltà e carenze tra cui lo scarso e difficile coinvolgimento dei MMG, uno scollamento tra ciò che veniva pubblicizzato in termini di possibilità di eseguire esami e la reale offerta della struttura, l'inaspettata affluenza di persone e la difficoltà nel pubblicizzare al meglio l'iniziativa.

Il gradimento da parte dei cittadini

I dati di valutazione dell'evento da parte dei cittadini sono stati derivati dall'analisi delle 3.351 schede relative pervenute da 57 (24%) Cardiologie:



Fig. 4

Quasi la totalità dei cittadini si è ritenuto soddisfatto (90%), con un 88% che ha ritenuto semplice e chiaro il messaggio fornito e il 94% che consiglierebbe la partecipazione ad un parente o amico. Oltre il 50% ha apprezzato in particolare la possibilità di un colloquio diretto talvolta personalizzato e con esami finalizzati al calcolo del Rischio Cardiovascolare Globale. L'opuscolo che oltre il 50% dei cittadini ha preferito è stato quello dedicato al tema della giornata. Gli ulteriori motivi di apprezzamento si dividono tra:

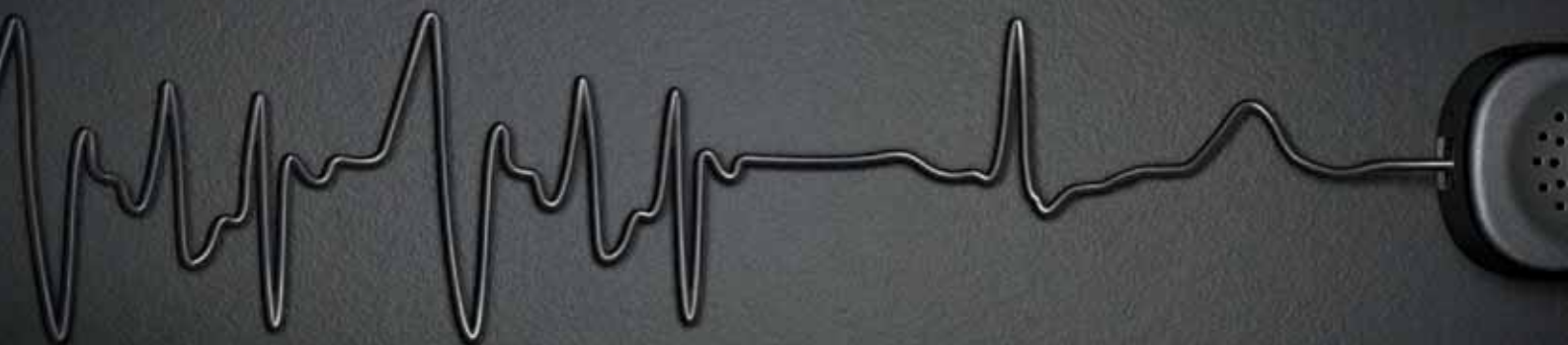
- le visite dei laboratori con la spiegazione da parte di personale specializzato sulle modalità di esecuzione degli esami;
- l'approfondimento dei temi attraverso materiale audiovisivo dedicato con possibilità di dibattito;
- l'approfondimento su temi specifici sia di prevenzione (alimentazione e attività fisica) seguiti da temi su scompenso e fibrillazione atriale.

Pur avendo in larga maggioranza dato risposte multiple, in ogni caso la stampa è stato il veicolo che ha informato della iniziativa la maggioranza dei partecipanti, seguono i conoscenti, la TV e le locandine affisse.

Ho lasciato appositamente alla fine di questo resoconto, il giudizio espresso dai Centri partecipanti sul sostegno da parte della segreteria HCF alla manifestazione: su un totale di 203 (87%) schede pervenute sono stati espressi solo 2 giudizi di Insufficienza, 111 Buono e il resto Ottimo.

È questo il miglior riconoscimento e ringraziamento alla professionalità con cui viene svolta da parte della Segreteria HCF, l'enorme quantità di lavoro necessaria per l'organizzazione di un evento di rilevanza nazionale come Cardiologie Aperte.

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

IL PIANO DELLA RICERCA ANMCO PER IL PROSSIMO BIENNIO



Nella tradizione della Ricerca ANMCO-HCF, anche per il biennio 2007-2008 le attività di ricerca della Fondazione, condotte operativamente dal Centro Studi ANMCO, saranno indirizzate a sviluppare progetti che utilizzino metodologie diverse e si svolgano nell'ambito delle più frequenti patologie cardiovascolari.

Più specificamente le attività di ricerca avranno le seguenti caratteristiche:

- Epidemiologia clinica;
- Studi clinici controllati;
- Outcome research.

Le condizioni cliniche nelle quali saranno condotti studi specifici saranno:

- Cardiopatia ischemica acuta;
- Prevenzione cardiovascolare;
- Aritmie;
- Scompenso cardiaco acuto e cronico.

Questo documento, è stato approvato dal Consiglio Direttivo ANMCO, e dal Consiglio di Amministrazione di Heart Care Foundation.

Prevenzione cardiovascolare

Sarà implementato, come progetto pilota, il registro INCP che coinvolgerà circa 20 centri cardiologici italiani, condotto al fine di descrivere le caratteristiche clinico-epidemiologiche e le strategie di prevenzione primaria e secondaria messe in atto da strutture cardiologiche italiane. Nel corso del biennio sarà valutata la fattibilità di un allargamento dell'uso dello strumento di raccolta dati a un numero più congruo e rappresentativo di centri cardiologici italiani.

Per quanto riguarda la ipertensione arteriosa nel corso del 2007-2008 verrà completata la fase di randomizzazione dello studio clinico CARDIO-SIS e sarà comple-

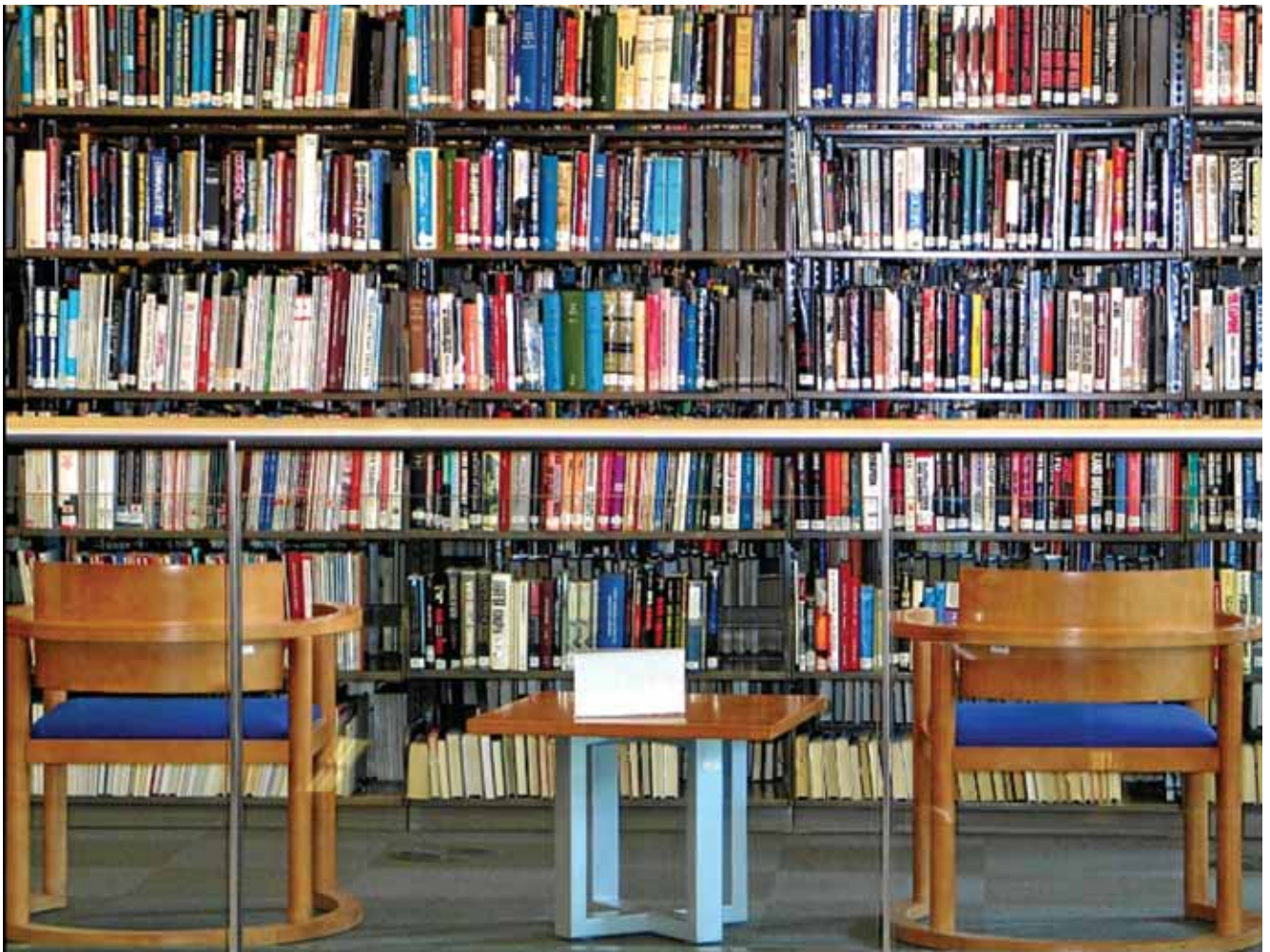
tata gran parte della fase di follow-up.

La ricerca ANMCO in ambito di prevenzione cercherà di focalizzare, nel prossimo biennio, l'attenzione sugli aspetti di sempre maggiore peso epidemiologico, quali il diabete, l'obesità, la sindrome metabolica. In questo ambito, sempre nel biennio 2007-2008, si completerà lo studio DYDA, svolto in collaborazione con l'AMD (Associazione Medici Diabetologi), con lo scopo di valutare la prevalenza e l'impatto prognostico della disfunzione ventricolare nei pazienti con diabete mellito senza segni/sintomi o storia clinica di malattia cardiovascolare pregressa.

Per iniziare a sensibilizzare la comunità cardiologica italiana sulla rilevanza epidemiologica di sovrappeso e obesità saranno pianificate e condotte analisi dei database esistenti nell'ambito delle sindromi coronariche acute, dello scompenso cardiaco, della fibrillazione atriale e della ipertensione arteriosa. Scopo di queste analisi sarà quello di valutare prevalenza, significato prognostico e modalità di trattamento di sovrappeso e obesità nell'ambito di situazioni patologiche cardiovascolari a rischio diverso di eventi clinici.

Con il finanziamento dell'AIFA (*Fondo per la Ricerca Indipendente del 2005*) e in collaborazione con il Consorzio Mario Negri Sud, la SIMG e la SIC, verrà condot-





ta la parte osservazionale cardiologica del progetto RIA-CE, pianificato per valutare le caratteristiche e l'impatto della strategia di prevenzione primaria e secondaria nel nostro paese.

Scopenso cardiaco

In questo ambito viene ribadita la necessità di continuare lungo le linee di ricerca osservazionale epidemiologica e di studi clinici controllati che sono ormai una tradizione dei progetti di ricerca ANMCO.

Facendo seguito alla esperienza ultra-decennale del registro permanente relativo ai pazienti con scopenso cardiaco cronico e a quella più recente delle survey sullo scopenso acuto, è stata pianificata la trasformazione del registro IN-CHF da raccolta dati nei soli pazienti con scopenso cardiaco cronico alla possibilità di raccogliere informazioni anche nei soggetti ricoverati per scom-

penso acuto. Il nuovo registro sarà denominato IN-HF (Italian Network on Heart Failure) e consentirà di descrivere, nella sua completezza, il percorso clinico dei pazienti con scopenso cardiaco.

Nel corso del biennio 2007-2008 si cercherà:

- di definire le fonti di finanziamento,
- di modificare l'applicativo per la raccolta dati già esistente su web,
- di iniziare a raccogliere le prime informazioni epidemiologiche integrate acuto-cronico.

È stata richiesta da alcuni paesi europei e latino-americani la possibilità di estendere il registro italiano sullo scopenso anche ad altre realtà nazionali. Nel corso del prossimo biennio verranno valutati la fattibilità, i costi, e la necessità di risorse umane per estendere l'esperienza italiana ad altre realtà socio-sanitarie.

Per quanto riguarda gli studi clinici controllati nel 2007

saranno presentati i risultati dello studio AREA IN-CHF.

Lo studio GISSI-HF, il più grande studio mai condotto nell'ambito dello scompenso cardiaco cronico in un solo paese, concluderà il periodo di follow-up nel 2007, nel corso del 2008 saranno presentati i risultati finali.

Cardiopatía ischemica acuta

Le modificazioni delle strategie di trattamento, la necessità di implementare sistemi organizzativi strutturati fra cardiologie con diverso livello di complessità assistenziale, hanno portato alla convinzione che una delle linee strategiche di ricerca della nostra Associazione, fosse quella di raccogliere dati osservazionali clinico/epidemiologici e di uso di risorse nei pazienti con sindromi coronariche acute, in un campione rappresentativo di strutture cardiologiche italiane.

La conoscenza dell'outcome di questi pazienti, valutata tenendo conto delle possibili variabili di confondimento, è stato definito come un altro obiettivo primario di questo filone di ricerca, peraltro condiviso dall'Istituto Superiore di Sanità.

Viene confermato per il prossimo biennio il perseguimento di questi obiettivi. Lungo questa linea, continuerà la gestione e raccolta dati del registro IN-ACS

Outcome. Nel corso del biennio 2007-2008, sarà effettuata una valutazione approfondita della efficienza di questo registro, sia in termini di facilità d'uso, che di partecipazione attiva dei centri, che di qualità/rappresentatività dei dati raccolti, che dei costi rapportati al prodotto scientifico derivato. I risultati di queste valutazioni serviranno per pianificare le modalità con le quali la nostra Associazione intende proseguire nella raccolta di informazioni epidemiologiche gestionali nei pazienti con sindromi coronariche acute.

Per quanto riguarda gli studi clinici controllati, l'obiettivo del biennio è di iniziare e concludere la fase di arruolamento dello studio SWEET-ACS, che testerà diverse strategie assistenziali nei pazienti con iperglicemia in corso di sindrome coronarica acuta. Il follow-up dello studio si concluderà nel biennio successivo. La focalizzazione della ricerca su questi pazienti, a rischio molto elevato di eventi cardiovascolari, era già stata proposta come obiettivo di assoluta priorità nel biennio precedente.

Aritmie

Oltre all'approfondimento del ruolo delle aritmie nelle patologie cardiovascolari di maggiore rilievo, quali le sindromi coronariche acute e lo scompenso cardiaco (oggetto di specifici approfondimenti nelle attività di ricerca in quegli ambiti clinici), è stato considerato di prioritaria importanza l'approfondimento delle conoscenze relativamente alla fibrillazione atriale, l'aritmia sostenuta più frequente e di maggiore peso socio-sanitario.

In questo ambito si concluderà la fase di follow-up, seguita dalla presentazione dei risultati, dello Studio GISSI-AF, che sta valutando il ruolo del blocco del sistema renina-angiotensina nella prevenzione delle recidive di fibrillazione atriale. La fase di follow-up è prevista concludersi all'inizio del 2008 e la presentazione dei risultati nel corso dello stesso anno.

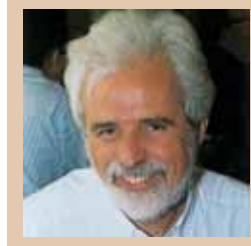
Considerata la rilevanza clinica di questa aritmia, nel corso del biennio 2007-2008 è prevista la pianificazione di una survey volta ad aggiornare le conoscenze circa l'epidemiologia clinica e le modalità di trattamento della Fibrillazione Atriale.

TIPO DI STUDIO	
Scompenso cardiaco	
IN-HF	Osservazionale di outcome Registro permanente
AREA In-CHF	RCT
GISSI-HF	RCT
Cardiopatía ischemica acuta	
IN-ACS Outcome	Osservazionale di outcome
SWEET-ACS	RCT
Aritmie	
GISSI-AF	RCT
Survey sulla fibrillazione atriale	Osservazionale
Prevenzione cardiovascolare	
IN-CP	Osservazionale di outcome
DYDA	Osservazionale
RIACE	Osservazionale
Obesità, sindrome metabolica	Analisi di database esistenti

OBIETTIVO: TUTTA LA VERITÀ SULLE CARDIOPATIE ISCHEMICHE ACUTE

Parte uno studio ad hoc per valutare l'epidemiologia clinica e gli esiti dei pazienti con sindromi coronariche acute ricoverati in ospedale

Articolo pubblicato in: *Tempo Medico Cuore*, n. 2 Aprile 2006



Nonostante i sostanziali progressi compiuti negli ultimi due decenni nel trattamento e nella gestione dei pazienti con sindromi coronariche acute (SCA), queste rappresentano ancora una delle principali cause di morte in Italia e nei paesi occidentali in genere. La dimostrazione di efficacia delle procedure di cardiologia interventistica (sia nei pazienti con infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto S-T, sia nei pazienti con sindromi coronariche senza sopralivellamento con indicatori di alto rischio) accompagnata alla disponibilità di nuovi farmaci, ha fatto esplodere i costi legati all'uso di tali procedure e, di conseguenza, ha reso sempre più importante avere a disposizione stime reali della loro utilizzazione, con l'obiettivo finale di far coincidere il più possibile il gruppo di pazienti che ne usufruisce con quello che potrebbe ricavarne il beneficio maggiore.

Numerosi studi, anche italiani (vedi Blitz-2 su *Tempo Medico Cuore* 2005; 2: 28-29), hanno dimostrato che i pazienti ricoverati in ospedali a diverso livello tecnologico sono curati in base a schemi di trattamento differenti, che dipendono soprattutto dal tipo di struttura. L'indicazione a eseguire le procedure di rivascolarizzazione dipende quindi più dalle caratteristiche dell'ospedale che dalle caratteristiche cliniche dei pazienti. Dati preliminari del Blitz-2 mostrano tuttavia che se si analizzano i risultati tenendo conto delle caratteristiche di base dei pazienti, la prognosi a breve termine non differisce granché, indipendentemente dal fatto che nella struttura cardiologica sia presente o meno l'emodinamica. Ai

fini di una corretta gestione della sanità regionale e nazionale è fondamentale quindi conoscere l'epidemiologia clinica e l'esito delle SCA.

Le linee guida non bastano...

La Società Europea di Cardiologia e l'American Heart Association, in collaborazione con l'American College of Cardiology, hanno recentemente pubblicato linee guida che riassumono le principali raccomandazioni circa il trattamento appropriato delle SCA, basate sui risultati dei numerosi studi clinici controllati condotti negli ultimi anni. Non può essere però trascurato il fatto che gli studi randomizzati indipendenti sono sempre più rari, specialmente nel campo delle sindromi coronariche acute, mentre quelli condotti dall'industria farmaceutica rappresentano la grande maggioranza dei trial che hanno fornito i dati per la costruzione delle linee guida. In aggiunta, numerosi studi osservazionali o di esito hanno fornito risultati in apparente controtendenza rispetto a quanto riportato dai trial clinici randomizzati che sono alla base delle raccomandazioni. Infine, limitazioni statistiche o metodologiche talora mettono in discussione l'interpretazione di questi studi.

Ecco perché diventa interessante raccogliere i dati relativi alla realtà italiana in uno specifico registro, utilizzabile in ogni tipo di struttura ospedaliera che ricoveri pazienti con SCA: la definizione delle caratteristiche cliniche dei pazienti può consentire di stabilire il grado di applicabilità, in popolazioni del mondo reale, delle raccomandazioni contenute nelle linee guida che si basano, per definizione, su risultati di trial condotti in popolazioni sele-



Jorge Luis Borges, foto Ferdinando Scianna

STRUTTURA DELLA RETE ITALIANA SULLE SINDROMI CORONARICHE ACUTE

DISEGNO E SETTING

Si tratta di uno studio osservazionale che prevede la raccolta di dati clinici di base, durante un periodo di follow up della durata di un anno, utilizzando un sistema web based.

Non è prevista alcuna sperimentazione di farmaci né l'esecuzione di esami diagnostici o terapie non farmacologiche che non siano quelle che ogni singolo cardiologo partecipante decida di eseguire seguendo le regole della normale pratica clinica. Le procedure diagnostiche e le terapie farmacologiche e non farmacologiche abitualmente prescritte verranno unicamente registrate nel database.

I dati personali dei pazienti, o che ne permettano in qualche modo l'identificazione, verranno registrati nel database centrale in forma criptata. Tali informazioni non saranno dunque accessibili in alcun modo dal Centro di coordinamento dello studio, ma potranno essere consultate o modificate solo dal centro che gestisce il paziente.

POPOLAZIONE

La popolazione dello studio sarà costituita da tutti i pazienti consecutivi ammessi nei reparti di Cardiologia e di Medicina partecipanti allo studio con una diagnosi di SCA. L'arruolamento avrà la durata di un anno.

Criteri di inclusione

Saranno inclusi nello studio tutti i pazienti, senza limiti di età, ricoverati con diagnosi di SCA in uno dei centri partecipanti, entro 48 ore dall'ultimo episodio sintomatico. Si identifica quale criterio necessario di ischemia miocardica acuta un quadro clinico compatibile, a giudizio degli osservatori, con la sindrome, associato a:

- alterazioni ischemiche acute dell'ecg e/o
- rilascio significativo dei marcatori di necrosi miocardica e/o
- pregressa rivascolarizzazione miocardica (PTCA o BAC) o pregressa documentazione di malattia coronarica con almeno una stenosi >50% di un ramo principale e/o
- pregresso infarto miocardico documentato.

Saranno ammessi anche i pazienti che sviluppano una sindrome coronarica acuta nel corso di procedure di rivascolarizzazione coronarica elettiva (PCI o CABG).

Criteri di esclusione

Saranno esclusi dallo studio i pazienti che:

- siano già stati arruolati da altro Centro;
- rifiutino di dare il consenso informato allo studio;
- sviluppino una SCA verosimilmente determinata da cause confondenti (incidente stradale, trauma, intervento chirurgico extracardiaco eccetera).

DIMENSIONE DEL CAMPIONE

Visto il numero dei centri partecipanti e la durata della raccolta dati (un anno) si prevede l'inclusione di circa 8.000-10.000 pazienti.

OBIETTIVI

Verificare l'outcome a breve e medio termine di una popolazione non selezionata di pazienti ricoverati in ospedali italiani per una SCA e trattati secondo la normale pratica clinica dei singoli centri partecipanti allo studio. Grazie alla raccolta standardizzata e alla condivisione dei parametri indicatori di rischio sarà possibile anche ottenere informazioni dettagliate sui percorsi organizzativi delle strutture e sulla aderenza alle linee guida nei singoli centri.

Nei pazienti con sindromi coronariche acute senza soprasslivellamento del tratto S-T, una particolare attenzione sarà rivolta alla terapia antiaggregante, oggetto di uno specifico sottostudio di questo progetto (IN-ACS Get appropriate).

ESITI

Outcome primario: morte per ogni causa a 30 giorni e a 12 mesi.

Outcome secondari: morte/reinfarto a 30 giorni, a 6 mesi e a 12 mesi; reospedalizzazioni per infarto miocardico con soprasslivellamento di ST a 12 mesi; reospedalizzazioni per NSTEMI-SCA a 12 mesi;

reospedalizzazioni per scompenso a 12 mesi; reospedalizzazioni per eseguire procedure di rivascolarizzazione a 12 mesi.

Outcome organizzativi

Saranno identificati anche end point organizzativi che valuteranno i determinanti indipendenti di utilizzo di risorse:

- per i pazienti dimessi con diagnosi di STEMI: percentuale di pazienti sottoposti a rivascolarizzazione farmacologica o percutanea e determinanti clinico organizzativi di non esecuzione di terapia ripercusiva;
- per i pazienti dimessi con diagnosi di NSTEMI-SCA: percentuale di pazienti che vengono sottoposti a strategia invasiva entro 48 ore dall'ingresso e determinanti clinico-organizzativi di esecuzione della terapia invasiva.

End point di sicurezza: ictus di qualsiasi causa a 30 giorni, 6 mesi e 12 mesi; incidenza di sanguinamenti (minori e/o maggiori) a 30 giorni, 6 mesi e 12 mesi.

SELEZIONE DEI CENTRI PARTECIPANTI

Sono stati selezionate 70 cardiologie autonome con letti di degenza e 35 centri di medicina generale rappresentativi della realtà italiana per area geografica (Nord, Centro, Sud) e tipo di ospedale:

per i reparti di cardiologia: livelli tecnologici: 1. senza UTIC; 2. presenza di UTIC; 3. presenza di UTIC ed emodinamica; 4. presenza di UTIC, emodinamica e cardiocirurgia;

per i reparti di medicina: assenza di UTIC nello stesso ospedale.

FOLLOW UP

Per tutti i pazienti dovranno essere raccolte informazioni sullo stato vitale, sulla terapia in atto e sugli eventuali eventi cardiovascolari occorsi a 30 giorni e a 3, 6 e 12 mesi dall'evento indice. Il follow up non prevede l'esecuzione di esami strumentali al di fuori di quelli normalmente previsti dalla routine clinica del singolo centro partecipante.

ANALISI DEI DATI

Lo studio prevede la misura dell'outcome dei pazienti ricoverati nei centri partecipanti e trattati secondo la normale pratica clinica in atto nei singoli centri.

Sono previste analisi stratificate per:

- area geografica (Nord, Centro, Sud);
 - gruppi di centri clinici definiti da comuni caratteristiche strutturali e/o organizzative (volumi di attività, dotazioni strutturali eccetera);
 - livello socio-economico dei pazienti;
 - tipo di trattamento (per esempio, conservativo vs interventistico).
- Altri dati di interesse saranno valutati sulla base dei risultati dell'analisi preliminare.

Verranno raccolti dati per valutare l'aderenza alle linee guida attualmente in corso.

Per quanto riguarda i trattamenti, saranno valutati i seguenti indicatori di processo:

- distribuzione di pazienti ammessi per un infarto con soprasslivellamento S-T trattati con terapia ripercusiva farmacologica e non farmacologica;
- distribuzione e caratteristiche di pazienti trattati invasivamente, ammessi con diagnosi di IMA non STEMI e angina instabile;
- distribuzione di trattamenti con farmaci approvati dalle linee guida con livello di prova 1 [betabloccanti, ACE inibitori, omega 3 e statine].

Verrà effettuata una descrizione della distribuzione delle caratteristiche demografiche e delle variabili a significato prognostico indipendente per le due forme di SCA separatamente (con e senza soprasslivellamento). Saranno inoltre considerati i fattori che potrebbero agire come confondenti e/o modificatori di effetto.

SPONSOR

Gli sponsor degli studi IN-ACS Outcome e Get Appropriate sono ANMCO- Heart Care Foundation e l'Istituto superiore di sanità, che sono anche proprietari del database.

zionate di pazienti sulla base di specifici criteri di eleggibilità. Inoltre, questo registro fornisce la possibilità di conoscere le differenze esistenti in termini di esito fra pazienti ricoverati nelle strutture cardiologiche e di medicina generale del nostro paese, diverse per localizzazione geografica e livello tecnologico, al fine di avere informazioni utili all'impiego migliore delle risorse disponibili.

...ci vuole uno studio ad hoc

La consolidata esperienza internazionale nella raccolta di dati clinici si è tradotta nella produzione di standard di riferimento per la costituzione di database in cardiologia che comprendono non solo l'identificazione delle variabili di un insieme di dati, ma anche la messa a punto di una precisa lista di definizioni dei singoli parametri.

L'uso di sistemi informativi è funzionale alla valutazione dei trattamenti utilizzati, degli esiti e delle caratteristiche di gravità dei pazienti, per produrre stime comparative che tengano conto dei fattori di confondimento e di modificazione di effetto propri degli studi osservazionali (a tal fine si applicano procedure di aggiustamento del rischio appropriate rispetto alle ipotesi valutative dello studio).

A partire da queste esperienze internazionali l'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri

Obiettivo sulla terapia antiaggregante

La terapia antiaggregante è il cardine della terapia farmacologica nei pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento del tratto S-T che vengono sottoposti o meno a terapia invasiva. Recentemente sono stati condotti numerosi studi clinici che hanno testato il profilo di beneficio/rischio di una nuova tienopiridina, il clopidogrel, e degli inibitori delle GP IIb/IIIa. Questi studi, condotti in pazienti a diverso livello di rischio, sottoposti o meno a terapia di rivascularizzazione, hanno determinato profonde modificazioni delle linee guida correnti più autorevoli.

Per questi motivi è sembrato opportuno condurre un sottoprogetto dello studio IN-ACS Outcome al fine di valutare il grado di applicazione delle linee guida e il profilo di sicurezza delle diverse strategie antiaggreganti nel mondo reale.

Gli obiettivi di questo sottoprogetto, denominato «IN-ACS Get Appropriate» sono:

- descrivere le diverse strategie antiaggreganti nei pazienti con sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto S-T, trattati o meno con strategia invasiva;
- definire il profilo di sicurezza, principalmente in termini di emorragie minori o maggiori, associato alle diverse strategie antiaggreganti.

(ANMCO) ha identificato un insieme minimo di variabili (minimal data set, MDS-SCA) da utilizzare per costituire una base di dati relativa ai pazienti con sindromi coronariche acute in Italia. Con l'utilizzo di MDS-SCA, l'ANMCO e l'Istituto superiore di sanità (ISS) si sono proposti di avviare uno studio nazionale, denominato IN-ACS Outcome (Italian Network on Acute Coronary Syndromes, rete italiana sulle sindromi coronariche acute) che rientra nell'ambito del progetto Cuore.

Lo studio ha come obiettivo principale la misura dell'esito clinico dei pazienti con SCA a breve e medio termine. I centri partecipanti, selezionati in modo da essere rappresentativi della realtà nazionale per quanto riguarda distribuzione geografica e livello tecnologico della struttura ospedaliera, raccoglieranno informazioni sistematiche nei pazienti con sindrome coronarica acuta nel corso del ricovero ospedaliero e del follow-up a 1, 3, 6, 12 mesi dall'evento indice. Verrà anche condotto un sottostudio nei pazienti con SCA senza sopraslivellamento di S-T, con l'obiettivo di valutare l'aderenza alle linee guida esistenti per quanto riguarda la terapia antiaggregante piastriatica (IN-ACS Get Appropriate, vedi riquadro in questa pagina).

È previsto anche un collegamento con i dati amministrativi (principalmente schede di dimissione ospedaliera) al fine di assicurare la consecutività dell'ammissione allo studio, la completezza delle informazioni nella fase di follow up e una maggiore conoscenza delle eventuali comorbilità della popolazione oggetto di studio.

Un mattone per la valutazione degli esiti

Tanti mattoni che, messi l'uno sopra l'altro, realizzeranno il grande edificio dove confluiranno tutti i dati relativi all'attività del Servizio sanitario nazionale: questo, in sintesi, è il Progetto mattoni avviato nel 2002 dal Ministero della salute.

Il progetto è suddiviso in diverse aree e linee di sviluppo ognuna delle quali ha lo scopo di raccogliere i dati di sua pertinenza, di classificarli in maniera omogenea perché siano fruibili da tutti i sistemi informativi (nazionale e regionali) e di elaborare metodi e proposte per l'adozione di misure sanitarie adeguate. L'assemblaggio di tutti questi mattoni, costruiti da gruppi regionali di lavoro, costituirà la base per la costruzione della base di dati del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). Il fine di tutto ciò è introdurre nel Servizio sanitario nazionale procedure e metodi di misura sistematica dell'esito di servizi sanitari, interventi, prestazioni, patologie.

Uno dei mattoni è il progetto Misura dell'outcome condotto, sotto la direzione scientifica dell'Istituto superiore di sanità. Il suo obiettivo è individuare e applicare metodi appropriati, validi e riproducibili per la definizione, la misura e la valutazione degli esiti, nonché per la comunicazione dei risultati delle valutazioni, in rapporto alle diverse finalità sopra delineate e ai diversi possibili destinatari e utilizzatori dell'informazione prodotta.

Pur non configurandosi, quindi, come applicazione di ricerca sperimentale, ma piuttosto come funzione di sistema del Servizio sanitario nazionale, il progetto Mattoni-outcome contiene e integra i risultati di esperienze di ricerca epidemiologica analitica che forniscono le prove scientifiche metodologiche per la sua realizzazione.

In ambito cardiovascolare sono in via di svolgimento studi di valutazione degli esiti nel trattamento delle sindromi coronariche acute (progetto IN-ACS Outcome), delle angioplastiche coronariche (progetto OSCAR) e nelle procedure di stenting carotideo (progetto RISC).

Il progetto IN-ACS Outcome potrebbe fornire un contributo scientifico importante all'introduzione della misura sistematica degli esiti nel Servizio sanitario nazionale. In particolare, sarà di grande importanza il confronto nelle procedure di aggiustamento del rischio tra dati disponibili da sistemi informativi correnti e altri, certamente di maggiore validità clinica, reperiti nel data set del progetto, soprattutto per una valutazione dell'introduzione nei sistemi informativi correnti di informazioni cliniche aggiuntive e del possibile ruolo sistematico dei registri di patologia nella validazione delle misure comparative di esito.

Si è stabilita quindi una stretta collaborazione tra il progetto Mattoni-outcome e il progetto INACS Outcome, sia nella fase di disegno e conduzione dello studio, sia nella fase di analisi e di discussione dei risultati.

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

INFORMATICA

DI LUIGI PAOLO BADANO



Il tecnico di ecocardiografia in Italia: una opportunità organizzativa?

È ora di riconsiderare il paradigma secondo cui gli esami ecocardiografici devono essere necessariamente eseguiti solo da specialisti Cardiologi

La figura del tecnico o "sonographer" è una realtà clinica fondamentale per la gestione del laboratorio di ecocardiografia nei paesi anglosassoni. In Italia gli ecocardiogrammi sono eseguiti quasi esclusivamente da specialisti cardiologi.

Gli ecocardiografi moderni sono dotati di un numero crescente di modalità di esame (armonica tissutale, contrasto, imaging tri- e quadri-dimensionale, doppler tissutale, caratterizzazione tissutale, analisi della deformazione miocardica, ecc.) e sono sempre più complessi da utilizzare.

Spesso nel laboratorio sono presenti più ecografi di diversa tipologia e caratteristiche più o meno adatte alle varie modalità di esame con ultrasuoni, ognuno dei quali ha specifiche modalità di funzionamento.

Esaurita la pleora di cardiologi che ha caratterizzato gli anni '80 e '90, non è più sostenibile né dal punto di vista della fattibilità (le scuole di specialità non formano tutti i Cardiologi che sarebbero necessari!), né da quello economico, il concetto che tutti gli esami di ecocardiografia debbano necessariamente essere eseguiti da specialisti Cardiologi.

Utilizzare i tecnici di ecocardiografia ed una organizzazione del laboratorio in cui l'acquisizione delle immagini sia distinta dalla refertazione (come nel laboratorio digitale di ecocardiografia) aumenta l'efficienza del laboratorio in quanto mentre il Cardiologo referta, il tecnico continua ad acquisire immagini ed effettuare le misure riducendo i tempi di inattività degli ecocardiografi.

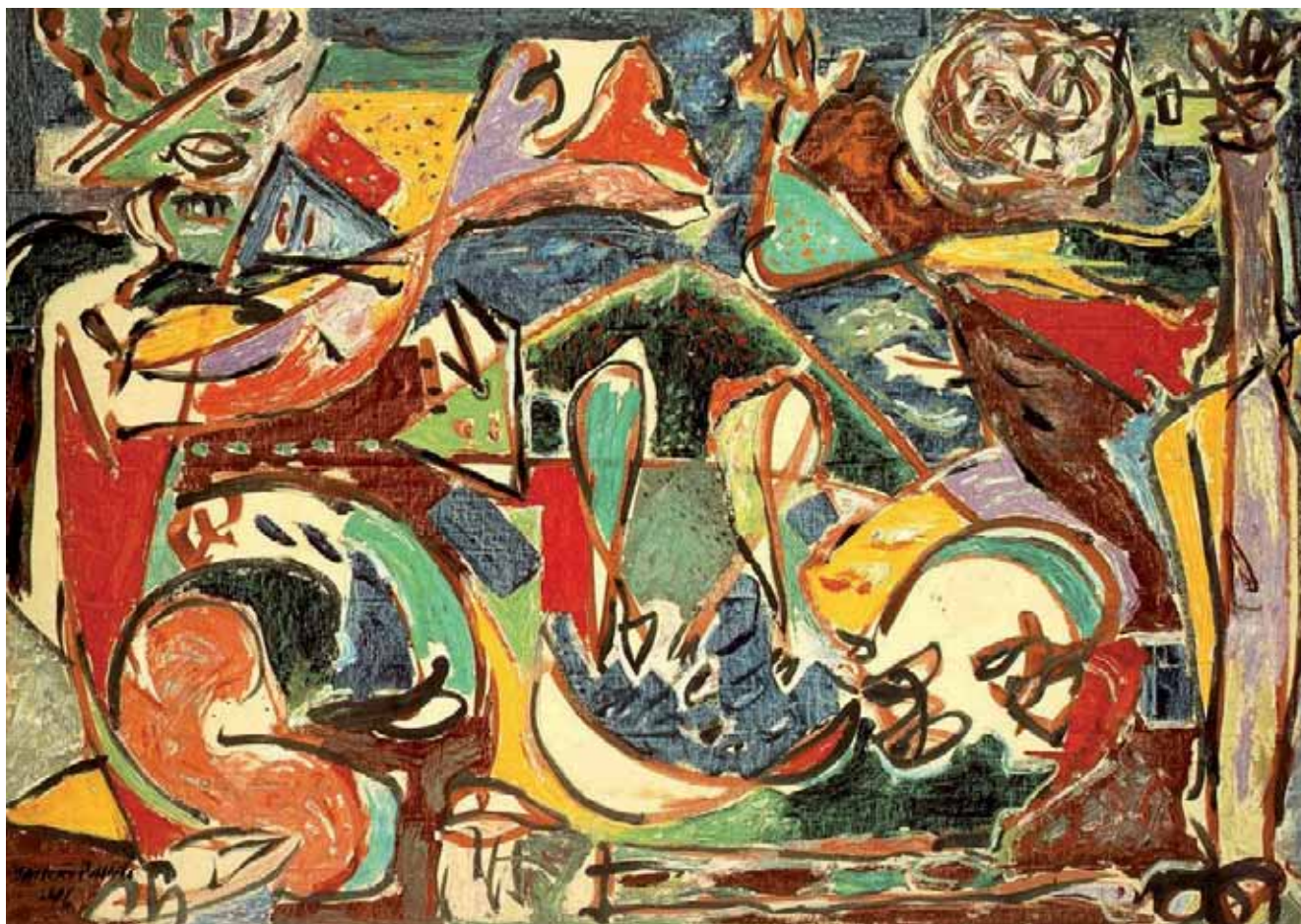
La figura del tecnico o "sonographer" è una realtà clinica fondamentale per la gestione del laboratorio di ecocardiografia nei paesi anglosassoni e negli Stati Uniti. In questi paesi i tecnici sono riuniti in associazioni molto organizzate (la maggiore delle quali è l'ARDMS, American Registry of Diagnostic Medical Sonographers, www.ardms.org), eseguono la quasi totalità degli esami ecocardiografici e, in alcuni casi, rilasciano anche referti preliminari (il cardiologo ecocardiografista dedica solo alcune ore la settimana ad interpretare il cumulo di esami che i tecnici hanno registrato con una latenza media tra esecuzione dell'esame e refertazione dello stesso di circa 72 ore).

In questi Paesi la figura del sonographer è talmente considerata che l'American Society of Echocar-

diography (www.asecho.org) ha dei councils gestiti dai sonographer, i congressi di ecocardiografia hanno molte sessioni dedicate ai sonographers, vi sono vari siti web ad essi dedicati, e sono previsti finanziamenti per progetti di ricerca proposti e gestiti da sonographers.

Di fatto, la certificazione di competenza in ecocardiografia gestita dalla European Association of Echocardiography (sia essa toracica, transesofagea, o pediatrica) non fa alcuna distinzione tra medici e tecnici nel processo che porta all'accreditamento, lasciando poi alla legislazione/regolamenti del paese in cui opera il professionista certificato di definirne gli ambiti dell'operatività.

Alcuni sonographers sono figure di primo piano nell'ecocardiografia mondiale (basti pensare a nomi come Mark Monaghan, direttore del laboratorio di ecocardiografia del King's College Hospital di Londra, o Alan Waggoner), eseguono ecocardiografia transesofagea ed eco-stress, dirigono prestigiosi laboratori di ecocardiografia e pubblicano lavori come primo nome sulle più importanti riviste cardiologiche internazionali.



Jackson Pollock, The Key, 1946

Il tecnico di ecocardiografia in Italia

In Italia, solo recentemente la figura del tecnico di fisiopatologia cardiovascolare (personale non infermieristico addestrato per eseguire esami strumentali diagnostici) è stata riconosciuta a livello nazionale accorpandola ai tecnici perfusionisti, ma, ad oggi, bastano le dita di 2 mani per poter contare i tecnici di ecocardiografia operanti sul territorio nazionale. In questo desolante panorama nazionale, il Friuli Venezia Giulia, e l'azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine in particolare, fanno eccezione.

Il laboratorio di ecocardiografia del Dipartimento di scienze cardiopolmonari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine è un laboratorio completamente digitale di alta professionalità accreditato dalla Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare (SIEC) per ecocardiografia generale, transesofagea, stress e ecocontrastografia. Nel 2005 sono stati eseguiti 7.638 ecocardiogrammi.

Il laboratorio si avvale di 3 ecografi (2 Vivid, 7 Dimension, 1 Megas) più 4 ecografi miniaturizzati Vivid per esami nei reparti internistici, cardiocirurgia, UTIC e urgenze. Il per-

sonale comprende 2 medici (che prestano anche servizio di guardia attiva in UTIC e consulenza ai reparti), 3 tecnici di ecocardiografia ed una segretaria. Due dei 3 tecnici hanno ottenuto la certificazione della loro competenza professionale da parte della SIEC.

L'attività amministrativa, di prenotazione esami ed accettazione pazienti viene svolta dalla segretaria, la quale si interfaccia con il medico responsabile in caso di dubbi sulla priorità clinica da assegnare ad un certo esame o la modalità di esame da effettuare (ad es. prenotare un esame transtoracico o un tran-

sesofageo in un paziente con recente ictus cerebrale).

I tecnici acquisiscono le immagini degli esami ecocardiografici ed eseguono le misure che ritengono necessarie. Se alla fine dell'esame il tecnico ritiene di non avere risposto al quesito clinico, o che l'esame sia incompleto o la qualità delle immagini insufficiente, coinvolge il medico responsabile per una valutazione immediata dell'esame, altrimenti chiude l'esame inviando le immagini e le misure al server e fa entrare il paziente successivo. Nel frattempo il medico referta l'esame che viene consegnato al paziente pochi minuti dopo.

In caso di necessità di assistenza infermieristica (incannulazione di vene periferiche, somministrazione di farmaci, assistenza a pazienti critici), il laboratorio si avvale dell'aiuto di uno dei due infermieri dell'ambulatorio esterni.

Perché impiegare i tecnici di ecocardiografia? Nell'ultimo decennio l'ecocardiografia è andata incontro ad un'accelerazione esponenziale della sua evoluzione tecnologica. Ciò ha determinato la produzione di ecografi dotati di un numero crescente di modalità di esame (armonica tissutale, contrasto, imaging tri- e quadri-dimensionale, Doppler tissutale, caratterizzazione tissutale, analisi della deformazione miocardica, ecc.), ma anche sempre più complessi da utilizzare. Nel contempo anche il laboratorio di ecocardiografia è profondamente cambiato.

Da un laboratorio tipicamente "non-invasivo" in cui un medico utilizzava un ecografo per esami transtoracici atti a valutare la morfologia e la funzione delle strutture cardiache a riposo, si è passati prima ad un esame "semi-invasivo" (transesofageo), e poi ad un esame funzionale per cui è diventato possibile valutare la funzione cardiocircolatoria, non solo in condizioni di base, ma anche durante stress fisico (eco da sforzo) o farmacologico (dipiridamolo, dobutamina, adenosina, ecc.).

Inoltre, spesso nel laboratorio sono presenti più ecografi di diversa tipologia e caratteristiche più o meno adatte alle varie modalità di esame con ultrasuoni, ognuno dei quali ha specifiche modalità di funzionamento. Tutte queste variabili rendono ragione del fatto che, per avere esami accurati, nel laboratorio di ecocardiografia deve essere impiegato personale esperto dedicato.

A queste variazioni delle caratteristiche del laboratorio di ecocardiografia si associano diverse altre componenti organizzative: il costante aumento del carico di lavoro quali-quantitativo del laboratorio di ecocardiografia; la progressiva riduzione delle risorse economiche che rende improponibile l'espansione del numero di cardiologi che ne fanno parte associato alla scarsità del personale infermieristico; la crescente domanda di qualità dell'esame ecocardiografico (non solo qualità delle immagi-

ni, ma anche governo dei processi che portano alla produzione del referto ecocardiografico, verifica dell'accuratezza diagnostica, governo delle liste di attesa e dell'appropriatezza delle prestazioni) con tutto il carico di lavoro connesso.

Esaurita la pleora di Cardiologi che ha caratterizzato gli anni '80 e '90, non è più sostenibile né dal punto di vista della fattibilità (le scuole di specialità non formano tutti i Cardiologi che sarebbero necessari!), né da quello economico, il concetto che tutti gli esami di ecocardiografia debbano necessariamente essere eseguiti da specialisti Cardiologi.

Tale modello organizzativo, a cui siamo sempre stati abituati, implica impiegare personale che ha seguito un corso di laurea di 6 anni, integrato da altri 4 anni di specializzazione, alla limitata, e limitativa, funzione ripetitiva di acquisire immagini ed effettuare misurazioni. Questo modello organizzativo associato alla pressante necessità di comprimere i tempi di esecuzione degli esami comporta la progressiva riduzione del tempo dedicato alle funzioni tipicamente mediche della refertazione e della integrazione della diagnostica ad ultrasuoni nella gestione clinica del paziente (discussione delle immagini con i clinici ed i cardiocirurghi, confronto delle immagini attuali con quelle acquisite in precedenza nello stesso paziente, miglioramento della qualità).

Infatti il tempo di acquisizione del-

le immagini e della misurazione dei parametri di geometria e funzione non è comprimibile più di tanto. Occorre pertanto pensare a modelli organizzativi diversi più aderenti alla modificata realtà sanitaria che impieghi figure sanitarie diverse come i tecnici di ecocardiografia.

Utilizzare i tecnici di ecocardiografia ed un'organizzazione del laboratorio in cui l'acquisizione delle immagini sia distinta dalla refertazione (come nel laboratorio digitale di ecocardiografia) aumenta l'efficienza del laboratorio in quanto mentre il cardiologo referta, il tecnico continua ad acquisire immagini ed effettuare le misure riducendo i tempi di inattività degli ecocardiografi. Inoltre, un cardiologo riesce a mantenere la refertazione dell'attività di almeno 2 tecnici con significativo aumento del tempo da dedicare alla refertazione (con prevedibile incremento della qualità dei referti) ed alla integrazione clinica delle immagini ecocardiografiche nella gestione dei pazienti.

Dal che ne deriva che il costo unitario degli esami ecocardiografici viene significativamente ridotto e la qualità dei referti aumentata rispetto al modello del medico cardiologo che esegue l'esame e lo referta in successione.

Inoltre, la presenza di un laboratorio digitale di ecocardiografia (e

quindi la possibilità di trasmettere le immagini da qualsiasi reparto dell'ospedale al laboratorio), di ecocardiografi miniaturizzati ad elevate prestazioni diagnostiche e di tecnici addestrati consente di elaborare soluzioni organizzative



foto dal web

innovative come l'ecocardiografia al letto dei pazienti degenti o nei reparti di degenza con significativa riduzione dei costi ospedalieri (-29% nella nostra esperienza) ed ovvio miglioramento della qualità dell'assistenza percepita dai pazienti. La principale obiezione all'utilizzo dei tecnici per l'esecuzione degli ecocardiogrammi è che l'ecocardiografia, diversamente dall'elettrocardiogramma o la radiografia del torace, è un esame non standardizzabile che va adattato al singolo paziente e la sua esecuzione implica la comprensione del quesito clinico e l'identificazione dei parametri più idonei a rispondervi.

A questa obiezione fondamentale si può rispondere in due modi, uno pragmatico ed uno più articolato. La risposta pragmatica è che è difficile pensare che sistemi sanitari avanzati come quello dei paesi anglosassoni basino una metodica diagnostica importante come l'ecocardiografia su personale inaffidabile, tanto più che la refertazione medica dell'esame avviene di solito dopo ore, o più spesso giorni, dall'esecuzione dell'esame stesso. La risposta articolata è che in realtà con la gestione digitale delle immagini e la refertazione computerizzata ci siamo resi conto che anche l'esame ecocardiografico può essere in gran parte standardizzato sia

nell'acquisizione delle immagini che nelle misurazioni da effettuare. Le necessità di immagini o misure non convenzionali sono relativamente poche e procedendo alla refertazione prima che il paziente lasci il laboratorio si possono identificare i pochi casi (meno del 3% nell'esperienza di Udine) in cui sono necessarie ulteriori acquisizioni rispetto a quelle effettuate da tecnici addestrati e con sufficiente esperienza.

L'articolo completo "Il tecnico di ecocardiografia: una realtà dei soli paesi anglosassoni? L'esperienza di un laboratorio italiano in cui sono attivi dal 1984" è in pubblicazione su uno dei prossimi numeri del GIC.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

DI STEFANIA DE FEO

Il sito web dell'Area Prevenzione Cardiovascolare

Grande impegno è stato recentemente dedicato al rinnovamento della pagina web dell'Area Prevenzione nell'ambito del sito dell'Associazione. La nuova versione della pagina è stata presentata in occasione dell'ultimo Convegno Nazionale ANMCO all'Assemblea di Area. L'attuale organizzazione della pagina web ha lo scopo non solo di fornire informazioni sulle attività dell'Area e sui suoi programmi, ma vorrebbe essere anche uno strumento di aggiornamento e di conoscenza, con particolare attenzione al risvolto pratico dei contenuti. Grande sforzo è stato quindi fatto per arricchirla in contenuti non solo di interesse strettamente preventivologico-riabilitativo e per renderla di facile consultazione e fruibilità da parte di ognuno, a seconda anche dei diversi campi di interesse. Il sito è costituito da dodici sezioni. Una novità importante è rappresentata dalla volontà di aggiornare mensilmente le varie Rubriche, perché diventino proprio un mezzo di aggiornamento continuo e di dinamismo culturale. Le sezioni sono:

1. Organigramma

Questa Sezione apre la pagina web, per presentare i membri dell'Area per il biennio in corso 2005-2006. Per ognuno è riportato, accanto al nome, il ruolo svolto nell'Area e un indirizzo e-mail.

2. Programma

È esposto il programma presentato dal Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione per il biennio 2005-2006. Vengono presentati tutti gli obiettivi che l'Area si è posta, relativamente a progetti di formazione, progetti editoriali, progetti di ricerca, forum e rapporti con le Regioni o con altre organizzazioni.

3. CardioSys

Viene presentato brevemente il Progetto dello studio CardioSys e lo stato di avanzamento. Si tratta di uno studio multicentrico, randomizzato, prospettivo, che confronta in soggetti ipertesi e con PA sistolica non ben controllata l'effetto a 2 anni di due strategie terapeutiche: 1) Strategia usuale: riduzione della PA sistolica al di sotto dei 140 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici; 2) Strategia aggressiva: riduzione della PA sistolica al di sotto dei 130 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici. Partendo da una cartina dell'Italia, è possibile vedere l'elenco dei centri partecipanti per ogni Regione.

È inoltre possibile scaricare in formato PDF il protocollo, la sinossi, le CRF e altre informazioni. Da questa pagina inoltre, mediante password, è possibile accedere allo studio.

4. Area Download

Viene riportata una raccolta di diapositive che provengono da eventi culturali organizzati dall'Area, che si sono svolti nel corso del biennio in corso.



Paul Gauguin, *Ta-matete*, 1892

La Sezione è stata completamente rinnovata, per rendere più aggiornati i contenuti.

Le diapositive vengono organizzate per titolo dell'evento e poi per titolo della presentazione relativa. La Sezione intende essere complementare alla Slide Bank del sito ANMCO, a cui anche l'Area Prevenzione ha dato il proprio contributo, con alcuni set di slide preparate ad hoc su argomenti generali di particolare interesse e competenza per l'Area. I contenuti delle due sezioni sono stati quindi mantenuti distinti, senza alcun conflitto.

5. Referenti Regionali

Nel corso di questo biennio 2005-2006 l'Area Prevenzione ha chiesto ad ogni Presidente Regionale l'individuazione di un Referente Re-

gionale dell'Area, a cui far capo per l'organizzazione di progetti locali, con lo scopo di facilitare una stretta collaborazione con il territorio. Con la recente nomina dei nuovi Presidenti Regionali, siamo in attesa dell'individuazione dei nuovi Referenti Regionali. In questa Sezione verrà quindi riportato l'elenco dei Referenti Regionali, con sede di lavoro e indirizzo e-mail.

6. Iniziative editoriali

Numerose sono le iniziative editoriali dell'Area Prevenzione Cardiovascolare già portate a compimento nel biennio 2005-2006, in via di realizzazione o in fase di progetto. Vengono quindi presentati in questa sessione i testi già pubblicati e le informazioni su come trovarli. Nell'ultima parte della Sezione vie-

ne inoltre presentato un breve cenno a ciò che è attualmente in corso di preparazione.

Non viene qui ripreso l'elenco dei testi realizzati per motivi di brevità; un invito pertanto a consultare questa Sezione per maggiori informazioni.

7. Trials

Questa Sezione, insieme alle Sezioni "Linee Guida" e "Articoli scelti e commentati", rappresenta una importante novità dell'attuale pagina web dell'Area. La rubrica è dedicata ai principali trials pubblicati di argomento preventivologico/riabilitativo. Ogni trial è citato nella voce bibliografica completa; con un link è inoltre possibile scaricare l'articolo originale in formato PDF. Come per altre Rubriche, l'Area Prevenzione si propone un aggiornamento continuo dei trial pubblicati.

8. Slide Bank

Anche l'Area Prevenzione ha partecipato alla Slide Bank dell'ANMCO, preparando tre set di diapositive su argomenti preventivologici: 1. "Le carte del rischio cardiovascolare il concetto di rischio CV globale", 2. "Come relazionarsi con il paziente rispetto al fumo", con indicazioni per l'abolizione del fumo, 3. "Prevenzione della progressione dalla cardiopatia ischemica allo scompenso cardiaco", sulla prevenzione del rimodellamento cardiaco. Le diapositive possono essere scaricate direttamente.



Paul Gauguin, Paesaggio bretone, 1894

9. Linee Guida

Questa sezione è riservata alla presentazione di Linee Guida di vari argomenti cardiologici, di interesse generale e non solo strettamente legato all'Area Prevenzione. Questo rappresenta un altro importante mezzo di informazione e di dinamismo informativo che l'Area ha voluto imprimere alla sua pagina web. Per facilità di consultazione, all'inizio della pagina è presente una tedina con l'elenco di vari argomenti di interesse (es.: "cardiopatía ischemica", "fibrillazione atriale", "scompenso cardiaco", "malattie del circolo polmonare", "ecocardiografia", "test da sforzo"); è così possibile visualizzare le Linee Guida inerenti l'argomento selezionato.

Come già per altre Sezioni, l'Area prevede un aggiornamento continuo con l'aggiunta delle Linee Guida via via pubblicate.

10. Iniziative dell'Area

È stata aggiunta questa nuova Rubrica dedicata ai progetti di formazione, che sono tradizionalmente un punto di forza dell'attività dell'Area. Vengono qui riportate tutte le iniziative culturali in corso organizzate dall'Area, Campagne Nazionali, Corsi di formazione, Convegni, ecc. Per ogni evento vi è un link e la possibilità di scaricare il programma completo e il target dei partecipanti, con altre informazioni utili come date sedi e i responsabili organizzativi, con relativi indirizzi.

11. A che punto siamo

Viene presentato il punto della situazione e valutato cosa è stato realizzato del programma presentato dal Comitato di Coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare nel momento del suo insediamento. Molto di quan-

to promesso è stato realizzato o è in via di realizzazione. Vengono presentate quindi le Attività dell'Area già realizzate, in corso di realizzazione o in programma in diversi campi, progetti di formazione, progetti editoriali, progetti di ricerca, attività della rete e del registro Prevenzione Cardiovascolare, collaborazione con il GICR e ristrutturazione della pagina web.

12. Articoli scelti e commentati

Anche questa è una nuova Rubrica. Si tratta di una rassegna bibliografica di articoli relativi ad argomenti di interesse dell'Area. Ogni mese uno o due articoli significativi, che abbiano un interesse sul piano della prevenzione cardiovascolare primaria o secondaria e della riabilitazione e con ricadute "pratiche" verrà presentato e commentato da un esperto.

La Rubrica è organizzata per mese di pubblicazione degli articoli selezionati. Vi invitiamo a segnalarci gli articoli che vi sembrano di interesse comune, eventualmente aggiungendo un breve commento. Infine verrà aggiunto un link con i contenuti del Minimaster Infermieristico organizzato dall'Area in occasione dell'ultimo Congresso Nazionale ANMCO, dove è possibile scaricare le slide complete relative a tutte le presentazioni.

Vi invitiamo pertanto a visitare la pagina web dell'Area Prevenzione nel sito dell'Associazione (<http://www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione/>).

The screenshot displays the ANMCO website interface. At the top, there are navigation links: ANMCONews, Areco.it, FORUM, SLIDE BANK, and POLL DEL MESE. Below this, a banner mentions the Regional Pharmacist Association in Terni and the online availability of the 2008 Cardionursing Act. The main content area is titled 'AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE' and contains a grid of 12 links, each with a small image and text: ORGANIGRAMMA, PROGRAMMA, CARDIO - SIS, AREA DOWNLOAD, REFERENTI REGIONALI, INIZIATIVE EDITORIALI, TRIALS, SLIDE-BANK, LINEE GUIDA, INIZIATIVE DALL'AREA, A CHE PUNTO SIAMO, and ARTICOLI SCELTI E COMMENTATI. On the right side, there is a 'LOGIN' section with fields for 'PASSWORD' and 'Accedi', along with logos for Heart Care Foundation and Tuttocore.it. On the left, there is a sidebar with a 'NEWSLETTER' sign-up form and a 'CERCA NEL SITO' search bar. The bottom of the page features the 'Journal of Cardiovascular Medicine' logo.

SCOMPENSO CARDIACO

DI ANDREA DI LENARDA E FABRIZIO OLIVA

Area Scompenso Cardiaco: alcune riflessioni proiettate al futuro a conclusione di un biennio di grande intensità

L'attività dell'Area Scompenso nel biennio 2005-2006 è stata particolarmente intensa e stimolante. Consideriamo un onore aver potuto coordinare persone di grande professionalità, competenza, spirito di squadra e di sacrificio. Dalla tensione e l'entusiasmo di Giovanni Pulignano al rigore di Andrea Mortara, dalla cultura e vocazione clinica di Luigi Tarantini alla pacata saggezza di Guido Gigli, dalla esplosiva capacità trainante di Renata De Maria allo spirito di iniziativa e costruttiva collaborazione di Giuseppe Di Tano, Gianfranco Alunni e Gabriele Castelli.

La presenza di consulenti di altre discipline (Alessandro Filippi, Ettore Vitali, Nanni Mathieu e Giuseppina Maiani) è stato un importante segnale di attenzione verso le altre figure che si dedicano quotidianamente alla gestione del paziente con scompenso cardiaco. I meriti per quanto fatto in questo biennio vanno ugualmente divisi tra tutti i componenti della squadra.

I momenti di discussione, anche accesa, che inevitabilmente nascono quando il lavoro è duro, le personalità

sono diverse, le scadenze ravvicinate, gli obiettivi ambiziosi sono sempre stati superati insieme dal gruppo. Un ringraziamento particolare va alla Segreteria ANMCO, a Simona Saracco ed in particolare alla Segreteria delle Aree, che ha dato il consueto competente, preciso e paziente supporto, ed al Centro Studi, che coordina molte delle nostre iniziative.

Dal documento di consenso all'implementazione nella eterogenea realtà italiana

Usciamo da un biennio in cui la Consensus sul "Percorso assistenziale del paziente con scompenso

cardiaco" ha assorbito una grande quantità di energie, ma riteniamo che il risultato ottenuto sia stato di grande rilevanza.

A giugno 2006 è stato pubblicato il documento sul Giornale Italiano di Cardiologia alla cui stesura hanno dato il loro prezioso contributo numerosi Cardiologi ANMCO, interni ed esterni al Coordinamento dell'Area, e tutte le Società Scientifiche coinvolte nell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco. È stato un lavoro lungo e difficile, non senza alcuni accesi momenti di confronto. La stesura finale ha avuto il prezioso contributo del Board Scientifico, coordinato dal

prof. Luigi Tavazzi, a cui va il nostro ringraziamento. Sono attualmente in preparazione alcune pubblicazioni in riviste a diffusione internazionale per dare visibilità a questo importante sforzo della cardiologia italiana. Pubblicato il documento, si deve ora passare alla difficile e delicata fase di implementazione nelle diverse ed eterogenee realtà locali. Nel nostro paese esistono Regioni che hanno già attivato un percorso di analisi ed intervento, talora prima o co-



Claes Oldenburg, Drum Set, 1967

munque indipendentemente dalla pubblicazione del documento di consenso, alcune che si stanno attivando in accordo con il percorso impostato, altre infine in cui prevale l'immobilismo.

Questa fase richiede un governo attento ed incisivo, sia sotto il profilo teorico, che su quello politico-organizzativo. Appare tutt'altro che scontata la possibilità di mantenere un ruolo di controllo e guida del processo. Da un lato si sta lavorando per rafforzare la collaborazione con le istituzioni, dal Ministero, alla Conferenza Stato-Regioni, infine alle Agenzie ed agli Assessorati regionali.

Con il Ministero, oltre alla collaborazione in seno alla Commissione CCM, è attivo un gruppo di lavoro sui database amministrativi per l'analisi epidemiologica ed il monitoraggio dei ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco. Dall'altro, sono in fase di costituzione i gruppi di lavoro regionali, con la partecipazione di tutte le Società Scientifiche, con l'obiettivo di analizzare le criticità e le possibilità di intervento a livello locale.

Il progetto, di ideazione, progettazione e coordinamento ANMCO, può e forse deve divenire un progetto della Cardiologia Italiana, ed in questo senso della Federazione Italiana di Cardiologia. Se, tuttavia, a livello nazionale appare già da ora percorribile l'idea di un unico coordinamento in seno alla FIC, nell'ambito di un processo di progressiva unificazione dei Working

Group che dovrà concretizzarsi nei prossimi anni, a livello locale questo passo appare più complesso e probabilmente prematuro.

In attesa di eventuali sperimentazioni locali promosse dal Ministero della Salute, in accordo con le Agenzie/Assessorati Regionali, sta prendendo piede un progetto sulla gestione ottimizzata della terapia farmacologica da parte del medico di medicina generale con supporto cardiologico nel paziente anziano con scompenso cardiaco. La collaborazione con altre Società Scientifiche e con gli infermieri sullo scompenso cardiaco potrebbe concretizzarsi anche in altri progetti di ricerca incentrati sull'anziano fragile, sulle patologie associate e sull'intervento educativo di tipo infermieristico, presentati ai bandi AIFA 2006.

Registri e Ricerca Scientifica

La rete IN-CHF è sempre stata una colonna portante della strategia ANMCO in ambito di scompenso cardiaco. La difficoltà attuale di mantenere vivo e vitale il registro è evidente. Il supporto del nuovo software online ed i nuovi sponsor che affiancano Novartis sono sicuramente di aiuto.

Nel 2005 è ricorso il decimo anniversario di attività dell'IN-CHF, ricordato ad Assisi nel corso di una due giorni che ha voluto presentare i lusinghieri risultati raggiunti in questi dieci anni e discutere sulle prospettive future.

È stata intanto attivata una rubrica

nel Giornale Italiano di Cardiologia in cui vengono commentate e discusse le caratteristiche del Registro anche in confronto con importanti database ed esperienze cliniche pubblicati in letteratura.

In prospettiva si sta discutendo su alcuni progetti di sviluppo della rete IN-CHF. La scommessa più grande per i prossimi anni è quella di estendere il Registro alla fase acuta, ospedaliera, dello scompenso cardiaco. Altri sottoprogetti su temi specifici potranno riguardare scompenso e ipertensione, impianto di device e terapia inotropica nello scompenso acuto.

Dal punto di vista gestionale e strategico emergono altri punti qualificanti del Registro. La possibilità di uscire dalla semplice raccolta di dati di epidemiologia clinica dello scompenso cardiaco per attivare una rete cardiologica nazionale strutturata di ricerca clinica, con la possibilità per i centri a più alto volume di attività di ricevere un supporto concreto per l'inserimento dati e l'aggiornamento del follow-up. L'ipotesi di organizzare una campagna formativa nazionale (nello stile dei precedenti studi "UP") per valutare la ricaduta in termini di outcome clinico dell'implementazione delle linee guida terapeutiche e dei modelli di gestione integrata, con il coinvolgimento di altre figure professionali.

La possibilità infine di valutare la qualità/aderenza/appropriatezza degli interventi di ogni singolo centro e per ogni singolo paziente

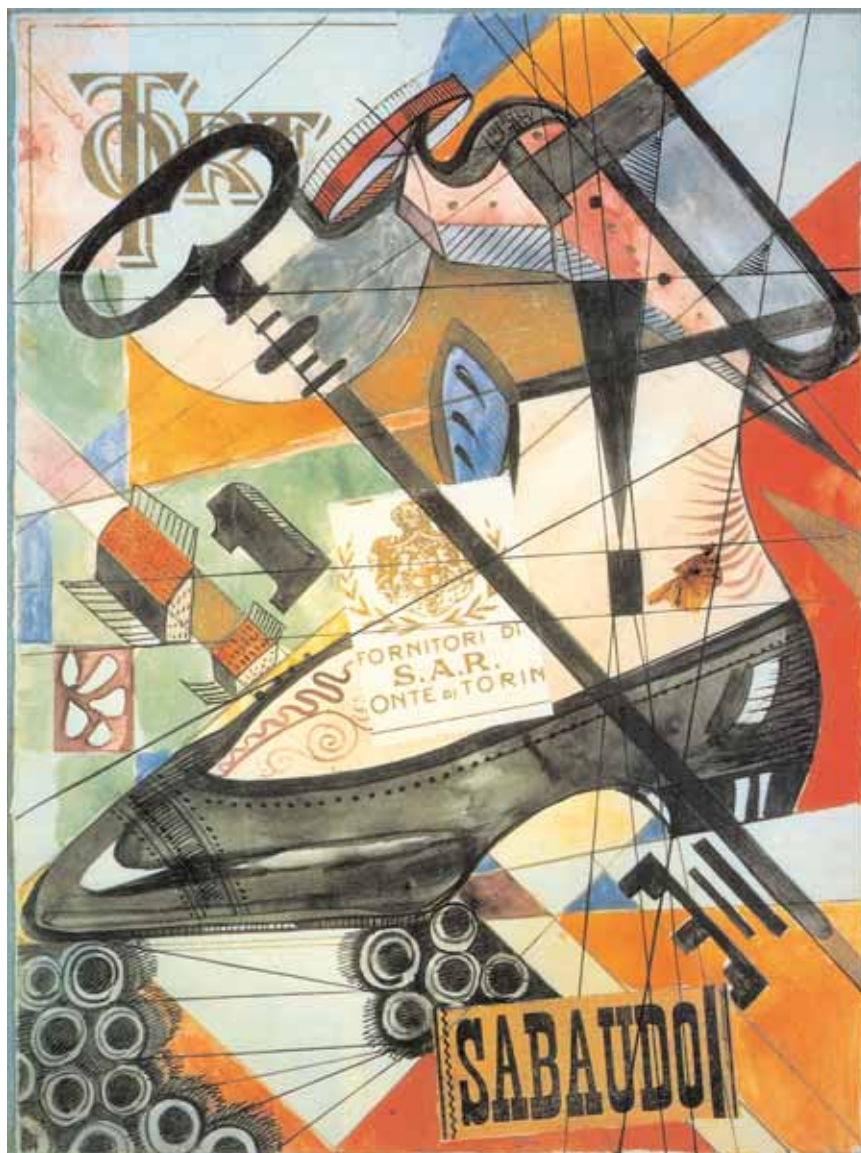
con una ricaduta diretta e tangibile sull'agire quotidiano.

La disponibilità di uno strumento informatico ormai rodato ed efficiente, adattabile con uno sforzo relativo sia in termini di tempo che di risorse al nuovo utilizzo, è una solida base di partenza per la riuscita del progetto.

Per quanto riguarda la ricerca, la recente pubblicazione degli Studi Bring-up 2 e del Registro dello Scompenso Acuto ha dimostrato una volta di più in ambito europeo la vitalità della ricerca cardiologica italiana.

Si stanno intanto completando importanti studi randomizzati come il GISSI-HF (terminato l'arruolamento il 28 febbraio 2005 con 7.057 pazienti arruolati in 364 centri) e l'AREA IN-CHF (terminato il follow-up il 30 giugno 2006 con 504 casi arruolati in 46 centri).

Sono partiti altri due interessanti studi. Lo studio DYDA, sulla "Prevalenza ed incidenza della disfunzione ventricolare sinistra nei pazienti diabetici senza cardiopatia", in collaborazione tra ANMCO e Associazione Medici Diabetologi (Chairman M. Comaschi - AMD, Co-Chairman A. Di Lenarda - ANMCO), analizzerà la prevalenza e l'incidenza ed i parametri clinici, bioumorali, strumentali non invasivi predittivi di disfunzione VS sistolica in 1.000 pazienti con diabete mellito tipo II senza cardiopatia nota arruolati in 40 Centri Diabetologici. Lo studio Candheart analizzerà gli effetti del candesartan, un bloccante dei re-



De Pisis, Composizione III con scritta Sabauda, 1916

cettori di tipo 1 della angiotensina II, su BNP e funzione ventricolare sinistra in circa 1.400 pazienti con insufficienza cardiaca sintomatica seguiti per un anno. Oltre al BNP verranno misurati altri marker di prognosi come l'aldosterone, PCR, PTX3 e la microalbuminuria.

Un ultimo punto importante potrebbe essere l'avvio di un vero e proprio studio epidemiologico na-

zionale in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità sfruttando la metodologia e la rete già implementata per le Carte del Rischio Cardiovascolare.

Sito web dell'Area

Un grosso impegno è stato dedicato al rinnovamento delle pagine dell'Area che vi invitiamo a visitare sul sito dell'Associazione

(<http://www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/>).

La Rubrica "Attività ed Iniziative in Corso" e "Nel Territorio..." hanno l'intento di fornire un adeguato rilievo alle iniziative culturali e scientifiche delle diverse Regioni sullo scompenso cardiaco, in modo da incentivare la comunicazione con i referenti regionali e gli iscritti, ed avere un quadro della vivacità culturale ed organizzativa della periferia.

Gli "Articoli scelti e commentati" sono stati aggiornati ed articolati in maniera più dettagliata. Al precedente link contenente abstract ed articoli commentati da esperti (sintetica rassegna bibliografica ragionata) sono stati aggiunti 4 nuovi link, "Il Punto su..." dove periodicamente un articolo significativo per le sue ricadute "pratiche" viene commentato da esperti, "Made in Italy" riservato ad articoli pubblicati da autori italiani su riviste internazionali, "Non solo Cardiologia...", dove vengono inseriti alcuni articoli non necessariamente cardiologici, "apparentemente curiosi", ma intelligenti e stimolanti la discussione, ed infine un elenco di "Link utili" con la possibilità di scaricare Linee Guida, Scientific Statement, ecc. sullo Scompenso Cardiaco.

ANMCO e Formazione: la specificità del ruolo cardiologico nella cura dello scompenso cardiaco

Ormai da anni l'attività delle Cardiologie si sta sempre più concentrando sulla cura dei pazienti can-

didati a procedure interventistiche coronariche ed aritmologiche, con una ricerca della massima performance in termini di giorni di degenza, ed una applicazione, talora passiva ed acritica, di linee guida e protocolli operativi.

A questo riguardo lo scompenso cardiaco è un tipico esempio su cui è necessaria una profonda riflessione. Da un lato il sottoutilizzo di farmaci, esami strumentali e procedure diagnostico-interventistiche dimostrato da vari studi (es.: Temistocle), deve fare riflettere sulle potenziali conseguenze di una delega sempre più ampia della cura dello scompenso cardiaco a non specialisti.

Dall'altro la complessità ed eterogeneità dei quadri clinici dei pazienti con scompenso richiama la necessità di una formazione, competenza professionale ed attenzione clinica che si sta progressivamente perdendo in una Cardiologia sempre più votata all'ultraspecializzazione tecnologica, alla semplificazione dei percorsi secondo protocolli standard ed alla massima performance.

Vi è quindi la necessità di coniugare la delega della cura di molti pazienti scompensati a internisti e medici di medicina generale con la necessità di dare al paziente più complesso un supporto cardiologico di alta specializzazione.

Dando per scontato che la maggioranza dei pazienti, per le loro caratteristiche cliniche e demografiche, vengano gestiti in collabora-

zione con altre figure professionali, l'ANMCO, conscia del ruolo fondamentale della Cardiologia nella formazione di questi professionisti, ha portato a termine nel 2005 due Progetti Formativi, uno rivolto a Medici internisti ospedalieri, l'altro a Medici di Medicina Generale. I progetti hanno richiesto un importante sforzo organizzativo, ma la collaborazione dei colleghi, Cardiologi e non, chiamati a partecipare attivamente ai progetti è da considerare positiva.

Per altro verso, appare necessario riaffermare in ambito cardiologico la necessità di prendersi cura in ambito ospedaliero (dall'UTIC alla degenza cardiologica) o nell'Ambulatorio dedicato, dei pazienti con problematiche più complesse, di specifica pertinenza cardiologica. A questo proposito la campagna sulla Morte Improvvisa, rivolta a Cardiologi clinici ed aritmologi, in programma per i primi mesi del 2007, si propone di fornire un aggiornamento di elevato profilo sull'importante tematica dell'appropriatezza e sostenibilità delle indicazioni all'impianto di device.

E su questa linea sono in cantiere altri due progetti. Uno riguarda la gestione del paziente con scompenso avanzato che ha l'obiettivo di formare i Cardiologi alla gestione diagnostica e terapeutica dello scompenso cardiaco in terapia intensiva. L'altro progetto ha l'obiettivo di fornire un aggiornamento dei Cardiologi che lavorano negli

Ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco attraverso la frequenza di Centri Nazionali di elevata specializzazione e referenza per la tematica.

Questi progetti sono solo un primo passo per la definizione di un percorso formativo per la certificazione dell'“HF specialist” (tradizionale ed acquisito con la frequenza in centri avanzati), da sviluppare in futuro, in ambito federativo in collaborazione con le altre Società Scientifiche cardiologiche.

L'area Scompenso e la periferia

Nel programma formulato ad inizio mandato, per la percezione di un progressivo distacco di una parte dei Soci ANMCO, avevamo scritto che uno dei principali obiettivi doveva essere il maggiore coinvolgimento delle realtà periferiche nelle attività nazionali sulla tematica dello scompenso cardiaco. Qualcosa è stato fatto. Abbiamo preparato una newsletter quadrimestrale per gli iscritti all'Area con l'aggiornamento delle attività in corso.

Sono stati identificati i referenti regionali, in accordo con i rispettivi Presidenti, per poter facilitare ed intensificare i contatti ed il coinvolgimento delle realtà periferiche. Abbiamo organizzato diversi momenti di incontro, a partire dalla riunione dell'Area Scompenso al Congresso Nazionale, stimolando la discussione e la partecipazione attiva.

Ma bisogna certamente fare di più,



Arenarie

modificando l'immagine di una Associazione con forte coordinamento centrale e tendenzialmente chiusa rispetto alle iniziative della periferia, per creare le condizioni di una partecipazione dei Soci più ampia ed attiva.

Per centrare questo difficile ed ambizioso obiettivo, bisognerà dare un forte segnale di rinnovamento interno, a partire dal coordinamento nazionale dell'Area, aprire il più possibile, in accordo con i Presidenti regionali, gli eventi e le attività formative ai colleghi più giovani, usualmente meno coinvolti e più stimolati, stimolare una maggiore partecipazione al Congresso, ed in particolare alla riunione dell'Area ed alle sessioni di comunicazione, momenti fondamentali per raccogliere e discutere le idee ed i progetti più interessanti per l'Associazione.

Il rinnovamento va inteso come ampliamento del numero di Soci che partecipano attivamente alla vita associativa, secondo una strategia ed un programma che vede nel coinvolgimento di coloro che hanno già dato in questi anni il loro prezioso contributo alla vita dell'Area una garanzia di continuità. Questi amici rimarranno attivamente impegnati in diversi progetti mettendo la loro esperienza al servizio dei nuovi membri del Coordinamento.

Di nuovo un profondo ringraziamento a chi è stato in prima fila in questi due anni ed un sincero augurio di buon lavoro al nuovo Comitato di Coordinamento, coordinato da Fabrizio Oliva, coscienti delle difficoltà e dell'impegno che sarà chiamato ad assolvere, ma sicuri che saprà proseguire in modo eccellente il lavoro iniziato.

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@fiscali.it

CALABRIA - Dott. ANTONIO BUTERA

Ospedale Civile - Via Arturo Perugini - 88046 Lamezia Terme (CZ)
tel./fax 0968/208811 - e-mail: abuter@fiscali.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 - 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@fiscali.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@fiscali.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 *
- Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto *
- Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto *
- Divisione Medicina *
- Altro * _____
- Divisione di Cardiochirurgia *
- Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto *
- Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto *
- CNR

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Qualifica:

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

In quiescenza:

Non di ruolo:

Non compilare

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

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

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

Sono interessato alla seguente Area:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Area Aritmie - AR | <input type="checkbox"/> Area Chirurgica - ACH | <input type="checkbox"/> Area Emergenza/Urgenza - AEU |
| <input type="checkbox"/> Area Informatica - AIN | <input type="checkbox"/> Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP | <input type="checkbox"/> Area Management & Qualità - AMQ |
| <input type="checkbox"/> Area Nursing - ANS | <input type="checkbox"/> Area Prevenzione Cardiovascolare - AP | <input type="checkbox"/> Area Scopenso Cardiaco - AS |

- Ai sensi dell'art. 3 dello Statuto ANMCO dichiaro di non volermi iscrivere alla Heart Care Foundation - ONLUS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

Il Presidente Regionale ANMCO _____ della Regione

_____ dichiara che il suddetto collega, in base allo Statuto ed ai Regolamenti dell'Associazione, può essere iscritto nell'Albo dei Soci dell'ANMCO con la qualifica di:

Socio Ordinario Socio Aggregato

Data _____ Il Presidente Regionale _____

La presente domanda d'iscrizione è stata accolta dal Consiglio Direttivo ANMCO in data _____

Il Segretario Generale _____

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

e-mail: aree@anmco.it

Aree ANMCO chi è interessato?

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

COGNOME _____ NOME _____

- Socio ANMCO** **Non Socio** **Direttore di struttura complessa**
 Responsabile di struttura semplice **Dirigente** **Infermiere** **Altro**

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ EMAIL _____

Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ EMAIL REPARTO _____

Nome del Primario _____

Sono interessato alla seguente Area:

- Area Aritmie - AR** **Area Chirurgica - ACH** **Area Emergenza/Urgenza - AEU**
 Area Informatica - AIN **Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP** **Area Management & Qualità - AMQ**
 Area Nursing - ANS **Area Prevenzione Cardiovascolare - AP** **Area Scompensazione Cardiaca - AS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

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

DO IL CONSENSO **NEGO IL CONSENSO**

Data _____

Firma _____

FELLOWSHIP ANMCO

Il 28 febbraio 2007 scade il termine per la presentazione delle domande

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

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

Domanda di ammissione alla Fellowship

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

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

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

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro il **28 febbraio** dell'anno

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

Mantenimento della Fellowship

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

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

Aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow

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

Sarà richiesta una lista di:

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

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

Commissione giudicante

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

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

I membri sono:

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

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

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

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Indirizzo lavorativo:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

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

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE _____

Lingue conosciute _____

Livello di conoscenza: ECCELLENTE BUONO MEDIOCRE

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

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

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

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

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

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

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

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

re. La informiamo che, ai sensi della L. n. 196/2003, cit., la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

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

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

- Firenze, Via A. La Marmora 36, tel. 055/571798 (sede ANMCO, Centro Servizi ANMCO srl, Heart Care Foundation - Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS);
- Milano, Via Olgettina, 58, tel. 02/26433068 (sede della Federazione Italiana di Cardiologia c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT).

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

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

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

• Si ricorda che il termine di presentazione delle domande è il 28 febbraio 2007 •

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 (Castellammare - 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 Orazi (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 Mafrici (Milano)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Claudio Cuccia (Brescia), Anna Frisinghelli (Passirana-Rho - MI), Vittorio Giudici (Seriante - 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), Attilio 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 Petescia (Isernia), Pierluigi Piloni (Campobasso), Costanzo Spedaliere (Larino - CB), Dante Staniscia (Termoli - CB)

PA. BOLZANO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

PA. TRENTO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente: Rita Trinchero (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 Francesc (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 Paschetto (Mirano - VE), Giampaolo Perini (Bussolengo - VR), Loris Roncon (Rovigo), Luigi Tarantini (Belluno)

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

BASILICATA

DI FRANCESCO PAOLO CALCIANO E ANTONIO CARDINALE

Dati finali "Progetto pilota educazione alla salute: alimentazione ed attività fisica" (2005-2006)

Il Progetto pilota di educazione alla salute ha interessato alcuni istituti di scuola media superiore di Matera e Provincia (classi II e IV) e le II classi della Scuola Media Statale di Grassano.

Ad una analisi finale si è vista una flessione nella partecipazione per quel che riguarda le scuole superiori, anche perché i questionari conclusivi sono stati consegnati alla fine dell'anno scolastico. Globalmente hanno completato il questionario 247 alunni.

Circa la totalità dei ragazzi della scuola media (100% uomini, 94% donne) ritiene di aver modificato le proprie abitudini alimentari e per il tempo libero, contro il 50% circa dei ragazzi di II superiore ed il 30% di quelli di IV, che ritengono di non aver modificato le loro abitudini.

Abitudini alimentari

C'è stato un incremento di quasi il 10% nel consumo di verdure e del 3% in quello dei legumi; un decremento di circa il 9% nel consumo quotidiano di insaccati, più ridotto di formaggi. Aumenta del 7% il consumo settimanale di pesce.

Stabile il consumo di frutta, con percentuali di consumo quotidiano di circa il 77% (43% del campione due o più volte il giorno, 34% una volta il giorno). Abitudine corretta, che andrebbe in ogni modo maggiormente stimolata.

Per i condimenti prevale sempre largamente il consumo quotidiano dell'olio d'oliva, (~ l'80%), pur registrando un incremento degli altri condimenti (olio di semi e burro).

Tra i ragazzi della scuola media inferiore si azzerò il consumo d'alco-

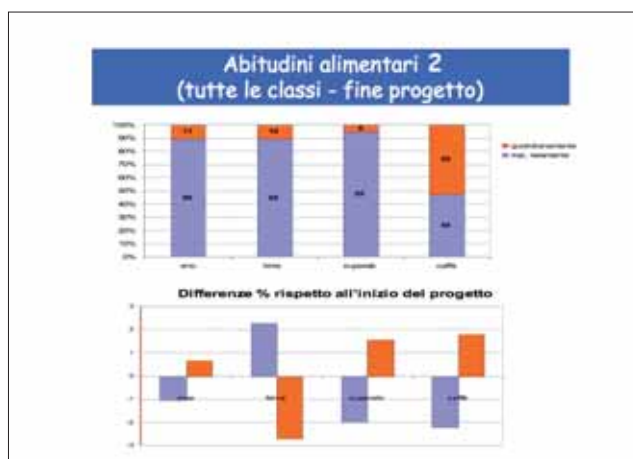
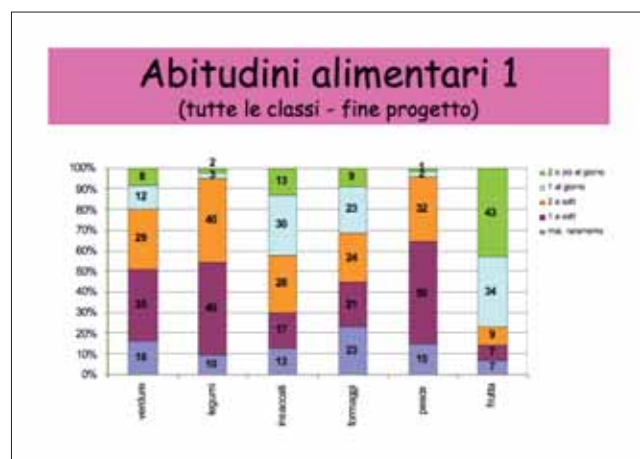
lici (già poco significativo) e si riduce del 21% quello del caffè; in lieve aumento il consumo quotidiano di vino e superalcolici per le II superiori, mentre è in calo per gli studenti delle IV, per i quali però aumenta del 12% il consumo di caffè.

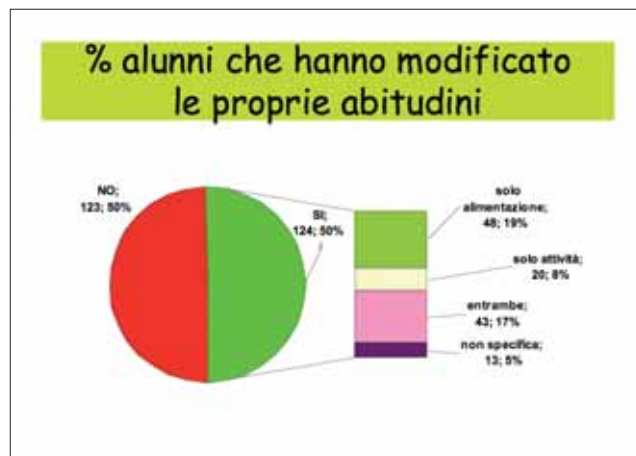
Tempo libero

La TV riscuote sempre il massimo gradimento senza grandi differenze tra maschi e femmine.

Sono i maschi di I media e quelli di una II superiore quelli che trascorrono il maggior tempo davanti al PC (112').

Si è avuto un incremento dell'attività fisica, soprattutto per quel che attiene il passeggiare (max. incremento da parte delle femmine della scuola media inferiore) e la camminata a passo svelto o corsa breve.





Incremento anche nella pratica di sport da parte dei ragazzi della scuola media inferiore; stabili i dati per le scuole superiori.

È stato fatto anche un confronto, limitatamente ai dati iniziali, con una Scuola Superiore di Roma (classi II e IV di un Liceo Scientifico) per valutare se, per quel che attiene le abitudini di base tra i ragazzi, vi fossero differenze geografiche: i risultati hanno dimostrato sostanzialmente un'omogeneità nelle abitudini alimentari e solo qualche lieve diversità per quel che attiene lo sport, anche riguardo alle differenti offerte locali.

Considerazioni conclusive

Una risposta maggiore nei ragazzi della scuola media inferiore può essere ascrivibile:

- all'età inferiore che determina una risposta giusta ad uno stimolo da parte degli insegnanti;
- il progetto è stato portato avanti dagli insegnanti in modo più costante per tutto l'anno scolastico;
- un coinvolgimento maggiore diretto e/o indiretto da parte delle famiglie.

Uno dei postulati di partenza era anche valutare la capacità di modificare un comportamento riguardo all'età perché è più semplice

evitare o far evitare di acquisire comportamenti errati, piuttosto che modificare comportamenti già stabilizzati. Occorre agire precocemente, cercando di

informare correttamente la famiglia sin dall'inizio del processo educativo - formativo del neonato.

La scuola può rappresentare un utile terminale, ma richiede interventi costanti e condivisi, non episodici.

I processi possono determinare risultati corretti se in primo luogo sono fatti propri dagli insegnanti, poi condivisi anche dalla famiglia.

Due proposte

1 Partire da questi dati per impostare un nuovo progetto che coinvolga ancor di più i ragazzi nella realizzazione pratica del progetto. Elaborare una dieta condivisa, basata su quella mediterranea, attualizzandone contenuti e proposte, coinvolgendo maggiormente le famiglie.

2 Le Associazioni si facciano carico in primis di preparare gli insegnanti, in modo da favorire percorsi autonomi da parte delle scuole; specialisti ed Associazioni devono svolgere un ruolo di supporto nell'ambito del progetto.



CALABRIA

DI MARILENA MATTA



News dalla Calabria

La Calabria ha celebrato l'evento "Cardiologie Aperte" con grande partecipazione ed entusiasmo, sono state infatti 16 le Cardiologie calabresi che hanno aderito all'iniziativa nazionale che quest'anno ha avuto come tema "Mantieni Giovane Il Tuo Cuore".

Ogni Cardiologia ha inteso personalizzare l'evento con manifestazioni volte a rinsaldare il legame tra le cardiologie ospedaliere e le comunità (Cardiologie di Comunità).

La popolazione tutta è stata infatti invitata a visitare i reparti e i servizi di Cardiologia per discutere con gli addetti ai lavori di tematiche volte a conoscere e a combattere i principali fattori di rischio. Per un giorno i Cardiologi ospedalieri insieme al personale infermieristico sono stati a disposizione dei cittadini: a Cariati, Rogliano, Trebisacce come a Paola, a Catanzaro, a Lamezia Terme, a Soveria Mannelli, a Melito Porto Salvo, a Scilla e a Soriano la manifestazione ha coinvolto molti cittadini che hanno partecipato ai dibattiti e hanno commentato insieme ai Cardiologi anche gli opuscoli illustrativi sulla fibrillazione atriale, sullo scompenso cardiaco e su come "mantenere giovane il cuore".

In alcune Cardiologie, come quella dell'Ospedale di Cetraro, è stata organizzata la *camminata del cuore*, per sensibilizzare i cittadini a modificare stili di vita troppo sedentari. In Cala-

bria infatti lo scenario dell'incidenza dei fattori di rischio cardiovascolari non è sicuramente confortante, basta ricordare che il 60% della popolazione calabrese ha il colesterolo elevato e un calabrese su 4 è iperteso; la sedentarietà poi è un altro fattore di rischio da combattere, infatti il 40% dei calabresi non fa attività fisica.

Altre news dalla Calabria vengono dal Consiglio Regionale che si è svolto a Lamezia Terme. Nell'introdurre i lavori il Dott. Butera ha salutato il nuovo presidente regionale Heart Care Foundation, Dott.ssa Marilena Matta, presente ai lavori, ringraziandola per avere accettato l'incarico. Il Dott. Butera ha inoltre comunicato che il Dott. Giuseppe Leone è stato designato come Responsabile Regionale dell'Area Management & Qualità.

Il Consiglio Direttivo si è poi soffermato sui Corsi Learning che l'ANMCO Regionale dovrà svolgere nel prossimo anno. Si è deciso di affrontare tre tematiche principali assestando le date e le sedi.

In particolare:

- "Cardiopatía ischemica cronica" 5 maggio 2007 a Catanzaro
- "Sincope" 30 giugno 2007 Reggio Calabria
- "Fibrillazione atriale" 13 ottobre 2007 Crotona.

Il Presidente ha inoltre comunicato che l'Assessore Regionale ha dato la sua adesione verbale all'evento che

l'ANMCO Nazionale effettuerà in Calabria a Lamezia Terme il 2 febbraio 2007 sulla rete dell'emergenza. Tuttavia il Consiglio Direttivo, non essendo stato ancora ricevuto, per come richiesto nella lettera del 7 luglio 2006, ha reiterato all'Assessore la richiesta di convocazione per discutere alcune problematiche attuali ed incombenti quali:

- La questione del trasferimento dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta ed i rapporti con il 118, oggetto già di una problematica sollevata con insistenza dalla precedente Presidenza del Dott. Mario Chiatto, e che sta moltissimo a cuore a tutti i Cardiologi calabresi per le implicazioni gestionali ed organizzative
- Ruolo delle Cardiologie nel Piano Sanitario (ed eventuale implementazione, nello stesso Piano, della Rete delle Emergenze)
- Rinnovo tecnologico
- Prevenzione delle malattie cardiovascolari.

A Gizzeria Lido il 2 febbraio 2007 si effettuerà l'evento istituzionalizzato dall'ANMCO Nazionale "Rete interospedaliera e Linee Guida per le Sindromi Coronariche acute" al quale, appunto, interverrà anche l'Assessore Regionale alla salute. Tutti i Consiglieri si sono detti d'accordo che tale Convegno può costituire un momento di coinvolgimento di tutta la Cardiologia calabrese.

FRIULI VENEZIA GIULIA

DI DANIELA PAVAN



Notizie dal profondo Est

I Friuli Venezia Giulia è una piccola regione situata all'estremo confine nord-orientale della nostra penisola; queste dimensioni e questa collocazione possono di per sé costituire uno svantaggio: isolamento, chiusura, insomma tutte le problematiche proprie di una situazione di periferia, o di confine.

Queste caratteristiche tuttavia possono costituire anche un elemento di vantaggio, perché le relazioni fra professionisti possono risultare facilitate dalle brevi distanze, e la consuetudine all'interazione fra professionisti, ormai consolidata, può essere motivo di stimolo e di crescita culturale.

L'attuale Consiglio Direttivo è partito anche da queste considerazioni per formulare un programma per il prossimo biennio ed identificarne i punti qualificanti, mantenendo una strategia di continuità con l'operato del Consiglio Direttivo precedente.

Liste di attesa

Il problema della razionalizzazione delle liste d'attesa è molto sentito in Friuli Venezia Giulia. Già nel precedente biennio si sono svolti alcuni incontri con i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale nel tentativo di condividere una strate-

gia e criteri comuni. Era anche stato proposto e condiviso un documento sui criteri di appropriatezza per la richiesta degli esami ecocardiografici; l'applicazione pratica peraltro si era arenata anche per motivi contingenti.

I criteri utilizzati per la richiesta di una visita cardiologica da parte dei Medici di Medicina Generale sono estremamente eterogenei fra le varie realtà provinciali o di area vasta, in particolare per quanto attiene i codici di priorità, elemento questo che rende la situazione ancora più confusa.

D'altra parte qualsiasi tentativo di incidere realmente sulla gestione delle liste d'attesa non può prescindere dall'interazione con il decisore pubblico, oltre che con i rappresentanti della Medicina Generale.

Si è ritenuto opportuno pertanto procedere alla raccolta ed al censimento delle modalità utilizzate nelle varie realtà locali nella prescrizione della visita cardiologica; tali dati andranno analizzati per poi attivare un tavolo di confronto con i Medici di Medicina Generale, al fine di ottenere una maggiore omogeneità nel territorio regionale. Questo obiettivo prevede il coinvolgimento della Agenzia Regionale di Sanità come protagonista attivo, allo

scopo di ottenere finalmente una migliore e più omogenea gestione delle liste d'attesa, basata su criteri di equità e di appropriatezza.

Scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco è una patologia cronica, con prevalenza, incidenza ed assorbimento di risorse esponenziali con l'età. Recentemente è stato pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia il documento di Consenso sul "Percorso assistenziale del paziente con Scompenso Cardiaco" a cui hanno dato il loro contributo tutte le Società Scientifiche Nazionali coinvolte nella cura del paziente con scompenso.

I modelli di gestione integrata dello scompenso hanno dimostrato significativi vantaggi sia in relazione allo stato funzionale, alla qualità di vita, all'adesione ed autogestione di una terapia che è il più delle volte molto complessa, alla individuazione dei casi a rischio di instabilizzazione, al controllo della progressione della malattia ed alla riduzione dei ricoveri ospedalieri, in particolare di quelli ripetuti.

Emerge sempre più chiara la considerazione che il centro della cura delle patologie croniche, e lo scompenso tra queste, debba spo-

starsi verso il territorio e le cure primarie. L'assistenza sanitaria deve essere principalmente organizzata a livello territoriale, dove solo la capillarità di intervento della Medicina Generale garantisce una possibilità di monitoraggio e di presa in carico del paziente deospedalizzato.

L'obiettivo è da una parte quello di garantire una adeguata assistenza alla maggioranza dei pazienti con scompenso cardiaco, con competenza ed intensità proporzionale alla complessità clinica, dall'altra fornire gli strumenti alle ASL per monitorare la qualità delle prestazioni ed i costi sanitari.

Il Cardiologo ha un duplice ruolo: quello di supporto alle altre figure coinvolte con un coinvolgimento crescente a seconda dell'entità della patologia, e quelli di presa in carico del paziente ad elevata complessità clinica.

Vi è quindi la necessità di un coordinamento fra gli aspetti relativi alla delega della cura di molti pazienti scompensati a internisti e Medici di Medicina Generale con la necessità di dare al paziente più complesso un supporto cardiologico adeguato, partendo dall'epidemiologia del bacino di utenza (area vasta), quale strumento di epidemiologia gestionale da utilizzare da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti sul campo.

I punti critici dell'attuale ge-

stione del paziente scompensato possono essere identificati in:

- mancanza di protocolli condivisi a tutti i livelli e di una chiara identificazione del percorso intra ed extraospedaliero
- scarsa comunicazione internista ospedaliero - cardiologo - medico di Pronto Soccorso-Area Emergenza, e con la Medicina Generale
- mancanza di chiari punti di riferimento per il paziente ed il MMG
- carenza gestionale al paziente con scompenso terminale.

Nelle varie aziende del Friuli Venezia Giulia sono già operativi modelli gestionali eterogenei, creati e realizzati senza o con scarso supporto istituzionale locale; d'altra parte l'esperienza in questo settore è in alcune realtà molto avanzata, costituisce un patrimonio comune per tutta la regione ed è un ottimo punto d'avvio per riflessioni ed analisi, anche critiche, dell'esistente.

Partendo da queste considerazioni

il Gruppo Scompenso dell'ANMCO Friuli Venezia Giulia ha proposto alla locale Agenzia Regionale della Sanità di rendersi promotrice della creazione a livello aziendale e di Area Vasta di iniziative atte alla maggiore integrazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale con l'obiettivo di elaborare un "progetto pilota" per l'assistenza al paziente con scompenso cardiaco, da iscriversi all'interno della rete assistenziale al paziente cronico.

Attività culturali

il Friuli Venezia Giulia, nonostante sia una regione piccola, si è spesso contraddistinto per l'attività culturale piuttosto vivace.

Le iniziative che vi si svolgono sono davvero molte, ed alcune di queste costituiscono ormai un patrimonio consolidato della Cardiologia Regionale.

L'obiettivo che il Consiglio Direttivo vuole sviluppare in questo ambito

è di dare voce alle Cardiologie di piccole-medie dimensioni, quelle che nella sostanza sono il perno della Cardiologia del territorio ma che rischiano di pagare un prezzo in termini di isolamento e di marginalità.

Nello stesso tempo si è concordato di creare degli spazi di attività culturale coordinati e gestiti dai Cardiologi più giovani, in modo tale da poterne favorire l'impegno attivo all'interno dell'ANMCO.



Roy Lichtenstein, *M-Maybe*, 1965

MARCHE

DI DOMENICO GABRIELLI E LAURA MARIANI

Psicologia e cardiopatia**Un percorso difficile ma ricco di soddisfazioni**

La relazione tra psiche e cuore è cosa risaputa ormai tanto da aver dato vita a vari filoni di intervento in Psicologia; dallo studio dei profili di personalità delle persone cardiopatiche, alla ricerca di indici per la valutazione della qualità di vita e la capacità di adattamento alla malattia.

Nei pazienti affetti da cardiopatie sono comuni ansia e depressione, sia pure di grado moderato, talora accompagnati da sintomi come cattiva qualità del sonno, scarsa concentrazione, mancanza di energia e un tono dell'umore basso. Meno frequenti sono invece ansia e depressione, più gravi e persistenti (spesso misconosciute e trattate in modo inadeguato) non considerabili come reazione appropriata alla patologia cardiaca.

Le dimensioni che da un punto di vista psicologico possono essere ritenute variabili importanti nella gestione della malattia sono poi gli aspetti psicoaffettivi propri del paziente e della sua famiglia, la qualità della vita, l'aderenza ai trattamenti/controlli e il "coping", come strategia di adattamento alla patologia. Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona ha avuto inizio a marzo del 2006 una collaborazione tra il Dipartimento

di Medicina Cardiovascolare (comprendente il Presidio Monospecialistico Lancisi) e la Struttura Semplice di Psicologia, che si è concretizzata attraverso programmi integrati e interventi stabili concordati all'interno di varie Unità Operative.

In particolare le collaborazioni programmate riguardano la Cardiocirurgia e, nell'ambito della Struttura Complessa di Cardiologia:

1. Degenza subintensiva
2. Unità Scopenso Cardiaco
3. Cardiologia Pediatrica – UTIP
4. Cardiologia Riabilitativa.

L'intervento psicologico

Le popolazioni di pazienti su cui si è concentrato l'intervento psicologico sono: pazienti con Scopenso Cardiaco in regime di ricovero ed ambulatoriali, pazienti con cardiopatie congenite, pazienti affetti alla Cardiologia Riabilitativa, pazienti ricoverati per essere sottoposti ad intervento chirurgico, familiari dei piccoli pazienti della Cardiologia Pediatrica.

Pazienti con scopenso cardiaco

Essi incontrano lo psicologo in regime di ricovero e in occasione dei controlli ambulatoriali una volta la settimana.

In questa fase iniziale ancora di sperimentazione, oltre al colloquio clinico individuale, vengono utilizzati, se necessari, una valutazione diagnostica di personalità e/o uno screening neuropsicologico breve. In una seconda fase, saranno utilizzati questionari standardizzati per la valutazione della qualità della vita connessa alla salute (HRQL - Health Related Quality of Life).

Pazienti con cardiopatia congenita

Per tale popolazione di pazienti, che spesso comprende anche giovani soggetti, si sta diversificando l'intervento psicologico, sia in relazione all'età che allo stile di vita. In questa prima fase di valutazione diagnostica, vengono approfondite, attraverso reattivi psicodiagnostici mirati, la soddisfazione soggettiva e la qualità di vita; la valutazione e l'indagine delle singole aree prese in esame, unite al colloquio clinico consentiranno di approfondire gli aspetti della vita del paziente e di individuare, anche da un punto di vista terapeutico, l'intervento più corretto.

Cardiочirurgia

In questa prima fase organizzativa e di osservazione, vengono effet-

tuati colloqui individuali con i degenti in attesa di intervento chirurgico. Successivamente, in relazione alle specifiche competenze psicoterapeutiche, si è deciso di procedere con incontri gruppalari. L'intenzione è quella di offrire, nell'ambito di tali sedute, soprattutto uno spazio di contenimento, in cui accogliere i timori e le ansie legate nello specifico all'intervento.

In prossimità della dimissione verrà segnalata ai pazienti la possibilità loro operata di partecipare ad un percorso psicoterapeutico, utile alla elaborazione di quanto accaduto e per affrontare più adeguatamente, il decorso della malattia, i cambiamenti dello stile di vita richiesti dalle terapie e la fatica di adattarsi ad un nuovo stato di salute.

Cardiologia Riabilitativa

La collaborazione con questo servizio è già iniziata negli anni 2004-2005, quando si sono affiancati alla Riabilitazione Cardiologica, trattamenti in gruppo di training autogeno, metodo di autodistensione, finalizzato alla modifica di tensioni psichiche e corporee. Grazie a questa tecnica di rilassamento i pazienti hanno raggiunto obiettivi principali come la riduzione dell'ansia, l'induzione di rilassamento muscolare e un miglioramento della qualità della vita; obiettivi secondari sono stati poi un maggior autocontrollo, minor tensione e irritabilità, riduzione della paura e dei disturbi psicofisici.

Quest'anno ai pazienti in trattamento riabilitativo saranno somministrati questionari standardizzati per la valutazione della qualità della vita connessa alla salute (HRQL - Health Related Quality of Life) al momento iniziale e finale della terapia.

Inoltre, in accordo con le Linee Guida Nazionali della Cardiologia Riabilitativa, si è individuato un secondo tipo di intervento, definibile "psicoeducazionale". Si stanno infatti selezionando tra i pazienti che afferiscono alla Riabilitazione, quanti potrebbero avvalersi anche di un intervento psicoterapeutico di gruppo, in cui si potranno affrontare temi rilevanti per questa specifica tipologia di pazienti: il decorso della malattia, il suo impatto sulla persona e sulla famiglia, la ripresa della vita "normale", pur con le sue paure e le sue limitazioni, ecc.

Il gruppo aperto, composto da un massimo di 10-12 persone, si riunirà ogni 15/20 giorni in sedute della

durata di 90'. Ogni candidato sarà preliminarmente sottoposto a colloquio individuale e a valutazione psicodiagnostica, che verrà ripetuta alla uscita dal gruppo.

Cardiologia pediatrica

L'intervento dedicato ai familiari dei piccoli cardiopatici, che ne fanno richiesta o sono segnalati dall'U.O., è rivolto a contenere l'intensa sofferenza della coppia genitoriale e ad aiutarla a elaborare vissuti quali angoscia, depressione, sensi di colpa, rifiuto, rabbia, inadeguatezza, ecc., che inesorabilmente come genitori sperimentano durante la degenza ospedaliera del proprio figlio.

Conclusioni

Quello appena descritto è un esempio di proficua collaborazione interdisciplinare che speriamo venga ulteriormente esteso e possa fungere da impulso per analoghe iniziative in altre strutture.



LIGURIA

DI STEFANO DOMENICUCCI



Genova, 4 novembre 2006: la Rete è stata lanciata... Opera seria in tre atti + uno da scrivere

Il 4 novembre scorso si è svolta a Genova l'edizione ligure della campagna su "Rete Interospedaliere e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute" organizzata dall'ANMCO sotto l'egida FIC, in collaborazione con SIC e GISE ed il contributo di SIMEU e SIS 118.

Il Convegno, caratterizzato da una ampia partecipazione di tutti gli operatori dell'Emergenza e dell'Assessorato alla Salute della Regione, è stato molto positivo e soprattutto propositivo riguardo ad iniziative culturali ed organizzative finalizzate a migliorare i percorsi dell'Emergenza cardiologica in Liguria. Ora tocca ai Soci passare all'azione.

Sabato 4 novembre 2006: a Genova vanno in scena le Reti sulle Sindromi Coronariche Acute e gli approfondimenti culturali ed organizzativi per definire una gestione appropriata ed efficace dei pazienti infartuati.

Il prologo è per la FIC, con la breve apertura a quattro mani dei Presidenti SIC e ANMCO della Liguria, poi il sipario si apre per davvero con la Sessione "Le Reti interospedaliere per il trattamento delle Sindromi Coronariche Acute: gli attori e la pratica in Liguria" relativa alla definizione dei ruoli dei vari opera-

tori dell'emergenza nella gestione delle SCA. La sessione è risultata efficacemente scandita dalle relazioni dei Soci ANMCO e dei Presidenti SIMEU e SIS 118 per la Liguria.

Si è subito capito che il copione era serio, non una "vetrina" per far calcare le scene a qualche primadonna, ma l'occasione per una compagnia di attori-operatori appassionati e fortemente motivati a recitare per un unico soggetto: migliorare la gestione dell'emergenza cardiologica attraverso la riduzione dei tempi di diagnosi e cura delle SCA, la corretta stratificazione dei pazienti, la scelta della terapia più appropriata, l'analisi accurata dei risultati ottenuti, le proposte per migliorare ancora l'organizzazione sanitaria delle emergenze cardiologiche. Il sipario su questa sessione si è chiuso con una vivace discussione e dibattito che ha coinvolto tutto l'auditorio da cui sono emerse criticità e proposte rimandate al secondo atto.

La seconda parte del Convegno è stata rappresentata in forma di Tavola Rotonda dal titolo "Le Reti interospedaliere per il trattamento delle Sindromi Coronariche Acute: dalla teoria alla pratica", organizzata dai Soci ANMCO per entrare nel vivo della organizzazione della sa-

nità regionale, mettendo a confronto primari e direttori generali in presenza – e con l'intervento finale – dell'Assessorato alla Salute della Regione.

Passando temporaneamente dal linguaggio teatrale a quello sportivo, si può dire che il match è finito in parità, intesa nel senso letterale di una discussione "inter pares", dove i Cardiologi hanno esposto con chiarezza e con precisi dati alla mano le principali criticità nella gestione delle SCA in Liguria, proponendo agli operatori amministrativi e all'Assessorato alla Salute i nodi cruciali da sciogliere nella rete dell'Emergenza.

Non ci si è fermati alle osservazioni generali, ma si è scesi nei dettagli epidemiologici, clinici ed organizzativi, proponendo una filosofia di rete tra aziende sanitarie ed ospedaliere e identificando talune pesanti carenze.

All'interno della tavola rotonda è stata inoltre lanciata la proposta di uno Studio Osservazionale Ligure sullo STEMI, sulla falsariga di quanto già fatto in altre Regioni. Chiusura di sipario con la sensazione di avere un po' scrollato le spalle a chi ha il compito di definire scelte strategiche ed allocazione di risorse.

Con il terzo atto, dal titolo "Le Reti

interospedaliere per il trattamento delle Sindromi Coronariche Acute: Dalla pratica alla messa in pratica”, la scena si è spostata ulteriormente sugli aspetti pratici del lavoro degli operatori dell'emergenza in Liguria, chiamati sul palco a condividere le tematiche proposte dalla campagna educativa, ma con il compito di adattare il copione alla realtà ligure: medici del SS 118 e del Pronto Soccorso hanno condiviso con i Cardiologi la trattazione di aspetti quali la formazione del personale sanitario, i modelli organizzativi per il trasporto del paziente al laboratorio di emodinamica nell'ambito di un sistema Hub & Spoke, modalità appropriate di raccolta dati in un'ottica di audit e corretta verifica dei risultati, ed i progetti di educazione sanitaria dei cittadini che ha visto la “partecipazione straordinaria” di un noto giornalista medico che da tempo cura la pagina della salute del principale quotidiano ligure.

Questa parte del Convegno è risultata forse la più partecipata dall'uditorio, chiamato in causa più volte dagli stessi relatori attraverso un'attenta definizione delle questioni aperte e con interessanti e reali spunti di discussione.

Alle ore 17.00 il “teatro” era ancora gremito, e ci si è lasciati con la sensazione che l'opera appena rappresentata necessiti di un quarto atto, scritto a più mani ed in grado di rappresentare meglio alcuni aspetti dell'Emergenza cardiologica in Liguria e di ridefinire alcune

parti del copione come la qualità ed efficacia dei percorsi organizzativi e la giusta allocazione di risorse umane e finanziarie per ottenerle, la soddisfazione professionale degli operatori dell'Emergenza quotidianamente e silenziosamente impegnati per superare le fasi acute della cardiopatia ischemica.

Ora spetta a noi tutti, Soci dell'ANMCO ligure, prendere in mano il copione per proporre nuovi paragrafi dello stesso, renderlo più agile ed attraente per il pubblico e per l'attore, sia esso il paziente o l'operatore sanitario o il rappresentante istituzionale. Servono più autori per questa parte del testo, perché è venuto il momento di mettere da parte gli attori istrioni che recitano da soli e passare ad un copione per una rappresentazione “corale”.

La costruzione di una sanità pubblica basata sulla Organizzazione in Rete è stata fortemente auspicata e promossa dalle istituzioni re-

gionali in Liguria con dimostrata volontà di coinvolgere in questo gli operatori sanitari; a questo fanno riscontro le grandi energie culturali ed organizzative messe in campo da ANMCO e FIC per approfondire, definire e condividere i percorsi dell'Emergenza ben codificati nel Documento sulle Reti pubblicato sull'Italian Heart Journal insieme a SIMEU e SIS 118.

La giornata del 4 novembre scorso ha messo l'uno di fronte all'altra queste istanze, dando ampio contenuto scientifico e definendo appropriati percorsi organizzativi certamente utili alla realizzazione di una impostazione di tipo politico su cui l'Assessorato si è più volte sbilanciato.

Gli esperti e operatori dell'Emergenza sono a disposizione per scrivere il quarto atto dell'opera, con la consapevolezza che la recita non deve essere fine a se stessa, e che di *Incompiuta* destinata al successo se ne è scritta una sola.



Rappresentazione teatrale

LOMBARDIA

DI ANTONIO MAFRICI



Dal Consiglio Regionale lombardo

Il nuovo Consiglio Regionale, ufficialmente insediato il 3 giugno scorso, si è già riunito due volte a ranghi pressoché completi.

Per la presenza di ben sei nuovi Consiglieri (ricordiamo che il numero è stato elevato da sette a nove) queste prime riunioni sono servite a definire l'ambito di azione del Consiglio Regionale, a valutare le proposte dei singoli Consiglieri, a pianificare le attività future e ad attribuire ai singoli degli incarichi ben definiti, anche alla luce dell'attuazione di campagne nazionali che richiedevano l'individuazione di responsabili organizzativi e alla richiesta, da parte di alcune aree, di responsabili regionali.

In base alla decisione concordata in seno al Consiglio, per la implementazione della Consensus sullo scompenso e per la task force sul risk management promossa dall'Area Management & Qualità sono stati individuati rispettivamente il Dott. Roberto Pedretti (Tradate), referente provinciale, e la Dott.ssa Maddalena Lettino, consigliere.

Nella stessa seduta sono state definite le possibili date per la campagna Nazionale su scompenso, morte improvvisa e ruolo dei devices (3 marzo 2007) e per l'imple-

mentazione della Consensus sulle reti per le SCA (due date, una in maggio e una in ottobre 2007, da concordare con tutte le Società Scientifiche interessate e le autorità regolatorie).

Per le dimissioni del Dott. Capomolla, che ha assunto la dirigenza di una struttura riabilitativa in altra Regione, si è provveduto a formalizzare l'incarico al primo dei non eletti, ovvero alla Dott.ssa Anna Frisinghelli, della struttura ospedaliera riabilitativa di Rho (Milano), che ha preso il posto del Dott. Capomolla anche come referente per l'Area Nursing, e del Dott. Franco Cobelli come referente per HCF, per il settore Lombardia Ovest (assieme al Prof. Paolo Giani che coordinerà anche il lavoro della Dott.ssa Frisinghelli oltre ad occuparsi del settore Lombardia Est).

È stato riconsiderato il ruolo del referente provinciale, alla luce dell'alternante efficacia dell'azione degli stessi.

È stato deciso di riconfermare, previa accettazione, quasi tutti i precedenti referenti, che saranno più direttamente coadiuvati dai componenti del Direttivo Regionale.

È stato inoltre deciso che i referenti delle province non presenti

in Consiglio, dovrebbero partecipare a pieno titolo alle riunioni del Consiglio stesso, in maniera tale da coprire le esigenze di tutta la periferia.

Per quanto riguarda il programma, sono state riesaminate le precedenti linee programmatiche, ritenute ancora valide come linea guida, e l'attività impostata per cercare di creare un circuito regionale in grado di raccogliere dati clinici e condurre veri e propri studi di carattere regionale.

È in corso la valutazione delle nuove e vecchie proposte e la possibilità di interfacciarsi fattivamente con le altre Società Scientifiche.

Per quanto riguarda il Censimento, si tenterà di farlo completare da parte delle strutture lombarde che non hanno risposto, o lo hanno fatto in maniera incompleta, con un'azione diretta dei Consiglieri sui responsabili delle singole unità operative.

Proseguono per il 2006 i Corsi residenziali SCA e diabete, che nel 2007 diventeranno iniziativa nazionale; è prevista una Convention delle UTIC lombarde; sono in corso di valutazione alcuni eventi regionali promossi dall'Area del Circolo Polmonare, con l'idea di

creare un registro; sono in corso contatti con la SIEC (Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare) e l'AMD per corsi di formazione destinati ai diabetologi.

Grazie alla riconosciuta intensa e proficua collaborazione con i diabetologi, sono in fase di avvio incontri con la Dott.ssa Franzosi dell'Istituto Mario Negri per gettare le basi per un registro e un successivo studio di intervento sui pazienti con diabete e SCA.

Per quanto riguarda il rapporto con le autorità regolatorie, la situazione sembra aver preso, con la formalizzazione della commissione per l'attuazione del piano per le malattie cardio-cerebrovascolari, una strada molto promettente. Sono state costituite tre sottocommissioni (una per l'emergenza, una per lo scompenso, una per la riabilitazione e la prevenzione) che hanno già iniziato la produzione di documenti specifici e hanno in corso la elaborazione di modelli sia valutativi che gestionali dell'attività sanitaria specifica. In particolare, per la sottocommissione per l'emergenza cardiologica (che aveva preso le mosse in anticipo rispetto alle altre) la Regione metterà a disposizione su supporto elettronico il database contenente tutte le informazioni desumibili dalle SDO (escluse ovviamente quelle personali) per una valutazione di outcome e appropriatezza. Sarà inoltre possibile, a breve, avere i dati anche dalle ASL per valutare il consumo di ri-

orse al di fuori dell'ospedale.

Nel frattempo, grazie anche ai dati del registro LombardIMA (gestito dalla SICI-GISE, a partenza, quindi, dai laboratori di emodinamica) sarà possibile avere, per una buona parte dei pazienti, dati clinici non desumibili dalle SDO.

Il risultato di questo lavoro sarà quello di ottenere una fotografia reale del trattamento ed outcome delle SCA in Lombardia, individuando punti di forza e carenze da regolarizzare.

Sempre in assessoreto, verrà presentato assieme all'AMD (diabetologi) un progetto di ricerca per la valutazione di tutti i tipi di intolleranza glicidica (prognosi e sviluppo di un franco diabete mellito) nei soggetti coronaropatici al di fuori della fase acuta, nella speran-

za di poter avere un finanziamento indipendente.

Da segnalare ancora le difficoltà della riabilitazione cardiologica in Lombardia che, a seguito di alcune delibere regionali, corre continuamente il rischio di dover dipendere dai fisiatri: l'ultima, corretta poi da una circolare esplicativa, escludeva i cardiologi, ma non gli pneumologi, dalla possibilità di firmare le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione (che avrebbero dovuto essere perciò firmate da un fisiatra). In questo senso, l'azione a suo tempo (2004) svolta da ANMCO e GIRC, ammessi ad un'audizione privata in Commissione Regionale, non ha sortito grandi effetti, nonostante le rassicurazioni e l'apprezzamento per il contributo offerto.



Umberto Boccioni, *Dinamismo di un ciclista*, 1913

PUGLIA

DI PASQUALE CALDAROLA, MARIA CUONZO, GIOVANNA GERMINARIO, MARIA MARCONE

Il 24 settembre a Terlizzi in Puglia Cardiologia all'aperto

Il 24 settembre, in occasione della Giornata mondiale del cuore e dell'iniziativa Cardiologie Aperte promossa dall'ANMCO e dall'Heart Care Foundation, gli operatori della Cardiologia di Terlizzi hanno allestito una grande tenda nella piazza principale del paese, nei pressi di un chiostro settecentesco, con la collaborazione della locale sezione della protezione civile, grazie alla disponibilità del Sindaco, dell'amministrazione comunale e della Direzione Generale della ASL BA/2. Dalle ore 9.00 alle ore 13.00, sei Cardiologi (Pasquale Caldarola, Cinzia Fiorentino, Giovanna Germinario, Nicola Lamanna, Antonio Tota e Francesco Troso) dell'Ospedale di Terlizzi, dieci infermieri ed una dietista sono stati a disposizione dei cittadini per fornire informa-

zioni, distribuire materiale illustrativo, calcolare il rischio cardiovascolare, spiegare come mantenere un cuore giovane più a lungo, riducendo il rischio di malattie cardiovascolari.

Hanno provveduto a raccogliere l'anamnesi della popolazione intervenuta e ad effettuare le misurazioni di Glicemia e Colesterolemia, della pressione arteriosa, del peso corporeo, altezza e circonferenza addominale. Ai cittadini convenuti, informati sui dati rilevati, sono stati forniti consigli relativi a misure da intraprendere per ridurre i fattori di rischio cardiovascolare emersi ed, in qualche caso, invito ad ulteriori approfondimenti diagnostico-terapeutici.

All'iniziativa e allo screening hanno partecipato il Presidente della

Giunta Regionale On. Nichi Vendola, l'On. Gero Grassi, il Sindaco di Terlizzi Ing. Vincenzo di Tria, il Dott. Rocco Canosa, Rino Valente e Franco Bux della direzione generale della ASL BA/2.

Tra 184 cittadini esaminati, 141 erano uomini (U) (76,6%) e 43 donne (D) (23,3%), di età media sui 52.7 anni (range 22-85 anni).

Iperensione arteriosa

Il dato più significativo è stato il riscontro di ipertensione arteriosa con una prevalenza negli U del 49% e nelle D del 23%; solo il 55% degli U era in trattamento, e fra questi solo il 35% presentava un buon controllo dei valori pressori; migliore la situazione nelle donne esaminate: il 90% era in trattamento ed il 78% con un buon controllo. Interessante il dato emerso sui cit-



Medici e infermieri della Cardiologia di Terlizzi con la direzione Generale della AUSLBA-2, il sindaco di Terlizzi, l'On. Gero Grassi ed il presidente della regione Puglia Nichi Vendola.



Il presidente della regione Puglia Nichi Vendola che si sottopone a controllo della P.A.

tadini che non sapevano di essere ipertesi: nel 15,6% degli U e nel 13,9% delle D sono stati riscontrati valori elevati di pressione arteriosa dapprima mai rilevati.

Ipercolesterolemia

Prevalenza del 57% negli U e del 24% nelle D; il 26,9% degli U ed il 34,8% delle D dislipidemicici è venuto a conoscenza di tale condizione durante il nostro controllo.

Abitudine tabagica

Riferita dal 19% degli U e dal 9,3% delle D.

Sedentarietà

Risultata presente nel 76,6% degli U e nell'81,4% delle D.

Obesità

Molto elevata è risultata la prevalenza di sovrappeso ed obesità nella popolazione esaminata; per quanto riguarda la circonferenza addominale sono stati riscontrati valori \geq di 88 cm nel 53,5% delle D e valori \geq 102 cm nel 37% degli U; il BMI è risultato \geq 25 nell'83% degli U e nel 62,7% delle D; il 34,7% degli U ed il 30,2% delle D presentava BMI \geq di 30. I valori di circonferenza addominale e di BMI tendono ad aumentare in maniera lineare con l'età nelle donne, mentre negli uomini si ha un incremento significativo dopo i 40 anni (fig. 1).

Nella figura 2 è rappresentata la percentuale di soggetti che ha scoperto durante la nostra iniziativa fattori di rischio in precedenza non noti.

Nella figura 3 sono rappresentati i fattori di rischio emersi rispettivamente negli U e nelle D.

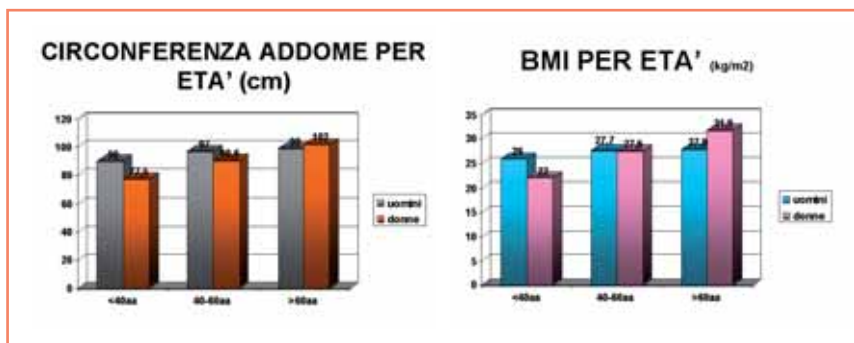


Figura 1

Le percentuali dei fattori di rischio raccolte sulla base dei dati anamnestici sono risultate molto diverse rispetto a quelle dei dati effettivamente rilevati; solo il 20% dei soggetti sapeva di presentare due o più fattori di rischio, ma in realtà la percentuale dei soggetti ad alto rischio riscontrati nella giornata è stata del 51% (fig. 4).

Quella del 24 settembre è stata una iniziativa utile per sensibilizzare i cittadini, sia giovani che anziani, a mettere in atto misure semplici, ma tanto efficaci per mantenere giovane il proprio cuore; una dieta adeguata, una regolare attività fisi-

ca di tipo aerobico, l'astensione dal fumo ed un adeguato controllo dei valori di pressione arteriosa e di colesterolo, possono ridurre significativamente il rischio di andare incontro ad infarto, ad ictus cerebrale e a scompenso cardiaco.



Figura 2

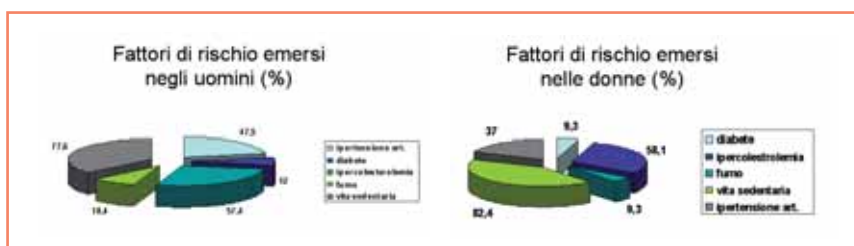


Figura 3



Figura 4

PUGLIA

DI P. CALDAROLA, C. D'AGOSTINO, G. IGNONE, A. MARCHESE, A. MONTINARO

La Rete interospedaliera per le Sindromi Coronariche Acute in Puglia

Discusso al Congresso Regionale il Protocollo operativo con SIC - SIMEU - SIS 118

Il 20 novembre si è tenuta a Bari la Campagna Educazionale sulla Rete Interospedaliera per la gestione dei pazienti con SCA. La Puglia, dopo Abruzzo, Campania, Emilia, Liguria, Molise, Piemonte ed Umbria, ha organizzato tale evento con la partecipazione di SIC, SICIGISE, SIMEU e SIS-118.

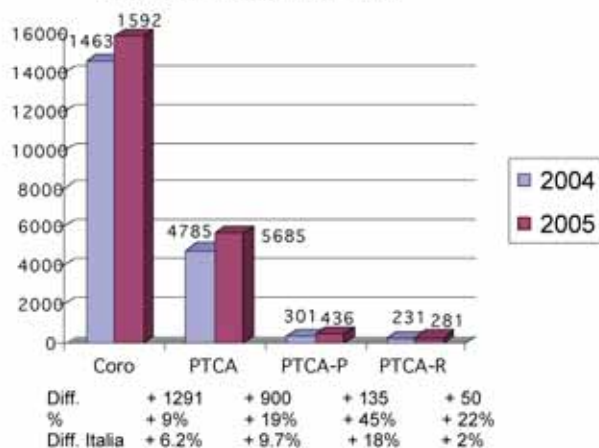
Nelle prime sessioni, ispirandosi al documento di consenso, sono state presentate relazioni sulle Linee Guida per il trattamento dello STEMI e NSTEMI (P. Caldarola), sulla Clinical Competence in UTIC (M. Cannone) ed in Emodinamica (C. Vigna), sul ruolo dei vari attori della rete: 118 (M. De Giosa), Pronto Soccorso (P. Caporaletti), UTIC di riferimento (T. Lancialonga), Cardiocirurgia (D. Paparella), sulla Forma-



zione del Personale Sanitario (A. Vitella) e dei cittadini (E. Angelini), sulla conoscenza dei dati attraverso registri nazionali e locali (G. Antonelli).

Gianfranco Ignone ed Antonio Montinaro hanno presentato i dati relativi al numero di ricoveri per IMA e alle procedure eseguite in Puglia negli ultimi anni.

Procedure Puglia dati GISE



Ricoveri IMA 2004 in Puglia

Provincia	UTIC	n. IMA
BARI	8	1460
BAT	2	358
FOGGIA	4	695
BRINDISI	2	454
TARANTO	2	432
LECCE	7	1070
totale	25	4469

1117 IMA per milione abitanti

In Puglia vi è un numero di UTIC (30) e di Emodinamiche (15) sufficiente in rapporto alla popolazione residente. Il dato relativo alle angioplastiche primarie, se pure in crescita, non è ancora soddisfacente. Interessanti gli interventi del Presidente dell'Ordine dei Medici di Bari Paolo Livrea, che si è soffermato sul ruolo che gli ordini possono assumere per facilitare la comunicazione tra i professionisti e di Francesco Bux, Direttore Sanitario della AUSL BA-2 che ha introdotto messaggi sulla necessità della formazione continua per facilitare il cambiamento. Carlo D'Agostino ha presentato uno studio condotto in collaborazione con il Dipartimento di Ingegneria meccanico-gestionale del Politecnico di Bari, basato su analisi epidemiologica, oro-topografica e socioeconomica e mirante a definire una rete nel territorio della AUSL BA-4, ma applicabile con criteri oggettivi su altre aree. Nella sessione pomeridiana Alfredo Marchese e Nicola Signore han-

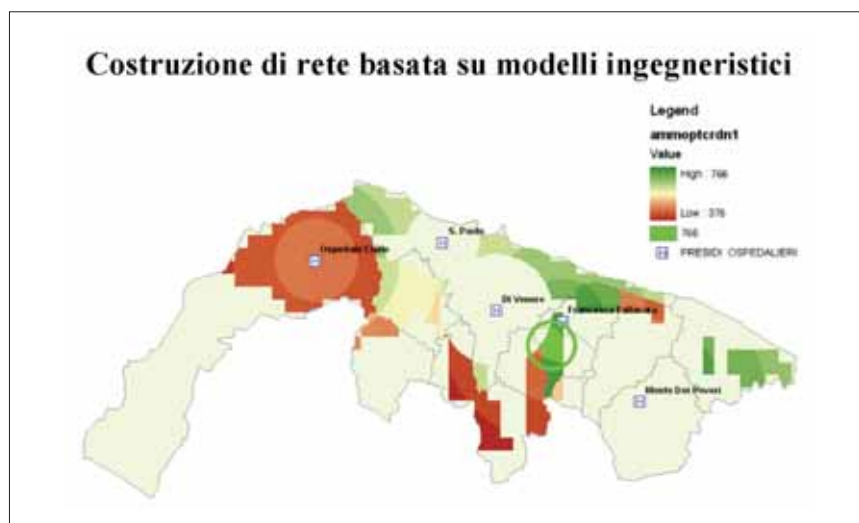
no presentato la bozza del documento predisposto da una Commissione Regionale costituita da rappresentanti dell'ANMCO, del GISE e del SIS - 118, che prevede protocolli dettagliati per fronteggiare situazioni differenti (paziente con esordio dolore < 3 ore, paziente con dolore > 3 ore, paziente che afferrisce al 118, al Pronto Soccorso o ad un centro spoke). Molto gradita la presenza di Giuseppe Di Pasquale che è intervenuto sulle criticità nell'assistenza ai pazienti con SCA, di Francesco Bovenzi, che per primo ha avviato in Puglia il discorso sulle reti e sul modello Hub-Spoke e del Presidente Nazionale Francesco Chiarella che ha seguito i lavori dell'intera giornata. Numerosa ed attiva la partecipazione dei Cardiologi pugliesi, dei direttori delle UTIC, dei medici di Pronto Soccorso e del 118. Il Direttore Sanitario dell'ARES An-



tonio Battista ed il Sottosegretario del Ministero della Salute Antonio Gaglione hanno accolto la proposta di costituire commissioni provinciali per definire protocolli operativi miranti a superare le attuali criticità:

- non esiste in Puglia una omogenea diffusione delle UTIC con Emodinamica interventistica;
- il 70% dei pazienti con SCA non si rivolge al 118, ma prende contatto diretto con il Pronto Soccorso;
- esiste una grande difficoltà nell'organizzare i trasferimenti secondari;
- non è sempre assicurato il posto letto nelle strutture Hub;
- non è previsto un DRG di percorso.

È necessario superare le criticità presentate ed integrare in una rete efficiente i vari attori coinvolti nella gestione dei pazienti con SCA.





Intervista a Gianfranco Sinagra

di MATTEO CASSIN e MARIO CHIATTO

Caro Gianfranco, la tua vita professionale ti ha legato da quasi 20 anni a Trieste ma il tuo cognome suggerisce origini meridionali; ci puoi fare una sintesi della vita familiare, formativa, professionale, scientifica e associativa.

Palermitano di origine, ho 42 anni e vivo a Trieste dal 1987; figlio di medico ed insegnante di francese, secondo di quattro figli, dopo la maturità classica a 17 anni, e la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Palermo a 23 anni, ho conseguito la specializzazione in Cardiologia a Trieste a 28 anni. Sono sposato e padre di tre figli.

Dal 1991 sono assistente di ruolo presso la Divisione di Cardiologia diretta dal Prof. Fulvio Camerini, dal 1999 direttore della S.C. Cardiologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste e dal 2004 Professore Associato di Cardiologia presso l'Università degli Studi di Trieste. Ho lavorato nelle sezioni di Degenza, Unità di Terapia Intensiva, Cardiologia, Ecocardiografia, Emodinamica Diagnostica ed Interventistica ed ambulatori dedicati allo Scompensamento Cardiaco avanzato e Malattie del Miocardio.

Sono Socio ANMCO dal 1991; componente dell'Area Scompensamento Cardiaco, coordinata dal Prof. Luigi Tavazzi; componente dello Steering Committee dello studio osservazionale BRING-UP I e Cand-Heart; Presidente della sezione regionale ANMCO Friuli Venezia Giulia dal 2002 al 2006. In questo ruolo ho lavorato per valorizzare l'area delle cardiologie territoriali, promosso iniziative di interazione culturale ed organizzativa con le Società Cardiologiche di settore (AIAC, GISE e SIEC) e le professionalità non cardiologiche che gestiscono l'urgenza cardiologica (SIMEU). Sotto la mia presidenza si è svolto un incontro regionale interamente gestito da Cardiologi con meno di quaranta anni, supportati da "senior", su problematiche cliniche ed organizzative.

Sono vice coordinatore del Gruppo di Studio in Anatomia e Patologia Cardiovascolare della Società Italiana di Cardiologia.

Collaboro per l'Area Specialistica Cardiologica con il CEFORMED, Centro Regionale di Formazione per la Medicina Generale, della Regione Friuli Venezia Giulia. Nell'ambito dell'iniziativa "Medicina per la Pace" nel 1992-1993 ho prestato servizio presso il Campo Profughi Bosniaci di Salvo-Croazia.

Ho interessi nel campo dell'Epistemologia e Filosofia della scienza.

Quali sono state le motivazioni e le tappe della scelta di fare il Cardiologo?

Mio padre, che era stato assistente in Patologia Medica presso l'Università di Palermo mi parlava spesso con ammirazione dei suoi vecchi maestri Turchetti e Schirosa che erano stati allievi di Condorelli. In più occasioni mi parlò del Prof. Geraci, che benché più giovane di papà era un affermato clinico e ricercatore. Poi, durante il corso di Patologia Medica mi venne affidata la conduzione di un seminario sulla fisiopatologia dell'insufficienza cardiaca. Ricordo che comprai in quell'occasione il mio primo Braunwald, Heart Disease. Così credo scattò l'interesse per la Cardiologia. Mi affascinò la capacità di richiamo costante alla Medicina Interna generale che le Malattie Cardiovascolari evocano. Il Corso di Clinica Medica coordinato dal Prof. L. Pagliaro, fu un'esperienza esaltante capace di straordinaria motivazione ed interesse all'approfondimento di una medicina insegnata per problemi. Pagliaro è stato il mio primo vero maestro del quale ricordo il rigore scientifico, una straordinaria attitudine alla didattica pensata per l'apprendimento e non per l'insegnamento, la capacità costante di far riferimento ad una Medicina praticata per i malati e non per i medici. L'esperienza di studio di Clinica Medica dischiuse l'enorme possibilità di apprendimento attraverso la costante consultazione di alcune riviste fondamentali; fu così che nel 1985 iniziai (ininterrotto) l'abbonamento a New England Journal of Medicine ed Annals of Internal Medicine. Pagliaro mi ha insegnato tante cose inclusa la straordinaria efficacia dei "casi clinici" come strumento di didattica ed il commento all'"errore in medicina" come strumento per la revisione critica dei comportamenti ed il miglioramento costante.

Nel tuo percorso formativo quali sono state le valutazioni che ti hanno fatto raggiungere Trieste e collaborare con il prof. Camerini?

È una storia bella, lunga e fatta in parte di casualità. Provo a sintetizzare.

Nel 1980 avevo vinto una borsa di studio indetta dal quotidiano "Il Tempo" di Roma. Questo mi consentì di entrare in una mailing list che mi informava su varie iniziative culturali, inclusi i Corsi di Medicina al Centro Studi Majorana di

Erice. Lì nel 1985, quindi durante il Corso di Patologia Medica, si tenne un Corso sulla Patologia della Diastole. Sorrido pensando al corso sulla diastole di Erice perché sono convinto che ha segnato le mie scelte e la mia vita. Sorrido perché lì, anche un po' incerto sull'ascolto dell'inglese scientifico, ascoltai per la prima volta Bruno Pinamonti adesso mio collaboratore e Responsabile dell'Ecocardiografia, Claudio Rappezzi, sagace ed aggressivo negli interventi, la Prof. Modena, garbata ed incisiva nell'intervenire su problematiche ecocardiografiche. Camerini fu straordinario: presentò in italiano ed inglese, aveva una iconografia fantastica sull'amiloidosi cardiaca ed era straordinariamente efficace nel relazionare. Tornai a casa dicendo a mio padre che mi sarebbe piaciuto in futuro, approfondire la Cardiologia e che avevo ascoltato un docente straordinario. Nel 1987, preparavo la tesi in anatomia patologica sulla miocardite a cellule giganti, con un patologo e ricercatore accuratissimo, Emiliano Maresi dell'Università di Palermo, anche lui molto dedicato alla didattica e capace di suscitare fascino per gli argomenti di studio. Con lui pubblicai il mio primo lavoro che tuttora figura all'inizio delle mie pubblicazioni sul difetto interventricolare associato ad anomalie dell'aorta (Acta Cardiologia Mediterranea). Maresi organizzò un Meeting sulla Biopsia Endomiocardica. Partecipavano Camerini, Thiene ed Arbustini, tutti eccezionalmente bravi ed efficaci. Thiene, che riaccompagnai in aeroporto, mi disse: "se decidi di venire su, fatti vivo".

In quel periodo maturò la decisione definitiva sulla Cardiologia. Andai per un mese al St. Gorge Hospital ma decisi che era meglio completare la specialità in Italia. Ottenni un colloquio con il Prof. Geraci, amico di papà ma che non conoscevo e gli chiesi consiglio. Geraci, che di me aveva saputo da Pagliaro, mi disse: "se vuoi formarti seriamente in Cardiologia Clinica io credo che Università di Bologna-Magnani o di Trieste-Camerini siano due luoghi notevolmente qualificati. Preparati molto bene perché sono entrambi luoghi molto esigenti". Lo studio non era un problema. Il cerchio si chiudeva. Riempii gli scatoloni di libri e partii per Trieste. Ricordo ancora che era il 13 ottobre 1987. Mio Padre, allora coordinatore sanitario di una grande USL, non mi ostacolò. Mia Madre fu forte. Partii. Ed alloggiavo per un paio di anni in un residence universitario (eufemismo) di Monaci Francescani a Trieste, che ricordo con affetto.

Quali considerazioni e confronti potresti fare per allora e per ora sull'ambiente (geografico, sanitario, umano) siciliano e friulano?

Arrivai a Trieste in una giornata di bora che chiamano "nera", quando si associano cielo coperto e pioggia. Non era il massimo. Il salto di temperatura (la bora tira giù un grado ogni 10 km all'ora di vento), credo sia stato di 10 gradi rispetto a Palermo, dove spesso ad ottobre c'è un clima ancora caldo. L'Ospedale Maggiore era affascinante dall'esterno e nella villa interna, ma i reparti erano veramente obsoleti con malati nei corridoi e servizi comuni per

sezioni da 6-7 malati ciascuna. Incontrai Camerini in una grande stanza con tantissimi libri ed una foto di Einstein sullo sfondo. Sull'armadio c'era una frase che evocava l'impegno allo studio e la necessità di misurarsi costantemente in termini di capacità cognitive, gestuali e relazionali. Camerini, al quale consegnai una lettera di presentazione di Geraci, fu cortese; mi affidò ad un clinico capace e con grande attenzione umana ai malati: Ezio Alberti. Lì iniziarono nove anni di convivenza fianco a fianco di Camerini, personalità capace di coniugare a livello altissimo, cultura, umanità, leadership nella conduzione del gruppo, capacità di motivare la ricerca e di promuovere relazioni. Camerini è stato un incontro straordinario, la crescita culturale avveniva per "osmosi", con generosità a trasferire. Era capace di domande difficilissime quanto imprevedibili. Poteva rimproverare mantenendo sorriso e self control. I pazienti non lo stancavano mai. Lavorava sette giorni su sette. L'eccezione era la domenica, perché andava in ospedale solo il pomeriggio. Aveva interessi in molti campi. Viaggiava molto per studio e collaborazioni scientifiche. Amava la montagna. Parlava con affetto e partecipazione della famiglia.

È riuscito a costruire una importante referenza, in una città ai confini d'Italia. Città interessante Trieste, multi-etnica, di grande cultura, con un ambiente naturale fantastico fra il Carso e l'Adriatico, con alcune difficoltà di integrazione fra i sistemi scientifici qualificati che vi risiedono ed un certo torpore nostalgico.

A me, che adesso opero in una realtà strutturalmente fantastica, il nuovo Dipartimento Cardiovascolare di Cattinara, Camerini ha insegnato che elevata competenza professionale, capacità d'ascolto e riuscire a donare un sorriso e un po' di speranza, possono rendere sereni i pazienti anche in una realtà disastrosa come l'Ospedale Maggiore. L'agire clinico di Camerini, aveva un respiro clinico ampio, un'attitudine straordinaria alla confutazione costante come elemento per avvicinarsi alla verosimiglianza nella valutazione di un problema e nei percorsi diagnostico-terapeutici. A ciò ero stato ben allenato anche da Pagliaro, ma Camerini era un terzo grado. I primi tempi mi faceva domande su cardiopatie congenite complesse, che mi richiedevano lo sforzo di comprendere la terminologia della domanda ancor prima dei contenuti della risposta ("cianosi differenziale invertita").

C'era una quantità elevata di meeting interni, discussioni collegiali, incontri con i cardiocirurghi.

La Cardiologia era già una realtà molto affermata in città con un radicamento sociale molto forte ed una sensibilità alta da parte di associazioni e benefattori. C'era confronto su molti temi anche quelli relativi alla ristrutturazione della nuova cardiologia. Camerini era decisamente attento ai rapporti con la gente, la medicina generale, le associazioni di cardiopatici.

Non ho elementi di conoscenza sufficienti a giudicare le realtà cardiologiche siciliane all'inizio degli anni '80. Sono tuttavia convinto dell'eccellenza rappresentata da alcune realtà come l'Ospedale Cervello (di cui era Primario Geraci) e

della difficoltà di aver costruito in terra di Sicilia quella referenza ed eccellenza. Negli anni il numero di strutture di eccellenza è certamente aumentato. C'è stata certamente negli ultimi anni un'importante periferizzazione delle realtà assistenziali cardiologiche, UTIC ed emodinamiche incluse, si tratta per lo più di realtà ospedaliere che avendo creato ambiti di autonomia ed efficienza stanno consentendo maggior equità d'accesso alle cure anche relativamente a zone una volta non ben servite.

A che età sei diventato primario della SOC di Cardiologia di Trieste?

A 35 anni. Camerini divenne senatore della repubblica nel 1996. Io ero in predicato di un comando a Denver in Colorado per approfondire alcuni aspetti relativi alla terapia beta-bloccante nello scompenso cardiaco, campo nel quale eravamo stati fra i primi in Italia ad acquisire esperienza e risonanza scientifica. Decisi di restare a Trieste. Il biennio post Camerini è stato durissimo, per una serie complessa di vicende, ma ha misurato una capacità rimarchevole di tenuta di gruppo medico ed infermieristico, motivata dalla tensione a far bene "per i malati" ed a mantenere l'importante referenza costruita da Camerini. In quel frangente il capitale umano e professionale lasciato da Camerini ha dato i suoi frutti neutralizzando situazioni difficili e potenzialmente destabilizzanti. Nel 1999, ereditai tutto questo. Eravamo al Maggiore, ma era già molto forte in tutti la tensione alla nuova sede di Cattinara. Avevo all'inizio dell'incarico 15 colleghi, alcuni dei quali parecchio più grandi di me, tutti molto qualificati. Hanno avuto certamente affetto e stima per me. Molti mi hanno aiutato. Lo spirito di sacrificio è stato forte. La determinazione a crescere in quantità e qualità è stata altissima, anche per dimostrare la capacità di cogliere l'opportunità che veniva fornita. L'approccio condiviso ha funzionato nei confronti di molti. La nomina di un primario di 35 anni è stato un evento dirimpante, che ha richiesto intanto la forte assunzione di responsabilità dell'allora Direttore Generale dell'Azienda, Dott. Gino Tosolini. Su di lui voglio spendere qualche parola. È stato medico internista in prima linea per molti anni, ha contribuito a creare aree di emergenza che funzionano in una regione che aveva aree geografiche scoperte da assistenza qualificata e tempestiva. Ha promosso il collegamento fra periferia e centri ospedalieri anche quando le logiche di rete hub-spoke non erano entrate ancora nell'organizzazione sanitaria formalizzata. Aveva e mantiene attenzione alla medicina basata sulle prove di efficacia non disgiunta da obiettivi realistici di "best medical practice" e cost-effectiveness. Mostra una capacità di pensiero ampia che sa guardare alla soluzione della contingenza senza perdere di vista aspetti generali che promuovendo salute nella popolazione generale possano concorrere a contrarre i bisogni contingenti. La sua gestione mi ha abituato a fissare obiettivi, misurare esiti, analizzare reportistiche periodiche, avere una mission più o meno inespresa che costituisce il metodo (qualificazione, organizzazione, innovazione) ma anche l'obiettivo del nostro operare. A lui

credo di aver sentito dire una volta che la mission di un Ospedale si "identifica con i bisogni di coloro che di esso si servono" e che ciò identifica la nostra ragione di esistere come uomini e professionisti. Nel 2002 sentii la necessità di integrare alcune opportunità formative offerte dall'ANMCO con un Master in Economia e Gestione Sanitaria, promosso dall'Università di Tor Vergata.

Alcune tappe del mio primo triennio sono state dolorose, mi hanno sottratto ed hanno sottratto alla mia famiglia risorse preziose, ma sono trascorse ed ho rimosso. Qualche amicizia si è incrinata, e ciò mi spiace, ma credo sia inevitabile nel governo di realtà complesse e con numerosi operatori. Volontà determinate di ostacolo vi sono state e vi saranno, è nella natura dell'uomo. L'importante andare avanti con determinazione.

Errori ne ho certamente compiuti. Di molti ho consapevolezza. Cerco di mantenere un forte spirito autocritico, per evitare di reiterarli.

Il risultato finale con un fortissimo spirito di squadra è stato straordinario e dal 1999 al 2004 le attività di ricovero ed ambulatoriali sono quasi raddoppiate con un mantenimento di forte referenza esterna ed attrazione in Area Vasta ed extra regione.

L'opportunità della Direzione del Dipartimento Interaziendale di Cardiologia di Area Vasta, affidatami nel 2004, costituisce un contesto molto favorevole per la promozione di vera interazione in rete di strutture cardiologiche non dotate di cardiologia invasiva e per sentire molto forti non solo i problemi dell'area provinciale che è più direttamente pertinente ma anche quella delle aree che interagiscono, con una forte istanza a garantire equità di accesso. Il Dipartimento Interaziendale è stato inoltre il tipico contesto dove elaborare protocolli condivisi che generano omogeneità d'approccio e gestione.

Come vedi i rapporti tra i giovani Cardiologi e la nostra Associazione?

Degli oltre 5.000 Soci ANMCO, il 9% ha un'età minore a 40 anni e l'età media dei Soci è di circa 52 anni. Quali sono le motivazioni di questa scarsa partecipazione dei giovani alla vita associativa? Quali misure, secondo te, il Consiglio Direttivo e Consiglio Nazionale dovrebbero adottare per incentivare i giovani alla partecipazione attiva e propositiva? Io credo che la vera crisi è nello "spirito associativo", nel senso che si sta diffondendo la percezione che l'ANMCO sia uno strumento per consentire a pochi di progredire. La percezione esterna può divenire quella di un circolo chiuso accessibile a pochi o a gruppi. Bisogna aprirsi ed aprire opportunità. C'è bisogno di leader culturali ed organizzativi che sappiano suscitare interesse e partecipazione. Uno dei Consigli Nazionali ai quali partecipai come Presidente Regionale, affrontò il problema della "rieleggibilità in successione su cariche importanti". Confesso di aver sottovalutato in quell'occasione la possibilità che questo meccanismo possa utilmente garantire una crescita in competenza associativa. Ma rischia di limitare questa crescita a pochi! Forse è

meglio rischiare anche (non solo) sui nuovi ingressi, saranno meno competenti ma garantiranno ricambio, entusiasmo e crescita. Se si è lavorato nell'ambito delle varie cariche per l'Associazione, dovrà pur esserci il modo per mantenere compatta un'Associazione, reclutando nuove forze e non escludendo le vecchie che vogliano continuare ad impegnarsi e guidare le nuove leve. Tutti verrebbero gratificati.

Penso che bisogna evitare il rischio di costituire una "subANMCO giovani", destinata magari ad autonomizzarsi quando si diviene adulti! D'altro canto se si è giovani e bravi dovrà pur essere benvenuto il contributo di adulti accreditati. Con questo spirito l'iniziativa nasce per promuovere crescita, sviluppo delle professionalità, integrazioni e non frammentazioni.

Penso che bisognerebbe studiare la possibilità di periodi di stage presso istituzioni italiane e straniere o istituti qualificati come il Mario Negri o istituzioni con importante impronta epidemiologica come l'Istituto Superiore di Sanità o corsi-master organizzativi presso le varie università accreditate, luoghi nei quali persone giovani possano maturare, crescere e divenire dirigenza clinica, organizzativa ed associati-

va, con un implicito impegno a farsi a loro volta promotori. Il mio impegno in ANMCO è iniziato nel 1992. Avevo 28 anni.

Gigi Tavazzi coordinava l'Area Scompenso Cardiaco e credo presiedesse contemporaneamente l'ANMCO Nazionale. Era un trascinateur. Grande intelligenza, lucidità di pensiero, vasta cultura, attitudine a trasferire conoscenze. Invidiabile economia del tempo e capacità di concentrazione pur nella molteplicità degli impegni. Fu lui a telefonarmi per dirmi: "vuoi far parte di una squadra che si occuperà di promuovere cultura ed organizzazione nel campo dello scompenso?". Grande gratificazione e motivazione. Del gruppo facevano parte anche Gavazzi, Opasich, Rapezzi e Scherillo.

Penso che a 20-40 giovani professionisti d'Italia dovrebbe giungere una telefonata inattesa, che proponga un coinvolgimento in gruppi di studio, comitati scientifici, commissioni, solo a riconoscimento di meriti reali, culturali o organizzativi. Fuori da logiche di gruppi di appartenenza. Ognuno di loro catalizza su altri 4 e la catena continua. Il Centro Studi, anche in questo contesto, secondo me ha un ruolo fondamentale. I giovani sono per definizione più recettivi alle



Vincent Van Gogh, Fiore di mandorlo, 1890

tematiche della cultura, studi clinici, registri, ecc. In questo modo il ruolo "formativo" di ANMCO che già discende dalla capillarizzazione dell'assistenza, emerge prorompente. La cultura poi tira l'interesse alla promozione dell'organizzazione. Alcuni hanno attitudini organizzative esclusive. L'importante è evitare la concezione di un modello di assistenza che si ritenga appagato dall'aver formulato modelli, strutturato logiche di reti, elaborato protocolli e linee guida, dimenticando che all'interno di questo "contenitore organizzativo" bisogna inserire la cultura dell'operatore, il respiro clinico di un agire orientato al malato e non solo alle "tutele". Se conoscenze, rigore, attenzione alla sostenibilità e buona organizzazione camminano insieme allora, efficacia, efficienza, appropriatezza, sostenibilità ed equità d'accesso cammineranno insieme ed il paziente delle Madonie o Alta Carnia avrà l'opportunità di afferire ad una rete che, pur con qualche disagio, sarà efficiente ed efficace per lui come per chiunque altro.

La Cardiologia Ospedaliera ha tutti i requisiti per identificare bisogni, strutturare percorsi di soluzione e fornire assistenza qualificata.

Nel campo cardiologico, oggi, nei tempi della "globalizzazione", quali differenze vedi con gli altri paesi europei?

Non ho conoscenza dettagliata della realtà Europea.

La Società Europea di Cardiologia ha intrapreso un processo di unificazione per aree, difficile da governare per le spinte centrifughe delle società di settore, ma del tutto condivisibile e che l'Italia, nelle sue varie e numerose componenti, deve accogliere ed assecondare.

Colgo talvolta in Italia rispetto ad alcune realtà europee un frainteso del concetto di periferizzazione dell'assistenza ed autonomizzazione dei percorsi. Nel senso che talvolta la rete deve esistere nella misura in cui "io devo attrarre come hub" ma non nel senso che devo riferire a mia volta come "spoke". In altri termini l'"autonomia di gestione del malato" non è la rete che rende "autonomi" tutti attraverso la buona organizzazione, ma l'"autonomia" per la quale "io devo fare il massimo di ciò di cui i miei pazienti hanno bisogno", spesso fuori da logiche di bacino, volumi minimi di attività, standard formativi degli operatori! In questo modo parte un sistema non di "interazione in rete" ma di "1000 autonomie" che non concorrono ma competono, anche perché vi possono essere problemi di sussistenza per insufficiente numero di procedure, allora si espandono le indicazioni, ecc. In molte realtà europee questo non esiste. In Slovenia, Danimarca e Olanda ci sono pochi Centri Hub e decine di spoke.

Qual è l'età media dei tuoi collaboratori e quanti sono i Cardiologi under 40?

L'età media è 48 anni. Cinque collaboratori hanno meno di 40 anni, sono eccezionalmente bravi e motivati. Dovrebbero essere un po' più autonomi nel trovare soluzioni oltre che nell'identificare problemi. L'Università su que-

sto aspetto ha delle responsabilità. Quando stimolati talvolta mi sorprendono per la capacità di coniugare conoscenze (sapere), competenze (saper fare), saper essere e relazionarsi, saper risolvere i problemi e strutturare modelli per trasferire conoscenze.

Avendo deciso di non abdicare alla clinica dato il rischio totalizzante della componente gestionale organizzativa del nostro essere direttori, mi giovo della loro collaborazione con sicurezza di delega, per lo più nella parte clinica e didattica ma gradualmente anche nella parte organizzativa.

Un altro punto importante per la cardiologia italiana è il rapporto tra Cardiologia ospedaliera e universitaria. Dal tuo punto di vista, di Cardiologo ospedaliero ma anche di docente universitario, come vedi lo stato attuale dei rapporti (o forse dei conflitti) tra le due istituzioni?

Io penso che l'attitudine a trasferire conoscenze costituisca un compito fondamentale e irrinunciabile di tutti coloro che hanno contenuti da trasferire. Non tutti riescono con la stessa efficacia nell'ambito degli ospedali e dell'università. Lo spirito di ricerca è una disposizione della mente, nasce dalla capacità di cogliere input quotidiani da osservazioni cliniche o di laboratorio per farne ipotesi da approfondire o esperienze da riferire. In questa prospettiva non vedo possibili ipotesi di separazione manichee né conflitti, sarebbe come immaginare che alcune potenzialità di pensiero ed attitudini debbano essere inibite a seconda dell'appartenenza! Semplicemente impossibile. Infatti esistono straordinari docenti e ricercatori fra gli ospedalieri ed eccellenti clinici fra gli universitari. Infatti la produzione scientifica della Cardiologia Ospedaliera su riviste recensite è rimarchevole. Esistono progetti di ricerca svolti in laboratori universitari che vivono dell'apporto di casistica e pensiero di realtà ospedaliera. La specifica allora risiede non nella categorica attribuzione di funzioni ma nella rappresentazione percentuale delle componenti assistenza, ricerca e didattica e nei contesti in cui ciò avviene.

L'Università ha percorsi dedicati per la formazione di chi gli è affidato ed ha la grande responsabilità di dover promuovere conoscenze, competenze, attitudini relazionali, preparazione gestionale, attenzione ai problemi sociali e sostenibilità, educazione alla condivisione e collegialità d'approccio, di dover formare professionisti competenti ("globalizzati") che sappiano curare in Italia ed all'estero, gli europei e gli extracomunitari, i Cardiologi "esclusivi" e gli oncologici o i geriatrici con problematiche cardiologiche. Dove sta il problema? Possibile immaginare che un professore universitario di ruolo cresciuto magari nell'area dell'ipertensione arteriosa o della medicina interna possa promuovere tutto ciò senza l'apporto di colleghi universitari di altre aree e dei colleghi ospedalieri che gestiscono per definizione le contingenze, le domande indifferenziate dal territorio, l'urgenza-emergenza con il carattere dell'indifferibilità ed irrinunciabilità?

C'è spazio per tutti, anche se l'insegnamento delle "cono-

scienze" ed in buona parte delle "competenze" risiede negli istituti universitari, ma deve esservi una forte istanza integrativa di competenze ed esperienze attraverso incarichi di docenza, tirocini teorico-pratici, stage post-laurea. Istanza di integrazione che renda gli studi universitari realmente capaci di creare un medico e specialista funzionale ai bisogni dei pazienti e della comunità. A Trieste credo che ciò accada, almeno come auspicio. Alcuni ospedalieri di cardiologia, colti e capaci nel trasferimento di conoscenze, hanno attività didattiche integrative anche per l'insegnamento in seno ai corsi di laurea e molte strutture cardiologiche ospedaliere della Regione concorrono agli insegnamenti di specialità.

Gli strumenti di verifica sull'efficacia dell'insegnamento, sul reale apprendimento e sui bisogni soddisfatti e disattesi dovrebbero essere maggiori e migliori. Ciò è, come sempre, parte dello spirito critico da mantenere, con attitudine a rivedere scelte e metodi per puntare al miglioramento continuo della qualità della didattica.

È anche vero che il germe di una condizione pericolosa, si sta introducendo. Quello cioè che tutti possono essere formatori. Mentre non tutti hanno necessariamente contenuti da trasferire o lo sanno fare. In questo senso la logica ECM non ha aiutato perché chiunque in maniera autoreferenziale può identificarsi come un "formatore". Dovrebbe esservi maggior controllo sui contenuti scientifici ed efficacia della metodologia didattica adottata. La Cardiologia può fornire un apporto fondamentale integrando il set di conoscenze teoriche, fisiopatologiche e nosografiche con un approccio per problemi maturato nel lavoro clinico quotidiano che allena alla soluzione dei problemi ed alla comunicazione.

Come vedi la possibilità dell'Ospedale di insegnamento? Non c'è il rischio di creare strutture ospedaliere di serie A e B?

È possibile ma bisogna darsi ragione che ciò che gratifica il nostro lavoro di medici è la capacità di dare risposte qualificate ai bisogni della gente e può accadere anche in ospedali che non concentrano rilevanti attività didattiche. L'importante è che questi ultimi non siano a-priori esclusi da percorsi di reclutamento in attività didattiche o dal coltivare interessi di ricerca. In questo contesto credo che continuerà a valere il merito dei singoli professionisti ed il valore aggiunto delle cordate clinico-scientifiche consorziali.

Però dall'osservatorio "ospedaliero" dobbiamo evitare l'uso demagogico delle parole: in questo momento non c'è forse il rischio di introdurre una serie A, B, C, D, ecc. fra ospedali con e senza UTIC, con e senza emodinamica, con e senza emodinamica H24, con e senza cardiocirurgia?

Io penso che bisogna avere la maturità di ammettere che distinguo semantici (che comprendo spesso tirano implicazioni economico-finanziarie) sono possibili ma questi non devono incidere su percorsi di collaborazione, integrazione ed operatività qualificata nell'assistenza come nella ricerca e nella didattica. E tutti dovremmo essere "al servizio" dell'obiettivo assistenziale o didattico.

Camerini ha diretto per anni da "ospedaliero" una struttura



Tamara De Lempicka, Portrait of Doctor Boucard, 1929

ospedaliera, facendo "didattica attiva", promuovendo la "ricerca" e pubblicando bene. Non credo abbia mai nutrito astinenze da "formale" riconoscimento didattico. Quando si crearono i presupposti transitò all'Università. Ha importato cultura ed attitudini "ospedaliere" nell'università. Ha dato l'opportunità di trasferire conoscenze a molti, ha posto le premesse per il mantenimento dell'unicità cardiologica a Trieste anche adesso, che il direttore è un professore di ruolo e tutti gli altri sono ospedalieri, molti con funzioni didattiche attive riconosciute. L'Università Italiana ha apprezzato il sistema Trieste. Assistenza, didattica e ricerca ne hanno tratto vantaggio con l'apporto di tutti.

In alcune regioni, come in Friuli, gli specializzandi svolgono una parte della loro formazione nei reparti ospedalieri. Pensi sia possibile e come, esportare questo modello in tutte le regioni italiane?

I nuovi statuti delle Scuole di Specializzazione, l'attuale Presidente SIC Prof.ssa Maria Grazia Modena e l'attuale Presidente FIC, il Prof. Attilio Maseri, promuovono forte-

mente questo modello che è funzionale agli obiettivi che abbiamo già ed a lungo citato.

Le variazioni stanno sul peso dell'apporto specifico alla didattica e sulle modalità. Si può sentire la necessità di reclutare in attività seminariali e di didattica frontale un ospedaliero particolarmente competente senza che ciò implichi necessariamente la residenza prolungata in un centro convenzionato. A mio avviso non devono esservi veti al completamento del corso di specialità (tesi) in un Centro anche se solo convenzionato; ciò non deve tradursi nella sistematica e completa delega al Centro convenzionato dell'intera formazione dello specializzando. Le rigidità ingessano la collaborazione e creano schematismi che quando disattesi, alimentano contrapposizioni e malintesi. Rimane, a mio avviso, la necessità che una scuola di specialità che risieda in un Ateneo che può offrire tutte le opportunità formative, debba mantenere la "regia formativa" del singolo specializzando pur garantendo nel corso degli studi pluralità di conoscenze delle varie realtà, ambiti di patologie, modalità organizzative su sedi diverse.

Le cardiologie ospedaliere italiane sono da anni impegnate in progetti di ricerca che hanno portato ai successi degli studi GISSI. Quali potrebbero essere, secondo te, le specificità future della ricerca ospedaliera rispetto a quella universitaria?

Gli studi osservazionali, la verifica di efficienza-efficacia dei modelli organizzativi, l'ambito della formazione, organizzazione e risposta ai bisogni che abbiano il carattere dell'urgenza-emergenza cardiologica ma anche inerenti la cronicità.

Il Centro Studi ANMCO, sotto la guida di Aldo Maggioni, ha maturato un grado di efficienza, qualificazione e forte radicamento collaborativo ed autorevolezza internazionale. Lo stile di ricerca GISSI ha formato cardiologi clinici trasferendo il rigore nel collaborare ad una ricerca, nel rigore e metodo di esercizio del lavoro quotidiano. In questo senso si è compiuto un grande salto: usare la partecipazione e le conoscenze generate dagli studi clinici per far progredire un'intera comunità professionale nazionale. Credo che andrebbero sviluppati approfondimenti e percorsi che accreditino il Centro Studi come la Struttura di Ricerca Clinica della Cardiologia Italiana. Questi processi di unificazione si sono già in parte realizzati, si veda l'esperienza di unificazione delle testate nel Journal of Cardiovascular Medicine.

Di conseguenza come vedi i rapporti tra ANMCO e SIC. Pensi sia realistico o utopico pensare ad un progressivo potenziamento della FIC? Qual è, secondo te, la percezione dell'associato medio nei confronti di questo problema, ovvero è un problema di vertice o anche di base?

L'associato medio percepisce separatezze che nella sostanza spesso non esistono e sono frutto di rigidità mentali ed attaccamento a consuetudini. Io continuo a credere nell'uti-

lità di una casa comune nella quale cardiologia per acuti (ospedale e università), cardiologia territoriale (strutture territoriali ed università), cardiologia accreditata, professionisti convenzionati, possano ritrovarsi ognuno con le proprie specificità e necessità di interazione. Il nostro valore contrattuale, anche in ambito europeo sarebbe più forte. Ognuno però, come spesso accade nei percorsi di unificazione, deve essere disposto a fare un passo indietro, perché quando ragionevolmente allineati, tutti si possa percepire il passo globale, che si sta facendo in avanti. Accade sempre, anche nella vita di tutti i giorni nell'integrazione dipartimentale. Se c'è lealtà relazionale.

Sarà un passo per contenere un'insidia profonda: la frammentazione organizzativa e dei saperi.

Durante la tua presidenza ANMCO Regionale hai valorizzato la figura infermieristica nella vita associativa. Resta ancora molto lavoro da fare. Quali suggerimenti ci puoi dare?

Riconoscerne l'autonomia del ruolo, riconoscere un'autonomia culturale seria e solida che è cresciuta costantemente, negli ultimi anni. Riconoscere, valorizzare e promuovere la strategicità del ruolo infermieristico, nell'assistenza, nell'organizzazione, nel follow up, nella pianificazione delle attività, nei negoziati di budget, nella didattica, nella ricerca e nella formazione. Nella mia vita quotidiana di medico e direttore mi sforzo di iscrivere questi principi nelle dinamiche di vita interna di reparto. Dovremmo farlo anche nei gangli vitali dell'Associazione (aree, comitati scientifici, steering committee, organizzazione del Congresso, relazioni con le istituzioni politiche). Pochi giorni fa mi è arrivata la comunicazione dell'Istituto Mario Negri che segnala che la Regione Lombardia riconosce crediti formativi anche alla figura dell'infermiere professionale per la partecipazione ad uno studio clinico. Dovremmo stimolare anche le Agenzie Regionali e le singole Aziende a fare ugualmente. Valorizzerebbe il lavoro formativo realmente svolto ed avrebbe una straordinaria capacità di motivazione.

L'ANMCO è una delle più importanti associazioni mediche specialistiche italiane, che conta oltre 5.000 iscritti. Nel tempo però hanno assunto sempre più importanza (e "potere") altre Società ancora più specialistiche, come ad esempio SICI-GISE, AIAC e SIEC, le varie Aree, alcune molto importanti, ad esempio l'Area Scompensazione Cardiaca, l'Area Urgenza-Emergenza, l'Area Aritmie e poi i vari Gruppi di Studio. Ci sono poi Associazioni come SIMEU, con i colleghi del PS e MU con i quali lavoriamo tutti i giorni e le notti fianco a fianco, in modo collaborativo ma a volte anche conflittuale. Non pensi che sia reale il rischio che l'ANMCO venga gradualmente erosa ed alla fine resti un contenitore vuoto?

Le Aree dell'ANMCO dovrebbero essere luoghi di elaborazione di idee e proposte. Un'Area non deve ricevere

finanziamenti. Il Direttivo ed il CN dovrebbero filtrarle (anche perché potrebbe esserci eccesso di cultura e carenza di pragmatismo), discuterle e renderle operative. Il governo da parte del Direttivo Nazionale e CN deve essere forte e costante. La composizione delle Aree in termini di competenze e generazionali è cruciale. Qualche volta ho avuto la sensazione che l'Area sia il contenitore per "gli uomini di questo o quel partito"! Ciò non fa bene perché svuota il ruolo, toglie supporto di proposta, scoraggia gli osservatori esterni.

Da questo ad una tua previsione/auspicio per il futuro della Cardiologia (è reale il rischio dello smembramento e come evitarlo?) e della professione del Cardiologo (iperspecializzazione tecnologica o recupero del primato della clinica?). Quali messaggi cerchi di trasmettere agli specializzandi e ai tuoi collaboratori?

La frammentazione dei saperi e delle professioni è un rischio della medicina moderna, che ha creato (ed era inevitabile) superspecializzazioni. Bisogna sforzarsi di mantenere unitarietà d'approccio al malato. In questo senso vi è ancora necessità di una regia clinica dello specifico caso e di governo clinico delle informazioni cliniche e strumentali acquisite, anche quando prodotte nelle superspecialità. L'illusione che l'universo degli scenari clinici osservabili sia necessariamente iscrivibile in una etichetta, raccomandazione o linea guida è destinata a fallire. È destinata a fallire e rischia di indurre nei cardiologi la percezione che alcune patologie, penso allo scompenso cardiaco, all'embolia polmonare, all'endocardite infettiva, non siano più di nostra competenza. Rischia di generare la distorsione che l'etichetta ("Pz SCDHeFT"... "Pz MADIT"... "Pz Care HF"... "Pz ARTS") pilotino il percorso, invece il percorso è pilotato dal singolo paziente con la sua età, il suo problema cardiologico specifico, il suo profilo di comorbidità, il contesto familiare e sociale il suo specifico vissuto di malattia. Un agire clinico che obbedisca a principi di rigore scientifico ed unitarietà d'approccio non può disattendere aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, che rendono unico il nostro lavoro. In questo senso c'è ancora molto bisogno di solidi cardiologi clinici che abbiano però maturato esperienza in tutti i settori della Cardiologia e che abbiano completa autonomia diagnostica non invasiva.

Riemerge il ruolo dell'università e della forte integrazione con l'ospedale nel formare professionisti che sappiano anche condividere le decisioni cliniche in maniera multidisciplinare e multiprofessionale, comunicare, ascoltare, relazionarsi con i pazienti ed i loro familiari, donare speranza, avere attenzione anche a finestre di bisogno —che spesso scotomizziamo— come gli stadi terminali della vita. Riemerge la necessità che logiche di efficienza organizzativa debbano stendersi sull'urgenza-emergen-

za ma anche sul recuperare a follow-up efficienti pazienti che pure non ricoveriamo e non ricovereremo in futuro. Solo così potremo garantire efficacia delle scelte cliniche (penso alla selezione dei pazienti a terapie non farmacologiche) pur nella inevitabile delega gestionale (ospedalizzazione) di alcune patologie come lo scompenso cardiaco. Così potremo mantenere attenzione all'interazione multidisciplinare cooperativa ed alla riproposizione della nostra specificità professionale e competenze su alcune patologie.

Infine una nota personale: come è organizzata la tua giornata tipo?

Mi alzo alle 5.00. Penso studio e scrivo fino alle 8.00. Poi inizia la parte clinica, con il briefing del mattino sulla situazione clinica di reparto ed i programmi della giornata, quindi faccio spesso esercitazione agli studenti nel semestre di lezioni frontali o vado in UTIC o Reparto. La parte gestionale occupa la seconda parte della mattinata o il pomeriggio, quando non ho attività ambulatoriale clinica nel settore dello scompenso e cardiomiopatie. Un pomeriggio/settimana svolgo attività intramoenia. Il tardo pomeriggio è per l'attività scientifica ed il seguire le tesi. Iscrivo faticosamente la didattica frontale per i vari corsi di laurea e scuole di specialità.

Ci sono nella settimana molte sessioni di reparto, meeting clinici, cardiocirurgici, emodinamici e di aggiornamento.

La componente gestionale-amministrativa monopolizza alcune giornate o periodi.

Ho bravi collaboratori medici e non, che mi aiutano per quanto possono e per quanto delego.

Ho alcuni amici solidi con i quali mi consiglio.

Ho due genitori, vecchietti e adesso un po' sofferenti ai quali sono grato per il dono della vita e per i valori ai quali mi hanno educato. Ho il rammarico di averli lontani.

Ho una moglie fantastica e paziente e tre piccole creature adorabili, che mi amano, nonostante tutto.



Denver, una delle mete del Prof. Sinagra

LA LEZIONE DI CALVINO

Dopo vent'anni, le "Lezioni Americane" sono ancora un testo straordinariamente attuale, che da manifesto letterario si presta a diventare uno stimolante decalogo per il medico

di Iacopo Olivetto

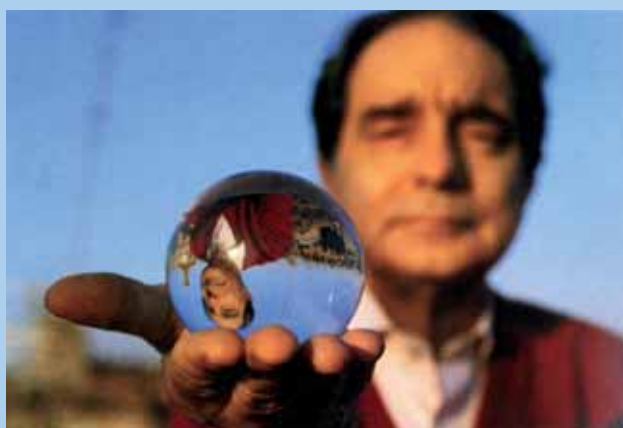
Nel suo libro, Italo Calvino definisce cinque "valori o qualità o specificità" che racchiudono la sua idea di letteratura – la *leggerezza*, la *rapidità*, l'*esattezza*, la *visibilità* e la *molteplicità* – e ne fa dono agli scrittori del terzo millennio. Ma ciascuno di questi valori, nella appassionata definizione che Calvino ne dà, riguarda intimamente anche noi nello svolgimento del nostro mestiere.

Nel 1985 Italo Calvino fu invitato a tenere le prestigiose "Norton Poetry Lectures" all'Università di Harvard, primo italiano a ricevere questo onore. Alla stesura di queste conferenze, che secondo il progetto originale dovevano rappresentare un personalissimo testamento letterario, Calvino si dedicò con entusiasmo e una intuizione profetica del tutto involontaria: cinque delle sei relazioni previste erano già compiute al momento della sua scomparsa, poco prima della partenza per gli Stati Uniti. Questa raccolta straordinaria fu pertanto pubblicata postuma con il titolo di "Lezioni americane - Sei proposte per il prossimo millennio". E così è divenuta giustamente famosa.

In quest'opera, Calvino identifica cinque "valori o qualità o specificità" che racchiudono la sua idea di letteratura – la *leggerezza*, la *rapidità*, l'*esattezza*, la *visibilità* e la *molteplicità* – e ne fa dono agli scrittori del terzo millennio. Di ciascuno viene fornita una definizione vibrante e colta ma anche molto pragmatica, operativa. E ogni definizione finisce per ampliare il singolo concetto ben al di là del significato immediatamente evocato dalla parola che lo identifica, fino a creare dei paradigmi di valore che non esiterei a definire universale.

Rileggendo le *Lezioni* nel tentativo di trovare refrigerio neuronale e svago dal lavoro, sono invece rimasto sorpreso dalla quantità di riflessioni professionali che la lettura mi evocava, dalla freschezza e attualità degli stimoli contenuti, e dalle assonanze tra questi Comandamenti Umanistici e il nucleo più impalpabile, ma anche più indispensabile, del nostro mestiere.

Provo a condividere, senza pretesa di essere esaustivo, né in tutto condiviso.



Italo Calvino - foto Giansanti

Leggerezza

Lungi dall'essere un richiamo alla frivolezza e al disimpegno, per Calvino la leggerezza rappresenta una virtù estetica e formale di valore assoluto, in quanto sottrazione di pesantezze inutili al linguaggio, agilità nel seguire i fili sottili del ragionamento, e sinonimo di ideazione fantastica svincolata dalle cose esperibili. Oltre a ciò, la leggerezza acquista una precisa valenza etica ed esistenziale come "reazione al peso di

vivere". Rappresenta cioè l'habitus di chi conosce esattamente il peso di ogni cosa grave ("siccità, malattie, influssi maligni") e per precisa intenzione sceglie non tanto di ignorarlo, ma di rappresentarne un opposto privo di gravità, con una sorta di gentile contrappasso. Calvino sceglie a questo proposito l'esempio dello sciamano, che si solleva per trasportarsi in altri mondi dove tutti i problemi hanno una soluzione; ma la metafora investe in pieno anche il medico dei nostri giorni. Con una traslazione del tutto personale, direi infatti che la leggerezza per la nostra categoria diviene sinonimo di *delicatezza*, del sapere cosa e quando dire, o non dire, del "non far pesare" il proprio operato, del sottrarre peso sia alla malattia in sé stessa, che alla percezione di malattia come il paziente la comunica. Se così è, il medico che non conosce e non applica la leggerezza – questa leggerezza – ha forse sbagliato mestiere.

Rapidità

Per definire la sua rapidità, Calvino usa una delle citazioni più belle di tutta l'opera: "Tra le molte virtù di Chuang-Tzu, c'era l'abilità nel disegno. Il re gli chiese il disegno d'un granchio. Chuang-Tzu disse che aveva bisogno di cinque anni di tempo e di una villa con dodici servitori. Dopo cinque anni il disegno non era ancora cominciato.

"Ho bisogno di altri cinque anni" disse Chuang-Tzu. Il re glieli accordò. Allo scadere dei dieci anni, Chuang-Tzu prese il pennello, e in un istante, con un solo gesto, disegnò un granchio, il più perfetto granchio che si fosse mai visto".

Questa rapidità è la capacità di riconoscere il percorso più breve tra due punti, di attivare circuiti ben oliati, e di realizzare il "presto e bene" grazie ad una adeguata preparazione.

ne. Nel nostro mestiere, corrisponde a un talento composito che sappiamo riconoscere e apprezzare più di ogni altro, e che chiede il prezzo dell'esperienza: vogliamo chiamarlo occhio clinico? Capacità di sintesi culturale? Manualità? Tutte queste cose? Come nel caso di Chuang-Tzu, è una rapidità che giunge molto lentamente: per un cardiologo, disegnare bene il proprio granchio richiede ben oltre dieci anni, dal primo giorno di università fino alla specializzazione e alla formazione sul campo.

Esattezza

La definizione del concetto di esattezza, variamente intesa come attenzione ai dettagli, minuziosità nella descrizione/raffigurazione, rispondenza a criteri logici prefissati e precisione di linguaggio, sembrerebbe un richiamo più adatto all'ambito letterario-umanistico che non a quello delle scienze, che su tale concetto sono basate. Se Calvino sente il bisogno di insistere sull'esattezza, è perché avverte il pericolo di un linguaggio "usato in modo approssimativo, causale, sbadato". Aggiunge: "Il mio disagio è per la perdita di forma che constato nella vita, e a cui cerco di opporre l'unica difesa che conosco: un'idea della letteratura." Ed è difficile dar torto al suo disagio, anche se le difese che ciascuno può opporvi sono forse più ampie e varie. Non mi sembra che i medici siano poco attenti all'esattezza, né che, a livello individuale, ne siano carenti. Se Calvino fosse stato cardiologo, mi chiedo semmai cosa avrebbe pensato di noi a livello collettivo, di sistema, e della galassia di pseudo-esattezze e di semi-certezze in cui ci muoviamo un po' troppo appagati. Una letteratura medica scarsamente indipendente da interessi commerciali, il proliferare di convegni scientifici di non ubiquitaria utilità, il ruolo claudicante delle Università nella formazione e nella ricerca, le scatole cinesi costruite su slogan meritori ma disattesi (ECM, evidence-based medicine, clinical governance, e quant'altro). Tutto questo, credo, avrebbe osservato Calvino, con acutezza e ironia. E molto di più.

Visibilità

A mio modesto parere, quello che nel libro viene definito col termine di *visibilità*, è in realtà la *visionarietà*, cioè la "immaginazione come repertorio del potenziale, dell'ipotetico, di ciò che non è né stato né forse sarà ma che avrebbe potuto essere". In altre parole, si tratta della capacità interiore di generare immagini nuove, del processo ideativo-creativo alla base di ogni arte ma anche del progresso



Muro di parole

della scienza. È forse banale ricordare come la medicina si sia evoluta grazie a dei visionari, le cui ipotesi oniriche si sono poi dimostrate vere al vaglio del metodo scientifico. I *quantum leaps* della nostra disciplina sono originati dagli stessi circuiti neuronali da cui Calvino ha generato i suoi mondi fantastici. Anche di questa virtù, la visione, abbiamo quindi bisogno, come lui.

Molteplicità

Il quinto valore, la molteplicità, è proposta come coscienza contemporanea e sinottica dei diversi aspetti della vita, della natura, del sapere, dell'interiorità. Calvino propugna una concezione della letteratura come arte smisurata

nell'ambizione di racchiudere e rappresentare l'universo, ma anche cosciente che un simile, enciclopedico compito è inesauribile. Di più, essere molteplici per lui vuol dire essere pronti ad accogliere per ciascun momento storico la rete di destini alternativi che si realizzano solo in universi potenziali; gli infiniti sistemi epistemologici paralleli mai realizzati, ma comunque possibili. È vero che questa continua consapevolezza del tutto può avere un effetto paralizzante nelle sue infinite ramificazioni – gli esempi di Musil e di Gadda come narratori enciclopedici ma incapaci di concludere sono illuminanti in questo contesto. Tuttavia, l'assenza di tale complessità è un impoverimento che priva di spessore tutta la narrazione.

La molteplicità come richiamo a non sacrificare il tutto per la parte è straordinariamente appropriato per il mondo medico in generale, e per i cardiologi in particolare. L'eccellenza nel nostro mestiere richiede ormai ultraspecializzazione e settorialità, come naturale conseguenza dell'avanzamento culturale e tecnologico. Quello che Calvino ci ricorda, però, è che la perfezione nel dettaglio non può essere raggiunta dimenticando il quadro d'insieme; che è indispensabile mantenere una coscienza olistica del soggetto paziente e del problema salute. Questa coscienza fa la differenza tra il medico e la creatura ricombinante che definirei *riparatore biologico scotomizzato*.

Conclusione

Accanto al *Visconte Dimezzato* e al *Barone Rampante*, ho provato a immaginare il *Cardiologo Inarrivabile*: leggero, rapido, esatto, visionario, e molteplice. Confesso che mi piace. Confesso che è diventato il mio eroe. Con i migliori propositi, ne faccio la personale, stimolante eredità di un grande scrittore.

LA CRISI DELLA CIVILTÀ E LA SFIDA DEL CUORE

di Mario Chiatto e Antonio Miniaci

Si afferma da più parti che –per numerose ragioni– l'epoca in cui viviamo si inserisce tra i periodi più critici della storia dell'umanità.

Da circa cinquant'anni, infatti, si è avviato un incessante processo di cambiamento del mondo, globalmente inteso. La situazione è tanto complessa che ognuno si sente in diritto di sentenziare sulle tendenze del nostro tempo, sottolineando il progresso come fatto storico accertato o gli aspetti degenerativi – riscontrabili purtroppo in ogni campo – come fenomeno preoccupante di rilassamento morale.

La crisi, intesa come stato di disagio nel presente, è sempre inevitabile nella misura in cui ogni conquista rappresenta il superamento della fase in atto ed insieme lo strumento di preparazione a quella successiva. Per Marx le crisi hanno sempre carattere economico e – come tali – promuovono la lotta di classe.

Russel afferma che è in crisi l'uomo stesso come soggetto incapace di porsi ideali superiori. Marcuse evidenzia che la sproporzione tra le grandi potenze ed i paesi sottosviluppati compromette sempre l'equilibrio mondiale.

Ogni epoca storica, intesa come momento differenziato della civiltà, ha una propria fisionomia specificata dall'atteggiamento di pensiero, dal complesso dei valori, dall'organizzazione economica, dagli orientamenti politici.

Nel frattempo, l'incremento industriale ha generato un consistente miglioramento del tenore di vita, ma nello stesso tempo ha orientato l'uomo verso una sola dimensione.

Ne consegue che tutta l'attività umana rischia di essere inquadrata secondo le prospettive del guadagno e del consumo.

La letteratura, il cinema, la musica, ad esempio, spesso esulano dai valori creativi e costruttivi. Di conseguenza può capitare che l'arte e la cultura siano ridotte anch'esse a generi di consumo. E l'uomo dal canto suo nella disperata ricerca di un principio di identificazione, stenta a riconoscersi e a sistemarsi in una società siffatta e si dibatte per colmare il grande vuoto di valori autentici con idoli di cartapesta che il cinema e la pubblicitaria nostrana gli offrono a piene mani. La nevrosi, il pressapochi-

smo, la superficialità, l'antagonismo acceso, la mancanza di un rapporto sereno con gli altri ci tengono in un continuo stato d'ansia. La corruzione ha invaso perfino il settore del calcio – lo sport più amato e popolare – umiliandolo nelle aule dei tribunali.

Il mondo moderno con tutta la potenza di un patrimonio scientifico e tecnologico, acuisce le nostre incertezze ed il nostro smarrimento. Esiste, quindi, un dramma parallelo alla vita costituito dalla incapacità dell'uomo a beneficiare dell'impulso dei contenuti del sapere per modificare il suo statuto quotidiano alla luce dei valori del Vero, del Bello e del Bene. Dal fondo della sua coscienza deformata, allora, nasce nell'uomo l'esigenza di ripristinare l'ordine sociale e morale sovvertito e di recuperare un pizzico di ottimismo, sia pure di ottimismo critico.

Ci sono tante cose preziose nei rapporti interpersonali che dimentichiamo facilmente ma che invece sono essenziali. La positività della vita sta proprio nell'uscire contestualmente dall'inferno che a volte sembra essere l'altro. E non è difficile riuscirci, magari con l'affetto degli amici che esistono davvero e che ci nobilita perché ci consente di vivere e di operare anche per il prossimo in vista di un futuro migliore. Saper sognare in fondo, è il massimo dei privilegi dello spirito.

Il problema, come si vede dal piano individuale torna a quello generale e riassume carattere universale.

L'uomo deve garantirsi un congegno spirituale adeguato alla sua stessa produzione per poter gestire il cambiamento prodotto dalla scienza e dalla tecnica. L'ampia questione della conduzione della vita così non comporta un'antitesi tra gli impegni della ragione e le istanze del cuore che hanno ambiti ed obiettivi diversi ma non contrapposti. Non tutte le certezze, in fondo, sono cercate e raggiunte mediante la scienza.

Certe richieste sollecitano invece, le ragioni passionali del cuore per cogliere i valori della tolleranza, della disponibilità, della fedeltà all'idea, del rispetto della diversità che danno significato alla vita inquieta della quotidianità postmoderna.

A pensarci bene il mondo forse ha più bisogno di uomini buoni che di uomini dotti.



Immagine dal web

TRADURRE, UN'ARTE MECCANICA O CREATIVA?

di Alessandro Ferrini

Google ci promette di tradurre qualunque testo da qualunque lingua anche poco comune: dall'inglese all'italiano, dall'arabo all'inglese, dal sanscrito al francese o al persiano; così promettono pure Yahoo, Babylon e altre decine di siti e programmi (gratuiti o a pagamento) che sembrano, nella panacea della Rete e delle offerte informatiche, rendere sempre meno indispensabile il duro lavoro del traduttore. Messa alla prova dei fatti questi strumenti mostrano però tutta la loro fragilità, dando luogo spesso ad esilaranti risultati che ben poco hanno a che vedere con la versione originale (a parte la resa di qualche testo scientifico con software dedicati). In realtà non fanno altro che accostare significati alle parole da tradurre, tenendo minimamente conto del contesto e di molti altri aspetti e accorgimenti fondamentali; ma "trasportare" un termine o un concetto da una lingua all'altra senza snaturarlo, senza avvicinarlo coerentemente ai tempi storici di riferimento e alle espressioni idiomatiche o dialettali del diverso sistema linguistico nel quale deve essere reso, è possibile? Le macchine cui è affidato l'arduo compito si comportano un po' come quell'ingenuo quanto sprovveduto studente di liceo che, costretto durante un esame a cimentarsi con un brano di Livio, tradusse la frase *Scipio petebat promontorium* con "Scipione interrogava il promontorio"; non solo non fu sfiorato minimamente dal dubbio che ne risultasse un assurdo quanto illogico

comportamento da parte di Scipione, ma aveva anche preso a caso nel vocabolario uno fra i tanti significati di *petere*, trascurando una delle regole fondamentali: l'accurata lettura delle tante accezioni che una parola può avere, per poter poi effettuare una scelta congrua. Il verbo *petere* infatti significa "dirigersi" (come in questo caso) oppure



Fig. 1 - Pagina della Bibbia poliglotta (Madrid 1514-1517). Da sinistra la versione in greco, con traduzione interlineare in latino, a fianco la Vulgata di San Gerolamo in latino, poi il testo in ebraico; sotto la versione in aramaico e a fianco l'interpretato in latino.

“chiedere”, ma per ottenere qualcosa e non per sapere qualcosa (che i latini indicavano con *quaerere*).

Tutto questo induce ad una seria riflessione sul ruolo e l'importanza di chi traduce testi, specialmente letterari e filosofici (per quelli scientifici si può almeno contare su una rigida specificità lessicale), da una lingua all'altra e sulle enormi difficoltà che questo lavoro comporta. Quanto stiamo per dire si riferisce alla lingua scritta, per quella parlata gli interpreti si trovano di fronte ad altre difficoltà, ma certamente l'ambiente circostante, la modulazione della voce, i movimenti delle mani, in altre parole il linguaggio corporeo di chi parla, forniscono informazioni fondamentali.

Ma allora come si deve tradurre e secondo quali regole?

La “querelle” ci porta lontano nel tempo. Potremmo affermare che non solo il come, ma soprattutto le implicazioni che tale compito impone sono antiche tanto quanto la traduzione stessa.

Forse l'etimo stesso del verbo tradurre contiene in sé il germe di questa ambiguità: tale parola derivata dal latino *trans-ducere*, “portare al di là”, era nata inizialmente con un significato concreto, quello di trasferire qualcosa da un luogo ad un altro; la certezza che questo termine esprime nella sua immediatezza, cioè quello di poter tranquillamente prendere un testo e portarlo pari pari in un'altra lingua, che è anche un'altra dimensione sociale, temporale e culturale, comunica l'illusoria convinzione (ulteriormente confermata anche dalla scuola dove molte volte si insegna a tradurre senza riflettere su questi argomenti) che sia possibile un'operazione di questo genere, semplice ed indolore. Solo nella tarda latinità, il verbo ha acquisito il significato figurato di “trasportare” un testo da una lingua all'altra; il latino classico per definire questa operazione, preferiva altre forme come *convertere*, *exprimere*, *interpretari*, *recidere*, e *Graeco in Latinum convertere* diceva Cicerone, offrendo con questa vasta gamma di termini un quadro forse più articolato e realistico sulla difficoltà del “tradurre”.

Va però anche ricordato che il concetto di traduzione nel mondo latino coincideva spesso con quello di *imitatio*: tutti i romani colti sapevano infatti leggere i testi originali in greco e al traduttore interessava soprattutto dar prova della sua capacità creativa attraverso l'emulazione dei grandi del passato, più che riportare nella propria lingua l'originale. È tuttavia proprio Cicerone a dare l'avvio all'eterno dibattito tra sostenitori della resa letterale e della libera interpretazione. Gli stessi umanisti, che per primi ricercarono una resa filologicamente aderente all'originale, ebbero ben chiara la difficoltà dell'operazione: Leonardo Bruni, avvertiva che il “traduttore deve percepire tutti, per così dire, i pregi di uno scritto e ugualmente riprodurli nella lingua in cui traduce. E poiché due sono i generi di ornamenti – uno quello con cui si dà colore alle parole, l'altro quel-

lo con cui si dà colore al pensiero – l'uno e l'altro implicano difficoltà per il traduttore”; e in un'epistola del 5 settembre 1404 indirizzata a Niccolò Niccoli, il Bruni spiegava il proprio atteggiamento davanti a un dialogo di Platone che si apprestava a tradurre dal greco in latino:

In primo luogo, dunque, conservo tutti i pensieri in modo che non mi allontanano da essi nemmeno per la più piccola parte. Poi se una parola si può rendere con una parola corrispondente senza alcuna sconvenienza e assurdità, ben volentieri fo' così. Se invece non è possibile non sono tanto preoccupato da pensare di cadere in un crimine di lesa maestà se, conservato il pensiero, mi allontano un po' dalle parole. E questo me lo comanda di fare lo stesso Platone, il quale essendo di 'elegantissima bocca' presso i Greci, non vuole certamente sembrare incapace presso i Latini.

John Dryden, nel diciassettesimo secolo, ripropose una interessante riflessione sul tema indicando, nella prefazione alla traduzione delle *Epistole* di Ovidio, tre possibili tipologie di trasposizione: la *metafrasi*, quando il testo è riproposto parola per parola, la *parafrasi*, quando lo si ripropone secondo il senso, l'*imitazione*, quando il traduttore si allontana dall'originale. Tuttavia, egli suggerisce il criterio della moderazione, della via di mezzo, e dice di essersi attenuto tra i due estremi, ovvero tra la *metafrasi* e la *parafrasi*, pur cercando di modernizzare la lingua di partenza.

Di avviso diverso gli studiosi dell'epoca romantica, essi la considerarono un'attività autonoma e creativa, tanto che anche il traduttore, nella sua libertà interpretativa, doveva avere una sensibilità pari a quella dei poeti.

Dunque la traduzione è un procedimento meccanico o creativo? E quali devono essere le qualità richieste a un traduttore?

Dai primi decenni del Novecento, e fino ad oggi, il rinnovato fervore per gli studi linguistici e antropologici ha spinto verso il tentativo di fondare una vera e propria scienza della traduzione.

A questo proposito merita ricordare la cosiddetta ipotesi Sapir-Whorf, secondo la quale la struttura di una lingua influenza il modo di pensare del parlante, quindi la sua cultura. I due antropologi della Yale University, il primo allievo del secondo, nella prima metà del secolo scorso, elaborarono una teoria, conosciuta anche come relativismo linguistico, secondo la quale ogni lingua rappresenta una visione unica del mondo, incompatibile con ogni altro modo di percepire la realtà e chi la parla non può liberarsi dalle categorie che la lingua stessa impone sulle percezioni e sul pensiero.

È comunque dallo strutturalismo che giunge una speranza di venire a capo del problema: Roman Jakobson, tra i fon-

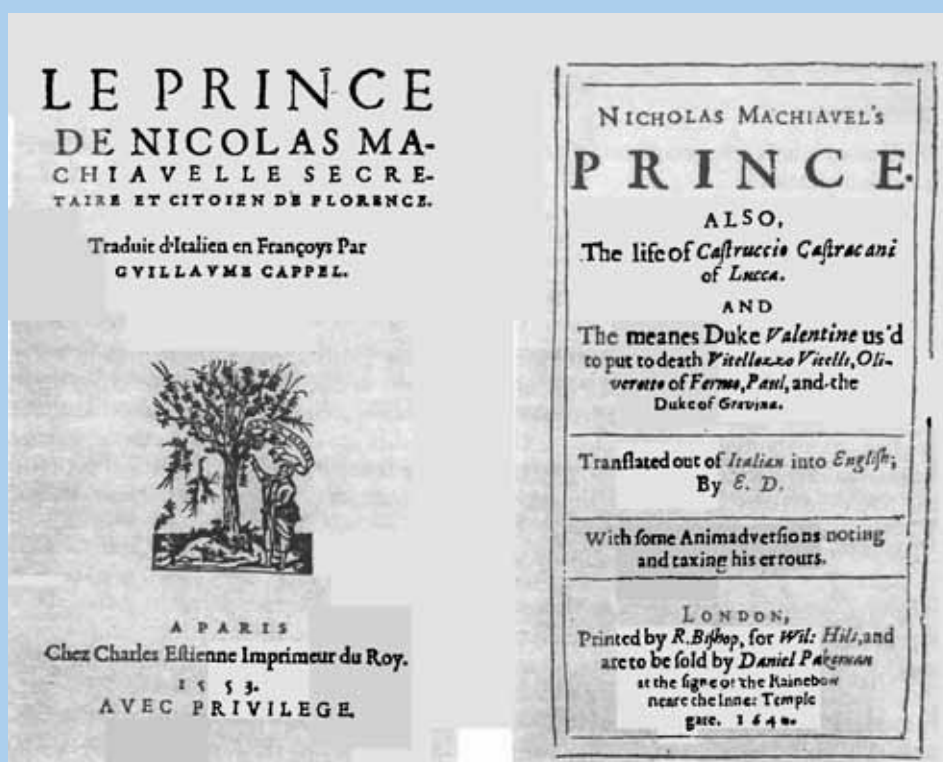


Fig. 2 - Frontespizi di due traduzioni del Principe di Machiavelli. (francese, Parigi 1553 e inglese, Londra 1640)

datori del Circolo linguistico di Praga nel 1926, cercò di indicare al traduttore la strada per superare queste difficoltà. Nell'articolo "Aspetti della traduzione", contenuto in *Saggi di linguistica generale, del 1959*, scrisse:

Tutta l'esperienza cognitiva e la sua classificazione è trasportabile in qualsiasi lingua esistente. Quando vi sia una deficienza è possibile qualificare e amplificare la terminologia mediante prestiti o traduzioni di prestiti, mediante neologismi o cambiamenti semantici e, infine, mediante circonlocuzioni.

Jakobson parla di "equivalenza nella differenza": il modo di spiegare in altre parole il significato di un'espressione è un atto di interpretazione che varia a seconda di chi lo compie e dunque è sempre diverso da un individuo ad un altro. La traduzione, dunque, non è più considerata una copia di seconda mano del testo originale, frutto di un processo meccanico, ma atto creativo essa stessa.

Andrè Lefevere, uno dei maggiori studiosi del nostro tempo su questo argomento, sostiene inoltre che l'atto traduttivo è condizionato anche da fattori politici e ideologici e i "riscrittori" talvolta sono indotti a manipolare i testi per adattarli all'ideologia o alle concezioni poetiche del proprio tempo; ad esempio, la traduzione del *Diario* di Anna Frank dall'originale olandese al tedesco eseguita da Annelise

Schütz negli anni cinquanta, potrebbe esserne una prova: la trasposizione in tedesco contiene infatti emendamenti, vengono omessi dettagli, cambiati nomi, smorzate le espressioni che avrebbero potuto offendere i tedeschi. La Schütz tenta di sminuire l'operato dei nazisti e descrive in modo meno drammatico le condizioni degli Ebrei in Olanda, nonché quelle in cui Anna e i suoi sono costretti a vivere nel rifugio segreto.

In conclusione ne consegue che trasferire un'opera da una lingua ad un'altra, è sempre impresa ardua: significa reinterpretarla e renderla fruibile, senza modificarne il contenuto, significa riproporre lo stile e contentare il gusto del lettore coevo, significa trasferire il pensiero di un autore, rispettandone i con-

tenti, con tutte le implicazioni culturali ed anche linguistiche che esso presenta, in un altro contesto sociale in modo tale che sia comprensibile a lettori appartenenti a diverse aree geografico-culturali e addirittura ad epoche lontane.

Non appena si scende sul terreno e si prova una lingua con un'altra, non si può fare a meno di riconoscere che la traduzione, qualunque possa essere il valore di chi traduce, è spesso lontana dall'originale: quello che era chiaro a livello di osservazione, di buon senso a tutti i migliori traduttori, si rivela come un fatto rilevabile e costante, dal momento che i vari sistemi linguistici non sono tanto superiori e inferiori, quanto diversi, risultando tavole espressive in cui i vari vocaboli, le diverse costruzioni, non sono equivalenti. Come scriveva Walter Benjamin "ogni lingua comunica l'essenza spirituale che le corrisponde. È fondamentale sapere che questa essenza si comunica nella lingua e non attraverso la lingua".

Ma a questo punto dalle nebbie della memoria sorge prepotente una domanda: da quale fideistica speranza erano animati i nostri professori di latino o greco, al liceo, quando propinandoci testi di autori a noi sconosciuti o dei quali sapevamo al massimo la biografia e i titoli delle loro opere maggiori, pensavano che saremmo stati in grado di renderli in italiano o addirittura di trasportarli dalla nostra alla loro lingua?

LETTERA DI ANTONIO LOTTO ALL'EDITOR E AL COMITATO EDITORIALE DI CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

Caro Direttore,

con la presente ho il piacere di ricordare che oltre 30 anni fa *Cardiologia negli Ospedali* riportava come degno di segnalazione particolare il riconoscimento della Autonomia concessa al Servizio di Terapia Intensiva Cardiologica, allora diretto dal sottoscritto, a dimostrazione di quanto fosse sentita all'epoca la necessità di sviluppare una Autonomia Cardiologia Ospedaliera e di informarne i nostri Associati impegnati in difesa delle loro strutture non ancora riconosciute. Ricordo che fu una lotta dura e svolta in difficili condizioni perché una Cardiologia Ospedaliera andava a toccare interessi già esistenti quali Primari di Medicina, Cattedratici di Cardiologia, Rianimatori, ecc.

È bene che i nostri giovani di oggi siano informati di quanto lunga e difficile sia stata la strada che ha portato ad avere una Cardiologia di alto livello come quella attuale. Rileggendo l'attività svolta dal servizio in oggetto risultano prevalenti le prestazioni di Urgenza, di Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva aprendo fin da allora la strada della moderna Cardiologia Interventistica.

In tutto ciò giova menzionare il ruolo determinante svolto dall'ANMCO che passo dopo passo ha seguito il crescere e lo sviluppo della Cardiologia Ospedaliera Italiana diventata oggi una delle più qualificate in campo nazionale ed internazionale.

Caro Direttore, nel ringraziarti vivamente della tua cortese attenzione colgo l'occasione per inviare a te ed a tutto il Comitato di Redazione i miei affettuosi saluti con gli auguri di buon lavoro per i prossimi anni.

Cordialmente,

Antonio Lotto

Già Presidente ANMCO 1980-1984



Cardiologia negli Ospedali, no 28 - marzo 1976

L'“INCONSAPEVOLE” EVOLUZIONE DELL'ESSERE (O NON ESSERE) CARDIOLOGI: ALLA RICERCA DI UNA NUOVA IDENTITÀ?

di Gian Luigi Nicolosi

E ormai imminente una nuova importante sfida per i Cardiologi e per la Cardiologia, per la quale non sembra però sia maturata né una adeguata consapevolezza né una sufficiente attenzione. Personalmente ritengo invece che sarà la base di una vera rivoluzione culturale, alla quale sarebbe opportuno, se non addirittura essenziale, giungere profondamente preparati.

È infatti ormai tempo, per i Cardiologi e per la Cardiologia, di ripensare a se stessi e al proprio ruolo per il futuro.

E che la specialità sia in qualche modo in pericolo lo dimostrano gli atteggiamenti da isolazionismo superspecialistico di molti colleghi Cardiologi emodinamisti interventisti e di molti elettrofisiologi, che si presentano sempre più interessati alla sola procedura di competenza, piuttosto che al paziente nella sua complessità e nella sua storia di continuità assistenziale, sempre più esecutori di prestazioni, su indicazioni poste spesso da altri.

Tali modalità di comportamento racchiudono in sé il grande pericolo di far apparire decaduta, se non inutile e superflua, la specificità cardiologica nel suo insieme, a favore di una nuova “nobiltà” supertecnologica, che risulta però drammaticamente debole e dai “piedi di argilla” dal punto di vista clinico. Se infatti il Cardiologo emodinamista ed elettrofisiologo eseguono solo prestazioni e non “curano” più i pazienti, vi saranno altri professionisti (internisti, pneumologi, geriatri, diabetologi, intensivisti, medici della medicina di urgenza, medici di medicina generale, ecc.) che dovranno prendersi cura dei suoi bisogni, anche cardiologici, di salute.

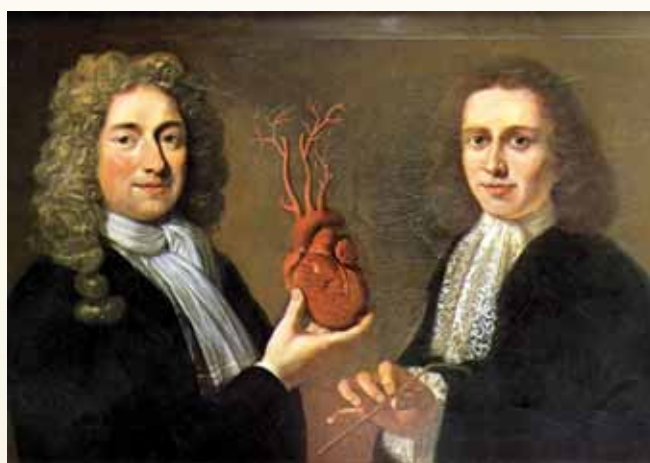
In questo contesto il laboratorio di emodinamica e quello di elettrofisiologia perdono però la loro specificità nel percorso di continuità assistenziale del paziente e assumono

il significato più “economico” e “budgettario” di sedi dove vengono eseguite procedure ad alta sofisticazione, ma soprattutto ad alto costo, che utilizzano sistemi radiologici e cateteri e materiali assimilabili a quanto viene eseguito ed utilizzato in una struttura di radiologia. E infatti la Radiologia è nata da sempre come una sede di esecuzione di prestazioni, anche di alta sofisticazione e di tipo interventistico, ma richieste da altri professionisti, in genere clinici.

A questo punto potrà forse apparire logico, ergonomico ed economico gestire il “budget” di tali laboratori nel contesto della Radiologia, piuttosto che in una Cardiologia dalla identità divenuta debole e dalla specificità non più identificabile e diluita. A questo porta anche il fatto che alcuni laboratori di emodinamica hanno già avviato nel loro ambito procedure interventistiche non solo sulle arterie coronarie, ma anche sulle arterie carotidi, sulle arterie renali o sulle arterie periferiche, con ciò dimostrando la grande manualità e duttilità dei Cardiologi emodinamisti, ma anche una maggiore propensione al meccanicismo dei processi di dilatazione/occlusione piuttosto che alla fisiopatologia e alla clinica che sottende una stenosi o un quadro anatomico, con ovvie ripercussioni sulle decisioni procedurali. E la fisiopatologia coronarica risulta spesso sufficientemente complessa, alla luce dei quadri Cardiologici clinici, da far emergere dubbi sulla possibilità di acquisire e mantenere nella stessa professionalità una competenza di eccellenza anche sulla fisiopatologia del circolo cerebrale, renale, periferico, ecc.

Questo tipo di evoluzione può essere ulteriormente facilitato anche dal fatto che la radiologia sta potenziando la visualizzazione incruenta delle arterie coronarie con la TAC multistrato e lo studio anatomo-funzionale del cuore, grandi vasi e vitalità miocardica con la Risonanza Magnetica. Oltre a ciò gli ospedali di nuova concezione e nuova costruzione e disegno stanno orientandosi verso una organizzazione di assistenza per intensità di cure e di accorpamento delle funzioni assimilabili, con ovi rischi nei riguardi della continuità assistenziale cardiologica, se non percepita e vissuta dai Cardiologi come un valore e una specificità professionale, oltre che un plusvalore, da offrire al paziente per risolvere i suoi problemi.

Ma dove sono i Cardiologi clinici? In questo scenario il Cardiologo clinico sembra vivere una nuova e più profonda frustrazione, subendo come un limite la propria professionalità non interventista, invece che riscoprire di poter essere, e forse dover



I due medici Boekelman e Six mostrano un cuore artificiale costruito secondo il metodo di Swammerdam - Museo Boerhaave, Leida

essere, il vero leader e “case manager” dell'intero percorso assistenziale cardiologico e il gestore della continuità dell'assistenza cardiologica fra ospedale e territorio. È quindi tempo che il cardiologo clinico superi quell'immobilismo culturale da figura professionale consolidata, ma anche stereotipata, per acquisire sempre più una cultura cardiologica di sintesi e coordinamento delle multiprofessionalità necessarie alla gestione della complessità del paziente cardiologico di oggi e di domani, sempre più con pluripatologia, comorbidità e fragilità tipica delle età più avanzate. Tali caratteristiche rendono questo tipo di paziente sempre meno “cardiologico” nella sua essenza, in quanto la problematica cardiologica è spesso diluita o accompagnata da molteplicità infinite di problemi. La decisione è quindi se vogliamo esserci, come *Cardiologi sul campo*, e giocare la nostra “partita” professionale, o demandare anche qui ad altre figure professionali.



William Faulkner, le mani - foto Mario De Biasi

Ciò che potrà differenziare questa nuova tipologia di cardiologo dalle altre branche internistiche o specialistiche sarà solo l'approfondimento di una fisiopatologia cardiovascolare con orizzonti di multidisciplinarietà, a cui fornire il valore aggiunto della propria professionalità e la capacità gestionale dei problemi di una nuova cardiologia, in concreta continuità assistenziale fra ospedale e territorio, fornendo informazioni, risposte e gestione flessibile e decisiva sui problemi dei pazienti. È verosimile che il cardiologo clinico, o non interventista, dovrà in questo ambito acquisire una competenza sempre più approfondita anche delle altre tecniche di imaging, quali la TAC, la RM, la PET, in sinergia e collaborazione con la competenza radiologica, valorizzando anche al massimo la propria specifica competenza di ecocardiografia fisiopatologica e clinica.

Lo scenario per il cardiologo clinico sta infatti potenzialmente diventando ancora più frustrante, se non vissuto con una visione prospettica verso una nuova cultura cardiologica da costruire.

Stanno diffondendosi infatti nuovi tipi di apparecchiature ecocardiografiche miniaturizzate, delle dimensioni attuali di un PC portatile, ma potenzialmente in evoluzione verso strumenti ancora più piccoli e tascabili, che renderanno accessibile la metodica non solo ai Cardiologi, ma ad ogni clinico interessato ad approfondire diagnosi cardiologiche al letto del malato, al pari di un fonendoscopio solo un po' più sofisticato.

E come per il fonendoscopio l'accesso a tali apparecchiature sarà universale. È vero che tale sfida epocale richiederà ancora un po' di tempo per diventare evidente, oltre che formazione e training anche per professionisti non Cardiologi, ma ciò si realizzerà progressivamente e naturalmente in maniera sempre più estensiva, così da far emergere una importante domanda di fondo: quale potrà essere il “valore aggiunto” fornito dal cardiologo? O ancora più brutalmente, ci sarà ancora bisogno di un cardiologo clinico?

Ciò tanto più perché il paziente sempre più anziano, sempre più fragile, con sempre più comorbidità non si identificherà più come sicuramente ed esclusivamente “cardiologico”, se non per momenti assistenziali brevi di acuzie, a rischio di diluizione in contesti di cronicità ben più complessa, di posti letto non disponibili e di liste di attesa insostenibili per prestazioni sempre più disarticolate dal contesto clinico ed accessibili d'altra parte anche da altri professionisti.

Se l'accesso all'ecocardiografia, almeno quella di base, non sarà più appannaggio esclusivo del cardiologo, diventa evidente la necessità di dover fornire, da parte del cardiologo, non solo esami ecocardiografici con sicuro “valore aggiunto” in termini di fisiopatologia e decisione clinica, ma anche la gestione di una unitarietà di percorso assistenziale cardiologico in tutti i suoi aspetti, clinici, fisiopatologici, interventistici, assistenziali e organizzativi.

Le tre nuove figure di cardiologo emodinamista, elettrofisiologo e cardiologo clinico dovranno pertanto ritrovare percorsi comuni, sinergici e coordinati, per offrire soluzioni ai bisogni cardiologici dei pazienti, per non rischiare di diventare meri esecutori di procedure cardiologiche indicate e gestite da altri.

Va anche ricordato che la crisi di identità di cui stanno soffrendo i cardiologi, e la sterile competizione che hanno talora attivato fra diverse cardiologie che incidono sullo stesso bacino di utenza, sta facilitando l'emergere di una realtà organizzati-

va locale molto frammentata e diversificata in ambito cardiologico, potenzialmente altrettanto distruttiva. Esiste infatti una realtà locale estremamente eterogenea, caratterizzata da una ampia costellazione di Divisioni di Cardiologia ospedaliere e universitarie, Istituzioni Pubbliche o Private a varia connotazione, Servizi di Cardiologia con letti, Servizi Cardiologici senza letti di degenza, Unità di Terapia Intensiva Coronarica in Divisioni Cardiologiche, ma anche all'interno di Servizi con letti, Strutture sia autonome che aggregate. Ne deriva che molte strutture cardiologiche corrono il rischio di perdere la propria autonomia, attraverso l'inserimento in aree omogenee o Dipartimenti di Medicina e/o di Emergenza-Urgenza o di Riabilitazione. Il rischio maggiore è quindi la diluizione progressiva della specificità cardiologica attraverso lo smembramento delle cardiologie e la realizzazione di nuove entità dove, ad esempio, l'Unità Coronarica possa venire aggregata al Dipartimento di Emergenza, il Reparto di Degenza a quello di Medicina Interna, i Laboratori di Cardiologia, fra cui quello di Ecografia Cardiovascolare, al Dipartimento di Immagine, e così via. Tali soluzioni organizzative, così devastanti dal punto di vista della continuità assistenziale e della centralità del paziente, sono purtroppo un pericolo incombente, qua e là già in fase di realizzazione, spesso sull'onda di motivazioni di economia gestionale. L'organizzazione dei percorsi assistenziali fra ospedale e territorio, nell'ambito di una Rete Cardiologica Integrata per bacino di utenza.

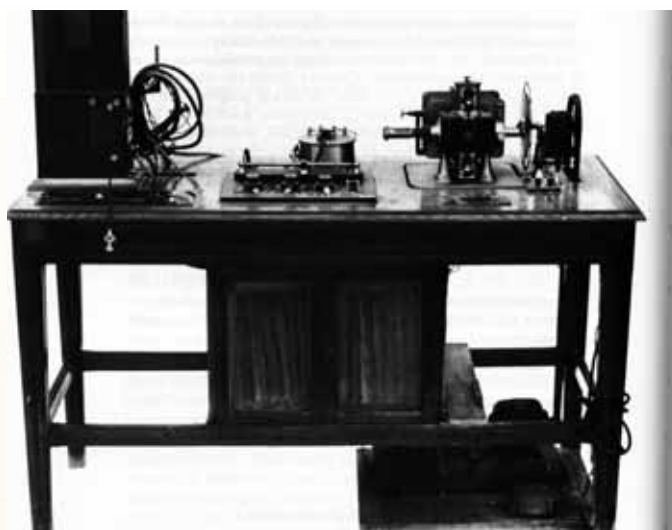
Attraverso il recupero della continuità del percorso assistenziale cardiologico da un lato e della competenza clinica dall'altro, il cardiologo può esprimere al meglio la propria specificità e identità, costruita e consolidata negli anni, secondo canoni di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

In questo ambito il percorso assistenziale cardiologico va ripensato e ricostruito per intero, dall'attività del cardiologo del territorio, all'intervento nella struttura ospedaliera per acuti, al superspecialista del laboratorio di Ecografia Cardiovascolare, di Emodinamica, di Elettrofisiologia, all'attività riabilitativa e preventiva.

In questa visione perde significato la struttura cardiologica così come siamo stati abituati ad immaginarla negli anni, confinata autarchicamente nella "ristrettezza" di una struttura muraria, per divenire espressione di una competenza complessiva non fisicamente confinata, se non in un'area geografica di uno specifico bacino di utenza, entro la quale tutte le necessità del paziente, dall'emergenza alla situazione più complicata sul piano diagnostico e terapeutico, alla terapia delle patologie croniche, alla riabilitazione e prevenzione, trovano risposta attraverso percorsi diagnostico terapeutici preordinati e condivisi. Tutti gli anelli della catena o della "filiera" produttiva concorrono a fornire le risposte cardiologiche più appropriate nell'ambito organizzativo di una Rete Cardiologica Integrata disegnata per bacino d'utenza, area vasta, provincia, area metropolitana o comunque nell'ambito di un contesto geografico definito. In tal modo la competenza complessiva del sistema è mantenuta qualunque sia l'operatore coinvolto nel processo o il punto di accesso alla rete.

Conclusioni

La realizzazione di un progetto di efficace continuità assistenziale fra ospedale e territorio, rappresenta per i Cardiologi una nuova grande sfida, ma anche una grande opportunità, che potrà aiutare a superare sia la settorializzazione subspecialistica e ipertecnologica che la possibile perdita e diluizione di specificità di una parte della Cardiologia. Il progetto necessita però di una analisi attenta e realistica dei bisogni attuali e prospettici di ogni realtà locale; deve prevedere una organizzazione istituzionalizzata che rispetti, per quanto possibile, l'esistente, e diversifichi il grado di autonomia e l'entità della integrazione fra le diverse strutture, attraverso una progettualità realizzativa graduale, condivisa e partecipata attraverso la negoziazione. Un progetto di continuità assistenziale va comunque ricercato da parte dei Cardiologi come soluzione organizzativa dei flussi operativi, non solo per fornire prestazioni, ma per gestire servizio; va accettato come sfida propositiva di integrazione fra ospedale e territorio e fra differenti realtà cardiologiche, piccole, medie e grandi, che presidiano a diverso titolo un determinato bacino di utenza in rete assistenziale funzionalmente integrata.



Elettrocardiografo di Einthoven

**IN MEMORIA DI FRANCO VALAGUSSA,
PER CONTINUARE IL SUO PERCORSO**



Cosa ci lascia Franco dopo quasi 50 anni di impegno scientifico e assistenziale?

In estrema sintesi si potrebbe dire che è stato un anticipatore, affrontando dal punto scientifico e assistenziale alcuni temi che solo più tardi sarebbero stati apprezzati e colti nella loro rilevanza. Ma la sua non è stata, come spesso accade, un'avanguardia proclamata o declamata, è stata schiva, costruita su un rigoroso aggiornamento e sul silenzioso lavoro quotidiano.

Malgrado questa sua riservatezza, la sua umanità e la qualità del suo lavoro l'hanno portato a ricoprire progressivamente tutti i ruoli "istituzionali" più rilevanti della cardiologia ospedaliera: la vicepresidenza nazionale dell'ANMCO, la presidenza dei Cardiologi lombardi, il coordinamento dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, la direzione del GISSI-Prevenzione, sino all'ultima fatica: la presidenza di Heart Care Foundation.

Se questa è la sintesi vorrei ripercorrere con voi brevemente alcune tappe del suo percorso professionale e umano che danno un senso a quanto detto.

Con la sua perseveranza e la sua cultura ha creato dal nulla una delle più prestigiose strutture cardiologiche italiane e l'ha costruita con una fisionomia precisa: sempre attenta alla innovazione tecnologica, da cui tuttavia non si è mai lasciata abbagliare. Per merito di Franco la Divisione di Cardiologia di Monza è sempre stata all'avanguardia, ma il fascino della tecnologia non ha mai avuto il sopravvento sull'appropriatezza.

Non a caso Franco è stato il primo e più autorevole ricercatore italiano di appropriatezza applicata alla cardiologia: quando molti ancora ignoravano il significato del termine lui promuoveva, assieme agli amici del Mario Negri, il primo studio italiano di appropriatezza sulla cardiochirurgia in Lombardia.

Oggi che il sistema organizzativo e di remunerazione della sanità è tutto orientato alle prestazioni, il rischio dell'inappropriato uso di risorse sta crescendo a dismisura.

Franco con la sua opera anticipatrice continua a ricordarci che le indicazioni a trattamenti, interventi e procedure devono dipendere dalle prove di efficacia e che, pur nel rispetto di una doverosa efficienza, non possono essere condizionate dal budget o dalle esigenze di equilibrio di bilancio dell'Azienda.

Un'altra caratteristica ha avuto la Divisione di Cardiologia da lui fondata e diretta per tanti anni: non ha mai perso lo stretto rapporto con il territorio, con i cittadini di Monza.

Pur diventando superspecialistica è sempre stata al servizio della città e del circondario: forse perchè Franco era nato e cresciuto a Monza, e perchè l'aveva costruita passo dopo passo senza strappi, in costante sintonia con il contesto cittadino.

Costruire, mantenere e difendere questa fisionomia di Ospedale inserito nel territorio e al servizio della gente, malgrado le progressive trasformazioni aziendalistiche del Servizio Sanitario, è stato un altro merito di Franco.

Il suo rigore assistenziale si nutriva di una lunga consuetudine alla ricerca clinica, culminata nella sua direzione dello studio GISSI-Prevenzione. Ancora una volta è stato anticipatore: la sfida era quella di verificare se i ricercatori italiani, che avevano avuto tanto successo con i primi studi GISSI limitati alla fase acuta e subacuta dell'infarto, sarebbero stati altrettanto efficienti e costanti nel gestire uno studio di lunga durata. E la sfida è stata vinta: oltre 11.000 infartuati italiani seguiti per quattro anni hanno dimostrato la capacità del sistema di ricerca cardiologica ospedaliera di reggere anche la sfida sul lungo periodo.

Ricordo ancora la tensione di Franco quando a New Orleans doveva presentare i risultati all'American College, cioè alla platea cardiologica più affollata e più esigente del mondo: lo fece come era nel suo stile, con rigore e senza enfasi.

Ma il profilo scientifico di Franco non può concludersi senza ricordare il suo impegno per la prevenzione della malattie cardiovascolari.

Non vorrei sembrare monotono ma ancora una volta fu un anticipatore: il primo cardiologo clinico in Italia ad occuparsi professionalmente di prevenzione e di strategie di popolazione, il primo a volere che la scuola fosse l'ambito privilegiato dell'intervento preventivo. Mentre i più ignoravano il problema o si facevano belli di qualche lettura sulle esperienze condotte all'estero, lui già lavorava concretamente; costituiva l'associazione Monza-Brianza di cui la moglie Gabriella Rota, assieme a lui fu l'anima. E mentre altri si facevano inutilmente belli esibendo sporadicamente i camici bianchi tra i banchi delle scuole, lui con testardaggine e in silenzio formava gli insegnanti (a Monza, ma anche in tutta Italia) perchè il messaggio ai ragazzi sulla promozione della salute non fosse effimero ma entrasse a far parte del reale curriculum formativo.

Questo percorso scientifico e professionale lo ha portato quasi inevitabilmente, e malgrado la sua ritrosia, alla presidenza nazionale della Heart Care Foundation.

È stato questo l'ultimo impegno istituzionale interpretato con serietà e discrezione: poche le sue apparizioni pubbliche, ma indefesso il lavoro quotidiano per preparare documenti, sostenere iniziative, gestire rapporti. Chi gli è stato vicino in quest'ultima fatica ha sicuramente potuto apprezzare il suo spirito di servizio, che non è mai venuto meno, anche quando la perdita dell'amata Gabriella ha progressivamente spento la sua gioia di vivere e la sua speranza, malgrado il sostegno degli amici e la vicinanza dei tre splendidi figli.

In un mondo in cui spesso la superficialità, il diletantismo e la voglia di apparire sembrano prevalere sui veri valori, la sua vita fatta di serietà, impegno nascosto e rigore scientifico devono essere per tutta la comunità cardiologica uno stimolo a proseguire per la strada che lui ha contribuito a tracciare.

Carlo Schweiger

a cura di Francesco Meucci

IL CAFFÈ? NON FA MALE AL CUORE NEMMENO QUANDO È UNA CIOFECA...

Uno studio clinico retrospettivo sulla correlazione fra consumo di caffè e malattia delle coronarie condotto negli Stati Uniti su due popolazioni molto ampie di persone sane (44.005 uomini, 84.488 donne), seguite per 20 anni di follow up, è stato recentemente pubblicato su "Circulation" (Maggio 2006).

I risultati sono da considerarsi una sentenza definitiva che assolve il caffè come fattore di rischio per coronaropatia: in nessun gruppo di consumatori (stratificati in base al consumo: da 6 tazze al giorno, a 1 tazzina al mese) si è potuto documentare un aumento di eventi coronarici né a breve (2-4 anni) né a lungo termine (15-20 anni).



CIRCULATION 2006; 113:2045-53

Intanto è in corso di pubblicazione sulla rivista "Nutrition, Metabolism and Cardiovascular diseases" una meta-analisi dei principali studi clinici di correlazione fra consumo di caffè e rischio coronarico, condotta dal Prof. Gian Franco Gensini e colleghi dell'Università di Firenze che, in particolare dall'analisi degli studi di popolazione, rassicura ulteriormente sulla sicurezza dell'assunzione del caffè.

Da buoni italiani, orgogliosi del nostro caffè, potremmo chiosare a questi risultati, ottenuti seguendo nel tempo soprattutto i consumatori del caffè americano (una vera ciofecca, senza offesa per nessuno naturalmente), che un analogo studio condotto nel belpaese, potrebbe portare a concludere per un effetto addirittura benefico della benemerita tazzina, tanto è il gusto, l'aroma, e dunque l'amore che ci beviamo in quei due sorsi così pregiati.

"...Io per esempio a tutto rinuncerei, tranne a questa tazzina di caffè, presa tranquillamente qua, fuori dal balcone, dopo quell'oretta di sonno che uno si è fatto dopo mangiato... Chi potrebbe mai prepararmi un caffè come me lo preparo io, con lo stesso zelo...con la stessa cura?... Sul becco io ci metto questo coppitello di carta... Pare niente questo coppitello, ma ci ha la sua funzione... E già perché il fumo denso del primo caffè che scorre, che poi è il più carico, non si disperde... Vedete quanto poco ci vuole per rendere felice un uomo: una tazzina di caffè, presa tranquillamente, qui fuori... con un simpatico dirimpettaio..."



EDUARDO DE FILIPPO, QUESTI FANTASMI, ATTO SECONDO



*Dalla Redazione
di Cardiologia negli Ospedali
Auguri di Buon Natale
e un Felice Anno Nuovo*



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

