



GENNAIO - FEBBRAIO N. 155

2007

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



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

**AMICI
DELL'ANMCO**

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



**Partecipa al XXXVIII Congresso Nazionale
di Cardiologia dell'ANMCO
3-5 giugno 2007**

IN QUESTO NUMERO:

DAL CONSIGLIO DIRETTIVO

- 2** VITA ASSOCIATIVA ALLA PROVA
di Francesco Chiarella
DAL SITO WEB ANMCO: LA STRUMENTAZIONE DI BORDO SI STA RINNOVANDO, PROVIAMO A MIGLIORARE LA VOSTRA NAVIGAZIONE
- 4** di G.F. Mureddu, A. Chinaglia, G. Mazzotta, G. Santoro, G. Scorcu
- L'ATTIVITÀ FORMATIVA DELL'ANMCO: A CHE PUNTO SIAMO
6 di Luigi Oltrona Visconti
- L'IMPEGNO DEI CARDILOGI OSPEDALIERI NELLE STRUTTURE PENITENZIARIE ITALIANE
9 di Giuseppe Palazzo
- 10** LETTERA APERTA AI CARDILOGI ITALIANI
di Roberto Ferrari
- 11** LETTERA A ROBERTO FERRARI
di Attilio Maseri
- 12** LETTERA A ROBERTO FERRARI
di Francesco Chiarella
- 13** LETTERA A ROBERTO FERRARI
di Stefano De Servi, Leonardo Bolognese, Corrado Tamburino

REPORTAGE

- 14** AMERICAN HEART ASSOCIATION SCIENTIFIC SESSION 2006
di Rachele Adoriso
- 21** DOVE OPERA LA SPERANZA LAVORARE IN PERÙ CON ... IL "CUORE"
di Ilaria Manca

DAL COMITATO SCIENTIFICO

- 24** COMITATO SCIENTIFICO ANMCO, AUGURI DAL COORDINATORE USCENTE
di Giuseppe Steffenino

DALLE AREE

- 26** AREA ARITMIE L'ARITMOLOGIA INTERVENTISTICA NELLA CARDIOLOGIA ITALIANA
di Giuseppe Inama

- 28** AREA CHIRURGICA LA TERZA VIA
di Claudio Zussa
- 30** AREA EMERGENZA-URGENZA INIZIA UN NUOVO BIENNIO...
di Gianni Casella
- 33** AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE EMBOLIA POLMONARE ACUTA ED IPERTENSIONE POLMONARE: PROBLEMATICHE ATTUALI E GESTIONE CLINICA
di Andrea Rubboli
- 35** AREA NURSING ARRIVEDERCI... E GRAZIE "DI CUORE"
di Quinto Tozzi
- 36** UN NUOVO BIENNIO PER L'AREA NURSING
di Claudio Coletta
- 37** AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE L'AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE VERSO IL NUOVO BIENNIO 2007-2008
di Furio Colivicchi

DALLE REGIONI

- 44** ABRUZZO NEWS DALL'ABRUZZO: LUCI E OMBRE
di Laura L. Piccioni
- 46** CALABRIA NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta
- 47** LAZIO CORSI FORMATIVI DI BLS/D NELLA REGIONE LAZIO PER PARENTI DI PAZIENTI A RISCHIO DI MORTE CARDIACA IMPROVVISA
di Paolo Azzolini
- 49** MARCHE I CORSI DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE DELL'ANMCO NELLA REGIONE MARCHE: UNA REALTÀ CONSOLIDATA
di Mauro Persico
- 51** PUGLIA DELINEATO IL PROGRAMMA DI ATTIVITÀ 2007 NEL CONSIGLIO REGIONALE DELL'ANMCO PUGLIA
di Pasquale Caldarola e Antonio Matera
- 53** SARDEGNA IL POSITIVO BILANCIO DEI PRIMI SEI MESI DEL DIRETTIVO REGIONALE ANMCO SARDEGNA
di Rosanna Pes

- 54** SICILIA ANMCO SICILIA: IL PROGRAMMA DEL BIENNIO
di Alberto Carrubba
- 56** VENETO NEWS DAL VENETO
di Domenico Marchese e Giampaolo Pasquetto

CUORI ALLO SPECCHIO

- 57** INTERVISTA AL PROF. GIAN FRANCO GENSINI
di Gennaro Santoro

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

- 61** IL VALORE EVOCATIVO DELLE PAROLE: LA "LETTERA U" DI TARCHETTI E LE "VOCALI" DI RIMBAUD
di Alessandro Ferrini
- 64** EDUCAZIONE SANITARIA IN CARDIOLOGIA... L'ELOGIO DEL PARENTE POVERO
di Alessio Monteregegi
- 66** VIVERE DI STRESS, MORIRE DA MAFIOSI
di Rocco Turi

FORUM

- 68** A PROPOSITO DI STENT MEDICATI (DES): CONSIDERAZIONI E SUGGERIMENTI PRATICI AL CARDIOLOGO CLINICO DOPO IL PRONUNCIAMENTO FDA
di Matteo Cassin e Gennaro Santoro
- 72** L'ATTIVITÀ FISICA: UNO STRUMENTO PER LA PREVENZIONE DELLE CARDIOPATIE
di Mario Chiatto
- 74** "DIAMO A CESARE QUEL CHE È DI CESARE"
di Gianaugusto Slavich e Rudy Fregolent
- 76** DUM ROMAE CONSULTUR...
di Alfredo Zuppiroli
- 78** RICORDANDO GIORGIO BAROLDI
di Giuseppe Di Pasquale
- 79** I COLLEGHI RICORDANO FULVIO PIVOTTI

FIGURARE LA PAROLA

- 80** a cura di Francesco Chiarella, Gennaro Santoro e Francesco Meucci



IN COPERTINA

Elaborazione grafica



N. 155 - gennaio/febbraio 2007
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

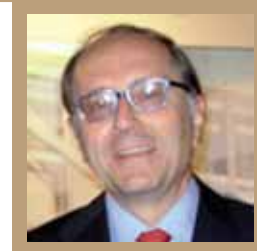
Segreteria Nazionale:
ANMCO

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



VITA ASSOCIATIVA ALLA PROVA

All'osservatore attento non sfuggono, in questo inizio del 2007, gli elementi del rinnovamento della nostra vita associativa e le criticità che affiorano in un momento di grande difficoltà per tutte le Società Scientifiche. Elementi di rinnovamento si leggono nella vita delle Regioni e delle Aree, nel Piano Annuale Formativo 2007 e nell'emblematica iniziativa di prevenzione e di educazione al soccorso nel Sistema Carcerario del nostro Paese. La principale criticità di questo inizio d'anno è riconducibile all'inedito scenario che vede tutte le Società Scientifiche alle prese con la riduzione delle risorse per Congressi ed Eventi Formativi. Una riflessione a parte merita l'incertezza che pesa sul presente e sul futuro della Federazione Italiana di Cardiologia.

RINNOVAMENTO

La vita associativa si è rinnovata nelle Regioni, dove sono al lavoro Presidenti e Direttivi insediati da poco più di sei mesi. Di ANMCO *nelle Regioni* si è parlato con grande schiettezza a dicembre in un Consiglio Nazionale convocato proprio per discutere difficoltà e prospettive della "periferia".

La vivacità regionale è una grande ricchezza che merita maggiore valorizzazione. Contestualmente a studi, registri e a molti eventi locali le Regioni hanno dimostrato di corrispondere al meglio ai grandi eventi delle Campagne Nazionali. Resta per me forte l'impressione per i recenti successi della Campagna Educazionale Nazionale "*Rete Interospedaliera e Linee Guida sulle Sindromi Coronariche Acute*" in Puglia, Liguria, Marche e Calabria: come già nelle altre sedi la giornata dell'evento ha raccolto grande pubblico, ha ottenuto il coinvolgimento diretto degli Assessorati ed ha aperto ai Cardiologi spazi di grande interesse al tavolo delle scelte tecniche.

La vita associativa si è rinnovata nelle Aree.

I lettori troveranno in queste pagine i nuovi Comitati di Coordinamento, composti in larghissima parte da persone del tutto nuove per un ruolo associativo istituzionale, scelte in base al profilo scientifico e ad una grande disponibilità.

Come è stato detto in una riunione convocata a Roma a dicembre per incontrare Chairmen e Cochairmen, a queste persone verrà chiesto molto e molto l'ANMCO si aspetta da loro.

Il Piano Annuale Formativo 2007, presentato a Roma a dicembre ed illustrato in queste pagine, è la prova più eloquente del consolidamento di un disegno di rinnovamento dell'intero settore educativo, iniziato dai precedenti Direttivi.

Vengono proposte per il 2007 due nuove Campagne Educazionali Nazionali, la prima sul ritardo evitabile e la seconda sul rischio clinico, numerosi Seminari, i Corsi di Clinical Competence ed una miriade di proposte "periferiche" generate dalle Cardiologie Ospedaliere di tutte le Regioni d'Italia.

"Prevenzione e primo soccorso nel Sistema Carcerario Italiano" si configura come il contributo dei Cardiologi Ospedalieri al bisogno di salute, di prevenzione, di recupero della popolazione carceraria e del personale sanitario e laico che opera nelle istituzioni penitenziarie del nostro Paese. Si tratta di un progetto innovativo, fortemente voluto da Giuseppe Palazzo e dal Consiglio Direttivo, che ha tenuto conto della positiva esperienza iniziata dall'ANMCO della Regione Lazio e che viene ora proposto su scala nazionale.

In questo modo i Cardiologi dell'ANMCO si rendono presenti in uno dei luoghi dove più acutamente si manifestano le contraddizioni dell'uomo e della società.

Gli eventi educazionali promossi dall'ANMCO si terranno il prossimo 13 aprile nelle Istituzioni Penitenziarie di 10 tra le più importanti città italiane.

CRITICITÀ

XXXVIII Congresso ANMCO, Firenze, 3-5 giugno 2007. Dall'inizio dell'anno vengono attuati gli annunciati provvedimenti di Farindustria e di Assobiomedica nei confronti delle iniziative congressuali di tutte le Società Scientifiche: blocco del tradizionale supporto ai Congressi, stop a inviti, rimborsi per trasferimenti, ristorazione ed ospitalità. Molte società scientifiche hanno conseguentemente annullato le manifestazioni in programma o hanno rimandato gli eventi previsti a data da destinarsi.

In questa difficile situazione il Consiglio Direttivo dell'ANMCO, ben conscio di correre un importante rischio sul piano partecipativo ed economico, ha comunque confermato il suo XXXVIII Congresso Nazionale che come previsto si aprirà a Firenze il 3 giugno 2007. Il programma che era già ben delineato è stato cambiato all'insegna della sobrietà e della compattezza.

La scelta di tenere il Congresso avrà conseguenze scomode e forse anche dolorose, ma contiene un messaggio molto forte per gli Associati dell'ANMCO e per quelli di tutte le Società Scientifiche italiane. D'ora in avanti il cammino associativo sarà soprattutto delle persone motivate, nelle cui menti è ben delineato il semplice concetto che nessuno oggi può fare della buona Medicina e della buona Cardiologia restando da solo, che nessun Medico e nessun Cardiologo in Ospedale o nel territorio può evitare il confronto sulle grandi tematiche professionali ed organizzative, che nessuna Regione può realizzare reti assistenziali senza i Cardiologi e fuori da una dimensione Nazionale.

Abbiamo accettato di correre il rischio di un Congresso dagli esiti assai incerti sapendo di poter contare su chi vive la passione professionale ed associativa con questa coscienza. Ci troviamo in uno scenario del tutto nuovo, che vedrà la fine delle adesioni di convenienza e l'affermazione delle adesioni motivate. L'ANMCO chiede fin d'ora a tutti di supportare con slancio la preparazione e la partecipazione congressuale, diventata per il 2007 un banco di prova ed un momento di orgoglio.

Federazione Italiana di Cardiologia.

Viene riportata in questo numero di "Cardiologia negli Ospedali" la lettera aperta del Prof. Ferrari, President Elect della Società Europea di Cardiologia, ed in risposta le lettere del presidente FIC, del Presidente SICI-GISE e del Presidente dell'ANMCO. Non sfugge a nessuno la delicatezza di questo momento che per la Cardiologia Italiana assume i connotati dello snodo storico. Per anni e con fatica si è lavorato ad una progettualità federale che apre gli orizzonti e spalanca i confini, che mette tutte le Società Cardiologiche nazionali in una prospettiva ampia e coesa, che può consegnare alle giovani generazioni feconde intese collaborative, che ha già catalizzato osmosi costruttive nell'esperienza dei giornali federativi, che ha aperto proficue interazioni tra Aree e Gruppi di Studio,

che ha varato Commissioni in grado di indicare nuovi percorsi. Sono un convinto assertore della inalienabile identità del Cardiologo Ospedaliero e sono altrettanto convinto che lo sviluppo federale farebbe crescere la Cardiologia Italiana e non penalizzerebbe le Società che la compongono. È nell'aria che siamo ad una svolta: o si procede o si torna indietro. È un momento delicato, ha bisogno di un grande rispetto per le ragioni dell'altro, di capacità di riflettere, ma anche dalla matura consapevolezza che la Federazione rappresenta la strada maestra per il futuro della Cardiologia Italiana.



René Magritte, Homesickness, 1940

DAL SITO WEB ANMCO: LA STRUMENTAZIONE DI BORDO SI STA RINNOVANDO, PROVIAMO A MIGLIORARE LA VOSTRA NAVIGAZIONE

Dopo il restyling voluto e realizzato dalla Commissione Sito Web uscente, da giugno 2006 è iniziato il percorso operativo della nuova Commissione. Gli obiettivi, ampiamente condivisi con gli altri componenti del gruppo di lavoro si possono riassumere in due linee principali: continuare a sostenere le iniziative in atto, implementandone ove possibile i contenuti e procedere ad un aggiornamento dell'offerta esistente per rendere **più fruibile il sito e più vicino alle esigenze quotidiane di noi Cardiologi**.

A settembre, appena dopo l'ESC, ha avuto luogo presso la sede ANMCO di Firenze una riunione congiunta tra la Commissione Sito Web ANMCO e la Redazione di Cardiologia negli Ospedali con l'obiettivo di favorire l'integrazione tra questi due strumenti di comunicazione ed il loro incontro sia nella rete che sulla carta stampata. Stavolta tocca alla carta stampata invitare il sito web a casa propria, farlo accomodare nel suo salotto buono e farlo parlare di sé. Peraltro il sito, riserva da tempo un posto di riguardo alla Rivista: lì nella grande colonna di destra, appena sotto le riviste a carattere prettamente scientifico, Cardiologia negli Ospedali fa bella mostra di sé, con la sua copertina tradizionalmente colorata, la cui scelta è stata ed è spesso un tocco d'arte. Ecco dunque che utilizziamo il giornale stampato per comunicare, nel primo numero del 2007, le novità che abbiamo apportate al sito web.

Per prima cosa, si è pensato di apportare alcune **modifiche alla homepage per rendere più direttamente consultabili le sottosezioni**. In realtà abbiamo pensato di semplificare il percorso di navigazione limitando al minimo il numero di click sul mouse necessari ad aprire le sottosezioni delle voci principali. In questo modo speriamo di evitare un dispendio di tempo e di rendere tutte le sezioni più facilmente visibili. (Figura 1: homepage dell'ANMCO).

L'aggiornamento delle sezioni esistenti è proseguito con la messa a punto dei **link, che sono stati verificati e riordinati**, grazie anche ai suggerimenti preziosi e puntuali di una collaboratrice esperta delle collocazioni associative come Simona Saracco.

Questi sono stati divisi per appartenenza nelle seguenti sottocategorie: *ANMCO, Istituti e Società Scientifiche Nazionali e Internazionali, Federazione Italiana di Cardiologia, Siti Istituzionali Nazionali, Riviste Scientifiche, Siti di aggiornamento e Altri Siti*.

Un altro aggiornamento riguarda le linee guida. È ora a disposizione di tutti i Soci, un **update delle linee guida**



Fig. 1

nazionali ed internazionali, suddivise per argomenti.

È con gran piacere che vi annuncio questa novità, soprattutto perché ritengo sia un segno tangibile dell'attenzione che i curatori del Sito hanno verso le esigenze reali dei colleghi che lavorano, che sono naturalmente anche le nostre. Riprendendo la presentazione delle linee guida che fu fatta sul sito web qualche anno fa, crediamo che, oggi più di ieri, le linee guida siano riferimenti consolidati sia culturali che di politica sanitaria, importanti indicatori dei processi di sviluppo della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi clinico-diagnostici. Il consulto rapido delle indicazioni degli esperti delle diverse specialità e sotto-specialità (ormai tante) in cui si divide la cardiologia moderna è una necessità irrinunciabile che contraddistingue molti degli atti medici del nostro lavoro.

La possibilità di avere tutte le linee guida aggiornate nel nostro sito, di trovare in *casa propria* le molte cose utili di cui abbiamo bisogno giornalmente, ci sembra pertanto un'opportunità da non perdere. È stata fatta la scelta di attingere soprattutto dalle linee guida della Società Europea di Cardiologia e dall'American Heart Association/American College of Cardiology perché queste Società rappresentano un naturale riferimento culturale. La velocità con la quale compaiono gli aggiornamenti è tale da non consentire più di aspettare la traduzione dei testi in italiano che pure, quando disponibili saranno inseriti. Anche per quanto attiene ai titoli delle linee guida quindi, è stata fatta la scelta lasciarli in inglese, solo alcuni sono stati tradotti in italiano; i testi sono invece tutti in inglese. Confidiamo che ormai praticamente la totalità dei Cardiologi leggano gli articoli nelle versioni originali e crediamo che questa scelta non rappresenti più un ostacolo: siamo cittadini d'Europa e la Comunità Scientifica è sempre stata più allargata rispetto alle tracce della geografia politica accomunando con facilità persone di continenti diversi. (Figura 2: pagina web delle Linee Guida).

Un commento in più ed uno speciale ringraziamento per questo lavoro merita Giampaolo Scorcu, che ha fornito la maggior parte del materiale (già ordinato) ed Alessandra Chinaglia che con Giampaolo ne ha curato l'ulteriore revisione. Nel prossimo futuro cercheremo, noi curatori del sito, di mantenere l'aggiornamento in tempo pressoché reale, rimanendo al passo con le novità, ma un aiuto lo chiederemo anche alle Aree, per la

competenza specifica che le contraddistingue.

Prosegue il lavoro di ampliamento della biblioteca virtuale **ANMCO Slide Bank** che si è arricchita di nuovi contributi e presto ne proporrà di altri. La possibilità di selezionare e scaricare diapositive scientifiche è un servizio che unitamente all'offerta delle linee guida integra le possibilità di aggiornamento e condivisione delle conoscenze.

Nel frattempo è continuato il lavoro quotidiano di aggiornamento e monitoraggio dei contenuti (newsletter, poll del mese, rubrica congressi, forum, notizie dalle regioni/aree, ecc.).

I forum fin qui dibattuti sono stati a cura delle Aree: Emergenza-Urgenza, Scompenso Cardiaco e Aritmie; dopo l'Area Prevenzione Cardiovascolare che ha chiuso il suo "dibattito virtuale" a gennaio è la volta dell'Area Malattie del Circolo Polmonare. La *poll* del mese è sempre un argomento di estrema attualità o particolarmente dibattuto: l'ultima è sull'estensione dell'utilizzo della TC multistrato nella diagnosi di cardiopatia ischemica, in alternativa all'ECG da sforzo ed anche in pazienti non sottoposti a procedure di rivascolarizzazione. Ci aspettiamo per tutte le attività una partecipazione estesa, oltre che delle Aree, dei Gruppi di Studio, delle Regioni, dei fellow e di quanti hanno ruoli istituzionali nell'Associazione, soprattutto dei singoli Soci e li invitiamo a porre i propri quesiti, sia che siano "amletici" o semplici casi clinici, da discutere come in corsia, così da utilizzare il sito web come strumento di condivisione di attività diverse, luogo di comunicazione e di scambio culturale all'interno dell'Associazione.



Fig. 2



L'ATTIVITÀ FORMATIVA DELL'ANMCO: A CHE PUNTO SIAMO

Come espresso da Francesco Chiarella nelle Linee Programmatiche per il biennio di Presidenza ANMCO 2006-2008: “La Formazione è un punto cardine della mission dell’ANMCO, che si è data regole e strutture per farla e farla bene, come dimostrato dai Piani Annuali Formativi degli ultimi anni...” (Cardiologia negli Ospedali 2006;152-153:7). Alla luce delle parole riportate, l’eredità di coloro che ogni due anni, all’interno del Consiglio Direttivo, vengono designati a occuparsi di Formazione è pesante. Infatti, fin dagli inizi, la Formazione è stata uno degli aspetti qualificanti dell’attività dell’Associazione dei Cardiologi Ospedalieri Italiani e ogni anno è andata migliorando qualitativamente e quantitativamente. Migliorare ancora quanto è stato fatto diventa sempre più difficile.

La Formazione è infatti uno dei punti di forza della politica associativa dell’ANMCO per il suo effetto di aggregazione dei Cardiologi Ospedalieri sull’aggiornamento in ambito di ricerca, sia sperimentale sia, specialmente, clinica e di gestione di problematiche assistenziali, organizzative, politico-istituzionali.

I Piani Formativi Annuali hanno avuto tradizionalmente una strategia bidirezionale: una serie limitata di proposte di ampio respiro viene elaborata dal Centro Formazione e un numero di solito elevato di eventi locali viene organizzato nelle realtà periferiche della penisola. Questa filosofia permette la compenetrazione di esigenze universali che prevedono l’attenzione sui temi di grande attualità che meritano un dibattito in più sedi nazionali con il coinvolgimento del più alto numero possibile di Medici e Infermieri e di esigenze più circoscritte che implicano la parteci-

pazione di un numero minore di operatori sanitari a un dibattito su problematiche che spesso hanno caratteristiche specifiche regionali o provinciali. In quest’ottica negli ultimi anni l’offerta formativa elaborata dal Centro Formazione, composto da Soci designati dal Consiglio Direttivo per competenza e capacità organizzativa in campo formativo, prevede un numero limitato di **Campagne Educazionali Nazionali** e di **Seminari di aggiornamento** strutturati con varie tipologie di didattica formativa: eventi tradizionali, incontri a “cascata”, incontri interattivi, stage formativi, ecc. e **eventi formativi nazionali**, che possono svolgersi in sedi periferiche (extramurali) o a Firenze (murali), ovvero Corsi teorico-pratici di aggiornamento della durata di uno o più giorni per Medici, Infermieri ed altre figure professionali.

Una nota di pragmatismo ci fa sottolineare come l’attività formativa costituisca una delle voci di attivo economico dell’Associazione, sia grazie alle sponsorizzazioni delle Campagne e dei Seminari da parte di Aziende Farmaceutiche ed Elettromedicali, sia da quando, negli ultimi due anni, il Socio proponente l’evento periferico partecipa più attivamente alla gestione dell’iniziativa re-

prendo tramite una sponsorizzazione una quota relativamente modesta destinata a coprire almeno le spese della Segreteria del Centro Formazione, che fornisce il supporto organizzativo all’iniziativa.

Il valore di questo attivo economico si manifesta nel fatto che una parte del ricavato derivante dallo svolgimento dei Corsi verrà anche nel 2007 destinata al finanziamento della ricerca in campo cardiologico: nel 2006 questo contributo economico ha sostenuto il progetto di ricerca vinci-



Francis Picabia, *La danza alla fonte*, 1912

tore del bando di concorso appositamente istituito. Inoltre, al fine di promuovere la formazione indipendentemente da logiche economiche, il Consiglio Direttivo ha deliberato di sostenere con questi fondi, a partire da quest'anno, una o più proposte di qualità in ambiti che eventualmente non trovassero un sostegno economico.

Il Piano Annuale Formativo 2006

Nel 2006, oltre alle iniziative che, avendo lunga durata, verranno completate nel 2007, sono state portate a termine tra Campagne Educazionali Nazionali e seminari di aggiornamento le seguenti iniziative:

	N° di incontri	N° tot. di partecipanti
Shock Cardiogeno nell'Infarto Miocardico Acuto	3	171
La gestione delle sindromi coronariche nella fase acuta e nella fase extraospedaliera (come colmare il divario tra linee guida e realtà clinica nelle SCA senza ST sopraslivellato)	18	820
Elettrocardiografia di base per i Medici di Medicina Generale. Rischio cardiovascolare e danno d'organo	63	1541
Management del paziente con cardiopatia ischemica cronica per medici di medicina generale: dalla prevenzione secondaria al trattamento delle più frequenti complicanze	20	344

L'attività degli **eventi formativi nazionali** dell'anno 2006, confrontata con quella dell'anno precedente, può essere riassunta in questa tabella:

	Numero di proposte di eventi	Corsi extramurali (%)	Corsi per Medici (%)	Corsi per Infermieri (%)	Corsi misti (%)	Corsi a pagamento (%)
2005	92	88	66	8	26	15
2006	115	91	54	23	23	32

Il risultato dell'attività può essere definito un notevole successo per l'ANMCO, testimoniato dal numero elevato di medici, di infermieri e di altre figure professionali coinvolte nella vita della comunità cardiologica nazionale.

Il Piano Annuale Formativo 2007

Anche quest'anno il Piano Formativo è frutto di un equilibrio tra l'esigenza di diffondere il più capillarmente possibile sul territorio nazionale i messaggi delle

Campagne Nazionali, dei Seminari ed i Corsi di Clinical Competence del Cardiologo clinico, e l'esigenza di rispettare le iniziative locali periferiche, che in alcune aree della nazione pervengono assai numerose; lo sforzo del Centro Formazione, avallato dal Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale, è stato quello di evitare affollamenti di iniziative in senso temporale e in senso geografico, evitare ripetizioni di argomenti trattati, favorire la comunicazione tra i proponenti delle iniziative e le realtà locali che forniscono l'audience delle manifestazioni promosse. Il massimo impegno organizzativo a tutti i livelli è come sempre rappresentato dalle Campagne Nazionali: quest'anno il principale obiettivo è costituito da una campagna nazionale per il **Ritardo Evitabile** che dovrà coinvolgere altre società di settore e di altre specialità con lo scopo di diffondere su larga scala, tra gli operatori professionali e tra il pubblico, la coscienza che la mortalità dell'infarto acuto può essere ridotta abbattendo i tempi di soccorso e di accesso alla miglior terapia disponibile.

Il **Risk Management**, tema di grande attualità e interesse, sarà oggetto di un'altra campagna nazionale che con la formula dei seminari teorico-pratici toccherà tutte le regioni italiane e sarà finalizzata all'approfondimento delle metodologie volte a proteggere il paziente ricoverato in Cardiologia dai possibili danni derivanti da errori clinici o procedurali (Operazione "Paziente sicuro in Cardiologia"). Le altre iniziative di campagne nazionali e seminari di aggiornamento vogliono rispondere a un criterio di completezza dell'offerta formativa, con alcune proposte nuove e con altre che completeranno iniziative avviate lo scorso anno: i Cardiologi, i Medici specialisti non Cardiologi, i Medici di Medicina Generale e gli Infermieri saranno coinvolti con iniziative specifiche per le diverse figure sulle problematiche della rete per la cura dell'**infarto**, della **morte improvvisa**, della gestione del **paziente ad alto rischio**, della **cardiopatia ischemica cronica**, del **diabete**. Infine la **Consensus Conference sullo Scenpense** tenutasi nel 2006 vedrà partire nel 2007, come suo naturale esito, una Campagna Nazionale di implementazione regionale.

Come evidenziato dalla tabella riassuntiva, nel 2007 non si terrà più di una nuova iniziativa per ognuno dei principali aspetti della patologia cardiovascolare che coinvolga le stesse figure professionali.

Una particolare attenzione sarà rivolta nel nuovo Piano Formativo ai **Corsi di Clinical Competence** del Cardio-

Campagne Educazionali Nazionali e Seminari di Aggiornamento ANMCO 2007

		SCA	CARDIOPATIA ISCHEMICA	SCOMPENSO CARDIACO	ARITMOLOGIA	PAZIENTE AD ALTO RISCHIO	CLINICAL GOVERNANCE	RISK MANAGEMENT
CAMPAGNE	IN CORSO	Rete Iteospedaliera e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute						
	PROGRAMMATE	RITARDO EVITABILE						CARDIOLOGIE SICURE GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
SEMINARI	IN CORSO		"Nuovi sviluppi nel trattamento farmacologico dei pazienti con cardiopatia ischemica: quando la fisiopatologia guida la strategia terapeutica"					
	PROGRAMMATI	ANMCO - AMD IL TRATTAMENTO DEL DIABETE MELLITO E DELL'IPERGLICEMIA IN CORSO DI SINDROME CORONARICA ACUTA: LA CREAZIONE DEL TEAM CARDIO-DIABETOLOGICO		Implementazione regionale del Progetto Consensus Conference IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO: DAL DOCUMENTO ALL'IMPLEMENTAZIONE REGIONALE		IL PAZIENTE AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE PRESENTE E FUTURO	ANMCO - AMD CLINICAL GOVERNANCE	
				LA MORTE IMPROVISA NELLO SCOMPENSO CARDIACO: IL RUOLO DEI DEVICE				
				LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO STAGE RESIDENZIALI DI FORMAZIONE TEORICO-PRATICA				
CLINICAL COMPETENCE					ANMCO-AIAC CORSI RESIDENZIALI IN ARITMOLOGIA ED ELETTROFISIOLOGIA CLINICA			

logo clinico: sulla scorta del notevole successo dell'esperienza pilota dell'anno passato sulla Clinical Competence in UTIC, con la modalità dell'inserimento full-immersion dei partecipanti per alcuni giorni nell'attività dei Centri Ospedalieri di Cardiologia italiani riconosciuti come leader in settori specifici, sono in fase organizzativa avanzata i Corsi residenziali di aritmologia e di elettrofisiologia clinica. Ad essi seguiranno altri Corsi sugli altri aspetti della pratica cardiologica, con prevalenza di aspetti pratici su quelli teorici, destinati a un numero limitato di Cardiologi in un numero di sedi sul territorio nazionale auspicabilmente adeguato alle richieste di partecipazione.

Considerata la loro importanza ed il loro successo continuano nel 2007 i **Corsi ANMCO teorico-pratici di Rianimazione Cardiopolmonare di Base**, che sono riconosciuti dall'American Heart Association per l'addestramento del personale sanitario, secondo le linee guida ILCOR 2005, alla rianimazione cardiopolmonare di base (BLS-D), intermedia (ILS) e avanzata (ACLS) per gli adulti e Corsi di formazione di base (PBLs) e avanzata (PALS) per la rianimazione pediatrica, sono in preparazione un Corso ACLS ed un Corso PALS per esperti, basati prevalentemente sulla discussione di casi clinici, della durata di due giorni.

La **Formazione a Distanza** rimane uno degli strumenti di aggiornamento in cui ANMCO crede e pertanto alcune iniziative, siano esse Campagne o Seminari, saranno

affiancate da Corsi a distanza. Infine, anche quest'anno le proposte di eventi formativi nazionali sono state molto numerose (97) e sono giunte da quasi tutte le Regioni. Ricordiamo che l'accesso al Piano Formativo via internet all'indirizzo www.anmco.it è uno strumento che consente a tutti, anche ai non Soci, una maggior fruibilità delle informazioni sugli eventi programmati, il cui stato di avanzamento viene aggiornato in

tempo reale, la possibilità di iscriversi online agli eventi e l'invio in modo semplice e diretto al Centro Formazione delle proposte formative periferiche. Ricordiamo anche che il Piano Annuale Formativo viene edito in forma cartacea in 18.000 copie, sotto forma di una elegante brochure che a partire dalla fine di gennaio 2007 verrà distribuita in occasione dei principali Congressi e verrà inviata ai Soci, agli iscritti alle Aree e agli iscritti al Congresso ANMCO del 2006, agli iscritti ai corsi del PAF 2005 e 2006, ai Direttori Generali Sanitari delle Strutture Ospedaliere e delle ASL, al Ministero della Salute, alle Istituzioni Sanitarie Nazionali, ai Presidenti e agli Assessori alla Sanità Regionali. La ricchezza del Piano Formativo 2007 è segno della vivacità dell'ANMCO e del ruolo culturale fondamentale che l'Associazione svolge in campo sanitario. Il costante successo, che ogni anno si ripete, delle iniziative del Piano Formativo, in termini di partecipazione, di qualità dei contenuti e di soddisfazione dei partecipanti è il riconoscimento dell'impegno degli Associati, dello staff del Centro Formazione, della Segreteria Nazionale ANMCO, oltre che del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale.

In questi giorni purtroppo stiamo tutti con il fiato sospeso sperando che questa progettualità così ricca non venga troppo limitata dalle recenti disposizioni delle associazioni delle industrie farmaceutiche ed elettromedicali sulla restrizione delle sponsorizzazioni, emanate in risposta agli ultimi decreti legislativi.

L'IMPEGNO DEI CARDIOLOGI OSPEDALIERI NELLE STRUTTURE PENITENZIARIE ITALIANE

Il 13 aprile al via in 10 città italiane l'iniziativa "Prevenzione e primo soccorso nell'arresto cardiaco"

In seguito ad alcuni incontri tra i responsabili del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) e componenti del Direttivo Nazionale ANMCO e dell'Area Emergenza-Urgenza, è stato concordato di avviare una collaborazione tra la nostra Associazione ed i sanitari che operano all'interno degli istituti di pena italiani, sul tema della prevenzione e del primo intervento delle emergenze cardiovascolari.

Nell'ambito delle iniziative previste per l'anno 2007 l'ANMCO mette a disposizione del DAP il proprio impegno per la realizzazione di una campagna la cui fase "pilota" si terrà in 10 città italiane nella giornata del 13 aprile. Le città sede dell'iniziativa saranno Bologna, Cagliari, Catania, Catanzaro, Firenze, Genova, Napoli, Pisa, Torino, Trieste e sono state scelte sulla base delle équipes di Cardiologi ANMCO disponibili per tale data. Il Programma della giornata è suddiviso in due momenti distinti.

La mattina, dalle 10.00 alle 13.00, saranno trattati i temi relativi ad i fattori di rischio delle principali emergenze cardiocircolatorie, saranno illustrate le manovre di primo soccorso e come attivare in modo corretto il sistema di emergenza. È stata inoltre prevista una tavola rotonda, cui parteciperanno non solo esperti ANMCO ma anche della sanità cittadina, e delle associazioni di tutela. L'uditorio, che sarà composto da personale della polizia penitenziaria e da detenuti, potrà interagire con gli esperti che saranno a disposizione per rispondere ai quesiti e fornire chiarimenti.

Nel pomeriggio, dalle 14.00 alle 19.00, Istruttori ANMCO di BLS/D terranno corsi teorico-pratici al personale della polizia penitenziaria, che, dopo una valutazione finale, potrà acquisire la certificazione di Provider BLS/D ANMCO. Recentemente presso il Carcere di Rebibbia a Roma, su richiesta di Emergency, Cardiologi ANMCO hanno già condotto alcuni dei suddetti corsi. Questa iniziativa ripropone l'impegno della nostra Associazione nella gestione e nel trattamento a tutto campo delle patologie cardiache e sottolinea l'attenzione a

tutte le fasi della malattia, compresa la prevenzione, il riconoscimento precoce dei sintomi-guida, l'allertamento dei sistemi di emergenza ed il trattamento iniziale.

Dopo l'approvazione della legge 120 del 3 aprile 2001, sull'uso dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extra-ospedaliero, anche da parte di personale non sanitario ("laico"), purché adeguatamente formato, ANMCO, da tempo attiva nella diffusione dei corsi BLS/D (Basic Life Support and Defibrillation) e ACLS (Advanced Cardiac Life Support), ha messo a punto una serie di corsi BLS/D per operatori "laici":

- Laici "coinvolti" (familiari di cardiopatici, che necessitano anche di una preparazione specifica di tipo psicologico);
- Laici "solidali" (studenti delle scuole medie superiori, iscritti ad associazioni di volontariato, ecc.);
- Laici "Istituzionali" (Forze dell'Ordine, Vigili del fuoco, operatori di impianti sportivi, personale del trasporto aereo e navale, ecc.).

L'iniziativa indirizzata a favore delle strutture carcerarie vuole essere quindi un contributo della nostra Associazione ed un supporto nei confronti del personale sanitario e laico che lavora all'interno delle stesse, affinché la popolazione carceraria possa ricevere il più avanzato ed aggiornato livello di assistenza in caso di eventi cardiocircolatori improvvisi, collaborando essa stessa ad allertare in modo consapevole ed appropriato il sistema interno di emergenza.

Allarme per situazione sanitaria nelle carceri italiane da Viterbo News - Roma, 27 settembre 2004

"Oltre 4.000 sieropositivi, 10.000 positivi al test per la tubercolosi, un tasso di suicidi dieci volte superiore a quello della popolazione libera, un numero di patologie psichiatriche maggiori in crescita esponenziale".

Sono i dati sulla situazione sanitaria nelle carceri italiane, dove sono rinchiusi 56.532 detenuti (53.872 uomini, 2.660 donne) snocciolati dal Dott. Giulio Starnini, Presidente della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria.

Roberto Ferrari

Ferrara, 17 gennaio 2007

Lettera aperta del President-Elect della European Society of Cardiology ai cardiologi italiani

Cari Colleghi

come saprete sono stato da poco eletto Presidente della Società Europea di Cardiologia (per il mandato 2008-2010) grazie al supporto della Cardiologia Italiana rappresentata dalla Federazione Italiana di Cardiologia (FIC). È una grande soddisfazione per me e, spero, per tutti voi. Colgo l'occasione per ringraziarVi.

Questo è il primo risultato tangibile della FIC. Ve ne sono numerosi altri da raggiungere e la mia presidenza potrebbe facilitarli. Spero quindi che il processo di convergenza nella FIC si acceleri per esprimere al meglio la grande potenzialità di una Cardiologia Italiana unita e non frammentata.

I motivi per cui alcuni saggi predecessori hanno intrapreso il processo federativo mi sembrano, fondamentalmente, tre:

- 1 Rappresentare in modo forte e con una voce unica le istanze assistenziali e formative della cardiologia nei confronti delle istituzioni, processo quanto mai indispensabile oggi, in particolare a livello regionale dove la rappresentatività unitaria della nostra disciplina è ancora troppo debole.
- 2 Rappresentare l'Italia nei confronti della comunità cardiologica e scientifica europea: senza FIC non c'è, in Europa, cardiologia italiana! Senza federazione, o con una federazione debole, i gruppi di lavoro, le aree, le società di settore finirebbero per non contare a livello Europeo e quindi non partecipare al processo di sviluppo integrato con le varie società nazionali intrapreso da Association, Council ed alcuni Working Group. Questo tra l'altro, è stato ed è uno dei punti cardine del mio programma di lavoro nella Società Europea di Cardiologia.
- 3 Contare sempre più nel mondo scientifico, integrando le varie culture nazionali, favorendo un giornale unico e, più recentemente, il reperimento di risorse per la ricerca scientifica attraverso l'istituzione di una Fondazione per la ricerca cardiovascolare efficace e competitiva nei confronti delle molte iniziative di fundraising attive a livello nazionale, sia nel campo cardiologico che, specialmente, nel settore oncologico e delle malattie genetiche rare.

La non realizzazione di questi obiettivi e il perpetuarsi di iniziative settoriali comporterebbe:

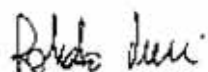
- 1 Il permanere dell'attuale debolezza rappresentativa e negoziale della cardiologia e della scarsa efficacia nei confronti delle istituzioni.
- 2 L'indebolimento della cardiologia nazionale a livello Europeo, parcellizzando la nostra rappresentativa nell'ESC e, di fatto, l'esclusione dal contesto Europeo.
- 3 La frammentazione e, quindi, la marginalità delle poche risorse per la ricerca cardiovascolare disponibili nel nostro paese.

Credetemi, la cardiologia italiana non merita tutto ciò, al contrario deve proseguire il più rapidamente possibile nella direzione di cui sopra.

Mi auguro che questi punti siano condivisi, anche esplicitamente manifestando consensi o dubbi pubblicamente su questo giornale che gentilmente è disponibile ad ospitarli. Lo scopo è di creare una forza propulsiva nazionale che ci porti a raggiungere questi obiettivi il più rapidamente possibile e ad ottenere, in Europa, il peso che meritiamo.

Intendo lavorare per questo. Però io ho bisogno del vostro continuo supporto, consenso e dialogo. Al tempo stesso la Cardiologia Italiana necessita della determinazione operativa delle varie Società cardiologiche per lavorare in sinergia e fare vivere la FIC come un insieme unitario della comunità cardiologica nazionale.

Grazie.



Roberto Ferrari



Prof. Roberto Ferrari
Università degli Studi di Ferrara
Cattedra di Cardiologia
Corso Giovecca, 203
44100 Ferrara

Milano, 18 gennaio 2007

Caro Roberto,

la tua lettera aperta ai Cardiologi italiani mi ha dato un profondo piacere.

La tua convinzione del grande potenziale di una Cardiologia Italiana unita mi conforta e mi incoraggia ad impegnarmi con tutte le mie forze affinché, come tu auspichi nella tua lettera, il "processo di convergenza nella FIC si acceleri".

È stato per me fondamentale lavorare insieme in questi due anni e mezzo come Presidente FIC per rendermi progressivamente conto della grande, comune disponibilità a costruire congiuntamente con entusiasmo sia dei componenti SIC ed ANMCO del Direttivo FIC, che dei rappresentanti delle Società di settore federate. Una disponibilità molto più grande di quanto avessi mai potuto immaginare all'inizio del mio mandato basato su opinioni correnti e su "sentito dire", piuttosto che su contatti personali diretti: parlarsi e condividere i problemi aiuta a conoscersi ed entrare in sintonia per lavorare con maggiore efficacia, entusiasmo e piacere.

Anch'io mi auguro che questo "processo di convergenza" possa accelerarsi e completarsi. Sarebbe proprio un peccato se venisse frenato dalla "restaurazione" di atteggiamenti corporativistici, e mi auguro che il buon senso possa ancora prevalere, con un saggio e amichevole processo di mediazione, per il successo comune della Cardiologia Italiana.

Con i più affettuosi saluti,

Attilio Maseri



ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI
(A.N.M.C.O.)

SEDE NAZIONALE: 50121 FIRENZE - Via La Marmorata, 36 - Tel. 055.571798 - Fax 055.579334
e-mail: segreteria@anmco.it - http://www.anmco.it

Firenze, 29 gennaio 2007

Presidente
F. Chiarella

Presidente Designato
S. Pirelli

Past-President
G. Di Pasquale

Vice-Presidenti
L. Oltrona Visconti
G. Santoro

Tesoriere
G. Gregorio

Segretario
G. Palazzo

Consiglieri
M. Cassin
M. Chiatto
A. Chinaglia
G.F. Mureddu
Z. Olivari
G. Scorcu

Egregio Professor
Roberto Ferrari
President-Elect European Society of Cardiology

Caro Roberto,

in qualità di Presidente ed a nome del Consiglio Direttivo voglio esprimere il sincero apprezzamento dell'ANMCO per il tuo lavoro ed il pieno sostegno agli obiettivi che enunci nella tua Lettera Aperta ai cardiologi italiani. Essa ci ricorda le potenzialità della Federazione Italiana di Cardiologia ed i rischi di indebolimento e marginalizzazione che seguirebbero all'arresto del processo federativo.

Quando parlo a nome dell'ANMCO non posso dimenticare che mi esprimo a nome di una struttura associativa complessa e ricca di articolazioni: le cardiologie ospedaliere e le realtà associative regionali, le Aree, il Comitato Scientifico, la Fondazione HCF ed il suo Centro Studi che rappresenta una delle più significative strutture di ricerca clinica indipendente d'Europa.

ANMCO crede nel valore unitario della Cardiologia Italiana e persegue il coinvolgimento di tutte le Società Federate, consapevole che per progredire su questa strada bisogna mettere da parte atteggiamenti corporativi e difensivi e che occorrono determinazione, costanza e disponibilità a sacrificare qualcosa da parte di ciascuna delle Società appartenenti.

Per lo sviluppo del processo federativo è fondamentale che soprattutto le Società madri della Federazione, l'ANMCO e la SIC, riaffermino in modo esplicito i propri intendimenti di fondo. Da parte dell'ANMCO posso assicurare che esiste una decisa volontà a concretizzare un consolidamento della FIC.

È necessario produrre risultati concreti nei luoghi dove la convergenza nella FIC è già una realtà. In questo senso ANMCO si augura che possa procedere speditamente il lavoro delle Commissioni Congiunte, della Commissione per la Revisione dello Statuto, che si configuri e si realizzi la progettualità delle "Association" coinvolgenti le Aree ANMCO, i Gruppi di Studio SIC e le Società di Settore, e che si portino a compimento grandi iniziative unitarie come la "Giornata Mondiale del Cuore".

Con i più cordiali saluti

Francesco Chiarella



**Società Italiana
di Cardiologia Invasiva**

Caro Roberto,

abbiamo molto apprezzato il tuo recente intervento da President-elect della Società Europea di Cardiologia: un forte appello all'unità della Cardiologia Italiana sotto le ali della FIC.

Concordiamo pienamente sulla necessità di lavorare insieme perché solo in questo modo saremo credibili sia nei confronti delle Istituzioni che in Europa. Come saprai, il GISE, dopo un lungo travaglio, si è recentemente affiliato alla Federazione Italiana di Cardiologia. È stata una scelta approfondita e meditata, nata soprattutto dalla fiducia in questo progetto unitario.

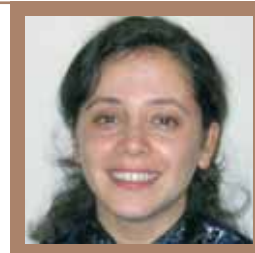
Riteniamo inoltre che ogni iniziativa delle Società di settore potrà assumere più valore e rilievo pratico se intrapresa nell'ambito della Federazione. Risulta altresì chiaro che queste Società dovranno avere voce e rappresentanza negli organi decisionali della FIC proprio perché si sentano parte di essa e non semplici aggregazioni di comodo o di facciata.

Detto questo tuttavia, va ribadito con decisione che la Cardiologia Italiana non andrà lontano seguendo improponibili personalismi o dando ascolto a vecchi rancori.

Augurandoti un proficuo lavoro e che la Tua Presidenza possa essere l'occasione perché si consolidi sempre più lo spirito unitario della Cardiologia Italiana, ti salutiamo con affetto.

Stefano De Servi, Presidente SICI-GISE
Leonardo Bolognese, Past-President SICI-GISE
Corrado Tamburino, Presidente Eletto, SICI-GISE

AMERICAN HEART ASSOCIATION SCIENTIFIC SESSION 2006



L'incontro scientifico annuale dell'American Heart Association (AHA) si è svolto quest'anno a Chicago, riunendo Cardiologi da tutto il mondo per il confronto su argomenti di grande interesse e su nuove strategie terapeutiche.

Gli scopi e la qualità del livello scientifico lo rendono, come ogni anno, uno dei più importanti congressi mondiali sia per il livello d'aggiornamento che per la ricerca, con 4.000 abstract di ricerche originali ed un'ampia varietà di programmi. Di seguito riportiamo alcuni dei *Late Breaking Clinical Trials* corredati di riferimenti bibliografici.

PREVENZIONE

Carotid Intima-Media Thickness in Atherosclerosis Using Pioglitazone (CHICAGO)

Questo studio randomizzato in doppio cieco ha valutato l'effetto del trattamento con pioglitazone comparato con glimeperide sull'ispessimento medio intimale carotideo in 462 pazienti con diabete mellito di tipo II.

Il target terapeutico di entrambi i trattamenti è stata una glicemia a digiuno inferiore a 140 mg/dl. I pazienti sono stati sottoposti ad ecografia dei vasi carotidei prima del trattamento e a 24, 48, e 72 settimane di trattamento. Il valore medio di base di HbA1c è stato del 7.4% ed una glicemia di 150 mg/dl.

La durata media del diabete era di 7.7 anni. Prima di iniziare il trattamento, lo spessore medio intimale era di 0.771 mm per il gruppo trattato con pioglitazone e

di 0.779 mm per quello con la glimeperide. L'endpoint primario della variazione in termini di ispessimento medio intimale a 72 settimane è stato minore per il gruppo con pioglitazone, rispetto a quello con glimeperide (-0.001 mm vs. $+0.012$ mm, $p=0.02$). Risultati simili sono stati riportati a 24 e a 48 settimane.

La differenza assoluta in termini di livelli di HbA1c alla visita finale tra il pioglitazone e la glimeperide è stata dello -0.32% ($p=0.002$). Alla visita finale, la differenza in termini assoluti per i livelli di HDL è stata di 6.4 mg/dl più alta rispetto al pioglitazone ($p<0.001$).

L'end point composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico, ictus, rivascolarizzazione coronarica, intervento carotideo, e ospedalizzazione per angina instabile o scompenso cardiaco è stato del 1.7% per il pioglitazone e del 4.4% per il gruppo della glimeperide. Gli eventi avversi che hanno portato ad interrompere lo studio sono stati simili tra i gruppi (11.3% per pioglitazone vs. 8.3% per glimeperide).

Questo studio ha dimostrato che il pioglitazone è efficace nella riduzione della progressione comparata con la glimeperide. Attualmente non ci sono dati clinici degli effetti della riduzione dell'ispessimento intimale nei pazienti con diabete mellito di tipo II.

Un precedente studio, il PROActive, aveva dimostrato che il pioglitazone, comparato a placebo in aggiunta ad un trattamento usuale, produceva una riduzione di morte, infarto miocardico o ictus, ma senza una differenza significativa in termini di end point primario.

Gli stessi risultati erano stati ottenuti da Mazzone in ter-



Chicago - panoramica



Insegna teatrale del musical "Chicago"

mini di riduzione dell'ispessimento medio intinale carotideo nei pazienti trattati con pioglitazone.

Federal Study of Adherence to Medications (FAME)

Questo trial è stato realizzato per valutare gli effetti sull'aderenza ai farmaci di una variazione del blister nei pazienti anziani trattati cronicamente con oltre 4 farmaci.

Questo studio è stato condotto in 2 fasi differenti: la prima, osservazionale della durata di 6 mesi, in cui 208 pazienti d'età media superiore ai 78 anni sono stati educati, seguiti dal farmacista ed i farmaci sono stati dispensati in blister con tempi prespecificati; la seconda, di randomizzazione, i pazienti sono stati randomizzati sia alla continuazione di questo tipo di strategia farmacologica (n=83) rispetto al trattamento convenzionale (n=76) per altri 6 mesi.

Di base il numero di farmaci assunti da ogni paziente era di 8.7 farmaci. I farmaci inclusi sono stati: statine (80%), ACE inibitori (50.2%), beta bloccanti (47.3%),

calcioantagonisti (36.8%), diuretici tiazidici (25.9%).

Durante la prima fase osservazionale, l'endpoint primario d'aderenza al trattamento è migliorata significativamente dalla base (96.9%, $p < 0.001$). Una frequenza d'assunzione dell'80% di tutti i farmaci è aumentato dal 5.0% di base al 98.7% dopo l'intervento ($p < 0.001$).

Tra i pazienti trattati per l'ipertensione, la pressione sistolica si è ridotta dal 133.2 mmHg di base al 129.9 mmHg a 6 mesi ($p = 0.02$). Il valore medio di LDL si è ridotto (91.7 mg/dl a 86.8 mg/dl, $p = 0.001$) nei pazienti trattati per l'iperlipidemia.

Durante la fase di randomizzazione, l'aderenza all'assunzione di farmaci è diminuita al 69.1% nel gruppo di controllo ma si è mantenuto intorno al 95.5% nel gruppo a cui era somministrato il blister prespecificato ($p < 0.001$). La frequenza d'adesione di almeno l'80% di tutti i farmaci è stata più alta nel gruppo di studio rispetto al gruppo di controllo (97.4% vs. 21.7%, $p < 0.001$).

Sono stati osservati anche i benefici tra i gruppi in termini di riduzione d'ipertensione (-6.9 mm Hg vs. -1.0

mm Hg, $p=0.04$). Gli stessi benefici non sono stati osservati in termini di riduzione del valore delle LDL-C (-2.8 mg/dl vs. -5.8 mg/dl, $p=0.85$).

Tale tipo di blister appare essere più efficace per l'aderenza ai trattamenti medici nei pazienti superiori ai 65 anni in politerapia cronica.

INFARTO MIOCARDICO ACUTO

Assessment of Pexelizumab in Acute Myocardial Infarction (APEX AMI)

L'obiettivo del trial è stato quello di valutare l'uso di pexelizumab, un frammento di anticorpo monoclonale anti complemento C5, nei pazienti sottoposti ad angioplastica primaria per il trattamento dello STEMI.

I pazienti sono stati randomizzati in doppio cieco per pexelizumab (2 mg/kg bolo seguito da infusione di 0.05 mg/kg/h per 24 ore; $n=2,860$) o placebo ($n=2,885$). Questo trial è stato interrotto precocemente. Non è stata riscontrata differenza in termini di endpoint primario di mortalità da 30 giorni (4.1% per pexelizumab vs. 3.9% per il gruppo placebo, hazard ratio [HR] 1.04, $p=0.78$) né per l'endpoint composito di morte, scompenso cardiaco, shock a 30 giorni (9.0% vs. 9.2%, HR 0.98, $p=0.81$).

A 90 giorni non sono state riscontrate differenze significative per il pexelizumab versus placebo, rispettivamente, ed includono la mortalità (4.9% vs. 4.5%), lo scompenso cardiaco (4.8%), shock (3.4% vs. 3.5%), and reinfarto (3.0% vs. 2.4%).

Tra i pazienti con STEMI sottoposti ad angioplastica primaria, il trattamento con pexelizumab non è stato associato ad una differenza nella mortalità a 30 giorni.

Il presupposto teorico dell'utilizzo di questo tipo di farmaco è basato sul fatto che le attuali tecniche di rivascolarizzazione possano causare un danno da riperfusione e quindi aumentare l'infiammazione.

Questo farmaco è stato disegnato per inibire proprio quest'ultima componente. I dati precedenti provenienti dallo studio COMMA avevano dimostrato una riduzione della mortalità a 6 mesi nei pazienti con PCI primaria trattati con pexelizumab.

Questo studio non era stato disegnato con l'endpoint di mortalità ma è stato dimensionato per valutare le di-

mensioni dell'area infartuale. Il trial PRIMO CABG II non ha dimostrato un beneficio significativo in termini di riduzione di mortalità o di infarto miocardico. Attualmente le terapie che hanno come target il danno da riperfusione hanno dimostrato solo un successo limitato è stato riportato. Altri agenti sono ancora in fase di studio.

SCOMPENSO CARDIACO

IMPROVE-CHF

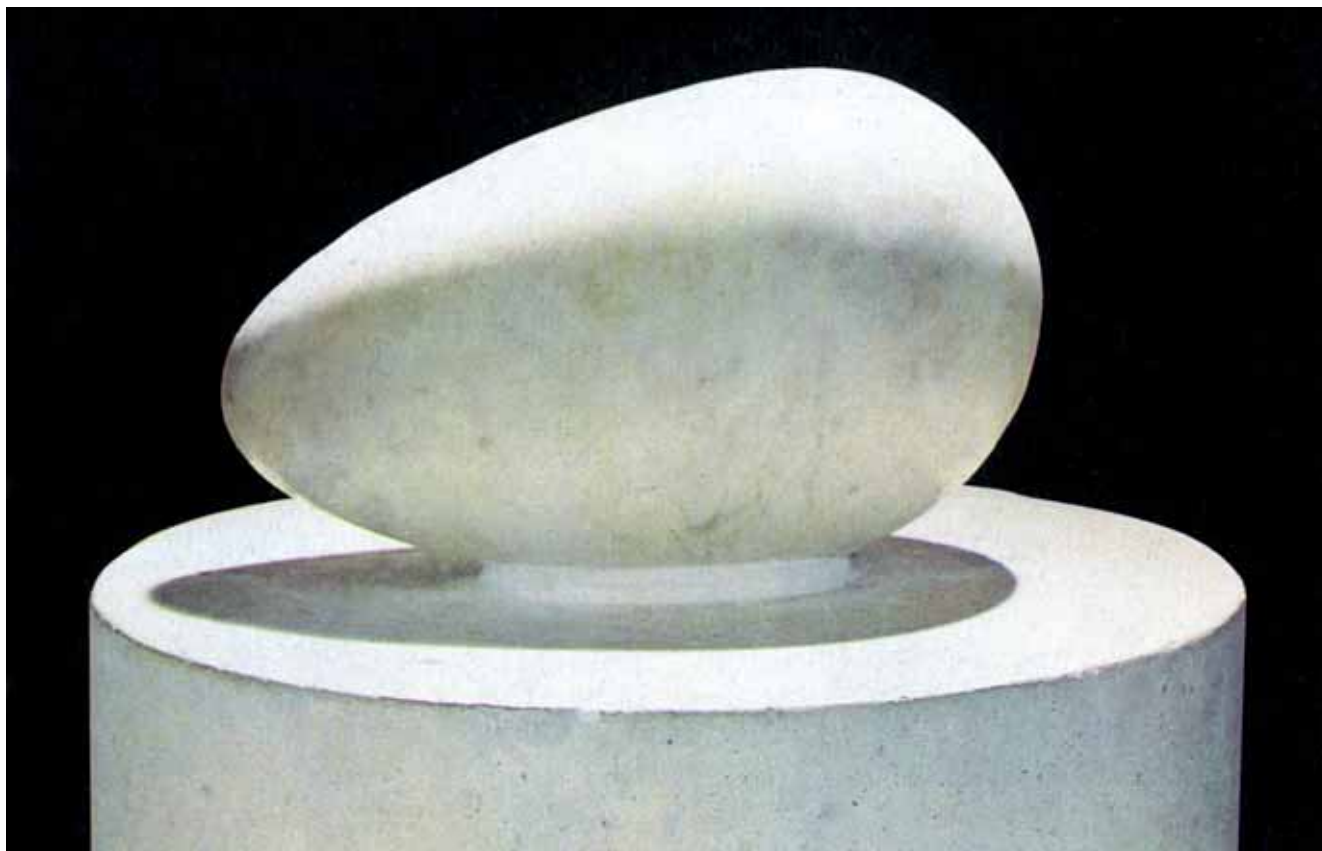
Questo studio canadese ha valutato gli effetti sulla gestione clinica e sui costi del dosaggio del NT-proBNP tra i pazienti che giungono in pronto soccorso con dispnea e sospetto scompenso cardiaco acuto.

I campioni di NT-proBNP sono stati raccolti in 501 pazienti, al momento in cui il medico procedeva alla diagnosi. I pazienti sono stati randomizzati al trattamento usuale senza che i medici sapessero il valore del NT-proBNP in 254 pazienti oppure che i medici utilizzasse tali informazioni per il trattamento clinico ($n=247$). I pazienti che sono stati ricoverati in ospedale hanno avuto un secondo prelievo per il dosaggio di NT-proBNP dopo 72 ore.

La dispnea a riposo era presente nel 55% dei pazienti. Circa 1/3 dei pazienti ha avuto una storia di scompenso cardiaco o di disfunzione ventricolare (37%), 16% eventi cerebrovascolari pregressi, 36% patologia polmonare cronica ostruttiva, 32% precedente infarto miocardico, e 27% diabete. La diagnosi finale è stata di scompenso cardiaco in 227 pazienti.

L'uso del NT-proBNP alla valutazione clinica iniziale consente una più alta capacità di discriminazione rispetto alla sola valutazione clinica in pronto soccorso per la diagnosi di scompenso cardiaco ($p<0.001$). La mediana del valore di NT-proBNP è stata significativamente più alta in quelli con diagnosi di scompenso cardiaco rispetto a quello senza tale diagnosi (3717 pg/ml vs. 340 pg/ml, $p<0.001$).

Anche i tempi della visita in pronto soccorso sono stati più brevi nel gruppo guidato dal NT-proBNP (mediana 5.6 ore vs. 6.3 ore, $p=0.038$). Non sono state osservate differenze in termini di ospedalizzazione iniziale (57% vs. 58%), lunghezza della permanenza (6 giorni vs. 7



Constantin Brancusi, *Neonato (o L'inizio del mondo)*, 1915

giorni), ricovero in terapia intensiva (8.5% vs. 9.9%) per il gruppo NT-proBNP guidato rispetto al trattamento usuale. Non sono state riscontrate differenze di mortalità a 60 giorni (5.6% vs. 4.4%, $p=0.59$).

Il costo totale delle cure effettuate per tutti i 60 giorni è stato significativamente più basso nel gruppo NT-proBNP guidato rispetto al trattamento standard (\$6,310 vs. \$7,405 dollari canadesi, $p=0.017$).

Tra i pazienti con dispnea e sospetto scompenso cardiaco acuto che si presentano in pronto soccorso, l'utilizzo di NT-proBNP per guidare la diagnosi e il trattamento è stato associato con costi più bassi rispetto al trattamento senza NT-proBNP. Tali risultati appaiono essere simili a quelli riportati nello studio BASEL.

Myoblast Autologous Grafting in Ischemic Cardiomyopathy (MAGIC)

In questo studio è stato valutato l'effetto dell'impianto di mioblasti autologhi rispetto al placebo in 97 pazienti con bassa frazione d'eiezione pregresso infarto miocardico e sottoposti a bypass aorto-coronarico.

I pazienti sono stati randomizzati in doppio cieco per l'iniezione di mioblasti autologhi sia all'interno che intorno l'area infartuate sia a bassa dose (400 milioni di cellule; $n=33$) o ad alta dose (800 milioni di cellule; $n=30$) e confrontate con placebo ($n=34$). Il bypassaorto coronarico è stato eseguito in segmenti in cui non erano state trapiantate le cellule. Tutti i pazienti hanno anche ricevuto defibrillatore impiantabile.

La vitalità delle cellule è stata del 95% e la purezza del 89%. Il tempo medio del bypass aorto-coronarico è stato approssimativamente di 98 minuti. Il trial è stato interrotto precocemente per un'analisi ad interim che ne ha mostrato le limitazioni: non sono state riportate differenze significative che mostrassero la superiorità di un trattamento rispetto all'altro.

La frequenza delle aritmie ventricolari a 6 mesi non è stata differente tra i due gruppi ($p=0.12$ per placebo vs. alta dose; $p=0.23$ per placebo vs. bassa dose).

Non sono state osservate differenze in termini di eventi avversi cardiaci maggiori a 6 mesi sia per i gruppi in cui sono state impiantate le cellule versus il placebo. Ugual-

mente, non sono state registrate differenze significative in termini di frazione d'eiezione (aumento del 5.2% per alta dose, 5.5% per bassa dose, e 3.8% per placebo; $p = \text{NS}$ per ciascuno vs. placebo).

Tra i pazienti con pregresso infarto miocardico e bassa frazione d'eiezione sottoposti a bypass aortocoronarico, l'iniezione di mioblasti autologhi non è associata con una differenza in termini di endpoint primario di frazione d'eiezione a 6 mesi comparati con l'iniezione di placebo.

Study of Ascending Levels of Tolvaptan in Hyponatremia (SALT 1 and 2)

Questo trial ha valutato il trattamento con il tolvaptan, un antagonista selettivo del recettore della vasopressina V2, in pazienti con iponatremia eu- o ipervolemica. 448 pazienti sono stati randomizzati nei due trial in doppio cieco a tolvaptan orale (15 mg/die, con aggiustamento a 30 o a 60 mg se necessario; $n=225$) o placebo ($n=223$) per oltre 30 giorni.

Le cause di iponatremia sono state lo scompenso cardiaco cronico (31%), cirrosi (27%) e sindrome da inappropriata secrezione di ormone antidiuretico insieme ad altre cause (42%). Il grado di iponatremia di base variava da lieve (50%) a marcata (50%).

La concentrazione media di sodio era di 129 mmol/l come criterio di selezione. Le caratteristiche cliniche di base erano simili tra i gruppi in ogni trial. L'endpoint primario di aumento della sodiemia è stato maggiore nei pazienti trattati con il tolvaptan dal IV giorno (3.62 vs. 0.25 mmol/L in SALT-1; 4.33 vs. 0.42 mmol/L in SALT-2, $p<0.001$ per ogni trial) fino al 30° giorno (6.22 vs. 1.66 mmol/L in SALT-1; 6.20 vs. 1.84 mmol/L in SALT-2, $p<0.001$ per ogni trial).

I risultati sono stati consistenti nei pazienti con lieve e con marcata iponatremia. Gli eventi avversi riportati nel gruppo trattato con tolvaptan sono stati secchezza delle fauci (13%) e sete (14%). In 8 pazienti sia nel gruppo

trattato che nel placebo sono stati riscontrati gli eventi avversi. 14 sono stati i morti nel gruppo tolvaptan e 13 nel gruppo placebo.

Tra i pazienti con iponatremia euvolemica o ipervolemica, di diverse eziologie, il trattamento con tolvaptan è stato associato con maggiore incremento della sodiemia dal 4° al 30° giorno, comparato con il placebo.

Il precedente studio ACTIV CHF con tolvaptan nel setting dello scompenso cardiaco aveva dimostrato una riduzione di peso entro 24 ore dall'inizio del tolvaptan ma nessun cambiamento dell'end point clinico di peggioramento dello scompenso cardiaco a 60 giorni.

CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

CORPAL-II (CORPAL-II)

108 pazienti con lesioni angiografiche lunghe sono stati randomizzati a trattamento d'angioplastica percutanea seguita da impianto di stent tacrolimus-eluting (TES) o sirolimus-eluting (SES). Dopo 6 mesi, sono stati nuovamente sottoposti a coronarografia e ad ecografia intravascolare.

Di base, angina instabile era presente nel 56% dei pazienti ed il 9% aveva un'occlusione cronica totale. Nel 54% dei pazienti l'arteria trattata è stata la discendente anteriore, e l'entità media della stenosi era del 73%. L'o-

verlapping dello stent è stato eseguito nel 43% dei casi, mentre l'utilizzo degli inibitori delle glicoproteine è stato riservato al 12% dei casi. Il follow up è stato effettuato nel 65% dei pazienti. Non sono state osservate differenze significative in termini di endpoint primario, di riduzione del lume interno all'angiografia (2.13 mm per SES vs. 1.81 mm per TES, $p = \text{NS}$), né sono state osservate differenze in termini di stenosi percentuale del diametro (30% vs. 40%) né di restenosi binaria (18% vs. 22%). All'IVUS, l'area luminale interna era più piccola nel gruppo con TES rispetto al SES (3.1 mm² vs. 4.2 mm², $p=0.05$). Tra i pazienti sintomatici con lesioni lunghe e dif-



Scultura di Henry Moore esposta a Chicago

fuse e trattate con angioplastica, non sono state osservate differenze significative in termini di uso di TES o SES. Tali risultati sono sovrapponibili con quanto espresso nel trial JUPITER 2, che non ha mostrato differenze significative tra TES e bare metal stent.

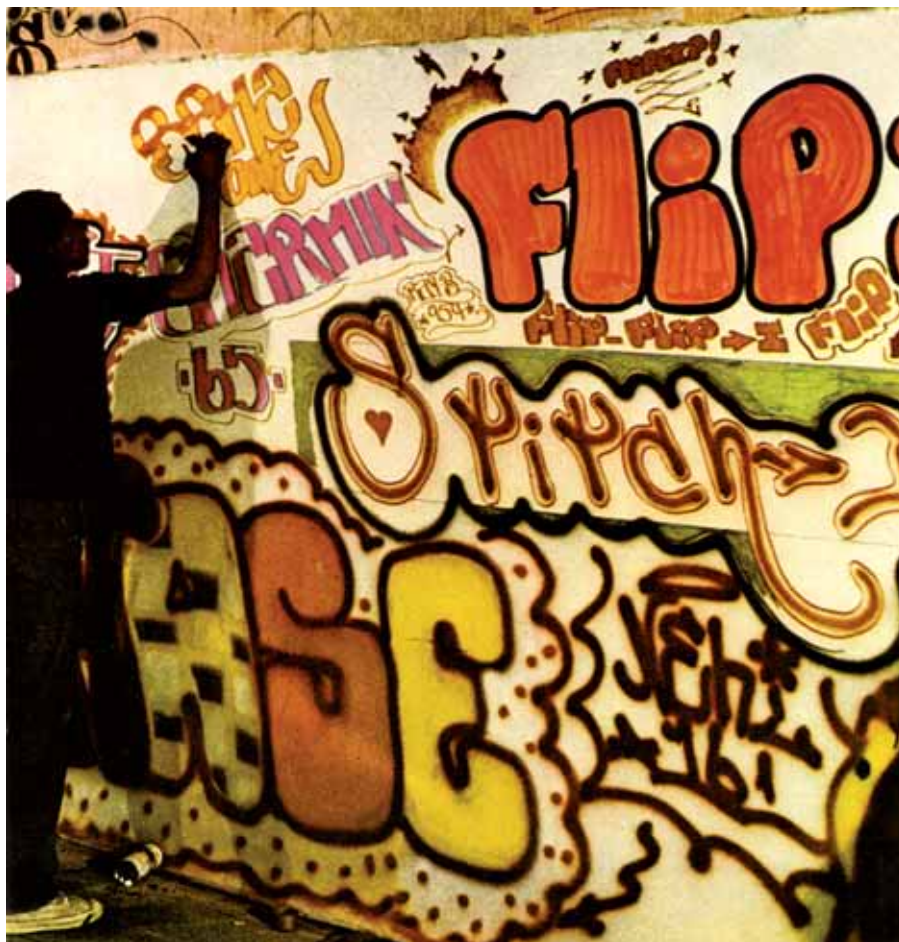
MISSION

In questo studio è stato comparato l'utilizzo dell'angioplastica primaria con impianto di stent al cromo-cobalto rispetto agli stent ricoperti di sirolimus. Dopo aver passato la lesione con il filo guida, i pazienti con infarto miocardico acuto STEMI sono stati randomizzati a ricevere stent ricoperto al cromo-cobalto Vision (n=158) o stent con sirolimus (n=158). Dopo 9 mesi, è stata ripetuta l'angiografia e l'ecografia intravascolare.

Tutti i pazienti sono stati trattati con clopidogrel (600 mg come dose di carico), aspirina (300 mg), e abciximab (0.25 mg/kg/bolo). Il follow up è stato possibile nel 82% dei casi presentati.

L'endpoint primario della perdita di lume interno a 9 mesi è stato più basso nel gruppo trattato con SES rispetto al gruppo Vision (0.12 mm vs. 0.68 mm; $p < 0.001$). Lo stesso risultato è stato riportato per la stenosi angiografica (24 vs. 41%, $p < 0.001$). La stenosi binaria è avvenuta meno frequentemente nel gruppo stent ricoperto da sirolimus (3.8 vs. 22.8%, $p < 0.01$). Nel sottogruppo di pazienti studiati con IVUS, la percentuale di volume neointimale è stata più bassa nel gruppo sirolimus rispetto al gruppo bare metal (3 vs. 27%, $p < 0.001$).

Dopo un anno, la rivascularizzazione del vaso di riferimento è stata eseguita nel 13.3% del gruppo bare metal e nel 5.1% nel gruppo SES ($p = 0.01$). Non sono state riportate differenze in termini di mortalità (2.7% vs. 1.3%) o infarto miocardico (9.3% vs. 5.7%). La trombosi intrastent è avvenuta rispettivamente nel 2.0% e



Un "graffito" sulla metropolitana di New York

nell'1.3% ($p = ns$). Da questo studio si evince che lo stenting con sirolimus è associato ad una minore incidenza di restenosi dopo 9 mesi di follow up.

I risultati di questo studio sono simili rispetto a quelli del TYPHOON, in cui gli stent ricoperti di sirolimus sono stati comparati con i bare metal nello stesso setting di pazienti. Risultati differenti sono stati invece riportati nel trial PASSION in cui non sono state riportate differenze significative tra i DES e dei BMS.

Occluded Artery Trial (OAT)

Questo trial è stato disegnato per identificare una strategia terapeutica in caso di occlusione persistente della coronaria responsabile dell'infarto dopo 3-28 giorni dall'evento acuto. Questo trial ha valutato la procedura di rivascularizzazione percutanea rispetto alla sola terapia medica, in 2.166 pazienti. L'endpoint primario prefissato è quello composito di morte, reinfarto e scompenso cardiaco in classe NYHA IV. Il periodo di follow up me-

dio è stato di 3 anni. Dopo 3-28 giorni dall'episodio acuto i pazienti sono stati randomizzati a procedura percutanea seguita da impianto di stenting (n=1082) o a sola terapia medica (n=1084). Tutti i pazienti sono stati trattati con aspirina, anticoagulante quando indicato, ACE inibitori, beta bloccanti, ipocolesterolemizzanti.

La trombolisi è stata usata come terapia iniziale nel 19% dei casi entro le prime 24 ore dall'infarto. La mediana del tempo dall'infarto miocardico alla randomizzazione è stata di 8 giorni. La PCI è stata eseguita con successo nel 87% del gruppo interventistico. Lo stenting è stato eseguito nel 87% dei pazienti (di cui 8% con drug eluting stent) e l'uso degli inibitori delle glicoproteine IIb/IIIa è stato del 72%.

Nel gruppo trattato con sola terapia medica la PCI è stata eseguita nel 3% dei casi. Non sono state riscontrate differenze in termini di trattamento medico alla dimissione tra i due gruppi, con l'eccezione dell'uso di tienopiridinici, che era più alto nel gruppo PCI.

Tra i pazienti stabili, ad alto rischio con occlusione persistente totale dell'arteria responsabile dell'infarto miocardico, l'esecuzione di PCI non è stata associata con una differenza nell'endpoint composito primario rispetto alla sola terapia medica.

Nonostante tale riduzione di end point composito, l'angioplastica è stata associata ad un trend di maggior rischio di reinfarto rispetto alla sola terapia medica. Una spiegazione per il trend in incremento dei reinfarti potrebbe essere l'embolizzazione distale durante la procedura che conduce all'infarto miocardico e al danno al circolo collaterale. La presenza d'occlu-

sione totale persistente rimane un problema per una coorte dei pazienti per cui la strategia adeguata di trattamento è ancora manchevole. La terapia ripercussiva precoce, sia essa la PCI primaria o la trombolisi, non è indicata per i pazienti che si presentano tardi, spesso con un'occlusione persistente totale.

Total Occlusion Study of Canada (TOSCA-2)

Questo trial ha valutato la funzione ventricolare tardiva e la pervietà del vaso responsabile dell'infarto nei pazienti stabili ad alto rischio con occlusione totale persistente. Questo studio ha analizzato un sottogruppo di pazienti del trial OAT.

Tali pazienti presentavano occlusione totale persistente dopo 3-28 giorni dopo infarto miocardico acuto e che sono stati randomizzati a stenting (n=195) o terapia medica (n=186). Il follow up angiografico è stato eseguito 1 anno dopo l'infarto acuto (87% dei casi).

La mediana di tempo trascorso dall'infarto miocardico alla randomizzazione è stata di 10 giorni. La terapia medica concomitante con gli agenti raccomandati è stata più alta in entrambi i gruppi. La frazione d'eiezione ad un anno – end point primario – non è stata differente tra il gruppo trattato con PCI e terapia medica (aumento del 4.2% con PCI vs. 3.5% con terapia medica, p=0.47).

La pervietà del vaso ad un anno, endpoint co primario, è stata più alta nel gruppo con PCI rispetto al gruppo della terapia medica (83% vs. 25%, p<0.001). La percentuale di stenosi angiografica ad un anno è stata in media del 52.5% nel gruppo PCI e del 90.2% nel gruppo medica (p<0.001). Il volume telediastolico e telesistolico non è stato differente tra i due gruppi (p=0.1 e p=0.07 rispettivamente).

Tra i pazienti stabili ad alto rischio con occlusione totale persistente dell'arteria responsabile dell'infarto miocardico, l'esecuzione della PCI dopo 3-28 giorni dall'IMA non è associata ad un miglioramento della funzione ventricolare, ma è associata ad una più alta frequenza di vaso aperto dopo 1 anno rispetto alla terapia medica. Comunque, questa differenza angiografica non si è tradotta in una differenza clinica rappresentata da tutto il trial OAT sopra riportato.

Anche questo studio non sembra supportare la teoria dell'arteria aperta tardivamente.

Il Thomson Scientific ha finalmente completato la valutazione del Journal of Cardiovascular Medicine per l'assegnazione dell'impact factor.

il Journal è stato inserito nell'elenco del Scientific Citation Index per l'ottenimento dell'impact factor basato sulle citazioni, durante il 2008, di articoli pubblicati negli anni 2006 e 2007.

DOVE OPERA LA SPERANZA LAVORARE IN PERÙ CON ...IL "CUORE"

Ad un primo sguardo distratto ha un'aria tetra e triste: una costruzione di cemento a tre piani, le inferriate alle finestre ed una cancellata alta e solida davanti all'ingresso principale. Da un lato un cavalcavia rumoroso e trafficato, intorno solo sabbia, baracche e cielo plumbeo che non regala mai la pioggia. Nessuno direbbe che questo edificio è luogo di speranza per quasi 120.000 uomini: è il centro medico "La Trinidad".

Questo consultorio fa capo alla Comunità Missionaria di Villaregia, che opera da vent'anni nel distretto Villa Maria del Triunfo, alla periferia sud di Lima. Al suo interno sono operativi ambulatori di medicina generale, chirurgia, ginecologia e ostetricia, odontostomatologia, otorinolaringoiatria, oculistica, pediatria, ecografia, un laboratorio di analisi, un laboratorio di sterilizzazione dei materiali sanitari, una farmacia ed un centro di diagnosi e cura per il diabete.

È interamente sostenuto da quella che i missionari, e non solo loro, chiamano Provvidenza: tutto all'interno del Centro Medico è frutto di donazioni, dai farmaci agli apparecchi di diagnosi e terapia, dai mobili per l'arredo dei locali al denaro per la normale attività del consultorio. Ogni mese assiste circa 2.000 pazienti. Vi operano medici volontari peruviani che vi dedicano qualche ora del loro tempo, medici italiani che decidono di trascorrere le loro ferie in questa missione, ma anche medici, tecnici ed infermieri peruviani, stipendiati dalla comunità missionaria, che dedicano la loro professionalità agli "ultimi", ai più poveri, in un centro che non dona loro solo prestazioni professionali, ma anche quel calore umano e quella dignità che non troverebbero altrove.

Il contesto geografico

Lima è una metropoli di 10 milioni di abitanti che sorge lungo la costa, nell'unica zona desertica del Perù. Di



I bambini di Maria Misionera con Ilaria Manca

questi 10 milioni, 6 milioni sono poveri ed abitano le immense periferie della città. Nella maggior parte dei casi si tratta di famiglie che dalle montagne si trasferiscono nella capitale col desiderio di poter dare un'istruzione ai figli e di poter avere un'assistenza sanitaria, che nei villaggi delle Ande è praticamente inesistente.

Ricordo che quando arrivai a Lima era notte e per giungere a casa bisognava attraversare tutta la città; mi colpirono soprattutto le strade: più ci avvicinavamo al quartiere dove sorge la missione più l'asfalto cedeva il posto alla sabbia e le luci scintillanti dei ristoranti, dei casinò, dei cinema, degli alberghi venivano sostituite dalle luci più fioche dei lampioni; nella penombra potevo intravedere case sempre più umili, povere, e agli angoli della strada immondezze a cielo aperto.

Ma il vero volto della povertà lo conobbi il mattino successivo, al risveglio. Da qualsiasi finestra della nostra casa si vedeva un unico panorama: colline di sabbia a perdita d'occhio, interamente ricoperte da quelle che in Perù chiamano "chozas", cioè baracche di stuoia e cartone. Lì non c'è elettricità, non ci sono strade, solo viottoli di sabbia e pietre; non ci sono fognature, solo fogne a cielo aperto; un solo bagno pubblico per tutto il "pueblo" che vive nella stessa collina.

L'acqua è disponibile attraverso un rubinetto pubblico e le famiglie si ripartiscono il numero di ore: circa tre ore di acqua ogni settimana per ciascuna famiglia e per tutti gli usi!

La situazione sanitaria

Il bisogno di assistenza sanitaria in un quartiere come quello della missione è enorme, per vari motivi. Innanzitutto perché in Perù le cure mediche sono pagate a caro prezzo; in secondo luogo perché i poveri, proprio per gli elevati costi, spesso non usufruiscono di prestazioni di livello elevato.

Nella periferia dove opera il centro medico vi è un solo ospedale: 400 posti letto per 2 milioni di persone: i poveri possono permettersi solo quello. L'assistenza sanitaria è garantita tramite la stipula di polizze assicurative, in caso contrario le spese sanitarie sono interamente a carico del malato: dal posto letto alle medicine, dalle siringhe, al cotone e alle garze. Tra le corsie capita spesso di incontrare pazienti abbandonati dai parenti per l'impossibilità di pagare le cure; alcune volte, dopo mesi di degenza, vengono abbandonati per la strada davanti alla casa di un parente.

Patty ha 16 anni: la domenica prima di Natale fu investita da un camionista ubriaco mentre rientrava a casa: trauma cranico. Fu portata di corsa in ospedale, TAC in urgenza, "terapia intensiva". Alla dimissione le spese per le medicine di un giorno erano pari allo stipendio di una settimana di lavoro della mamma di Patty: 5 euro!

Il centro medico "la Trinidad"

In questo contesto è facile capire che il consultorio medico rappresenta per molti, per quasi tutti, l'unica possibilità di usufruire di cure mediche.

Non raramente arrivano pazienti che necessiterebbero



di cure urgenti, per le quali il centro medico non è attrezzato e spesso quando consigliavamo loro di recarsi al pronto soccorso dell'ospedale pubblico rispondevano: "Dottore, non ho i soldi".

Per essere sicure di poter essere visitate presso il centro (che può assicurare ogni giorno 20 visite per ciascun ambulatorio) le persone si mettono in fila dalle tre del mattino e trascorrono la notte sedute sulla sabbia. Adolora e indigna vedere vecchi doloranti, con ulcere infette, bambini piccoli con la febbre alta che aspettano per ore in mezzo alla polvere e all'umidità.

Le condizioni igieniche molto scarse, la mancanza di acqua, il clima umido, la sabbia sporca che circonda tutto, influiscono sulle patologie di più comune riscontro: malattie respiratorie infettive ed allergiche, patologie gastrointestinali, allergie, malattie dermatologiche di ogni tipo. La tubercolosi è molto diffusa e, se da un lato è socialmente emarginante e umiliante, dall'altra miete vittime perché pochi possono permettersi l'acquisto degli antibiotici e per lo sviluppo di microrganismi sempre più resistenti.

Quando partii dall'Italia mi immaginavo di trovare uno scenario cardiologico dominato dalla malattia reumatica e dalle cardiopatie congenite; è invece ugualmente elevata anche la patologia ipertensiva e quella ischemica.

Alta, inoltre, è la percentuale di pazienti diabetici. il trattamento di questi pazienti è reso più complicato per la difficoltà a seguire delle buone regole dietetiche: quando un uomo ha solo un pugno di riso da mangiare in una giornata, è difficile che possa capire l'importanza di una sana alimentazione! Il centro per pazienti diabetici, nato recentemente nel consultorio, ha fatto un vero e



proprio miracolo, riuscendo a reperire alimenti speciali per diabetici e portando avanti campagne educative.

Quando arrivai al centro medico non esisteva un ambulatorio di cardiologia; solo pochi giorni prima era arrivato un elettrocardiografo dall'Italia, che aspettava solo di essere messo in uso. Ricordo l'entusiasmo la mattina del primo ECG! All'inizio non credevo che un ambulatorio cardiologico potesse portare tanti frutti. Le persone che abitano in condizioni così precarie hanno come prima necessità quella di lavorare per poter sopravvivere; la preoccupazione per la propria salute viene dopo e la malattia diventa importante solo quando impedisce le attività più comuni.

Per questo motivo ero convinta che la patologia cardiaca fosse gestita in ambito esclusivamente ospedaliero: pensavo che i pazienti meno gravi, gestibili ambulatorialmente, non si sarebbero preoccupati della loro situazione fino a quando le loro condizioni si sarebbero compromesse al punto da dover far ricorso al ricovero in ospedale. Invece mi sbagliavo.

Lavorando a contatto con la gente mi sono resa conto che le persone erano tutt'altro che disinteressate alla loro salute e che facevano enormi sacrifici per poter essere attenti e costanti nelle cure, seppure tra tante difficoltà economiche. Così iniziammo con l'ambulatorio, tra il mio spagnolo incerto e lo stupore dei pazienti di fronte a "una macchina che registra il cuore".

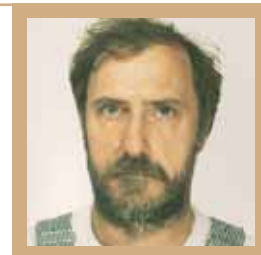
Un giorno fu interamente dedicato ad una campagna cardiologica gratuita: non riuscimmo a chiudere l'ambulatorio per il pranzo e continuammo fino a sera con le visite, per cercare di non rimandare nessuno a casa e non

ci riuscimmo per il numero enorme di persone! Eppure servirebbe molto altro: nel centro c'è un ecografo con una sonda addominale, ma manca la sonda cardiologica, per cui chi ha bisogno di un ecocardiogramma deve necessariamente rivolgersi all'ospedale per il completamento diagnostico, con lunghi tempi di attesa ed un elevato costo per il paziente. Inoltre si vorrebbe assicurare la continuità nel servizio dell'ambulatorio cardiologico, ma per questo sarebbe necessario un cardiologo disposto a lavorarvi stabilmente. Non è facile trovare chi accetta di lavorare in un quartiere povero e malfamato, lontano dal centro di Lima (circa un'ora di macchina) e con una remunerazione dignitosa, ma sicuramente inferiore a quella delle cliniche ospedaliere o dell'attività privata. Certamente c'è ancora molta strada da percorrere e nuovi obiettivi da raggiungere.

Forse per molti questo scenario è solo l'emblema di un divario incolmabile tra la nostra tecnologia e la arretratezza più spaventosa. A me sembra di vedere, più di ogni altra cosa, un segno di speranza: quella di chi non si arrende e lotta per migliorare, quella per cui ognuno può fare qualcosa, la speranza che niente è inutile e ogni gesto, per quanto piccolo, diventa grande.



I pazienti del Centro Medico in fila per la prenotazione delle visite



COMITATO SCIENTIFICO ANMCO, AUGURI DAL COORDINATORE USCENTE

“Il Comitato Scientifico formula proposte e dà pareri in relazione all'attività di ricerca scientifica che l'Associazione, nell'ambito dei propri scopi istituzionali, promuove e realizza direttamente o tramite terzi soggetti cui venga affidato l'utilizzo del marchio Centro Studi ANMCO”.

Statuto ANMCO, Art. 18

Il mio mandato scade, come quello di altri componenti del Comitato Scientifico, di cui sono stato Coordinatore dall'inizio. L'ho fatto con piacere, e forse per questo non mi è costato eccessiva fatica.

Per evitare che a qualcuno salti in mente di ringraziare me per il lavoro che il Comitato Scientifico ha fatto, o per quello – abbastanza semplice – mio personale, ci tengo a ringraziare io tutti, veramente tutti, quelle e quelli che hanno in varia misura contribuito al nostro lavoro: Marcello Galvani e tutti i Colleghi ed Amici che si sono succeduti nel Comitato e soprattutto le “Ragazze” di via La Marmora – per tutte (e sono tante) Simonetta Ricci.

Già, ma quale “lavoro”? Il Comitato Scientifico nella percezione degli Associati forse non si è mai affrancato da una certa aura di “apparattnik”, e forse – questo detto invece seriamente – non ha svolto pienamente il (difficile) ruolo che lo Statuto ANMCO gli attribuisce, soprattutto per quanto riguarda la parte propositiva e di progettazione della Ricerca. Un ruolo di particola-

re importanza anche ai fini del mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001:2000 conseguita da ANMCO. Sarebbe, credo, simpatico ed utile che sulle pagine di questa Rivista i Lettori/Associati esprimessero le loro critiche, aiutando il Direttivo ed il Comitato Scientifico stesso a renderne migliore il funzionamento. Il mio personale augurio per il Coordinatore successivo: che il primo violino sia finalmente una donna (ce n'è tante brave quanto Anne Sophie Mutter), che sostenga una reale indipendenza di giudizio rispetto a tutte le componenti più o meno istituzionali ANMCO, e che si dia la pena di raccogliere pareri e suggerimenti da una cerchia il più ampia possibile di esperti, anche internazionali – un ruolo che credo il Comitato Scientifico debba continuare ad avere nella elaborazione (e non solo valutazione) dei progetti di ricerca ANMCO.



Hans Hofmann, Spring, 1940

DALLE AREE

Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2007-2008

AREA ARITMIE

Chairman: Giuseppe Inama (Crema)
Co-Chairman: Massimo Zoni Berisso (Genova)
Comitato di Coordinamento:
Maurizio Landolina (Pavia)
Claudio Pandozi (Roma)
Orazio Pensabene (Palermo)
Alessandro Proclemer (Udine)

www.anmco.it/aree/elenco/aritmie

AREA CHIRURGICA

Chairman: Claudio Grossi (Cuneo)
Co-Chairman: Luigi Martinelli (Genova)
Comitato di Coordinamento:
Renato Albiero (Palermo)
Carlo Fucci (Ome - BS)
Gianfranco Iacobone (Ancona)
Giuseppe Marinelli (Bologna)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica

AREA EMERGENZA-URGENZA

Chairman: Gianni Casella (Bologna)
Co-Chairman: Giuseppe Fradella (Firenze)
Comitato di Coordinamento:
Maria Rosa Conte (Rivoli - TO)
Leonardo De Luca (Roma)
Giovanna Geraci (Palermo)
Maddalena Lettino (Pavia)

www.anmco.it/aree/elenco/utichotline

AREA INFORMATICA

Chairman: Luigi Paolo Badano (Udine)
Co-Chairman: Guido Giordano (Catania)
Comitato di Coordinamento:
Andrea Bruni (Treviso)
Massimo Magnacca (Lido di Camaiore - LU)
Antonio Mantero (Milano)
Paolo Trambaiolo (Roma)
Referente G8 Cardio Web ANMCO:
Antonio Di Chiara (Udine)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman: Carlo D'Agostino (Bari-Carbonara)
Co-Chairman: Andrea Rubboli (Bologna)
Comitato di Coordinamento:
Amedeo Bongarzoni (Milano)
Iolanda Enea (Caserta)
Loris Roncon (Rovigo)
Oscar Serafini (Cosenza)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman: Giuseppe Rosato (Avellino)
Co-Chairman: Evasio Pasini (Gussago - BS)
Comitato di Coordinamento:
Roberto Caporale (Cosenza)
Marcello Manfrin (Ancona)
Patrizia Maras (Trieste)
Quinto Tozzi (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING

Chairman: Claudio Coletta (Roma)
Co-Chairman: Vincenzo Martinelli (Tortona - AL)
Comitato di Coordinamento:
Annalisa Fiorillo (Nola - NA)
Lucia Sabbadin (Trento)
Roberto Valle (San Donà del Piave -VE)
Katalin Virag (Firenze)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman: Furio Colivicchi (Roma)
Co-Chairman: Stefano Urbinati (Bologna)
Comitato di Coordinamento:
Costanza Burgisser (Firenze)
Soccorso Capomolla (San Angelo dei Lombardi - AV)
Maurizio Di Stasio (Traversa Palasciano - CE)
Stefano Strano (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman: Fabrizio Oliva (Milano)
Co-Chairman: Michele Senni (Bergamo)
Comitato di Coordinamento:
Nadia Aspromonte (Roma)
Giuseppe Di Tano (Messina)
Adriano Murrone (Perugia)
Alessandro Navazio (Reggio Emilia)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso

ARITMIE

DI GIUSEPPE INAMA



L'Aritmologia interventistica nella Cardiologia Italiana

Negli ultimi 15 anni l'Aritmologia si è progressivamente trasformata da disciplina prevalentemente clinica, basata sul trattamento farmacologico dei disturbi del ritmo cardiaco, a disciplina prettamente curativa, interventistica, attraverso una sempre più ampia diffusione delle tecniche di ablazione transcateretere con radiofrequenza e degli impianti di pace-makers e defibrillatori automatici.

Gli Elettrofisiologi si sono giovati in maniera eccezionale delle novità che giungevano dal mondo della tecnologia e dell'industria elettromedicale che cercava così di supplire ad una situazione di stasi nella ricerca e nello sviluppo farmaceutico, avaro di novità da troppi anni.

Questo radicale cambiamento culturale ed organizzativo nella Cardiologia Internazionale ed Italiana è stato favorito da tre contingenze fondamentali:

1. La prima riguarda lo sviluppo tecnologico, che ha portato, nell'ambito dell'elettrofisiologia, all'introduzione di nuove tecniche curative delle aritmie con impiego di energie come la radiofrequenza e successivamente con il diffondersi di nuovi materiali e di rivoluzionari sistemi di mappaggio tridimensionale elettroanatomico, non-contact ed eco-guidati. Nel campo dell'elettrostimolazione abbiamo assistito alla realizzazione di "device" sempre più sofisticati, dotati di sistemi di monitoraggio e tratta-

mento preventivo e curativo delle tachiaritmie atriali con algoritmi innovativi, o con modalità di stimolazione rivoluzionarie del ventricolo sinistro che avvicinavano l'elettrostimolazione definitiva al campo sconfinato dello scompenso cardiaco refrattario. I defibrillatori automatici impiantabili divenivano sempre più piccoli, maneggevoli e complianti per il paziente ma soprattutto si evolvevano da rudimentale apparecchio di defibrillazione a sofisticato sistema antiaritmico di monitoraggio aritmologico ed emodinamico, di terapia e di gestione complessiva del paziente a rischio di morte improvvisa.

2. La seconda condizione è stata mediata dalla pubblicazione di numerosi "trial" clinici randomizzati che hanno dimostrato la superiorità del defibrillatore automatico rispetto alla terapia farmacologica per la prevenzione primaria della morte improvvisa in pazienti con disfunzione sistolica severa, con conseguente allargamento, in prevenzione primaria, delle indicazioni all'impianto di questi "device". Parallelamente importanti esperienze pubblicate con ampi numeri, sia pur a tutt'oggi prevalentemente retrospettivi, sull'efficacia dell'ablazione della fibrillazione atriale in pazienti invalidati e refrattari ai farmaci, hanno permesso di allargare il campo applicativo dell'ablazione transcateretere al vasto mondo della fibrillazione atriale, aritmia nella

quale l'unica opzione terapeutica era rappresentata dai farmaci antiaritmici.

3. Infine la sempre maggiore diffusione dei Laboratori di Elettrofisiologia, anche in Cardiologie di Ospedali di piccole e medie dimensioni, ha permesso di incrementare notevolmente la diffusione culturale delle problematiche aritmologiche nel mondo reale, le indicazioni alle procedure ed agli impianti, l'esperienza degli Operatori ed il numero degli interventi sia per quanto riguarda l'elettrofisiologia interventistica che l'elettrostimolazione.

La situazione attuale dell'attività dell'Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione in Italia è monitorata annualmente da due Registri dell'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmologia (AIAC) che riguardano rispettivamente le procedure di Elettrofisiologia diagnostica ed interventistica (Studi Elettrofisiologici Endocavitari ed Ablazioni transcateretere) e l'impianto di pace-makers e defibrillatori.

Da questi Registri si evince che il numero di ablazioni transcateretere ha subito un costante incremento negli ultimi anni. Se confrontiamo il numero di procedure eseguite negli anni 2000 e 2004, infatti, possiamo osservare un incremento di circa il 70% (1). Tale incremento riguarda soprattutto le ablazioni di flutter atriale, tachicardie parossistiche da rientro giunzionale e fibrillazione atriale. In parti-

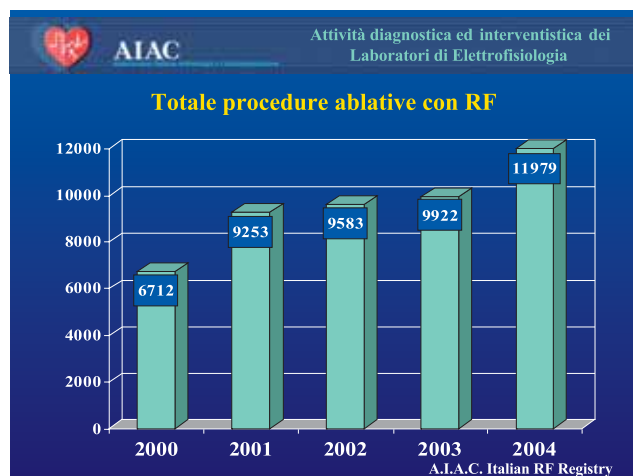


Figura 1. Aumento delle procedure di ablazione transcatetere con radiofrequenza in Italia dal 2000 al 2004

colare, l'incremento più marcato del numero di procedure ha riguardato proprio l'ablazione della fibrillazione atriale, che viene eseguita con approccio transsettale in atrio sinistro con la deconnessione elettrica delle vene polmonari e l'ablazione circonfrenziale allargata delle vene polmonari con l'ausilio di sistemi di mappaggio elettroanatomico tridimensionale o ecoguidati (Figura 1). Per quanto riguarda l'Elettrostimolazione definitiva, è stato registrato nel 2004 un incremento del 24% degli impianti di defibrillatore rispetto all'anno precedente (Figura 2), con riferimento in particolare agli impianti in prevenzione primaria. Il numero di impianti di pace-maker nel 2004 è risultato invece praticamente stabile rispetto all'anno precedente (+3%), ma con un incremento di circa il 30% negli ultimi 10 anni (2).

Dobbiamo purtroppo segnalare come i dati attualmente a nostra disposizione siano parzialmente incompleti per difetto, a causa della partecipazione ancora non completa dei Centri Cardiologici che inviano i dati ai Registri promossi dall'AIAC (per il Registro di Elettrostimolazione man-

ca il 40%, per quello di Elettrofisiologia il 20%).

Nonostante questa limitazione sono possibili interessanti considerazioni statistiche ed organizzative. Gran parte degli interventi vengono svolti nelle Strutture Ospedaliere, che costituiscono la componente più consistente e numerosa dei Centri Aritmologici Italiani.

Vi è però una notevole differenza geografica nella distribuzione dei Centri di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione e nei volumi di attività. Il numero maggiore di Centri e di procedure è infatti concentrato nell'Italia del Nord, in particolare in Lombardia dove vengono eseguiti il 17% degli impianti di pace-makers, il 27% degli impianti di defibrillatore e il 40% delle ablazioni transcatetere.

Viene da chiedersi in conclusione quale deve essere il ruolo dell'Area Aritmie dell'ANMCO in presenza di una Associazione di settore storica e così attiva come l'AIAC.

L'Area Aritmie dell'ANMCO dovrà avere un ruolo di informazione ed educazione aritmologica nell'ambito della Cardiologia generalistica funzionando da ponte fra l'AIAC e

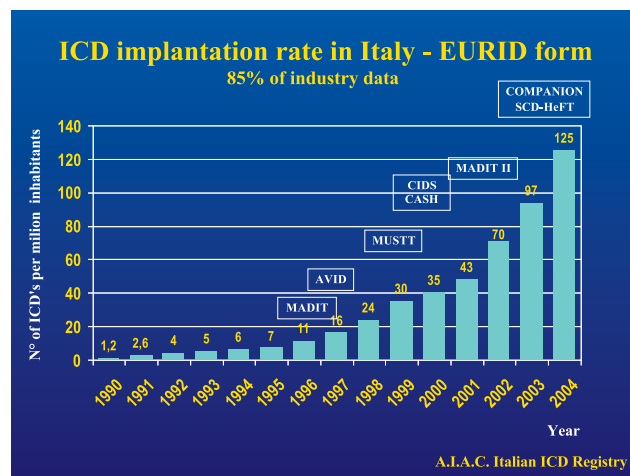


Figura 2. Trend di impianto dei defibrillatori automatici in Italia dal 2000 al 2004

l'ANMCO, assumendo poi nello specifico argomento dei Registri un ruolo di sensibilizzazione e collaborazione con la Cardiologia generale. La raccolta dei dati relativi agli interventi ed alle procedure con attenzione alla appropriatezza ed alla qualità delle prestazioni erogate rappresenta uno dei compiti istituzionali più qualificanti per una Associazione Scientifica che non può limitarsi alla sola raccolta ed informazione sui volumi e sui dati di attività. Una migliore integrazione fra AIAC e ANMCO potrà permettere nel prossimo futuro una partecipazione, speriamo, totale dei Centri Cardiologici Nazionali ai Registri gestiti dall'Associazione di Aritmologia AIAC con aumento del numero e della qualità delle informazioni.

Bibliografia

1. Giuseppe Inama, Paolo Della Bella, Maurizio Landolina, Claudio Pandozi, Aldo Bonso on behalf of AIAC Council. *GIAC* 2005;8(4):1-15
2. Alessandro Proclemer, Marco Ghidina, Emanuela Bernardelli, Gloria Cicuttini, Domenico Facchin, Dario Gregori, Paolo Maria Fioretti: Registro Italiano pace-maker e defibrillatori. *GIAC* 2005;8(3):3-32

La terza via

Nel momento in cui termina il mio mandato di chairman dell'Area Chirurgica dell'ANMCO, desidero esprimere alcune considerazioni sulla mia esperienza in questo biennio.

Innanzitutto vorrei partire dalle valutazioni che – assieme agli altri colleghi facenti parte del coordinamento dell'Area – facemmo all'inizio del nostro mandato.

La situazione di cui dovemmo prendere atto era quella di un'area presoché virtuale, in quanto priva di progettualità autonoma, vista la sua peculiarità. Il rischio, infatti, era quello di duplicare iniziative che già trovavano una loro più congeniale collocazione nell'ambito della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca (SICCH).

Questo problema nasceva dalla motivazione stessa per cui un numero consistente di cardiocirurghi aveva aderito all'ANMCO nella seconda metà degli anni '90.

In quel periodo, infatti, una profonda crisi aveva caratterizzato la SICCH, tanto da minacciarne la stessa esistenza, per cui si era cercato, da parte di molti, un nuovo sbocco associativo. Era però rimasta l'ambiguità di persone che avevano aderito all'ANMCO e all'Area Chirurgica, restando fondamentalmente legati alla loro peculiarità di cardiocirurghi, mentre gli aderenti all'Area di provenienza cardiologica lo erano solo formalmente.

Questo era dimostrato dalla scarsis-

sima adesione e partecipazione da parte dei teorici iscritti all'Area Chirurgica agli incontri da essa promossi, in occasione dei Congressi Nazionali di Firenze (non più di 5 o 6 persone).

La scelta che avevamo davanti era fra tre possibilità: proseguire con lo status quo, sciogliere l'Area o trovare una nuova formula per dare un senso alla sua esistenza.

In accordo con il Presidente Di Pasquale, che ringrazio da parte di tutti noi del coordinamento per la disponibilità ed il supporto che ha sempre dimostrato, abbiamo cercato di intraprendere la terza via.

Il coordinamento dell'Area, lungi dal rappresentare una fonte di promozione o produzione scientifica autonoma per l'Area Chirurgica nell'ambito dell'ANMCO, doveva trasformarsi in un punto di raccolta e diffusione degli eventi che localmente venivano realizzati. Come prima iniziativa vi fu la richiesta, prontamente accolta, di avere una specie di "quota rosa" costituita da Soci ordinari ANMCO, che svolgevano l'attività lavorativa di cardiocirurghi, nell'ambito del "mondo" della patologia cardiovascolare, così come esistono gli aritmologi, gli emodinamisti, ecc. Era innanzitutto fondamentale, quindi, fare chiarezza sul tipo di adesione che doveva caratterizzare le persone scelte: erano Soci a tutti gli effetti dell'ANMCO, in quanto tale, e non cardiocirurghi che dovevano fare

da bridge fra le due società scientifiche, ANMCO e SICCH.

Questi Soci avrebbero dovuto avere una loro collocazione nell'ambito delle altre Aree e delle strutture associative Regionali a pieno titolo. A tal riguardo, nell'ultimo periodo della Presidenza Di Pasquale si è abbozzata l'idea che anche per questa "quota cardiocirurgica" si dovesse trovare una qualche forma di meccanismo elettorale con candidature, al fine di evitare la nomina di colleghi che, magari a loro insaputa, si trovavano a gestire un incarico cui non avevano il tempo o la volontà di aderire. Ma questo dovrebbe venir considerato nell'ambito di una revisione dello statuto.

Il risultato del primo periodo di rodaggio di questa nuova filosofia di lavoro è stato alquanto eterogeneo, sia per quanto riguarda la partecipazione dei rappresentanti cardiocirurgici nell'ambito delle aree che, e soprattutto, nel loro coinvolgimento a livello regionale. La realtà è a pelle di leopardo. Lo stesso si può dire sulla reportistica che questi rappresentanti hanno effettuato rispetto al Comitato di Coordinamento. Sono stati sporadici i casi in cui le iniziative locali sono state comunicate preventivamente al fine di poterne dare diffusione.

Mi auguro che si tratti solo di problemi di adeguamento ad un nuovo modo di vivere la propria adesione all'ANMCO da parte dei Soci cardio-

chirurghi e sono convinto che il Dott. Grossi, nuovo chairman, saprà dare quell'impulso che nel biennio trascorso non si è manifestato adeguatamente.

Venendo poi, all'altro problema di cui si è discusso in questi anni, l'avvicinamento in qualche forma della SICCH alla FIC, abbiamo sempre voluto ribadire la nostra estraneità alle trattative, in quanto abbiamo ribadito, ancora una volta, che la nostra presenza nell'ANMCO aveva una valenza personale ed individuale esclusivamente come Soci ordinari di questa Associazione, in tutte le sue articolazioni. Spettava e spetta agli organismi direttivi delle varie società scientifiche (ANMCO, FIC, SIC, SICCH) condurre la trattativa.

A tale proposito consentitemi una unica annotazione personale. Nel recente Congresso della SICCH ho avuto l'onore ed il piacere di venir eletto nel Direttivo Nazionale di quella Società e, nel prossimo biennio, per quanto di mia competenza, mi farò promotore della ripresa degli incontri fra le varie componenti per cercare di raggiungere un accordo verso una qualche forma di avvicinamento.

Infatti – ed è una annotazione strettamente personale – ritengo anacronistico, di fronte ad una realtà sanitaria dove, nelle strutture dipartimentali, si assiste ad una integrazione logistica ed assistenziale delle varie componenti professionali che ruotano intorno alla patologia car-

diovascolare, si mantenga questa forma di scollamento scientifico e programmatico fra le società scientifiche. La realtà periferica è, infatti, diversa: l'assistenza clinica e gli eventi formativi vedono sempre più spesso coinvolti pariteticamente colleghi con diverse competenze e solo tale integrazione è, a mio parere, garante di un fattivo sviluppo della nostra branca.

Un'ultima considerazione. Questi due anni di partecipazione agli eventi "centrali" dell'ANMCO mi hanno dato modo di apprezzare, al di là di ogni retorica, la coerenza organizzativa, scientifica ed etica a principi ben definiti e partecipati da tutti, che la caratterizza. Ed anche in questo ho vissuto la significativa differenza fra

la mancanza di rigore, molto "mediterranea", della SICCH e l'efficienza ed efficacia (per usare termini molto in voga) dell'ANMCO. È un'altra eredità che porterò con me e che cercherò di utilizzare nel mio nuovo ruolo.

Concludo con un ringraziamento ed un augurio. Ringrazio il Presidente, tutti i membri del Consiglio Direttivo e del Direttivo Nazionale per l'indulgenza con cui hanno accolto le nostre embrionali proposte. Ringrazio tutte le persone che lavorano nella sede centrale di Firenze per la pazienza e vicinanza dimostrata nei miei confronti e mi scuso per i costanti ritardi nell'adempiere ai miei compiti, per la scarsa "professionalità" ed esperienza gestionale che ho dimostrato in questi due anni.

Un augurio, innanzitutto, consentitemi, a Claudio Grossi, che stimo da molti anni come uomo e come collega, affinché riesca, con gli altri membri del Comitato di Coordinamento, a proseguire sulla strada che abbiamo iniziato assieme, ma con risultati ben più tangibili, facendo passare la componente cardiocirurgica dell'ANMCO dalla fanciullezza almeno all'adolescenza. Un augurio all'ANMCO, che, nel suo rigoroso cammino di sviluppo, si sta rinnovando al suo interno. Spero veramente di aver modo di lavorare ancora con tutti voi, magari partecipando a quel progetto di avvicinamento, che auspico veramente nell'interesse di tutta la comunità scientifica.



Paul Klee, *Strada principale e strade secondarie*, 1929

EMERGENZA-URGENZA

DI GIANNI CASELLA



Inizia un nuovo Biennio...

Un importante biennio per l'attività dell'Area Emergenza-Urgenza è appena trascorso e Cesare Greco ne è stato il brillante coordinatore. Questo periodo ha visto l'Area investire tutte le energie nel trasferimento degli importanti avanzamenti occorsi nel trattamento delle Sindromi Coronariche Acute (SCA), ed in particolare nell'Infarto, alla realtà Italiana. Infatti in questi anni le Reti interospedaliere per le SCA, modello organizzativo vincente per il trattamento di queste sindromi, sono passate da forme pionieristiche, disperse a macchia d'olio sul territorio nazionale, a modelli istituzionalizzati su base regionale con standard assistenziali spesso ragguardevoli.

Certamente passi del genere non sarebbero potuti accadere senza la spinta propulsiva dell'evoluzione scientifica e la volontà della nostra Associazione di fare maturare nella comunità cardiologica l'esigenza di operare in un contesto di rete integrata. L'Area Emergenza-Urgenza ha raccolto pienamente questo invito fin dal primo momento ricoprendo un ruolo di rilievo, più o meno diretto, nella progettazione e stesura del Documento di Consenso FIC e nella conseguente Campagna Educazionale Nazionale sulle

Reti Interospedaliere, cercando di rappresentare il motore di quest'importante evoluzione assistenziale. Analogamente altre importanti e fortunate iniziative dell'Area, quali la campagna educazionale sullo shock cardiogeno e il progetto sul dolore toracico, hanno perseguito la medesima filosofia di condivisione degli obiettivi e dei percorsi con tutti gli attori (cardiologi e non) del processo. Oggi possiamo orgogliosamente affermare che i risultati ottenuti sono importanti e lo sforzo corale dei cardiologi italiani ha fatto sì che nella quasi totalità delle Regioni le Reti per l'emergenza coronarica siano attive (spesso con punte di eccellenza europee) o in via di completamento. Tuttavia le Reti interospedaliere non rappresentano un importante obiettivo raggiunto sul quale la Cardiolo-

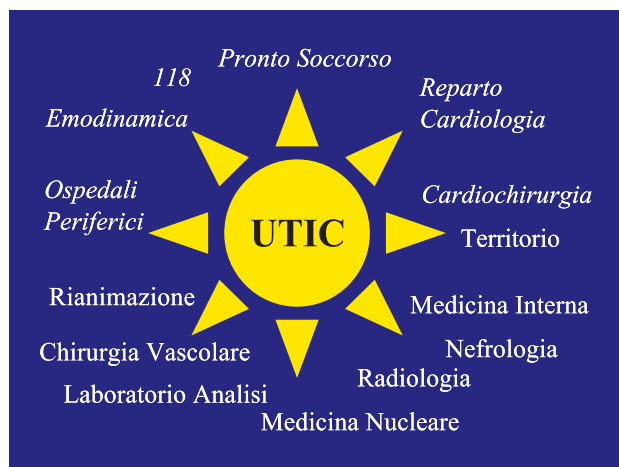
gia italiana si può adagiare placidamente. Esse invece costituiscono il punto di partenza per ribadire la centralità ed il valore delle nostre UTIC, cuore pulsante della gestione dei pazienti con patologia cardiovascolare acuta, e per sottolineare il ruolo chiave del cardiologo clinico come principale attore, coordinatore e motore dei processi di diagnosi e cura dei pazienti cardiopatici.

Purtroppo se da una parte l'idea di Rete ha avuto il vantaggio di tradurre in pratica la necessità di offrire a ciascun paziente il trattamento più adatto sfruttando e condividendo al meglio le limitate risorse disponibili, questo stesso concetto, se mal interpretato, può far credere che solo chi si trova al centro di quest'organizzazione, probabilmente perché più ricco di risorse, valga.

La diffusione dell'angioplastica primaria, quale strategia ripercussiva efficace nel trattamento dell'infarto, ha probabilmente esasperato questa corrente di pensiero ed alcuni in modo superficiale possono sostenere l'obsolescenza delle UTIC senza Emodinamica e tracciare una sorta di "muro di Berlino" tra Cardiologi e strutture più o meno dotate di risorse. Questo concetto è errato ed improduttivo basti



Paul Klee, Passaggio di mano, 1939



Competenza Clinica del Cardiologo UTIC La valutazione della Competenza

Abilità cliniche e conoscenze

- Conoscenze mediche
- Attività ambulatoriale
- Gestione problemi complessi
- Gestione pazienti ricoverati
- Problem solving
- Competenza clinica

Professionalità

- Rispetto
- Integrità
- Moralità
- Aspetti psicosociali delle malattie
- Compassione
- Responsabilità

Ramsey PG, et al. *J Am Med Assoc* 1995; 269: 1655-1660



Area Emergenza-Urgenza
2007-2008



Punti Chiave

Competenza Clinica del Cardiologo UTIC

Dolore Toracico

Attività Scientifica su temi caratterizzanti

pensare che quasi la metà delle UTIC italiane non è dotata di un'emodinamica interventistica e che quelle che la posseggono non sono distribuite in modo omogeneo nel territorio nazionale o spesso non sono sempre disponibili. Il valore di un cardiologo quindi non può dipendere solamente dalle risorse di cui dispone o dalla struttura in cui lavora! Cadere vittime di questo tranello e quindi accettare una valutazione del peso delle nostre UTIC (delle nostre Cardiologie, ma anche di noi stessi) in base alle risorse disponibili è frutto di una visione paradossale, miope e burocratica dell'assistenza sanitaria ("medicina-erogatrice" di prestazioni o procedure). Un simile modello mette a repenta-

glio non solo l'esistenza delle strutture meno fortunate, ma anche il valore della nostra figura professionale e soprattutto non soddisfa i bisogni reali dei pazienti. Ricordiamoci infatti che quest'ultimi non ci chiedono esami o procedure (prova da sforzo, ecocardiogramma, angioplastiche, ecc.), ma soluzioni e quindi il modello assistenziale da perseguire è piuttosto quello di una "medicina-risolutrice" che può ovviare ai loro problemi. Questo modello fatto di scienza, cultura e competenza può essere facilmente perseguito recuperando ed ampliando il patrimonio culturale che ha sempre distinto, fin dalla fondazione, le nostre UTIC. In fin dei conti se perdiamo questo patrimonio quale può essere la differenza tra una Cardiologia ed una Medicina Interna ad "indirizzo cardiovascolare"? Oppure tra una Emodinamica o una Radiologia Vascolare? Quale obiettivo è al centro della nostra professione medica? La tecnica o il paziente?

La differenza tra questi estremi, ma allo stesso tempo il valore aggiunto che possiamo fornire, è il patrimonio di conoscenza e di competenza clinica che i Cardiologi e il personale infermieristico operante nelle nostre UTIC possiede e che consente in modo lucido, attento ed efficace di seguire i pazienti. Questo tesoro non lo si conquista in un giorno né lo si acquista facilmente solo perché si è più "ricchi"!

Noi, come Area Emergenza-Urgenza, riteniamo che la formazione e la competenza clinica siano le sfide da raccogliere per i prossimi anni.

È necessario un grande investimento su questi progetti per consentire a qualsiasi Cardiologo, indipendentemente dal suo percorso e dalla realtà in cui opera, di recuperare e ampliare il patrimonio culturale e la competenza che ha sempre caratterizzato la nostra comunità. Questo gli consentirà non solo di affrontare e risolvere al meglio i problemi dei propri pazienti, ma anche di ribadire con forza la propria autorevolezza sia nell'ambiente circostante che con i soggetti con cui coopera.

Pertanto raccogliamo volentieri l'invito del Direttivo a perseguire questi obiettivi e con impegno cercheremo

di sviluppare un modello formativo per la Competenza Clinica del Cardiologo dell'UTIC che meglio risponda alle nostre esigenze pratiche e che si integri con le richieste della Società Scientifica Europea e di quelle di settore Nazionali.

Accanto a questo progetto fondamentale vorremmo ampliare il grande lavoro compiuto sul dolore toracico in questi anni dall'apposita Commissione ANMCO-SIMEU, guidata da Filippo Ottani, in quanto riteniamo il tema particolarmente attuale viste le

importanti implicazioni cliniche e logistiche e il prepotente affacciarsi di nuove e complesse tecnologie diagnostiche (TAC multistrato, RM, ecc.). Da ultimo, ma non per rilevanza, una Società Scientifica in quanto tale ha nella ricerca il suo motore; questo obiettivo è stato costantemente perseguito dalla nostra Associazione. Pertanto vorremmo approfittare dell'enorme patrimonio di dati che i Cardiologi delle UTIC hanno accumulato in questi anni partecipando ai numerosi studi coordinati dall'Area per

trovare una risposta italiana a domande rilevanti per la nostra pratica clinica.

Come vedete gli impegni sono numerosi e nonostante la dedizione, l'attitudine e l'esperienza di chi vi sarà coinvolto direttamente sarà difficile raggiungerli senza l'aiuto di tutti voi. In fin dei conti l'Area Emergenza-Urgenza ha sempre rappresentato la "finestra" delle UTIC sulla realtà Italiana. Vale la pena ricordarlo ed affacciarsi qualche volta. La troverete sempre aperta!



Henri Matisse, *La stanza rossa*, 1908

MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

DI ANDREA RUBBOLI



Embolia Polmonare Acuta ed Ipertensione Polmonare: problematiche attuali e gestione clinica

Esperti a confronto in occasione dell'Evento Formativo ANMCO svoltosi a Bologna il 14 dicembre 2006

L'Evento Formativo ANMCO su **Embolia Polmonare (EP) Acuta e Ipertensione Polmonare Cronica Tromboembolica (IPC-TE)** svoltosi a Bologna il 14 dicembre 2006 ha fatto il punto sulle problematiche attuali di queste affezioni, sottolineando il ruolo centrale che il Cardiologo, spesso marginalmente interessato ad esse, deve avere nella loro gestione.

L'evento organizzato a Bologna da Andrea Rubboli e Giovanni Tortorella (in veste di referenti regionali e membri del Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare), ha visto una partecipazione ampia e trasversale, a testimoniare l'attualità, l'interesse e la multidisciplinarietà di queste problematiche, ed è stato ulteriormente valorizzato dalla presenza tra i relatori di alcuni fra i maggiori esperti di malattia tromboembolica venosa ed ipertensione polmonare.

Nella prima sessione dedicata all'**epidemiologia** ed all'**inquadramento all'esordio** è stata ribadita la grande rilevanza dell'EP Acuta, sia in termini di morbilità (3ª malattia cardiovascolare più frequente dopo IMA e ictus) che di mortalità. L'importanza di tale affezione è ancora maggiore nei pazienti ospedalizzati (100 volte più frequente che nella popolazione extraospedaliera), nei quali peraltro la diagnosi è resa più difficile da una

probabilità clinica (che è sempre da calcolare, mediante score standardizzati o empiricamente, prima di eseguire indagini strumentali) generalmente elevata, tanto da rendere spesso inevitabile l'immediato ricorso all'angiografia-TAC, attualmente da considerare la metodica più accurata.

Nel paziente ambulatoriale invece, la strategia diagnostica va subordinata ad un'accurata valutazione della probabilità clinica, riservando però un ruolo importante all'ecocardiogramma che permette di identificare tra i pazienti "non critici" quelli con disfunzione ventricolare destra (EP acuta submassiva), a maggior rischio di deterioramento clinico e morte. Minore è invece l'informatività prognostica di marcatori quali troponine e BNP/pro-BNP, che sembrano possedere solo un elevato valore predittivo negativo.

La valenza prognostica della scintigrafia polmonare, il cui ruolo nella diagnosi di EP Acuta è oggi molto ridimensionato, è stata puntualizzata alla luce della possibilità di fornire un controllo della perfusione al termine della terapia anticoagulante orale (TAO), individuando quindi i pazienti a rischio di sviluppare IPCTE per incompleta risoluzione dei tromboemboli. Il ruolo delle singole metodiche nell'algoritmo diagnostico appare tuttavia non completamente codificato

(nonostante la disponibilità, e numerosità, di Linee Guida), data l'ampia variabilità nell'impiego, tempistica e sequenza di indagini riportata nella pratica clinica.

Nella seconda sessione incentrata sul **trattamento intraospedaliero** sono state ripercorse le tappe che hanno portato all'attuale terapia dell'EP Acuta con eparina, dapprima solo non frazionata per via endovenosa e successivamente anche a basso peso molecolare per via sottocutanea.

Quest'ultima risulta altrettanto efficace e sicura di quella non frazionata, alla quale tuttavia appare preferibile nel trattamento (anche ambulatoriale) dei pazienti "non critici", date la facilità di somministrazione, assente necessità di monitoraggio e maggiore stabilità e predicibilità dell'anticoagulazione.

Il trattamento trombolitico va attualmente riservato ai pazienti "critici" (arresto cardiaco, shock o ipotensione), mentre è controindicato (per il rischio di emorragie e l'efficacia mai conclusivamente dimostrata sulla mortalità) nei pazienti emodinamicamente stabili e senza disfunzione ventricolare destra. In presenza di quest'ultima, l'indicazione a terapia trombolitica è tuttora controversa, dati i benefici osservati solo sulla necessità di potenziare le misure terapeutiche e sulle recidive, in assenza di vantaggi sulla mortalità.

Esperienze favorevoli, seppur numericamente limitate, sono state riportate per gli interventi meccanici di ricanalizzazione polmonare. Questi appaiono sempre più applicabili, in ragione dell'avanzamento tecnologico che ha reso più efficaci i vari dispositivi, oltre che della persistenza di sottogruppi di pazienti "critici" in cui la trombolisi è rischiosa o risultata inefficace.

Di interesse è pertanto la proposta di estendere la rete hub&spoke attuata per le sindromi coronariche acute alla terapia interventistica dell'EP Acuta "critica". L'evoluzione tecnologica ha coinvolto anche lo sviluppo dei filtri cavali, dei quali sono disponibili attualmente numerosi modelli, sia permanenti che rimovibili.

Questi ultimi vanno presi in considerazione in presenza di controindicazione temporanea alla TAO, nei politraumi a rischio di EP, nella trombosi venosa profonda in gravidanza o nella profilassi di interventi chirurgici maggiori, mentre le indicazioni a quelli permanenti rimangono essenzialmente l'occorrenza di EP durante adeguata TAO o in presenza di controindicazioni ad essa. Nella terza sessione è stata discussa la **gestione a medio e lungo termine** dell'EP Acuta, a partire dalle variabili predittive di recidiva. Oltre alle caratteristiche (idiopatica, secondaria a fattori di rischio permanenti o temporanei) del primo episodio, ed all'importanza della trombosi venosa residua, è stata valorizzata la recente acquisizione del D-dimero persistentemente ele-

vato dopo sospensione della TAO. Tale rilievo comporta un significativo aumento del rischio, ed è quindi da considerare per la durata della TAO, che attualmente va limitata a 3 mesi solo in presenza di fattori di rischio temporanei, ed estesa indefinitamente in presenza di neoplasia o dopo una prima recidiva, mentre va protratta per almeno 6 mesi nelle forme idiopatiche o con trombofilia. Il follow-up dei pazienti con EP Acuta appare effettuato solo in una minoranza di casi, e con strategie non standardizzate.

La mancata risoluzione dei tromboemboli, con persistente disfunzione ventricolare destra, appare tuttavia verificarsi in un numero rilevante di casi. Per meglio definire tali aspetti, oltre che per cercare di standardizzare la gestione dei pazienti con EP Acuta, è attivo un registro spontaneo patrocinato dall'ANMCO, cui è

possibile (ed auspicato) aderire liberamente (www.registroep.org). Il rilievo di IPCTE al follow-up è riportato in circa 0.5-3% dei casi, e richiede l'attivazione di complessi percorsi, frequentemente multidisciplinari, per ottenere una diagnosi eziologica certa.

Nella quarta sessione sono stati affrontati gli **aspetti epidemiologici e diagnostico-terapeutici** dell'IPCTE. Seppur rara, tale affezione ha notevole rilevanza per la complessità diagnostica e l'insoddisfacente efficacia della maggior parte delle terapie disponibili.

Mentre le terapie mediche, che si avvalgono di inibitori dell'endotelina, prostacicline e inibitori della 5-fosfodiesterasi, hanno prevalentemente un effetto favorevole sulla tolleranza all'esercizio, la tromboendarterectomia chirurgica, quando effettuata tempestivamente ed in centri spe-

cializzati, si associa ad una sopravvivenza a 5 anni di circa 80%, rendendo raramente necessarie le opzioni trapiantologiche. Il ruolo del Cardiologo dedicato appare essenziale, per coordinare i vari specialisti coinvolti nella diagnosi, verificare la risposta acuta ai farmaci e l'effetto a lungo termine del trattamento, e porre le indicazioni chirurgiche.

In conclusione, il Convegno ha rimarcato la grande rilevanza epidemiologica e socio-sanitaria dell'EP Acuta e dell'IPCTE, sottolineando il ruolo centrale del Cardiologo, spesso solo marginalmente interessato a tali problematiche, nella corretta gestione diagnostico-terapeutica di questi pazienti.



Immagine dal web



Arrivederci... e grazie "di cuore"

Gli anni scorrono velocemente quando si è impegnati in cose piacevoli ed in cui si crede anche se faticose ed impegnative. È questo il caso dei miei sei anni trascorsi nell'Area Nursing dell'ANMCO.

La mia attività è stata fortemente indirizzata nel portare avanti ciò in cui credo fermamente e per cui ritengo valga ancora la pena di insistere: l'indispensabile cambiamento prima culturale e successivamente nei fatti, che molti medici ed infermieri debbono – in varia misura e forse in vario modo – ancora affrontare e portare a termine.

L'evidente cambiamento degli aspetti fondamentali del contesto in cui tutti gli operatori sanitari sono immersi deve necessariamente concretizzarsi in nuovi confini del proprio ambito professionale, nuovi modi di concepire alcuni aspetti della propria professione e, conseguentemente, nuovi modelli organizzativi, relazionali e gestionali. In tutto questo la qualità degli aspetti squisitamente professionali deve restare sempre e comunque lo zoccolo duro ed intoccabile.

In questi anni ho cercato di far capire ai medici che è cambiato il modo di fare il medico in ospedale, che per fare bene il proprio lavoro sono oggi necessarie altre, nuove ed apparentemente estranee competenze, che gli infermieri di oggi non sono più quelli di ieri ma professionisti con specifiche e peculiari aree di competenza ed autonomia. Ho anche

cercato di far capire agli infermieri che anche per loro è cambiato il modo di fare (ma forse anche di essere) un infermiere, che è un errore cercare di comportarsi (come sono tentati a volte alcuni giovani neolaureati) da "piccoli medici", che il concetto di autonomia è indissolubile da quello di responsabilità e che questa è una caratteristica imprescindibile di tutte le professioni, che il "tecnico" è cosa diversa (e non è detto che sia sempre ed automaticamente migliore) dell'infermiere. Comune a tutte le professioni il concetto che le parole, gli entusiasmi e le buone intenzioni sono ben poca cosa se non seguite da comportamenti coerenti che portano a prassi consolidate (i cambiamenti veri e più difficili).

Le resistenze in questi ci sono state e ci saranno ancora (e sono entro certi limiti fisiologiche) finché ci saranno ancora medici ed infermieri che vorranno continuare a fare il medico e l'infermiere "come una volta" credendo, erroneamente, nell'immutabilità delle cose umane e non comprendendo che cambiare non significa gettare alle ortiche i valori fondanti della professione ma salvaguardarli adattandoli al meglio ai cambiamenti del mondo reale.

In questi anni lo sforzo maggiore è stato quello di cambiare alcuni comportamenti (cioè introdurre dei cambiamenti strutturali nei modelli organizzativi e professionali) intervenendo sulle loro basi fondanti: la cultura e le conoscenze organizzative e

professionali degli operatori sanitari. È questa la non facile fase in cui attualmente ci troviamo.

È questa la parte centrale di ciò che ho cercato di trasmettere e di attuare in questi anni della mia attività nell'Area Nursing. Avrei potuto fare sicuramente di più e meglio: di questo mi dispiaccio e rammarico.

Ringrazio tutti per avermi dato l'opportunità di assaporare le grandi soddisfazioni che ho avuto ed in particolare l'entusiasmo, la curiosità professionale, la voglia di fare cose nuove e, soprattutto, il coraggio di criticarsi e parlare dei propri problemi e difficoltà che sono sempre di più venuti alla luce ad ogni Cardio-nursing.

Cosa resta dopo questi anni? A me sicuramente molto, spero anche a tutti gli altri, ma credo non lo si possa dire ora: sarà l'evolvere delle cose a dimostrare quanti dei semi sparsi hanno germogliato.

Un ringraziamento a tutti i coordinatori dell'Area cui ho partecipato e, soprattutto, al non visibile ma concreto e determinante supporto dei Presidenti Nazionali e dei Consigli Nazionali di questi anni.

I momenti dei bilanci sono sempre un po' tristi e per questo vanno drasticamente limitati anche se questa volta c'è la consapevolezza di lasciare il testimone per proseguire questo cammino nelle valide mani di un infaticabile lavoratore quale il nuovo chairman dell'Area Nursing: Claudio Coletta.

NURSING

DI CLAUDIO COLETTA



Un nuovo biennio per l'Area Nursing

È con grande piacere, orgoglio e riconoscenza per la fiducia concessa che mi accingo ad iniziare il mio mandato di chairman dell'Area Nursing per il biennio 2007-2008. Sento il dovere, prima di presentare il programma di massima dell'Area per il nuovo biennio, ringraziare tutti i colleghi Cardiologi e gli Infermieri del Comitato di Coordinamento con i quali ho avuto il piacere di lavorare nei quattro anni che hanno preceduto e in qualche modo preparato questo momento. In particolare desidero ringraziare Domenico Miceli, Quinto Tozzi e Paolo Bonomo. Tante sono state le esperienze condivise e tanto ho imparato da loro, di sicuro tutti verranno ulteriormente coinvolti nelle attività dell'Area perché la loro esperienza resta una risorsa insostituibile per la nostra Associazione. Nel momento di iniziare questa nuova avventura professionale il pri-

mo obiettivo che mi pongo è fare quanto in mio potere per mantenere il clima di serenità, di collaborazione, e lo spirito di squadra tradizionalmente presenti fra i componenti dell'area, la cui eterogenea professionalità resta un esempio unico nell'ambito della nostra Associazione.

Si aprono due anni molto importanti per l'attività dell'Area. Come già sottolineato da Quinto Tozzi nel suo articolo di commiato, grandi cambiamenti si stanno verificando sotto i nostri occhi nei rapporti professionali fra le categorie operanti nelle comunità ospedaliere. Ciò avviene grazie soprattutto alla rapida evoluzione della professione infermieristica che sta imponendo una figura di operatore sanitario moderna, complementare e alleata di quella tradizionale del medico cardiologo.

Al di là degli aspetti economici, certamente ancora ingiustamente pe-

nalizzanti, e dei carichi di lavoro spesso troppo gravosi, non vi è dubbio che la professione infermieristica vedrà aprirsi grandi e nuovi spazi applicativi negli anni a venire, dal settore della tecnologia a quello della ricerca, dalla didattica alle nuove modalità di counseling e di gestione clinica infermieristica (penso alle nuove esperienze sullo scompenso). È questo nuovo modo di essere infermieri la sfida che i nostri più giovani collaboratori, ma non solo loro, devono raccogliere, per essere i nuovi operatori di salute e di benessere, responsabili, autonomi e competenti.

Questa trasformazione radicale dovrà necessariamente trovare il suo corrispettivo nell'ambito delle attività di Area, che vedranno il coinvolgimento sempre più attivo dei componenti infermieri del board e dei referenti regionali infermieri. Saranno loro, sempre di più, i responsabili in prima persona delle iniziative a livello nazionale e regionale, mentre del tutto collegiale resta l'organizzazione del Cardionursing, l'ormai prestigioso Congresso Nazionale degli Infermieri di Cardiologia.

Ecco, questi sono fondamentalmente i miei propositi come nuovo chairman. So che sarà un compito gravoso, ma mi accingo a svolgerlo con passione, umiltà e spirito di servizio. Vi ringrazio tutti, sicuramente avremo modo di sentirci ancora nei due anni a venire.



Léon Spilliaert, Donna sulla diga, 1908

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

DI FURIO COLIVICCHI



L'Area Prevenzione Cardiovascolare verso il nuovo biennio 2007-2008

Continuità e Convergenza

Il nuovo biennio di attività dell'Area Prevenzione Cardiovascolare deve necessariamente avere inizio con un piccolo tributo. Dobbiamo, infatti, riconoscere a Carmine Riccio l'impegno, la coerenza e, soprattutto, la grande passione con cui ha raccolto la straordinaria eredità di Massimo Uguccioni e coordinato gli sforzi dell'Area nei due anni appena trascorsi. A lui va il grande merito di aver riunito nell'Area Prevenzione un gruppo di Cardiologi intelligenti ed attivi, che hanno fatto ben figurare la nostra Associazione in ogni campo, dalla formazione alla ricerca clinica.

Nei due anni appena passati, sempre in linea con gli obiettivi generali della nostra Associazione, l'Area Prevenzione ha dedicato importanti risorse umane e logistiche a progetti formativi di respiro nazionale. Si è, infatti, attivamente perseguita la capillare diffusione dei contenuti dalla "III Conferenza Nazionale sulla Prevenzione Cardiovascolare", mentre, al contempo, sono stati promossi significativi tentativi di integrazione culturale con il mondo della Medicina Generale. Valgano per tutti i corsi di Elettrocardiografia Clinica, svolti in tutta Italia, ed i corsi sulla Gestione Clinica della Cardiopatia Ischemica Cronica, tenuti a Bologna nella sede di Simulearn. L'Area Prevenzione Cardiovascolare ha, inoltre, posto le basi per l'avvio del "Registro Nazionale ANMCO sulla Prevenzione Cardiovascolare IN-CP". La fattiva collaborazione con il Centro Studi ANMCO ha infatti reso possibile

il passaggio da una fase meramente progettuale al concreto sviluppo di questa iniziativa scientifica di valore strategico. Riteniamo che il primo semestre del 2007 vedrà quindi l'avvio della fase pilota del Registro IN-CP, con la costituzione della struttura embrionale della "Rete Italiana dei Centri per la Prevenzione Cardiovascolare".

Il biennio 2005-2006 è stato anche caratterizzato dall'avvio di un processo di integrazione tra Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO e Gruppo Italiano di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa. Gli sforzi congiunti di tanti Cardiologi di buona volontà hanno consentito il fiorire di iniziative comuni di notevole rilevanza culturale, quale il Corso Clinico Pratico di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa, tenutosi in tre edizioni a Bologna, Cremona e Napoli. Questi eventi hanno certamente favorito la nascita di un clima di reciproco rispetto e la coscienza di una sostanziale comunanza di intenti. Forti di queste positive esperienze, pensiamo che il processo di convergenza tra le diverse anime della prevenzione e della riabilitazione cardiovascolare debba proseguire e vedere anche il pieno coinvolgimento della componente preventivologica della Società Italiana di Cardiologia. Il fine ultimo di questo processo è dare una rappresentanza unitaria alla prevenzione e riabilitazione cardiovascolare all'interno della Federazione Italiana di Cardiologia.

Nel biennio 2007-2008 l'Area Prevenzione intende proseguire le attività di formazione e ricerca poste in essere nel recente passato, favorendo altresì l'ulteriore sviluppo del processo di convergenza delle diverse componenti nazionali della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare.

Il nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area è chiamato, dunque, a garantire continuità e coerenza interna di azione. Il cammino appare in buona misura già tracciato; tuttavia, siamo sicuri che nuovi contributi arricchiranno il percorso di crescita della nostra Area nel prossimo futuro. In primo luogo, riteniamo che le singole Regioni debbano essere chiamate ad assumere un ruolo attivo nel contesto delle iniziative dell'Area, identificando referenti regionali per le attività formative e scientifiche di prevenzione cardiovascolare.

Nel nostro progetto queste figure, identificate preferibilmente all'interno dei direttivi regionali, avranno grande rilievo e potranno rappresentare il tessuto connettivo dell'Area nelle realtà associative periferiche.

Siamo consapevoli del momento di particolare difficoltà per il Servizio Sanitario Nazionale; tuttavia, siamo anche certi che la nostra Associazione possa e debba mantenere la leadership culturale e scientifica conquistata negli anni con il brillante lavoro di tanti Cardiologi Ospedalieri. Crediamo anche che l'Area Prevenzione Cardiovascolare saprà fare ancora una volta la sua parte.

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, antomatrici@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: cardiologiab@virgilio.it, albertomontano@tiscali.it

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott.ssa RITA TRINCHERO

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

P.A. BOLZANO - Dott. ANDREA ERLICHER

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

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

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

PUGLIA - Dott. PASQUALE CALDAROLA

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

SARDEGNA - Dott.ssa ROSANNA PES

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

SICILIA - Dott. ALBERTO CARRUBBA

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

TOSCANA - Dott. FRANCESCO BOVENZI

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

UMBRIA - Dott. GERARDO RASETTI

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

VENETO - Dott. DOMENICO MARCHESE

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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



Non compilare

Codice Unico [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice ANMCO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA [] [] CAP [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

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

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata

Altro _____

Tipologia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiologia * | <input type="checkbox"/> Divisione di Cardiochirurgia * |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto * |
| <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * | <input type="checkbox"/> Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto * |
| <input type="checkbox"/> Divisione Medicina * | <input type="checkbox"/> CNR |
| <input type="checkbox"/> Altro * _____ | |

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA [] [] CAP [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Qualifica:

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direttore di struttura complessa | <input type="checkbox"/> Responsabile di struttura semplice | <input type="checkbox"/> Dirigente |
| <input type="checkbox"/> Ricercatore - Borsista - Specializzando | <input type="checkbox"/> Ambulatoriale | <input type="checkbox"/> 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 – D.Lgs. n. 196/2003 (Codice 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 al D.Lgs. n. 196/2003.

Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password.

I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo.

Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate tutte le riviste pubblicate dall'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima.

Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36.

Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC – Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina n. 58 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. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, 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.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. 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 al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/571798.

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

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 Scopenso Cardiaco - AS**

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D.Lgs. n. 196/2003 (Codice 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 al D.Lgs. n. 196/2003.

Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password.

I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo.

Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate tutte le riviste pubblicate dall'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima.

Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36.

Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC – Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina n. 58 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. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, 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.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. 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 al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/571798.

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

- DO IL CONSENSO** **NEGO IL CONSENSO**

Data _____

Firma _____

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

e-mail: sitoweb@anmco.it

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

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____

ABITAZIONE: INDIRIZZO _____ FAX. _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ E-MAIL: _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ TEL. _____

FAX _____ PRIMARIO O F.F. _____

Qualifica:

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

A cura dell'ANMCO

Inviatemi il codice di accesso a mezzo

FAX _____

E-mail _____

POSTA _____

Non compilare

Non compilare

Codice ANMCO _____

Non compilare

Codice unico _____

Codice attribuito

USERNAME _____ PASSWORD _____ Firma Segreteria ANMCO _____

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D.Lgs. n. 196/2003 (Codice 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 al D.Lgs. n. 196/2003.

Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password.

I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo.

Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate tutte le riviste pubblicate dall'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima.

Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36.

Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC – Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina n. 58 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. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, 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.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. 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 al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/571798.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

DALLE REGIONI

Consigli Regionali ANMCO 2006-2008

ABRUZZO

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

www.anmcoabruzzo.it

BASILICATA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata

CALABRIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/campania

EMILIA ROMAGNA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/emilia

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

www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia

MARCHE

Presidente: Domenico Gabrielli (Ancona)
Consiglio Regionale: Roberto Accardi (Macerata),
Guglielmo De Curtis (San Benedetto Del Tronto - AP),
Melissa Dottori (Ancona), 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 Spedalieri (Larino - CB),
Dante Staniscia (Termoli - CB)

www.anmco.it/regioni/elenco/molise

P.A. BOLZANO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

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

www.anmco-piemonte.com

PUGLIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

SARDEGNA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

SICILIA

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

www.anmcosicilia.it

TOSCANA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

UMBRIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

VENETO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

ABRUZZO

DI LAURA L. PICCIONI



News dall'Abruzzo: luci e ombre

I nuovo Direttivo Regionale è al lavoro per raggiungere gli obiettivi prefissati per il biennio 2006-2008, ci sono molte difficoltà da superare ma l'impegno non verrà certo meno.

News dal Consiglio Regionale

Le Riunioni del Consiglio Regionale nel 2006 da giugno a dicembre sono state quattro ed impiegate per poter delineare alcuni progetti prioritari nel biennio 2006-2008.

Innanzitutto la pianificazione del prossimo Convegno Regionale 2007 che si svolgerà a Giulianova, verterà in modo particolare su temi legati alla Prevenzione Cardiovascolare ed all'organizzazione ed emergenza territoriale.

In contemporanea ci sarà la Sessione dedicata ai temi del Nursing. Purtroppo ci sono dei rallentamenti legati ai problemi ormai noti riguardanti la collaborazione delle ditte farmaceutiche all'organizzazione degli eventi scientifici.

Inoltre, è intenzione del Consiglio, pianificare un evento interregionale sempre con l'obiettivo di garantire una maggiore aggregazione e partecipazione sociale.

Un impegno va considerato anche per quanto riguarda i Soci aggregati, finalizzato alla realizzazione di corsi dedicati.

Infatti i Soci aggregati non devono essere considerati un elemento marginale solo perché non partecipano agli eventi elettorali. Il loro contribu-

to alla vita associativa non è certo di secondo piano e quindi via libera ad iniziative che li coinvolgano come ben vengano eventuali loro proposte o suggerimenti.

Importante la programmazione di riunioni di Area con cadenza periodica.

Questo Direttivo Regionale vuole dedicare un'attenzione particolare ai temi della prevenzione primaria e secondaria.

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria si auspica di poter realizzare un progetto regionale in colla-

borazione con i colleghi del GICR.

Il bilancio dell'evento "Cardiologie Aperte" può considerarsi positivo: hanno partecipato 6 strutture cardiologiche e si è registrato un buon afflusso dei cittadini caratterizzato da notevole partecipazione ed entusiasmo.

Per quanto riguarda la situazione dei Soci morosi vi è il dato positivo di un iniziale "recupero" delle adesioni.

Formazione e Ricerca

Per quanto riguarda la Formazione, la nostra Regione contribuisce al Pia-



Michail Larionov, *Raggismo Rosso (particolare)*, 1910



Gran Sasso, Corno Grande

no Annuale Formativo ANMCO 2007 con due eventi:

1. *Attualità in tema di antitrombotici: dall'emodinamica al follow-up clinico post-rivascolarizzazione*, indirizzato a Cardiologi, Medici di Medicina Generale, Infermieri professionali, Tecnici di fisiopatologia circolatoria;

2. *1° corso: gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco*, indirizzato a Infermieri professionali.

Nell'ambito del settore degli Studi ANMCO sono in corso gli Studi Gissi AF e Gissi HF, inoltre diversi centri della nostra Regione aderiranno allo Studio SWEET-ACS, avente ad oggetto diverse strategie assistenziali nei pazienti con iperglicemia in corso di sindrome coronarica acuta.

Sito web regionale

Finalmente il Sito Web ANMCO Abruzzo è nuovamente attivo e si rinnova pertanto l'invito ai Soci non solo a visitarlo ma di fornire il loro contributo preziosissimo per mantenerlo vitale ed aggiornato.

È comprensibile che per alcuni il rapporto con il Web risulti ancora un po'

ostico ma ormai è la via più immediata e più fattiva per la comunicazione e la programmazione.

Nell'ambito del sito i Soci potranno trovare informazioni relative alla vita associativa regionale ed interregionale, all'attività del Consiglio della sezione regionale ANMCO Abruzzo, comunicazioni su iniziative, corsi e congressi.

Il sito viene curato dal referente regionale per l'Area Informatica il Dott. Francesco Romanazzi, a disposizione di tutti i Soci per suggerimenti e proposte.

Un ulteriore invito inoltre a visitare più assiduamente il sito ANMCO Nazionale dove, oltre ad informazioni aggiornate sul Piano Annuale Formativo 2007, vi è l'opportunità di informativa e materiale scientifico relativo all'attività delle varie Aree e naturalmente la possibilità di aderire alle molteplici iniziative della nostra Associazione.

Rapporti con le istituzioni

Questo piccolo angolo di comunicazione si è aperto con alcune luci: quelle dell'impegno, dell'iniziativa

costante e dell'entusiasmo.

Purtroppo adesso dovremmo accennare anche alle ombre: nella nostra Regione è in atto ad opera delle Istituzioni la progettazione del Piano Sanitario che prevede un riordino dei posti letto negli ospedali.

Il Piano comporta una riduzione importante del numero dei posti letto delle Cardiologie e la chiusura di ben 5 Unità di Terapia Intensiva Cardiologica!

Inutile dire che tale progetto ha destato e desta preoccupazione e sgo-mento tra gli operatori sanitari, i sindaci delle comunità locali e nella popolazione.

Il Direttivo Regionale sta interagendo con i dirigenti istituzionali coadiuvato in questo momento critico da ANMCO Nazionale.

Si ritiene indispensabile in questo momento il raggiungimento di un accordo per poter stilare un Piano Sanitario condiviso dalle parti e tale da ottimizzare l'impiego delle risorse e consentire un adeguato livello di assistenza.

Nell'ambito infatti della prevenzione e del trattamento delle malattie cardiovascolari il progetto della Rete Interospedaliera per le emergenze cardiologiche (SCA), non può essere realizzato senza considerare la realtà territoriale della nostra Regione e l'importanza che pertanto rivestono tutti i Centri cardiologici sia Hub che Spoke.

Mentre si sta scrivendo sono in corso trattative, colloqui e modifiche che speriamo si concludano in modo positivo per la nostra organizzazione lavorativa.

Un augurio sincero a tutti i Soci di Buon Anno 2007!

Che sia positivo e felice per la vita individuale e professionale.

CALABRIA

DI MARILENA MATTA



News dalla Calabria

Intervista al Dott. Gianfranco Misuraca, Cardiologo dell'Ospedale di Cosenza, referente regionale ANMCO per lo Scopenso in Calabria

I Dott. Gianfranco Misuraca referente Regionale ANMCO dello Scopenso in Calabria ci illustra come viene affrontato il problema scopenso cardiaco nella nostra regione. Sono indicati i dati del Ministero della salute con le differenze tra il Nord e il Sud d'Italia riguardo il maggior numero di ricoveri per scopenso cardiaco nel Sud ed è stato tracciato un percorso operativo per organizzare meglio l'attività a favore dei pazienti scompensati.

È difficile dire come vanno le cose perché non abbiamo dati strutturati a disposizione, a cominciare dai dati epidemiologici. E approfitto subito della tua domanda per lanciare un messaggio in questo senso alle nostre istituzioni.

È noto comunque come l'approccio allo scopenso cardiaco sia molto diversificato nelle varie aree del paese. Se infatti in alcune Regioni molto è stato fatto per assicurare quella continuità assistenziale, che è il fondamento della corretta gestione di malattie croniche, soprattutto per evitare che queste diventino "cronicamente acute" a causa di continue instabilizzazioni, in altre i risultati raggiunti sono largamente insoddisfacenti. La nostra Regione appartiene purtroppo a quest'ultima categoria. Dati del Ministero della Salute, di alcuni anni fa, evidenziano come rispetto ad altre aree, in particolare del Nord, **è maggiore il numero dei ricoveri** in relazione alla popolazione

residente e soprattutto per questo **è maggiore il costo procapite** per la gestione dei nostri pazienti.

Quali sono le possibili soluzioni?

Non credo che ci siano soluzioni "da protocollo". Bisogna che tutti crediamo alla possibilità di organizzare meglio l'attività a favore dei pazienti scompensati. E l'opportunità offerta dall'ANMCO con l'individuazione di **referenti regionali** non può essere perduta. Per questo in collaborazione con il Direttivo Regionale abbiamo invitato tutti i centri calabresi a collaborare ad un progetto di riorganizzazione dell'assistenza rivolta ai pazienti con insufficienza cardiaca.

In quasi tutti gli ospedali sono stati individuati dei referenti per lo scopenso, alcuni ospedali hanno attivato **ambulatori dedicati** che hanno accettato di lavorare nell'ambito della rete IN-CHF. Sono contento del fatto che molti dei partecipanti a questo gruppo sono giovani, è un investimento per il futuro del gruppo. Ma bisogna stimolare il loro entusiasmo per esempio invitandoli come relatori nei nostri congressi, coinvolgendoli nella conduzione degli studi clinici.

Qual è la tipologia degli ospedali che hanno accettato di collaborare al progetto?

Sono strutture con livelli operativi diversi, come è naturale e utile che

sia. Nelle prossime settimane avremo un quadro preciso attraverso la elaborazione di un questionario al quale hanno risposto 14 centri. I risultati potrebbero comparire su Cardiologia negli Ospedali, se vorrà ospitarci.

Come si inserisce la Consensus nella vostra attività?

Il lavoro svolto nell'ambito della Consensus è stato importante, anche per l'opportunità di confronto che ognuno di noi ha avuto, tra le diverse subspecialità della Cardiologia e con altre branche specialistiche. Penso però che si stia perdendo un po' di tempo. Faccio il nostro caso: abbiamo in cantiere una serie di iniziative quali riunioni di aggiornamento, attività di formazione per i medici di famiglia, per gli infermieri; sono ferme per il timore che possano sovrapporsi al progetto generale. Ed è un problema che riguarda anche l'avvio dei rapporti con le istituzioni.

Quali sono i prossimi impegni?

Entro i primi di marzo terremo una Riunione per valutare lo stato di attivazione dei centri, gli eventuali problemi nella gestione dell'IN-CHF. In quella occasione stabiliremo il programma per i mesi successivi, tenendo conto del possibile avvio delle attività legate alla Consensus.

Grazie Gianfranco e buon lavoro.

LAZIO

DI PAOLO AZZOLINI



Corsi formativi di BLSA nella Regione Lazio per parenti di pazienti a rischio di morte cardiaca improvvisa

345 persone, parenti di pazienti ricoverati ed a rischio di morte cardiaca improvvisa, sono stati addestrati al BLSA in 18 corsi effettuati in ospedali della Regione Lazio. Si riporta la relazione finale del progetto educativo.

Nell'ambito della iniziativa "Città del Cuore", la Heart Care Foundation Onlus-Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari, in collaborazione con l'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) e la sua sezione Laziale, con il contributo della Regione Lazio ha promosso un progetto pilota educativo per addestrare alle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base e all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico un gruppo di parenti di pazienti cardiopatici a rischio di morte cardiaca improvvisa.

Come è noto tale addestramento è di estrema importanza nel campo della prevenzione, come sottolineato anche nelle recenti Linee Guida AHA sul trattamento dei pazienti con infarto del miocardio.

I corsi BLSA, della durata di 5 ore, sono stati effettuati da istruttori ANMCO operanti nella Regione Lazio, seguendo le Linee Guida ILCOR e con metodologia didattica ANMCO. Al progetto hanno aderito 18 ospedali del Lazio. Sono stati effettuati 18 corsi (uno per ogni ospedale e due al Santo Spirito).

In ogni ospedale è stato identificato

un responsabile interno per l'organizzazione. I corsi sono stati pubblicati anche con l'ausilio di appositi manifesti redatti dall'HCF. Ad ogni corso hanno partecipato, in qualità di "docenti", un direttore e quattro istruttori e, in qualità di "discenti", i parenti di alcuni pazienti a rischio di morte cardiaca improvvisa (nella maggior parte infartuati) ancora ricoverati o dimessi dai singoli ospedali partecipanti all'iniziativa. In altissima percentuale i discenti erano rappresentati dal coniuge e/o dai figli dei pazienti. Ad ogni discente è stato consegnato un manuale di BLSA appositamente redatto (Manuale BLSA per Laici Coinvolti) ed è sta-

to rilasciato un attestato.

Nei 18 corsi effettuati sono state addestrate 345 persone, 43% maschi e 57% femmine, di età compresa tra i 13 e 42 anni, il 50% con scolarità media superiore e il 20% laureati, l'89% rappresentati dal coniuge o dai figli. Tutti i partecipanti hanno superato i test di valutazione finale. Il questionario loro somministrato ha evidenziato come il sintomo principale di allerta per la richiesta di aiuto è rappresentato dal dolore ed inoltre in più del 50% dei casi veniva chiamato direttamente il 118 per il trasporto in ospedale.

I corsi hanno avuto un grande successo, sia a parere dei docenti che si



Vincent van Gogh, Veduta di Arles con iris in primo piano, 1888



Vincent van Gogh, *Il ponte di Langlois*, 1888

sono trovati di fronte a persone estremamente motivate e interessate al corso stesso, sia da parte dei discenti che hanno apprezzato una iniziativa pratica rivolta ad insegnare la possibilità di salvare una vita ed il clima professionale, ma al tempo stesso sereno, informale, volto anche a superare le difficoltà di carattere emotivo e psicologico, dato l'argomento trattato e il coinvolgimen-

to diretto dei discenti. La criticità principale incontrata è stata l'organizzazione e la pubblicizzazione del corso all'interno della singola struttura ospedaliera. Essenziale si è rivelato il ruolo del responsabile interno e la collaborazione con il direttore del corso: si è verificata una variabilità di partecipazione effettiva al corso da 9 a 32 iscritti.

Nel solo ospedale in cui non si è svolto il corso nonostante l'iniziale adesione al progetto, c'è stata una evidente carenza organizzativa in fase di programmazione e di disponibilità di spazi.

Il progetto ha avuto il merito di essere innovativo nella selezione del gruppo dei discenti scelti tra coloro che trascorrono diverse ore della giornata tra le mura domestiche di

malati cardiopatici ad elevato rischio di morte improvvisa. Le poche criticità che imporranno successive riflessioni sono per noi al momento attribuibili al mancato coinvolgimento delle persone auspicato in fase di programmazione (350/500). Si è creato un clima costruttivo di collaborazione tra il personale sanitario e i parenti come testimoniato dall'elevato numero di richieste pervenute che incoraggiano l'organizzazione di nuovi eventi.

Hanno partecipato ai corsi le Cardiologie dei seguenti ospedali: CTO - Roma; S. Spirito - Roma; Parodi Delfino - Colleferro; Ospedali Riuniti - Anzio/Nettuno; Fatebenefratelli - Isola Tiberina, Roma; S. Giuseppe - Albano; S. Sebastiano Martire - Frascati; Vannini - Roma; S. Pertini - Roma; Colombo - Velletri; S. Camillo - Rieti; S. Filippo Neri - Roma; Umberto I - Frosinone; S. Giovanni - Roma; S. Maria Goretti - Latina; S. Camillo - Roma; Grassi - Ostia.

Corsi BLSD nelle carceri: collaborazione tra ANMCO Lazio ed Emergency

DI PAOLO AZZOLINI

Emergency ha promosso un progetto denominato "Salute Carcere" con lo scopo di portare all'interno delle carceri romane medici volontari con competenze diverse. Nell'ambito di tale progetto è stata richiesta la collaborazione volontaria dell'ANMCO Lazio per organizzare dei corsi di BLSD.

Sono stati così effettuati 7 corsi consecutivi presso il carcere di Rebibbia. A tali corsi hanno partecipato in

qualità di docenti istruttori BLSD ANMCO della Regione Lazio.

Sono state istruite 80 persone, 48 appartenenti alla polizia penitenziaria, 26 infermieri, 6 medici.

Tutti i partecipanti hanno brillantemente superato il corso distinguendosi per la grande serietà, disciplina ed impegno con cui hanno seguito il corso stesso. Per i docenti è stata una esperienza positiva di volontariato in un ambito lavorativo con cui

non ci si confronta frequentemente. Riporto di seguito gli istruttori BLSD che si sono resi disponibili per la collaborazione con Emergency, a cui va un sentito ringraziamento:

Roberto Abolesci, Paolo Azzolini, Carmela Bisconti, Luca Cacciotti, Valter Carpentieri, Daniela Ceccaroni, Massimo Ciavolella, Tiziana Di Giacomo, Enrico Leo, Clorinda Luciani, Stefano Petronzelli, Giovanni Pisu, Maria Paola Risa.

MARCHE

DI MAURO PERSICO



I corsi di Rianimazione Cardiopolmonare dell'ANMCO nella Regione Marche: una realtà consolidata

Riflessioni su tre anni di attività del gruppo istruttori ANMCO Marche. Il passato, il presente, il futuro

Il passato

La Cascata Formativa ANMCO, che si propone di diffondere in Italia la cultura e l'addestramento alla Rianimazione Cardiopolmonare, inizia ufficialmente nelle Marche alla fine del 2002 (Figg. 1-2). Grazie all'interessamento dell'allora Chairman dell'Area Emergenza-Urgenza Dott. Francesco Chiarella, le Marche vengono scelte tra le 5 regioni italiane che ospiteranno un corso ACLS nell'ambito del progetto "Un corso ACLS per regione" sponsorizzato dalla Boehringer Ingelheim. A dicembre, a San Benedetto del Tronto, si svolge il 1° corso ACLS ANMCO, che vede la partecipazione di circa 20 medici, prevalentemente Cardiologi Ospedalieri. Gli Istruttori, tra cui il coordinatore nazionale dei corsi di RCP (Dott. Giuseppe Fradella) ed il responsabile dei corsi ACLS (Dott. Fabrizio Bandini), individuano 5 colleghi meritevoli di partecipare ad un corso istruttori. All'epoca il team istruttori ANMCO era costituito soltanto da un istruttore ACLS ed un istruttore BLS.

Da allora molte cose sono cambiate; promuovere corsi di RCP ANMCO nelle Marche rimane un compito sempre arduo: nella nostra Regione, da sempre, i corsi (quasi esclusivamente BLS) sono organizzati dall'IRC (Italian Resuscitation Council), storica organizzazione che ha introdotto per prima tali corsi in Italia e che ha, proprio nelle Marche, uno dei fondatori (la Dott.ssa Sofia Di Tizio).

Nonostante questo però, già nel corso del 2003, si riuscivano ad organizzare due corsi BLS ed un corso ACLS: per la prima volta, metà del team degli istruttori era costituito da marchigiani.

Anche nel 2004, sempre grazie alla sensibilità di alcuni Primari Cardiologi, venivano svolti altri due corsi BLS ed uno ACLS. Anche in questi tre corsi venivano individuati dei colleghi idonei a partecipare ad un corso Istruttori. Particolare attenzione veniva posta ai giovani specializzandi in Cardiologia dell'Università di Ancona, ai quali venivano sempre riservati almeno quattro posti.

Nel 2005 il ritmo dei corsi rimaneva sostanzialmente stabile, ma per la prima volta nel tradizionale corso ACLS di Ascoli Piceno, il direttore del corso e metà degli istruttori erano marchigiani.

Il presente

Il 2006 può essere considerato l'anno della svolta per i corsi RCP nelle Marche ed anche quello di maggiore impegno (Figg. 3-4).

Nei primi cinque mesi dell'anno si sono svolti 4 corsi BLS per Medici di Medici-

na Generale ed un corso BLS per laici coinvolti (carabinieri).

Al Congresso Nazionale ANMCO, il responsabile dei corsi RCP delle Mar-



Fig. 1



Fig. 2

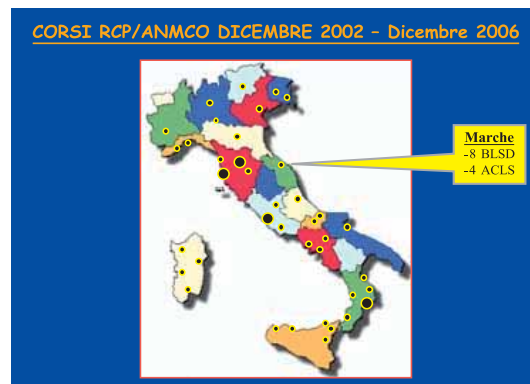


Fig. 3

che è stato incaricato di dirigere anche i corsi dell'Emilia Romagna.

A dicembre, al corso ACLS di Ascoli Piceno, oltre la metà della faculty era costituita da istruttori ANMCO-AHA marchigiani e ben quattro erano gli istruttori in affiancamento che dovevano completare il loro iter formativo.

Il Presidente Regionale Dott. Domenico Gabrielli, presente ad Ascoli per tutta la prima giornata del corso, oltre ad incoraggiarci ad andare avanti e ad assicurarci l'apprezzamento del Direttivo Regionale per il lavoro svolto, ha potuto toccare con mano la

complessità dell'organizzazione e dello svolgimento di un corso ACLS ANMCO-AHA. Tale complessità è stata quest'anno accentuata dal fatto che, a partire dall'autunno, tutti i corsi effettuati hanno seguito le nuove linee guida ILCOR 2005.

Se da un lato esse hanno rappresentato un enorme passo avanti nella migliore gestione dell'arresto cardiocircolatorio, semplificando le procedure e soprattutto basandosi su solide basi fisiopatologiche, dall'altro hanno complicato, e non poco, la vita agli istruttori, costretti a rimodellare i corsi sulle nuove evi-

dienze e con materiali didattici diversi. Alla fine del 2006 il gruppo istruttori ANMCO-AHA delle Marche è notevolmente cresciuto, può infatti contare su 2 direttori di corso, 3 istruttori ACLS - BLS-D, 2 istruttori ACLS, 1 istruttore BLS-D, 4 istruttori in formazione (2 ACLS e 2 BLS-D) (Fig. 5).

Il futuro

L'impegno prioritario per il prossimo anno sarà quello di promuovere corsi di RCP per il personale sanitario operante presso le Aziende Ospedaliere e per gli specializzandi della facoltà di Medicina di Ancona. Riteniamo infatti che, stante la sempre maggiore difficoltà delle Aziende Farmaceutiche a sponsorizzare tali eventi, debbano essere le Aziende Sanitarie e l'Università, a farsi promotrici della formazione nell'emergenza del pro-

prio personale e degli studenti.

Per quanto riguarda in particolare la formazione del personale infermieristico impegnato nei dipartimenti di Emergenza, è in avanzato stato di completamento l'ILS, corso intermedio "ritagliato" proprio per tali figure professionali. Tale corso, che non richiede il tempo e l'impegno di un corso ACLS tradizionale, presenta però delle prerogative che vanno oltre il semplice BLS-D (vengono trattati ad esempio tutti gli algoritmi dell'arresto, viene trattata la terapia elettrica, l'interpretazione degli ECG dell'emergenza, i farmaci, ecc.). Vorremmo inoltre iniziare a promuovere corsi BLS per parenti di cardiopatici e per laici coinvolti, cercando la collaborazione dell'Heart Care Foundation che tanto bene ha operato in altre regioni italiane.

Conclusioni

Sicuramente la formazione nell'emergenza attraverso i corsi RCP richiede tempo, passione e sacrificio, oltre a doti professionali ed umane che gli istruttori ANMCO debbono possedere per poter condurre corsi molto impegnativi (Fig. 6).

Anche il gruppo istruttori delle Marche, seppur con molta fatica, sta dando il suo contributo allo sviluppo del grande progetto ANMCO chiamato "cascata formativa".

Molto è stato fatto, tantissimo resta da fare, ma l'elevato livello di gradimento dei discenti, come testimoniato dai periodici report inviati dalla Segreteria Nazionale, rappresenta lo stimolo più forte a continuare sulla strada intrapresa ed a migliorare l'offerta formativa, per offrire corsi sempre più validi ed all'altezza delle aspettative di una grande società scientifica qual è l'ANMCO.

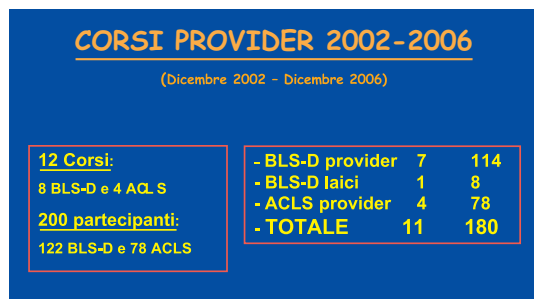


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

PUGLIA

DI PASQUALE CALDAROLA E ANTONIO MATERA

**Delineato il programma di attività 2007
nel Consiglio Regionale dell'ANMCO Puglia**

Prima seduta nel 2007 del Consiglio Direttivo ANMCO Puglia il 10 gennaio u.s. con i seguenti punti all'ordine del giorno: aggiornamenti dal Consiglio Nazionale, Piano Formativo 2007-2008, rapporti con l'Ente Regionale, attività scientifica. Il Presidente Regionale ha riportato la sintesi degli argomenti trattati nell'ultimo Consiglio Nazionale.

ANMCO e Regioni

I rapporti delle sezioni periferiche dell'ANMCO con le rispettive istituzioni regionali sono variegati, talora improntati alla collaborazione più stretta talaltra più tiepidi. In particolare, nella nostra Regione l'ANMCO, attraverso il suo Presidente, ha partecipato ai lavori della Commissione per l'appropriatezza prescrittiva, contribuendo alla giusta collocazione dei farmaci cardiovascolari ed evitando inopportune limitazioni su farmaci con documentata efficacia; l'ANMCO è stata attivamente coinvolta nei programmi di prevenzione primaria e secondaria.

Comitati di Coordinamento Aree ANMCO

Sono stati designati Chairman e Co-Chairman per il prossimo biennio. Carlo D'Agostino (Ospedale di Venere - Bari) è il nuovo Chairman dell'Area Malattie del Circolo Polmonare. Speriamo di avere qualche altro Cardiologo pugliese in un Comitato di coordinamento!

Nomina del Presidente designato

Sono allo studio proposte per la scelta del Presidente designato che, attualmente viene proposto come candidato unico al vaglio elettorale degli Associati. Si intende raggiungere una soluzione più democratica coinvolgendo il Consiglio Nazionale e con esso le sezioni regionali, nella scelta dei candidati.

Cardiologia negli Ospedali

La Rivista, ormai storica, è stata sottoposta a restyling per adeguarla ai tempi nell'immagine, lasciandola immutata come strumento di collegamento interno fra i Soci ANMCO. Sono sempre graditi contributi provenienti dagli Associati, che possano essere utili alla comunità cardiologica nazionale.

Piano Annuale Formativo 2007

La Cardiologia pugliese ha presentato 4 eventi che verranno inclusi nel PAF nazionale di questo anno. È opportuno pensare fin da ora alle proposte da presentare per il prossimo settembre.

Sono previste anche 2 campagne nazionali su "Rischio clinico" e "Ritardo decisionale" mentre le campagne su "Morte improvvisa" e "Diabete Mellito e SCA" sono state rinviata per le note vicende di Farmindustria ed AssoBiomedica.

In cantiere anche corsi su "Clinical competence" su scompenso cardiaco, UTIC e aritmie. Si spera nell'uso

della tecnologia idonea per la Formazione a distanza.

Eventi formativi regionali

Sono maturi i tempi per una nuova edizione del "Congresso di Cardiologia", che veda impegnati insieme gli Associati ANMCO di Puglia e Basilicata. Come novità si punta ad una storica evoluzione, per svolgerlo insieme ai Cardiologi della SIC. Questo per rendere quanto più operativa l'attività cardiologica sotto l'egida della FIC.

Periodo probabile l'autunno 2007 in sede da definire.

Il Consiglio Direttivo ha elaborato proposte formative sui seguenti temi:

- Utilizzo di CPAC, ultrafiltrazione, Levosimendan, contropulsatore aortico nello Scompenso Cardiaco Acuto. Periodo ipotizzato autunno 2007;
- ECO 3D. Periodo primavera 2008, Salento;
- Pervietà del Forame Ovale in collaborazione con i neurologi, S. Giovanni Rotondo.

Rapporti con la Regione Puglia

L'Assessore alle politiche per la salute intende procedere alla ridefinizione della codifica delle prestazioni cardiologiche. L'incontro preparatorio tra direttori di strutture cardiologiche in febbraio è stato pianificato proprio per elaborare un do-

cumento unitario da presentare all'assessore. Dal nostro CD si propone di avvalersi di colleghi con esperienza di "Day Hospital e Day Surgery", anche di altre Regioni.

La fase di transizione organizzativa delle AUSL pugliesi ha rallentato le tappe di attuazione dei Progetti di Prevenzione Primaria e Secondaria Cardiovascolare. Si è in attesa di definire il piano formativo.

Informazione sanitaria divulgativa

Ermanno Angelini (Ospedale Perrino - Brindisi), delegato dell'ANMCO Puglia per l'HCF, mette a disposizione dei Soci il progetto di educazio-

ne sanitaria realizzato presso le scuole della città di Brindisi in tema di "Fattori di rischio cardiovascolare" e "Rianimazione cardiopolmonare" con la collaborazione dell'Associazione di volontariato "Brindisi Cuore".

Registro sull'ipertensione polmonare cronica

È stata accolta con grande interesse la proposta di E. Angelini di avviare, sotto l'egida dell'Area Malattie Circolo Polmonare un registro regionale per lo studio di incidenza e prevalenza della Ipertensione Polmonare tromboembolica; una bozza di protocollo sarà comunicata al Dott. Car-

lo D'Agostino, Chairman dell'Area e verrà vagliata da alcuni esperti. Informeremo i Soci degli sviluppi futuri.

Informazioni ai Soci:

- Congresso Nazionale dell'AIAC: la prossima edizione si svolgerà a Bari presso la "Fiera del Levante" nella prossima primavera.
- SHAPE: è in corso una campagna di sensibilizzazione sullo Scompenso Cardiaco secondo quanto emerso dallo Studio internazionale omonimo; il 26 gennaio ore 11,00 - 13,00, a Bari presso l'H. Sheraton, si è svolto l'incontro per i Cardiologi della nostra Regione.

RICORDO DEL DOTT. GIOVANNI PRIMIANO CAPUTO



Poche parole per ricordare un Collega, un giovane collega che un tragico incidente stradale ha sottratto all'affetto dei suoi cari e di tutti quelli che gli hanno voluto bene. Un bene che emerge prepotente ora che Gian Piero non c'è più ma che evidentemente era nei nostri cuori.

Gian Piero aveva solo 33 anni, si era specializzato in Cardiologia a Bari e poi aveva iniziato il suo percorso ospedaliero prima a Venosa, quindi nel nostro Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", a San Giovanni Rotondo, distinguendosi per la preparazione, la serietà, la facilità comunicativa con cui si rapportava ai

Collegi e a tutto il personale.

Gian Piero era un giovane innamorato della vita, ma soprattutto era il figlio che ogni genitore vorrebbe avere, l'uomo che ogni donna amerebbe, l'amico con cui condividere esperienze, gioie semplici, dispiaceri, dolori piccoli e grandi, il medico preparato e tranquillo cui rivolgersi; insomma uno bravo, bravo e gradevole, amato da tutti, troppo presto, purtroppo, strappato alla vita.

Carlo Vigna

SARDEGNA

DI ROSANNA PES



Il positivo bilancio dei primi sei mesi del Direttivo Regionale ANMCO Sardegna

Congresso regionale Cardionursing e Corso di aggiornamento in Ecocardiografia: occasioni di crescita culturale e sociale fra differenti protagonisti del sistema sanitario

E possibile tracciare un primo bilancio dell'attività del nuovo Consiglio Regionale a sei mesi dall'elezione di giugno 2006. Tenuto conto della realtà sarda gli indirizzi prioritari erano stati essenzialmente due: da un lato, lo stimolo del **Cardionursing**, tradizionalmente vivace e motivato (grazie all'opera instancabile del Dott. Paolo Bonomo, Co-Chairman nazionale dell'Area Nursing); dall'altra, l'individuazione di **forme alternative di aggiornamento locale**, che privilegiassero la interattività pur nell'ambito di una informazione scientifica di elevato livello. Sull'onda di queste riflessioni sono stati promossi due convegni che hanno coinvolto efficacemente Cardiologi e Infermieri di tutti i più importanti centri ospedalieri dell'isola.

Congresso regionale degli infermieri professionali: "Le criticità del Nursing nella gestione delle Sindromi Coronariche Acute e dello Scompenso Cardiaco"

L'incontro, tenutosi a Sassari il 9 dicembre, è stato caratterizzato da una partecipazione entusiasta, necessariamente limitata a 160 iscritti per ragioni organizzative. Il principio ispiratore era essenzialmente rappresentato dal serrato confronto fra medico e infermiere nella gestione di due grossi capitoli della cardiologia. Su queste basi sono state individuate quattro sessioni, relative ad altrettante problematiche clinico-patologiche, ciascuna delle quali prevedeva

un inquadramento generale presentato da un medico cardiologo e diverse relazioni specifiche affidate ad infermieri con comprovata esperienza nell'ambito delle Unità di Terapia Intensiva Coronarica e/o della Cardiologia Invasiva. La discussione, basata su una discreta interattività fra pubblico e relatori, ha messo a nudo i problemi pratici della categoria del Nursing cardiologico in Sardegna. La riunione è stata nobilitata dalla presenza di Giampaolo Scorcu consigliere nazionale ANMCO, di Quinto Tozzi, Chairman dell'Area Nursing e di Paolo Bonomo, ex Co-Chairman.

Corso di Aggiornamento in Ecocardiografia

Ad Alghero si è inaugurata una nuova politica di Aggiornamento Cardiologico dell'ANMCO Sardegna. Annualmente verranno organizzati "seminari" con temi specifici, tra cui un "up-to-date" in Ecocardiografia. Il corso, indirizzato a 70 partecipanti, ha coinvolto alcune professionalità di spicco della ecocardiografia italiana, in modo da garantire una informazione di alto livello e al passo coi tempi. Il particolare taglio organizzativo della riunione garantiva un ambiente informale e una totale interattività tra l'audience e i docenti. Ha contribuito al successo della iniziativa la suggestione del periodo (21-22 dicembre) e della sede, il chio-

stro di San Francesco, antico monastero algherese di rara bellezza.

A commento finale possiamo dire che il primo bilancio dell'ANMCO Sardegna è, non soltanto positivo, ma lascia intravedere alcune nuove linee di condotta.

Appare essenziale la razionalizzazione delle risorse in un momento in cui esiste una crisi profonda di Farmindustria e dei finanziamenti per l'aggiornamento medico. La capacità di fornire localmente una informazione scientifica su temi specifici, in modo da assicurare un livello elevato di conoscenze per tutti i Colleghi dell'ANMCO a costi contenuti ed evitando i viaggi e i disagi dei lunghi spostamenti, sarà fra le priorità delle linee programmatiche future.

Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco
 CONGRESSO REGIONALE DEL NURSING CARDIOLOGICO

sassari sala conferenze camera di commercio via corso, 74

sabato 9 dicembre 2006

11:00 Registrazione e accoglienza
 11:30 Incontro di benvenuto e presentazione del programma
 12:00 Pranzo
 13:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 14:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 15:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 16:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 17:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 18:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 19:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 20:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 21:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"
 22:00 Conferenza plenaria: "Le criticità del nursing nella gestione della sindrome coronarica acuta e dello scompenso cardiaco"

SICILIA

DI ALBERTO CARRUBBA

ANMCO Sicilia: Il programma del biennio**In una cardiologia che cambia, bisogna governare il cambiamento, non subirlo**

L'obiettivo del Direttivo ANMCO Sicilia è di rendere protagonista la base associativa, attraverso un coinvolgimento capillare in una rete di iniziative di carattere organizzativo-culturale, per cercare di comprendere e pilotare le trasformazioni in atto nella Cardiologia siciliana.

L'ANMCO siciliana è diventata un'Associazione numerosa ed importante. Oltre 500 Soci, un'organizzazione capillare che rappresenta tutte le strutture cardiologiche ospedaliere, una vasta attività culturale e formativa nel territorio, una forte e qualificata rappresentanza negli organismi nazionali, tutto questo è certamente espressione di grande vitalità. Ma, in questo grande sviluppo, si trova oggi ad affrontare una crisi di crescita, i cui determinanti sono sia intrinseci che estrinseci.

Il quadro di riferimento

Da una parte la grande crescita impone nuove forme di rappresentanza e di coinvolgimento, che sono state in parte vicariate da una ipertrofizzazione del Congresso Regionale, ma che devono trovare nuove e diverse estrinsecazioni, più funzionali all'attività complessiva dell'Associazione. D'altro canto gli scenari della cardiopatia sono profondamente mutati negli ultimi anni ed ulteriori cambiamenti sono all'orizzonte.

La sfida del cambiamento richiede adeguamenti strutturali ed organiz-

zativi delle cardiologie ospedaliere, che, inevitabilmente, portano ad un confronto con i centri organizzatori e regolatori della politica sanitaria regionale. Nel recente passato questo confronto è stato decisamente carente, per una ritrosia del potere politico ad intrattenere rapporti con una organizzazione, preferendo privilegiare di volta in volta contatti fiduciari con singoli esponenti del mondo cardiologico. È chiaro che questa scelta politica ha comportato la perdita da parte del "politico" di una visione globale dello scenario della cardiopatia delle complesse articolazioni sul territorio e delle priorità nelle necessità.

I rapporti istituzionali

Su questo argomento la linea dell'ANMCO Sicilia deve essere estremamente rigorosa, nella coscienza che l'ampio lavoro svolto a livello nazionale sui modelli strutturali sia un importante patrimonio, che può e deve essere modulato sulla realtà operativa siciliana. L'ANMCO non può non essere l'interlocutore privilegiato ed istituzionale presente in tutte le sedi dove si discute di Cardiologia e, ove non giungesse una adeguata risposta a questa richiesta, deve dare risposte univoche, corali e fermissime.

Tuttavia, non ci si può limitare ad enunciati di principio. L'ANMCO deve riuscire a supportare le proprie richieste con una adeguata documentazione della realtà siciliana e

delle sue prospettive, di ciò che in atto si fa e di ciò che si dovrebbe fare. Occorre un'analisi capillare del territorio e delle sue esigenze, realizzabili solo con un vasto coinvolgimento della base associativa. Una base che merita di essere coinvolta non solo in questo campo ma più vastamente in tutta l'attività formativa e scientifica. È impensabile che il lavoro associativo, sia per quanto concerne il coinvolgimento regionale nelle attività nazionali, sia per le attività a partenza regionali, venga svolto da un gruppo ristretto ad una così numerosa presenza di Associati.

Il coinvolgimento dei Soci

È quindi opportuno costituire una serie di task force dedicate all'esame dei problemi e delle varie sfere di interesse dell'ANMCO attraverso le quali i Soci possono portare la ricchezza di esperienze e visioni diverse. Con ciò non si vuole riportare a livello regionale la composizione strutturale dell'ANMCO Nazionale, con la suddivisione in aree e gruppi di studio, che potrebbe diventare solo una sovrastruttura burocratica. L'obiettivo è quello di gruppi dedicati, con compiti specifici e limiti temporali ben definiti, che portino all'ANMCO dei risultati definiti.

La prima fra queste task force deve essere dedicata all'esame della ricerca scientifica e dei motivi per cui la presenza siciliana nello sviluppo della produzione scientifica è così carente, malgrado la presenza di una

serie di segnali lusinghieri per la capacità di aggiornamento e di offerta clinica di buona qualità. È noto che la ricerca clinica, oltre ad essere un compito specifico del medico ospedaliero è anche un utile strumento metodologico per il miglioramento della qualità assistenziale.

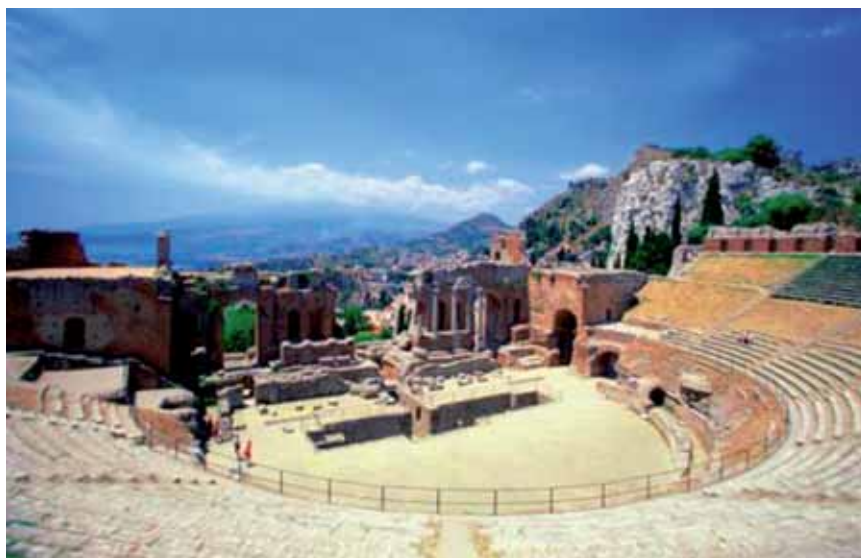
E allora, senza un'apertura verso la ricerca, anche la clinica più accurata non potrà determinare quel salto di qualità complessivo della Cardiologia siciliana. Secondo la tradizione ANMCO, questo significa voler implementare sperimentazioni e studi che siano di ampio respiro ed applicabilità, fornendo risultati che siano condivisibili nella più ampia fascia di paziente. Ma per giungere a questo, occorre prima rieducare all'interesse per l'osservazione ed il confronto.

E, in questo caso, va riaperta ad ampio spettro la politica degli studi osservazionali e dei registri, attraverso la stimolazione di iniziative regionali che vedano la partecipazione globale, non solo in termini di raccolta dei dati, ma anche, e soprattutto, nella progettazione delle osservazioni e nelle analisi dei risultati.

A tal proposito, è utile un confronto con le associazioni subspecialistiche, cercando di affrontare un discorso comune, senza sovrapposizioni inutili e "conflitti di competenze" che, se appaiono speciosi a livello nazionale, diventano ridicoli se riportati alle dimensioni regionali. Deve prevalere il messaggio della unitarietà della Cardiologia, che può efficacemente affrontare i suoi problemi solo se presenta un fronte unico, per quanto articolato possa essere.

La ricerca

La ricerca sul territorio diventa anche lo strumento per rinnovare la formula del Congresso Regionale, da



Teatro greco di Taormina

cui, malgrado la pur sempre ampia partecipazione in termini di iscrizioni, provengono alcuni segnali di stanchezza.

L'obiettivo da proporre è quello di un Congresso in cui i cardiologi siciliani non si limitano a pur accurate revue di letteratura, ma portino e confrontino tra di loro esperienze cliniche e di ricerca proprie. È ovvio che questo raddrizzamento di rotta richiederà tempo e gradualità, ma deve pur essere l'obiettivo da proporci. Nel frattempo è auspicabile che il Congresso si apra al territorio e coinvolga non solo i cardiologi ospedalieri, ma sia punto di riferimento più vasto, a partire dalla medicina generale.

La formazione

Un ruolo formativo dell'ANMCO Regionale, in linea con la politica dell'Associazione Nazionale, rivolto alla vasta area delle professioni sanitarie. Su quest'argomento è tutta da sviluppare la possibilità di collaborazione sia con il CEFPAS, con cui è in attuazione un interessante esperimento di "formazione dei formatori", sia con le aziende ospedaliere, attra-

verso la preparazione di "format" esportabili per l'ECM (un esempio è quello dei corsi BLS e ACLS). Ma l'aspetto formativo deve anche essere rivolto all'interno dell'Associazione, per migliorare e standardizzare le clinical competence. Su questo aspetto i corsi extramurali attivati dall'ANMCO Nazionale sono insufficienti rispetto alle necessità siciliane.

L'opinione pubblica

In ultimo, ma non meno importante, è da potenziare il ruolo di Heart Care Foundation, cerniera indispensabile con gli utenti e strumento di valorizzazione del ruolo della Cardiologia. Sinora HCF non è riuscita a svolgere quel lavoro di immagine e di spinta che altre associazioni (donatori di midollo, Telethon, ecc.) hanno mirabilmente sviluppato. Ma quella cardiovascolare rimane, malgrado tutti gli sforzi, la principale causa di morte in Italia come in Sicilia, e quindi meriterebbe un maggior interesse da parte della pubblica opinione. HCF può essere lo strumento attraverso il quale accendere i riflettori sul nostro lavoro e sui problemi dei nostri pazienti.

VENETO

DI DOMENICO MARCHESE E GIAMPAOLO PASQUETTO

News dal Veneto

Il nuovo Consiglio Regionale ufficialmente insediato il 19 maggio 2006, ha subito un consistente rinnovamento, essendo quattro dei nuovi componenti al loro primo incarico in questo organismo.

Ciò ha comportato una quota di inesperienza, compensata però dall'entusiasmo e dalla voglia di essere fortemente propositivi in seno alla nostra Associazione, testimoniato dal fatto di avere avuto finora riunioni a cadenza quasi mensile.

Nel programma del biennio 2006-2008, tra i punti prioritari è stato posto quello di consolidare e migliorare i rapporti con i Soci e favorire la loro partecipazione alla vita associativa. A tale scopo è stata creata una Newsletter periodica, inviata per e-mail a tutti gli iscritti, tramite la quale informare in tempo reale sulle iniziative congressuali, eventi formativi, campagne educative.

Lo scopo è anche quello di sondare l'umore dei Soci, raccogliere proposte e critiche, valutare la disponibilità ad essere coinvolti in eventi e/o studi multicentrici. La Newsletter, giunta alla terza edizione, è stata molto apprezzata e condivisa dalla maggioranza dei Soci, che possono in ogni momento comunicare con il Consiglio tramite la casella di posta elettronica anmcoveneto@yahoo.it.

Per favorire comunque il rapporto ancor più diretto con i Soci, è stato chiesto ai direttori di ogni struttura di individuare un Referente ANMCO, che faccia da tramite tra Associazio-

ne e Reparto d'appartenenza per diffondere le iniziative in atto, favorire gli scambi di idee, valorizzare le professionalità del proprio reparto, coinvolgere soprattutto i giovani colleghi e mantenere i contatti tra la base ed il Consiglio Regionale.

Con grande soddisfazione è stata accolta l'elezione nello scorso giugno nel Consiglio Direttivo Nazionale del Dott. Zoran Olivari, Direttore della Cardiologia di Treviso, già consigliere regionale uscente, e quindi elemento di continuità per il Veneto.

Tra i punti fondamentali del programma rientra il rapporto con le istituzioni politiche regionali ai fini di un'opportuna programmazione della politica sanitaria per le patologie cardiovascolari, alla luce della loro incidenza nella popolazione generale e del loro progressivo aumento dovuto all'invecchiamento della popolazione.

A tal proposito il 13 ottobre 2006 è stato incontrato l'Assessore alla sanità della Regione, Flavio Tosi, per una presentazione ufficiale della nuova delegazione ANMCO Regionale: l'incontro, molto cordiale, ha evidenziato come l'Assessore fosse a conoscenza delle attività dell'Associazione ed ha confermato la volontà di una collaborazione attiva. In particolare è stata sottolineata l'importanza della salvaguardia dell'unità di tutte le diagnostiche cardiologiche evitando la dispersione o frammentazione delle specificità cardiologiche in dipartimenti differenti da quello cardiovascolare.

Si è inoltre affrontato il tema della Rete Interospedaliera per le Emergenze Coronariche, quanto mai necessaria per garantire ad ogni paziente pari opportunità di trattamento a prescindere dal luogo di residenza. Su tale tema l'Assessore ha promesso l'attivazione di una Commissione tecnica regionale con la partecipazione di un rappresentante ANMCO.

Restando su questo argomento, per il giorno 23 febbraio 2007 a Padova è previsto il Convegno Regionale su "Rete Interospedaliera e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute" che, in accordo con la Campagna Educativa promossa dall'ANMCO, coinvolgerà Cardiologi della FIC, istituzioni regionali (Assessorato alla Sanità e Direzioni Generali delle ULSS), SIMEU, Servizio 118 e GISE.

Tra le altre ricordiamo il tradizionale appuntamento della Riunione sui Casi Clinici, tenuto a Vicenza il 26 gennaio 2007.

Il 16 marzo a San Bonifacio (VR) ci sarà invece un Convegno sulla Sindrome Cardio-Renale, mentre per il 31 marzo si dovrebbe tenere a Padova il Seminario di Aggiornamento Triveneto su "La morte improvvisa nello scompenso cardiaco: il ruolo dei device".

Il programma da attuare è sicuramente ambizioso ed impegnativo, ma siamo sicuri che le qualità culturali, cliniche e l'entusiasmo dei Consiglieri ed il sostegno dei nostri Soci saranno un elemento determinante per il raggiungimento degli obiettivi.



Intervista al Prof. Gian Franco Gensini

di Gennaro Santoro

Il Prof. Gian Franco Gensini è Preside della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Firenze, Direttore del Dipartimento Cardiologico e dei Vasi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi - Firenze e Direttore della Struttura Organizzativa Dipartimentale di Cardiologia Generale I dello stesso Dipartimento.

Si è laureato nell'Università di Firenze nel 1969 con il massimo dei voti e la lode con una tesi dal titolo "Inibitori del sistema coagulativo nella cardiopatia ischemica".

Insegna Medicina Interna e Cardiologia alla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze. Professore Associato di Semeiotica Medica all'Università di Firenze dal 1983 e di Cardiologia dal 1989, dal 1990 è Professore Ordinario di Medicina Interna.

Dal 1993 al 2001 è stato Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia di Firenze. Insegna nelle Scuole di Specializzazione in Cardiologia e in Medicina Interna.

È stato membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina Interna e Presidente della Società Italiana per lo studio dell'Emostasi e della Trombosi.

Ha sempre svolto il suo impegno di ricerca nel campo della trombosi, della cardiopatia ischemica e degli aspetti fisiopatologici, clinici e terapeutici di queste condizioni.

Ha focalizzato i suoi principali interessi sulla fisiopatologia dell'occlusione vascolare ed in particolare sul ruolo dei fattori antitrombotici endoteliali e sui meccanismi di attivazione della coagulazione e delle piastrine.

Ha studiato i meccanismi antitrombotici dell'eparina e delle molecole eparino-simili e la loro interazione con la parete vasale.

È impegnato in studi clinici volti alla prevenzione degli eventi vascolari in pazienti con ischemia miocardica e cerebrale (è Coordinatore del Gruppo di Lavoro che stila le linee guida italiane delle prevenzione e trattamento dell'Ictus - SPREAD). Dal 2006 è Editor-in-Chief della rivista Internal and Emergency Medicine, organo ufficiale della Società Italiana di Medicina Interna.

È membro del Comitato Editoriale del gruppo Cochrane Heart e Presidente della SIMM (Società Italiana dei Medici Manager).



Prof. Gian Franco Gensini

Un tema molto dibattuto fra i cardiologi italiani riguarda le modalità di realizzazione di una collaborazione fra i cardiologi ospedalieri ed universitari in modo da poter svolgere una attività assistenziale, di formazione e di ricerca integrata: quale può essere la strada da seguire?

La strada da seguire credo che possa derivare dalla accentuazione e dalla ulteriore strutturazione di esperienze già in essere in molte sedi tra le quali la nostra, in cui si cerca di ripensare in termini nuovi il percorso formativo che in questo momento prevede una gamma molto ampia di competenze che vanno dalla cardiologia del territorio fino all'altissima specializzazione.

Una formazione quindi che possa essere effettuata con il massimo di ottimizzazione delle risorse di competenze strutturali e tecnologiche che sono a disposizione delle

diverse strutture sia ospedaliere che universitarie. In questo senso credo che i Dipartimenti ad Attività Integrata rappresentino un eccellente modo di andare progressivamente verso una figura di professionista, il Cardiologo per esempio delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, che può fruire al meglio di quanto sia le risorse del Servizio Sanitario sia quelle delle Facoltà di Medicina incardinate nelle Aziende miste possono offrire, e questo credo che già stia mostrando i propri frutti nell'eccellente produzione scientifica di molti, moltissimi, professionisti del Servizio Sanitario Nazionale.

Luigi Nicolosi sul precedente numero di *Cardiologia negli Ospedali* ha pubblicato un articolo “accorato” sulla frammentazione della Cardiologia dovuta alla creazione di Strutture Complesse di Emodinamica e/o di Aritmologia e/o di Terapia intensiva ecc., anche in strutture ospedaliere di piccole dimensioni: come vedi questo nuovo modello organizzativo?

Credo che sia molto giusto avere attenzione alla garanzia che ai cittadini siano offerte le migliori competenze possibili nei vari settori, nello specifico in quello cardiologico, senza che la creazione di Strutture complesse di Emodinamica, Aritmologia o Terapia Intensiva anche in strutture ospedaliere di piccole dimensioni porti ad una frammentazione che disarticoli il percorso del paziente cardiologico all'interno della struttura ospedaliera.

Credo che in questo senso soltanto un coordinamento molto stretto delle diverse attività possa dare garanzia che questa frammentazione non si risolva nella creazione di una serie di “cittadelle” che potrebbero tendere a diventare monadi, senza che sia garantito al cittadino ed al paziente quella articolazione armonica tra competenze e la disponibilità reciproca tra i diversi professionisti, che in realtà rappresenta la migliore garanzia per una piena fruizione delle risorse assistenziali.

Poiché sempre più l'assistenza si sviluppa per percorsi terapeutici extra e intra ospedalieri sia per

pazienti acuti che cronici in cui intervengono attori di diverse specialità, pensi che la formazione dei medici e dei cardiologi in particolare debba cambiare anche in modo radicale?

La formazione dei medici e dei cardiologi deve certamente cambiare in modo radicale perché si rende assolutamente necessaria una revisione della modalità con cui l'insegnamento della Cardiologia viene garantito al momento. La sempre maggiore importanza del processo assistenziale verso il singolo atto assistenziale rappresenta una realtà che non può essere affidata all'apprendimento sul campo successivo. L'Università ha il dovere di studiare questo problema, di “mappare” il “percorso del paziente” con i diversi problemi prevalenti nella patologia e nella epidemiologia attuale, per giungere alla identificazione dei nodi decisionali principali, delle aree a maggiore densità decisionale, e in quelle, spesso coincidenti con le precedenti, più a rischio di errore, dove la gestione del rischio clinico deve avvenire nella maniera più consapevole possibile. Una mappatura di questo tipo potrà consentire di mettere a fuoco le metodologie migliori per trasferire le competenze necessarie per garantire al meglio il percorso del paziente.

Secondo te quale dovrebbe e può essere il ruolo delle società scientifiche nella programmazione sanitaria per realizzare una assistenza appropriata, efficace ed efficiente?

Il ruolo delle società scientifiche nella programmazione sanitaria può essere diverso. Io sono convinto che l'attuale raggiungimento di consenso su una ampia serie di attività cliniche in campo cardiologico grazie all'impegno di grandi società internazionali, renda la funzione delle società scientifiche nazionali e regionali essenzialmente quella di garantire una buona trasmissione fra quanto le evidenze hanno consegnato alla letteratura internazionale secondaria e terziaria, cioè le linee guida, e la pratica clinica sul territorio. In questo senso io ritengo che le società scientifiche possano e debbano oggi,



Diego Rivera, *Nudo con calle*, 1939

con la loro autorevolezza, avere un ruolo di spinta e di indirizzo che può rappresentare la migliore garanzia per il trasferimento di quanto le linee guida delle grandi società internazionali indicano nella realtà della pratica clinica quotidiana.

Il caso Welby ha focalizzato l'attenzione sulle questioni di fine vita. Questa problematica riguarda anche la cardiologia visto che nelle nostre unità di terapia intensiva sempre di più vengono ricoverati pazienti ultra ottantenni con patologia multi organo o pazienti con scompenso cardiaco refrattario che non possono essere sottoposti a trapianto cardiaco. Come è possibile evitare l'accanimento terapeutico quando spesso ci viene chiesto l'impossibile?

Il cardiologo più di altri professionisti ha nella sua mente e nei suoi atti gli strumenti per decidere della vita e della morte delle persone. La tendenza ad adoperarsi il più possibile a lungo anche quando le probabilità di successo sono oggettivamente limitate rappresenta una sfida che forse è fra le più complesse a cui il medico viene chiamato. Credo che la scelta di procedere in atti clinici estremamente complessi nel paziente anziano o nel paziente molto anziano sia quella che richiede il massimo di equilibrio per il cardiologo che di fatto con le sue scelte rappresenta l'elemento di decisione più importante per un futuro che, se non propone ragionevoli possibilità di mantenimento in vita in condizioni di dignità appropriata, può e deve essere non intrapreso. Queste sono parole dure, ma i colleghi sanno che se è vero che ardua è la scelta di "staccare la spina", altrettanto ardua è la scelta, spesso compiuta nel giro di pochi minuti, di attaccare la spina e quindi di introdurre il paziente in un percorso estremamente complesso, estremamente impegnativo per tutti coloro che si adoperano intorno a lui, e che purtroppo potrebbe tradursi nella necessità che qualcuno decida poi di *staccare la spina*.

Oggi i mass media si sono occupati di sanità in modo pressante criticando l'efficacia di alcuni trattamenti terapeutici o esaltandone altri. L'impatto sui pazienti e sui cittadini a volte è "catastrofico". Credo che la pressione indotta dall'industria su una parte della classe medica sia esercitata anche sul mondo mass mediatico. Mi spiego meglio: la campagna contro gli stent "medicati" è stata molto estremizzata così come la pubblicità data alla TAC multi strato per "lo studio del circolo coronario e la prevenzione della cardiopatia ischemia" (come riportato sul TIME di novem-

bre 2005). Quali interventi i medici dovrebbero intraprendere perché ci sia una informazione del cittadino più corretta?

L'informazione corretta al cittadino rappresenta un obiettivo a mio avviso prioritario di tutto il mondo medico, e forse oggi in particolare della Cardiologia, per cui la dimostrazione della capacità di ottenere risultati insperabili ed impensabili soltanto pochi anni fa rende i cittadini estremamente fiduciosi nel potere del cardiologo di modificare per esempio quella che un tempo era una diagnosi che atterrisce, quella di infarto miocardico, in una diagnosi molto più accettabile perché è una diagnosi nell'ambito della quale il cardiologo può fare e fa quotidianamente molto, anzi moltissimo.

I medici anche nella nostra area, nella nostra regione, hanno tentato di dare un contributo alla possibilità che l'informazione sia più corretta con la creazione di una Carta, la Carta Toscana per l'informazione medica, condivisa tra gli Ordini dei Medici e gli Ordini dei Giornalisti della Regione Toscana.

SINTESI DELLA CARTA TOSCANA

Ordine dei Medici e Giornalisti della Toscana si sono impegnati a favorire, attuare e sostenere presso tutte le autorità competenti, in particolare nell'insegnamento universitario, le opportune e adeguate iniziative formative nei confronti dei propri iscritti e affermano, traducendo in regolamenti nei rispettivi codici deontologici, i principi inerenti:

- la comunicazione;
- le responsabilità;
- gli interessi generali;
- i servizi;
- la trasparenza;
- la qualità;
- le precauzioni;
- la completezza;
- la competenza;
- il linguaggio.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze ha una struttura dipartimentale di tipo sperimentale: quale è la sua particolare configurazione e quali i pregi ed i limiti?

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze rappresenta al momento l'unica Azienda Ospedaliero-Universitaria che ha applicato in maniera precisa quanto previsto dalla Legge n. 517. Questa scelta che il Rettore, la Facoltà e tutti gli universitari hanno ritenuto la scelta più appropriata, era necessaria affinché si potesse ottenere il massimo di integrazione fra tutte le competenze disponibili nell'ambito dell'Azienda stessa. Tutti sanno che Careggi è da anni, e lo sarà per molti anni, in ricostruzione, con padiglioni che vengono demoliti e altri che crescono, altri che integrano strutture precedentemente esistenti. La convinzione che la forza di una grande Azienda Ospedaliero-Universitaria non risieda nelle strutture o nelle tecnologie ma che essenzialmente trovi la sua robustezza nelle competenze presenti e nella capacità di ottimizzarle al meglio ha convinto da anni che la strada più appropriata fosse quella di una precisa integrazione funzionale il più possibile ampia tra le diverse competenze. Questo ha generato un numero limitato di Dipartimenti tutti di impronta medico-chirurgica, tutti caratterizzati dalla compresenza di unità a direzione universitaria e a direzione ospedaliera, con la dichiarata funzione di garantire le diverse attività – attività assistenziale, di ricerca e di formazione – tipiche delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Accordi specifici hanno sancito la funzione formativa nell'ambito delle Scuole di Specializzazione di tutto il personale dei diversi Di-

partimenti, con una relazione di massima alla ampiezza della presenza degli specializzandi nei diversi Dipartimenti. I pregi sono quelli appena ricordati. I limiti stanno nella necessità di una fase ampia di messa a punto dei meccanismi che potranno garantire al massimo l'integrazione di cui facevo cenno, anche se in progressione il tangibile contributo della componente del Servizio Sanitario Nazionale alla produzione scientifica complessiva dell'Azienda e alla attività formativa rappresenta una realtà in chiaro incremento quantificabile e misurabile.

Come valuti la nostra cardiologia nel contesto europeo? Credi che il consolidamento e lo sviluppo della Federazione Italiana di Cardiologia vada a vantaggio della formazione, della assistenza e della ricerca cardiologica in Italia? sei favorevole al cammino delineato da Tavazzi e Maseri che spingono con convinzione l'ANMCO e la SIC in una prospettiva sempre più unitaria?

La nostra Cardiologia nel contesto europeo è stata da molti anni in una posizione di grande rilevanza, che si sta accentuando negli anni recenti. La lettura delle grandi riviste internazionali conduce quotidianamente al rilievo dell'ampia capacità sia della componente universitaria che di quella ospedaliera di dare contributi di grande livello. In particolare è giusto ricordare, perché si è trattato di una pietra miliare del nostro sistema, quanto il GISSI I riuscì a produrre negli anni '80, determinando una svolta fondamentale tra la capacità dei singoli gruppi cardiologici di produrre ricerca alla consapevolezza che una grande rete

cardiologica nazionale potesse dare risultati ancora non raggiunti in nessun altro paese del mondo. Credo che da allora ulteriore strada sia stata fatta; la mia tendenza alla cooperazione costante con gli altri gruppi cardiologici del Servizio Sanitario Nazionale non può non vedere nella sempre più stretta e sinergica integrazione fra ANMCO e SIC un importante elemento di progresso nella direzione del raggiungimento di livelli sempre più elevati, in cui le diverse capacità e competenze si integrino in una immagine della Cardiologia italiana sempre più elevata.



Pablo Picasso, Natura morta, 1912

IL VALORE EVOCATIVO DELLE PAROLE: LA “LETTERA U” DI TARCHETTI E LE “VOCALI” DI RIMBAUD

di Alessandro Ferrini

“Ecco.
Io qui vi scrivo tutte le vocali;
a e i o u
Le vedete? Sono queste?
a e i o u
Ebbene?!
Ma non basta vederle.
Sentiamone ora il suono.
A - L'espressione della sincerità, della schiettezza,
d'una sorpresa lieve, ma dolce.
E - La gentilezza, la tenerezza espressa tutta in un
suono.
I - Che gioia! Che gioia viva e profonda!
O - Che sorpresa! Che meraviglia! Ma che sorpresa
grata! Che schiettezza rozza, ma maschia in
quella lettera!
Sentite ora l'U. Pronunciatelo. Traetelo fuori dai pre-
cordi più profondi, ma pronunciatelo bene: U! uh!
uhh!! uhhh!!!
Non rabbrivite? Non tremate a questo suono?
Non vi sentite il ruggito della fiera, il lamento che
emette il dolore, tutte le voci della natura sofferente
e agitata? Non comprendete che vi è qualche cosa
d'infernale, di profondo, di tenebroso in quel suono?
Dio! che lettera terribile! che vocale spaventosa!”

IGINO UGO TARCHETTI DA *RACCONTI FANTASTICI* 1865

Il primo brano citato è la parte finale di uno dei *Racconti fantastici* pubblicati da Igino Tarchetti nel 1865; l'altro è un sonetto composto da Arthur Rimbaud nel 1872.

I due scritti, composti nella seconda metà dell'Ottocento a pochissima distanza l'uno dall'altro, hanno in comune il tentativo dei due poeti di “leggere” le vocali oltre quello che è il loro segno grafico, in una prospettiva soggettiva ed evocativa; entrambi testimoniano la ricerca di un nuovo linguaggio espressivo che inaugura la grande stagione del Decadentismo; nella poesia, come nella musica e nella pittura sarà questo il principio ispiratore della maggior parte della produzione artistica del Novecento.

Il poeta francese Rimbaud, nato a Charleville nel 1854,

“A nera, E bianca, I rossa, U verde, O blu: vocali,
dirò un giorno le vostre nascite latenti:
A, delle mosche neri pelosi corsali
che ronzano sui crudi fetori, splendenti,
golfi d'ombra; E, candori di tende e vapori,
lance di fieri ghiacciai, fremiti di umbelle,
re bianchi; I, porpore, sputo di sangue, belle
labbra ridenti a espiate ebbrezze o a furori;

U, cicli, di mari verdi divine fughe,
pace di animali ai campi, pace di rughe
che l'alchimia imprime all'ampio viso saggio;

O, suprema Tromba piena di stridi fondi,
silenzi solcati dagli Angeli e dai Mondì:
- O, l'Omega, dei Suoi Occhi il violaceo raggio!”

ARTHUR RIMBAUD 1872 (TRAD. DI G.P. BONA)

di tredici anni più vecchio di Tarchetti, esponente di spicco del movimento simbolista, scrive i versi sopra citati un anno prima di rompere la burrascosa e travagliata amicizia con Verlaine (quest'ultimo gli sparò anche un colpo di pistola). Due anni dopo avrebbe abbandonato la poesia per darsi a una vita raminga quanto avventurosa che lo vide prima insegnante a Londra, poi scaricatore nel porto di Marsiglia, mercenario nelle Indie orientali, disertore a Giava nel 1876, al seguito di un circo nel 1877, imprenditore a Cipro nel 1878 e infine commerciante in Abissinia nel 1880.

Tarchetti, la cui opera forse più famosa è il romanzo *Fosca*, fu importante esponente della Scapigliatura, movimento artistico letterario, attivo in Italia per un breve periodo di tempo, immediatamente dopo l'unità fra gli anni '60 e '70 e in un'area geografica limitata quasi esclusivamente a Milano e Torino. Gli intellettuali che ne fecero parte, tutti appartenenti al ceto borghese, furono bohemien dissoluti, spesso dediti all'alcool e alle droghe; per la prima volta si contrapposero alla tradizione aulica e classicheggiante italiana, rivendicando la necessità di nuovi mezzi espressivi che superassero i limiti imposti dalla parola, tanto da precorrere una sensibilità

decadente. Attraverso una condotta di vita sregolata, un atteggiamento dissacratorio, la rivendicazione di un'arte assoluta e non mercificata, si contrapposero alle leggi e alle convenzioni, inaugurando una tradizione di ribellismo giovanile e anarcoide tipico di tante generazioni successive.

Anche le vicende umane di alcuni protagonisti della Scapigliatura furono emblematiche: il poeta Emilio Praga morì alcolizzato in un vicolo di Milano, Giovanni Camerana si uccise con un colpo di pistola, il pittore Tranquillo Cremona morì avvelenato dai colori che si stemperava sul braccio invece che sulla tavolozza, Tarchetti fu ucciso dalla tisi; altri, invece, dopo il periodo scapigliato si inserirono brillantemente nella società: Arrigo Boito divenne senatore del Regno e scrisse, tra l'altro, i libretti per *Otello* e il *Falstaff* di Verdi; il fratello Camillo Boito, autore del romanzo *Senso* (da cui Visconti trasse l'omonimo film nel 1954), fu stimato architetto a Milano; Dossi, inventore della prosa strutturata su vari registri linguistici, che tanto influenzò Gadda, intraprese la carriera diplomatica e divenne segretario di Crispi.

Non è trascurabile inoltre il fatto che molti appartenenti al movimento furono attivi anche in vari campi



Figura 1 - Arthur Rimbaud



Figura 2 - Igino Ugo Tarchetti

artistici: Praga esordì come pittore, Arrigo Boito fu essenzialmente musicista, tentando, tra l'altro, un più felice connubio fra musica e parola attraverso la riforma del melodramma, Camillo Boito prima che scrittore fu architetto, Tarchetti si dichiarò sempre sensibile al linguaggio musicale. Dossi fu ammiratore e mecenate di artisti e pittori, tra i quali Tranquillo Cremona, e convinto assertore della necessità di rompere i limiti espressivi dei linguaggi tradizionali attraverso il superamento del rapporto logico tra la parola e il suo significato.

Per la prima volta in Italia l'intellettuale percepisce l'ineadeguatezza del mezzo linguistico: costretto in un ambiente razionale tra oggetti e la loro definizione verbale, il poeta non può esprimere compiutamente i propri sentimenti se non ricorrendo all'ausilio di altre espressioni artistiche, quali appunto la pittura e la musica, o sfruttando il misterioso potere evocativo-simbolico della parola, al di là del suo valore oggettivo.

«La parola – scrive Tarchetti – questa pittura del pensiero, non sa ritrarre che le passioni comuni e convenzionali: rende i profili, ma non ha né le luci né le ombre, non sa mostrare né le profondità, né le salienze; le grandi gioie, e i grandi dolori non li sa dire». Ed è sempre lo stesso Tarchetti che, scendendo sul piano pratico, ne *La lettera U* analizza le vocali e si sforza di coglierne un significato oltre il loro significante.

Siamo già sulla strada del simbolismo, là dove la parola ha un valore non tanto per definire un oggetto, quanto per evocare una sensazione sepolta nell'inconscio, per suggerire l'esistenza di una dimensione extrasensoriale, per superare il logico legame di causa-effetto, per acquisire una nuova forza uscendo da un linguaggio ormai scontato e con forti limiti espressivi.

Gli scapigliati colgono dunque questa nuova dimensione dell'espressione verbale, inserendosi nel processo di revisione delle tecniche espressive già avviato in quegli anni in Europa dall'opera dai *maudits* francesi. Occorre però notare che nonostante questa ansia di novità gli epigoni italiani del simbolismo francese si mantengono molto più entro i binari tradizionali di quanto non facciano i maestri francesi.

Confrontando i due testi questo appare evidente: l'invenzione dei due poeti è molto simile, ma Tarchetti se ne serve per raccontare in forma ancora tradizionale un bizzarro caso di ossessione, mentre Rimbaud concentra il suo impegno nella percezione onirica e irrazionale di una componente del linguaggio di cui ci serviamo quotidianamente.

Nella composizione del poeta francese vediamo che gli stessi segni alfabetici sono sperimentati come evocatori di visioni misteriose, dimostrando la piena assunzione della teoria baudelairiana secondo cui esiste una profonda analogia fra colori, suoni e profumi, elementi di quell'universo ineffabile di cui il poeta "veggente" riesce a cogliere le segrete "corrispondenze". Le parole che compongono i suoi testi poetici sono utilizzate quindi in base al significante che prevale sul significato; il potere evocativo dei suoni, degli accenti e del ritmo contribuisce infatti, più del valore oggettivo delle parole, alla sostanza poetica.

Di lì a pochi anni i movimenti di avanguardia dei primi del Novecento porteranno avanti, in certi casi fino a limiti estremi, la ricerca e la sperimentazione di nuovi moduli espressivi influenzando profondamente le manifestazioni artistiche successive. In un'epoca che vede la crisi del metodo scientifico, la nascita di un relativismo soggettivo e delle filosofie dell'irrazionale, anche il linguaggio logico descrittivo, utilizzato fino ad allora e finalizzato ad oggettivare la realtà, appariva ormai del tutto inadeguato.

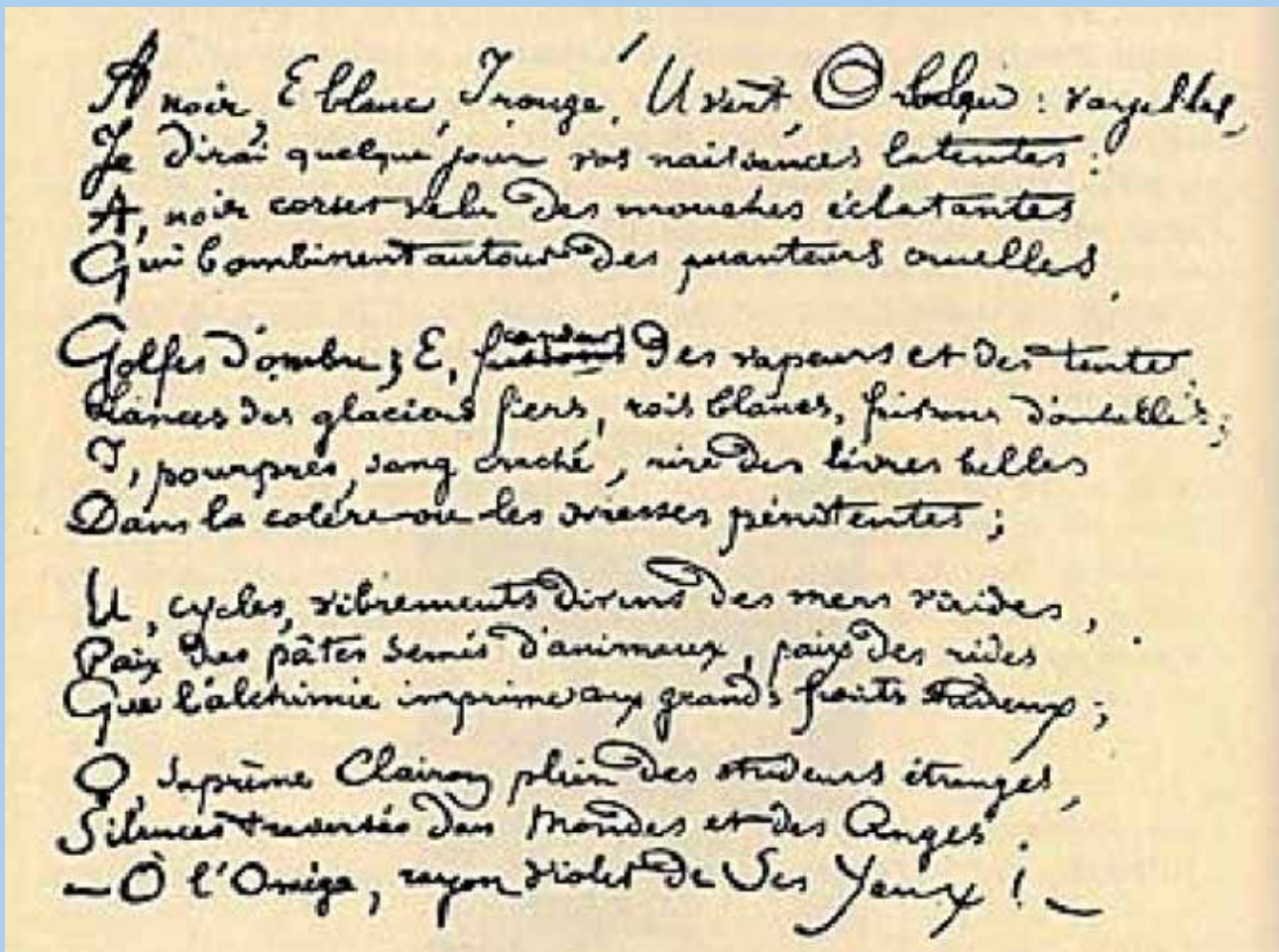


Figura 3 - Pagina autografa di "Vocali" di Rimbaud

EDUCAZIONE SANITARIA IN CARDIOLOGIA... L'ELOGIO DEL PARENTE POVERO

di Alessio Monterecci

L'Educazione Sanitaria in Cardiologia è la base della prevenzione cardiovascolare; spesso però viene dimenticata nella pratica quotidiana dei reparti ospedalieri e degli ambulatori. Con questo articolo viene raccontata un'esperienza personale trasferibile in qualsiasi ambiente, a basso costo, ma con un'elevata "rendita".

Negli ultimi anni la Cardiologia è riuscita a stupirci sempre più: ogni mese ci sono novità tecnologiche (alcune hanno veramente rivoluzionato la professione) in grado di "aggredire" situazioni sempre più difficili e complicate. I nuovi stent e gli ultimi tipi di catetere, i pace-maker di ultima generazione e tutte le nuove tecniche in aritmologia interventistica, stanno diventando sempre più numerose; le sigle si accavallano e si rincorrono e spero presto verrà stampato un prontuario tecnologico che aiuti noi "poveri Cardiologi clinici" a districarsi in questa messe di nuovi nomi.

Ma è tutto oro ciò che luccica? Probabilmente sì, anche se ogni tanto ci sono vigorose marce indietro, anche perché sempre più spesso si pensa "solo" all'acuzie della malattia e non alla sua storia naturale.

Esiste ancora un "posticino" per l'Educazione Sanitaria (che ovviamente ingloba anche la prevenzione cardiovascolare a tutti i suoi livelli) in questa cardiologia aggressiva, dai risultati spesso stupefacenti, ma dai costi sempre più sorprendenti? Per me la risposta è Sì! Dopo oltre 15 anni di esperienza in questo campo e, occupandomi della parte clinica in una struttura all'avanguardia nella tecnica di interventistica coronarica, credo sinceramente che la risposta sia Sì!

Ma cosa vuol dire esatta-

mente educazione sanitaria, prevenzione preprimaria, primaria, secondaria e terziaria? Quando va programmata e chi è l'attore principale? Sono domande semplici, ma anche questa parte della cardiologia è abbastanza confusa. Esistono in molti Ospedali e nelle strutture sanitarie periferiche ambulatori per la prevenzione primaria e per quella secondaria, incontri di educazione sanitaria, corsi per volontari, per i cittadini per gli insegnanti, ecc. Gli attori sono medici generalisti, cardiologi, infermieri, dietologi, fisioterapisti, educatori, psicologi e molte altre figure professionali. È una situazione ingarbugliata che rispecchia una gran confusione sull'argomento, ed è spesso mal vista e "disprezzata" da altri colleghi.

Quale messaggio pratico, allora, cosa fare, come comportarsi, chi interpellare?

Non esiste la ricetta che risolva tutti questi aspetti.

In questi 15 anni ho fatto molte esperienze, iniziando con l'educazione sanitaria alle insegnanti elementari che poi avrebbero fatto da tramite per i bambini di 4^a e 5^a



Alighiero Boetti, Mappa, 1971

e per le rispettive famiglie; sono poi passato alle scuole medie (sempre con gli insegnanti) ed infine un breve (ed infruttuoso) tentativo con i ragazzi delle superiori. Ho provato corsi ai cittadini, con tende nelle piazze e nei teatri, corsi al personale di una industria, corsi di prevenzione secondaria ai pazienti ricoverati in reparto di Cardiologia (tra una "coro" ed una angioplastica) ed infine ai pazienti ambulatoriali affetti da ipertensione che ancora non presentavano segni di danno cardiovascolare.

Cosa ricavare da questa pluriennale esperienza? Non so esattamente.

Punti a sfavore: ho perso tempo, girando per Firenze e paesi limitrofi con la mia vecchia moto? Nessuno ha modificato il proprio stile di vita? Non ho modificato l'incidenza dell'aterosclerosi? Ho creato malati in soggetti sani ed ho tranquillizzato eccessivamente persone malate? Ho fatto perdere qualche ora di lezione e qualche interrogazione a qualche alunno? (Spero che per questo mi saranno riconoscenti). Ho creato tensioni inutili tra figli e genitori e tra moglie e marito? Ho incrinato il sacro rispetto per i farmaci? E tanto altro ancora...

Punti a favore: ho conosciuto tante persone meravigliose! Ho visto e vissuto situazioni incredibilmente diverse tra di loro (dalle scuole chic di Firenze alle periferie più disastrose). Ho lavorato con infermieri, dietologi e fisioterapisti meravigliosi (ancora grazie per tutto quello che mi avete insegnato). Ho incrinato la mia fede granitica nei farmaci! Ho visto persone felici (finalmente) di dimagrire, di muoversi, di smettere di fumare. Ho toccato con mano la potenza della volontà umana, "umiliato" potenti farmaci ipotensivi con un po' di camminate e una alimentazione più sana e più buona. Ho imparato a dubitare ed a sperare.

Ma in pratica cosa consigliare e più che altro cosa fare? Qualcuno, i pochi che leggeranno queste righe, si chiederanno: "va bene, ma ora cosa stai facendo? Continui o hai mollato l'educazione sanitaria?" Ho un po' paura a dare la risposta sincera, ma sto continuando ancora, i punti a favore hanno annientato quelli a sfavore.

Sono più esperto, qualcosa non rifarei ed in altre situazioni mi ributterei a capo fitto; qualcosa è stato inutile, mentre altre esperienze sono state memorabili.

– Su chi intervenire: ormai da vari anni, con un po' di esperienza in più abbiamo selezionato il target migliore di soggetti su cui lavorare: non più cittadini in generale, ma pazienti, senza gravi patologie, ma con rischio cardiovascolare aumentato (ipertesi, dislipidemic, fumatori, obesi, ecc.) non scelti a caso, ma "reclutati" tra coloro che ci cercano per vari motivi clinici (e sono tanti...). Sono soggetti che non hanno avuto eventi, ma sono

molto ricettivi e motivati e spesso non aspettano altro che il momento giusto per trovare la forza di modificare alcuni atteggiamenti non ottimali della loro vita.

– Su cosa intervenire: con questi pazienti è facile, i quattro cardini sono la conoscenza della propria patologia, la sedentarietà, l'alimentazione e le abitudini sbagliate (leggi fumo).

– Quando intervenire: sempre quando siamo in contatto con loro, spiegare, rinforzare i messaggi e spronarli; ma la tecnica coronata dal maggior successo è l'invito ad personam ad incontri specifici, ben organizzati e ripetitivi.

– Chi deve essere l'educatore: il medico di famiglia (certo), il cardiologo (certo), l'emodinamista (certo); ma agli incontri organizzati il medico non deve essere presente, confonderebbe. I registi degli incontri devono essere tre figure ben definite ed ottimamente preparate al problema: l'infermiere, il dietologo ed il fisioterapista (malgrado i termini siano maschili sono nella realtà quasi sempre personale femminile).

– La nostra esperienza: 155 pazienti ipertesi inviati ad incontri strutturati (età media 60.9, 53% femmine), ogni gruppo circa 10-12 soggetti, 8 incontri ogni lunedì con valutazione di base, a tre, sei e dodici mesi.

Quali risultati a breve termine e lungo termine:

	BASE	3 MESI	6 MESI	12 MESI
Peso	81.3	78.2	78.4	79.6
BMI	29.8	28.5	28.5	29.0
C. vita	100.6	95.2	95.9	97.1
PAS	153	137	133	139
PAD	88	80	77	82
% PA < 140/90	22	57	70	65
N° medio farmaci	2.5	–	–	1.9 (3% 0 farmaci)
Glicemia	1.1	1.2	1.1	1.2
Col LDL	171	168	160	162
Drop out nel follow up	–	–	–	9%

– Consigli pratici: educare i pazienti comporta un miglioramento del loro profilo di rischio cardiovascolare che riesce a mantenersi nel tempo.

In conclusione per mettere in pratica un'attività del genere non servono né apparecchiature costose né tecniche sofisticate, ma solo una buona dose di volontà e di organizzazione e la collaborazione di più figure professionali, ma vi posso garantire che i risultati supereranno le più rosee aspettative!

VIVERE DI STRESS, MORIRE DA MAFIOSI

di Rocco Turi

Come ogni estate, le ferie costituiscono una buona occasione per leggere libri che – per mancanza di tempo – non sono stati letti o addirittura trascurati per molti anni. Spesso vengono preferiti quelli garantiti dal prestigio delle case editrici o da autori dai nomi altisonanti e così la piccola editoria ne paga le conseguenze.

Con l'invito generalizzato a non trascurare l'editoria di nicchia, in questa occasione appare utile soffermarsi su un volumetto (*'Ndrangheta: vivere di stress, morire da mafiosi*) pubblicato nel 1991 da una piccola casa editrice calabrese, il cui testo può essere di interesse e riflessione per i lettori di questa rivista.

Il libro contiene una indagine sulle vittime di omicidio, quasi tutti appartenenti alla *'ndranghita* calabrese, condotta del Prof. Francesco Aragona, all'epoca Direttore dell'Istituto di medicina legale all'Università di Messina.

Attraverso i risultati degli esami autoptici delle persone assassinate nei conflitti di mafia nella provincia di Reggio Calabria, fra gli anni cinquanta e gli anni ottanta, Aragona studiò a fondo le alterazioni organiche prodotte dallo stress. I rilievi istologici permisero di stabilire se l'individuo fosse tranquillo prima di essere ucciso; se fosse tranquillo in quel momento, ma in una condizione di stress cronico; se l'individuo, prima di essere ucciso, fosse stato colto da forte emozione; se fosse sotto l'influenza di una forte emozione ma in condizione di stress cronico. Infatti, l'emergenza criminalità di quegli anni con numerosi omicidi, quasi quotidianamente, produsse anche una mortalità "per caso o per errore" a danno di coloro i quali solo occasionalmente si trovavano sulle scene dei delitti. Soltanto questi soggetti risultavano esenti da alterazioni organiche, le quali furono ampiamente riscontrate negli affiliati alle cosche criminali. La normalità, insomma, costituiva l'eccezione.

Oltre ad alterazioni nel cervello, nella tiroide, nei polmoni, nel fegato, nella milza, furono riscontrate alterazioni nello stomaco (gastrite cronica), nelle ghiandole surrenali e nel cuore. Nelle ghiandole surrenali furono osservati reperti significativi per consentire, insieme a quelli cardiaci, una valutazione di ordine psicologico, cioè sul modo d'essere psichico della vittima prima di essere ucciso. Nel cuore furono osservate le alterazioni di maggior interesse, che dimostrarono in maniera obiettiva il mutamento radicale della gestione del potere criminale, sempre di più legato alla salute precaria di coloro che ne furono coinvolti.

Aragona focalizzò l'attenzione sullo stato delle coronarie partendo dalla tesi che gli stati di stress psichico giocassero un ruolo importante solo sulla parete arteriosa dei vari

organi e, in particolare, del cuore. D'altra parte le modeste lesioni esistenti nel muscolo cardiaco (miocardio) della casistica fino ad allora studiata non potevano trovare una corretta interpretazione causale per il fatto che nella patologia umana non erano stati ancora compiutamente identificati i quadri di miocitoli coagulativa; quadri sui quali la letteratura medica ha poi richiamato l'attenzione e che consistono in una particolare forma di distruzione, a decorso assai rapido, di gruppi cellulari o di singole cellule del tessuto cardiaco, senza interessamento delle altre strutture e in particolare dei vasi sanguigni e del connettivo di sostegno che la differenzia dalla distruzione miocardica infartuale. Ancora, affermò Aragona, la causa primaria di questa particolarissima forma di necrosi cardiaca è rappresentata dall'ipercontrazione delle fibre muscolari del cuore prodotta dalle sostanze secrete nella midollare surrenale, cioè dalle catecolamine, che si liberano immediatamente e continuamente in qualsiasi forma di stress.

Prendendo in esame le casistiche antiche e recenti, il Prof. Aragona ha potuto rilevare una sostanziale differenza fra le lesioni miocardiche della casistica antica con quella della casistica più recente, nel senso che nella seconda il danno cardiaco è apparso relevantissimo in soggetti molto più giovani, pur in assenza di divari qualitativi.

I reperti patologici esaminati da Aragona sono consistiti in: ipercontrazione delle fibre muscolari cardiache, talora con fusione delle bande di contrazione, soprattutto focolai di miocitoli coagulativa e strie di fibrosi di varia estensione e di vario spessore sostituenti il tessuto miocardico distrutto e derivato dall'assemblaggio delle strutture connettivali preesistenti, per il loro collasso, in conseguenza della scomparsa del tessuto muscolare che le medesime strutture rivestivano.

Continuando ad usare le parole di Aragona in *«'Ndrangheta»* (essendo egli medico e noi sociologi), questo quadro morboso, se molto esteso e se caratterizzato dalla sostituzione connettivale di vasti settori miocardici, è certamente di pregiudizio per la funzione cardiaca e non è escluso che costituisca la base anatomica di molti casi di cardiomiopatia dilatativa idiopatica, sindrome di riscontro più frequente rispetto al passato e sino a questo momento di origine oscura, per la quale l'unico rimedio consiste nel trapianto di cuore. «Infatti, il muscolo cardiaco non è in grado di rigenerarsi una volta distrutto ed il tessuto connettivo che lo rimpiazza col meccanismo del collasso non può in alcun modo sostituirlo nella funzione di pompa, donde un assottigliamento progressivo delle pareti delle cavità cardiache, il loro sfiancamento fino

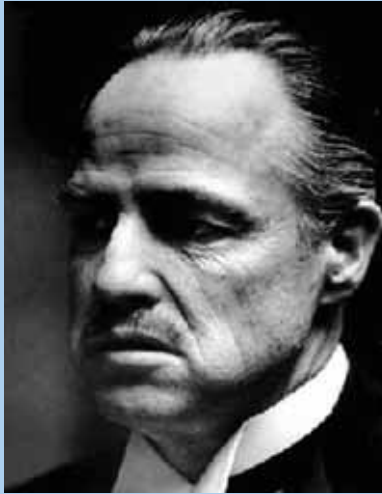
all'incapacità dell'organo di immettere nelle arterie sangue necessario per irrorare tutti i distretti corporei e se stesso». Il Prof. Aragona riuscì quindi a dimostrare, con l'analisi di una elevata produzione di dati statistici, gli effetti patologici dello stress a livello cardiaco sia nei rappresentanti della leadership mafiosa che – fatto assolutamente nuovo – nei soggetti giovani (20 anni) affiliati alla 'ndranghita.

Le lesioni di questo genere – secondo Aragona – se interessano vasti settori del muscolo cardiaco non si verificano in breve tempo; è necessario quindi ipotizzare che l'affiliazione mafiosa dei giovani fosse iniziata assai precocemente. Sotto l'aspetto investigativo e sociologico, questa informazione fu utile per non trascurare le indagini sui giovani e sulla loro appartenenza, i quali, molto probabilmente, sarebbero stati ancora considerati, come nel passato, coinvolti "per caso o per errore".

La domanda "perché tutti questi giovani presentano lesioni al muscolo cardiaco?" fu utile ai sociologi e agli investigatori per approfondire la personalità delle vittime e per far luce più chiara sull'universo criminale calabrese che in quegli anni stava subendo una profonda modificazione. Non si era più davanti alla mafia rurale dei capi carismatici che si proponevano come amici e protettori del villaggio, come bonari padri padrone che, tuttavia, garantivano ai giovani affiliati "una certa tranquillità esistenziale". Le redini del controllo mafioso erano passate a giovani più spietati e, per questo, più a rischio personale. La 'ndranghita si era trasformata in "mafia imprenditrice".

La gestione verticale della criminalità organizzata si era trasformata in gestione trasversale per cui il vecchio capo storico non veniva più riconosciuto: vi erano tante cosche in lotta per il predominio nelle attività illecite. Ogni affiliato alle cosche, quindi, perdendo la protezione tipica della mafia tradizione per dedicarsi attivamente agli affari, accettava il rischio e l'insicurezza per l'incolumità personale. Ognuno era costretto a vivere in uno "stato di vigilanza continua" tagliando i rapporti con la gente comune e fidandosi solo dei familiari, degli amici più intimi e delle guardie del corpo, nonché muovendosi in robuste auto blindate. Fu un processo lento, iniziato già negli anni '50, che favorì il ricambio generazionale dei mafiosi e, come ha dimostrato il Prof. Aragona, rese più vulnerabile la loro salute.

L'originalità degli studi di Francesco Aragona furono poi confermati per la mafia siciliana da Paolo Borsellino, il quale giunse alle stesse conclusioni affermando: "Il pugno di ferro, la dittatura di Totò Riina sulla mafia, produce un terrore costante all'interno dell'organizzazione di Cosa



Marlon Brando ne "Il Padrino"

Nostra. I membri vivono un'ossessione continua, quotidiana: si chiedono esclusivamente chi potrebbe ucciderli e quando. Questa situazione ha prodotto un'incredibile fioritura di pentiti, una cosa assolutamente straordinaria". La situazione, d'altra parte, spiega il modo in cui fu scardinata definitivamente la parte "violenta" della mafia tradizionale, cosiddetta "dei campi".

Tuttavia, oggi, a causa del loro originale stile di vita criminale, i mafiosi sono consapevoli, in particolare, che le malattie cardiache incidono più pesantemente delle altre sulla loro salute. Essi, ma anche gli appartenenti alla grande criminalità europea e americana,

sanno di vivere nello stress continuo e temono per la loro vita. Per difendere la salute fanno ricorso frequente a medici amici, complici nella loro attività. D'altra parte, esorcizzano la morte godendosi pienamente nei limiti della loro insicurezza e paura di essere uccisi in giovane età. Lo dimostra una intervista raccolta nel libro "Mafia imprenditrice" di Pino Arlacchi, laddove i mafiosi "mangiano, bevono, si divertono, uccidono. Tutto fatto intensamente, disordinatamente, senza spazi vuoti e senza tempi morti".

Per una seria valutazione conclusiva è utile sottolineare che ogni professione oggi dovrebbe svolgersi in una collaborazione continua con le altre, perché solo dalla collaborazione interdisciplinare tutti possiamo trarne benefici per lo sviluppo sociale. Gli studi del Prof. Aragona sono stati importanti per i sociologi per comprendere alcuni aspetti della criminalità organizzata. Ma tutto questo rappresenta un'eccezione. Gli studi dei sociologi della medicina dimostrano, altresì, che ancora molti passi avanti devono essere compiuti e che tanti medici, ancora, soprattutto in Italia, non sono persuasi che anche la loro è scienza empirica.

Per un approfondimento sui temi affrontati in questo articolo:

F. Aragona, *La miocitoli coagulativa ed i suoi esiti nelle vittime di omicidio. Riflessioni sul relativo significato psicologico*, in: *Pathologica*, Vol. 83, 1991.

F. Aragona, *L'immagine istologica delle surrenali quale test psicologico post-mortale*, in: *Rivista italiana di medicina legale*, n.1, 1990.

M. Aragona, F. Aragona, *Feocromocitoma e cardiomiopatia da catecolamine*, in: *Pathologica*, Vol.84, 1992.

F. Aragona, *La cardiomiopatia da necrosi focale a coronarie normali: la miocitoli coagulativa da catecolamine ed i suoi esiti*, in: *Rivista italiana di medicina legale*, n.3-4, 1993.

F. Aragona, *La morte improvvisa da superlavoro*, in: *Zacchia: Archivio di medicina legale, sociale e criminologica*, Fasc. 1-2, 1993.

F. Aragona, S.P. Putorti, *'Ndrangheta*, L'inchiesta ed., Reggio Calabria, 1991.

P. Arlacchi, *La mafia imprenditrice*, Il Mulino ed., prima edizione: 1983.

R. Turi, *Sociologia della devianza*, in via di pubblicazione.

G. Freyre, *Sociologia della medicina*, Rizzoli ed., prima edizione 1975.

D. Armstrong, *Sociology as applied to medicine*, Wright ed., prima edizione: 1980.

A PROPOSITO DI STENT MEDICATI (DES): CONSIDERAZIONI E SUGGERIMENTI PRATICI AL CARDIOLOGO CLINICO DOPO IL PRONUNCIAMENTO FDA

di Matteo Cassin e Gennaro Santoro

L'introduzione dei DES è stata accolta con entusiasmo dal mondo cardiologico mondiale, dopo la pubblicazione dei dati dello studio RAVEL, che evidenziavano il sostanziale azzeramento della restenosi. Questo ha portato ad un vertiginoso incremento di utilizzo degli stessi, anche al di fuori delle indicazioni riportate in scheda tecnica, con una tendenza verso l'estensione dell'utilizzo dei DES in quasi tutti i pazienti sottoposti a PCI (DES utilizzati in più del 90% delle angioplastiche con stenting negli USA e Svizzera).

In questo scenario però si sono inseriti, dapprima sporadicamente con segnalazione di casi isolati e poi in modo più strutturato, i dati relativi al problema della trombosi tardiva.

Ha suscitato molto scalpore la presentazione di due metanalisi al Congresso Mondiale di Cardiologia di Barcellona.

Due metanalisi hanno posto in evidenza che l'utilizzo di stent medicati di prima generazione (Cypher e Taxus) potrebbe essere associato ad incremento di mortalità/IMA-Q e di mortalità derivata da neoplasie. La prima metanalisi presentata da E. Comenzid (Ginevra) ha preso in considerazione gli studi nei quali era stato utilizzato lo stent medicato con sirolimus, Cypher (RAVEL, SIRIUS, E-SIRIUS, C-SIRIUS) e quelli 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 Cypher ($p=0.03$) e 16% per Taxus ($p=0.68$). Nella seconda metanalisi A. Nordmann (Basilea) 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 Cypher. È stato evidenziato inoltre un incremento, ancora non significativo, della mortalità non cardiaca, in particolare associato all'uso del Cypher, 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.

Nei mesi seguenti si è assistito ad un ampio dibattito nella comunità cardiologica, con prese di posizione ufficiali (vedasi lettera del presidente SICI-GISE). Nel frattempo sono stati pubblicati altri studi al riguardo, note delle industrie produttrici dei due "storici" e maggiormente utilizzati DES (Cordis, Boston), lettere polemiche della STS (Società di Chirurgia Toracica Americana) ed infine la delibera dell'FDA. Questo per quanto riguarda l'informazione scientifica specialistica.

Contemporaneamente si assisteva ad una campagna mediatica sugli organi di informazione destinati al pubblico non specialistico. Ad esempio il 19 ottobre 2006 un articolo sul settimanale l'Espresso titolava "Lo stent è un boomerang. Sono introdotti nelle arterie di milioni di persone, ma potrebbero danneggiarle". Ancora nello stesso settimanale, il 21 dicembre 2006, "Toglietemi lo stent". Questo problema è stato quindi percepito anche dai pazienti che hanno manifestato la loro preoccupazione.

Da segnalare anche il contenuto del comunicato stampa della Società di Chirurgia Toracica Americana del 6 dicembre 2006, in vista della riunione della FDA. "I dati indicano che ogni anno più di 2.160 pazienti con DES muoiono a causa della trom-



Il jazzista Thelonious Monk, attorno agli anni 50

bosì. Ancora, diversi studi recentemente pubblicati su prestigiose riviste, hanno documentato che l'incremento di utilizzo off-label sia dei DES che BMS hanno portato a una stima di 3.600 decessi aggiuntivi/anno in pazienti che sarebbero sopravvissuti più a lungo con l'intervento tradizionale di CABG".

Poco prima della riunione dell'FDA che doveva prendere in esame questa problematica sono stati pubblicati alcuni altri importanti studi.

Bavry, Am J Med 2006; 119. Late thrombosis of drug-eluting stents: a meta-analysis of randomized clinical trials. Questo studio ha preso in esame la meta-analisi di 14 studi che avevano complessivamente randomizzato 6.675 pazienti all'utilizzo di DES (Cypher o Taxus) in confronto a pazienti con BMS. L'incidenza di trombosi molto tardiva (> 1 anno) era di 5 eventi/1000 pazienti DES, con nessun evento nei pazienti BMS (RR= 5.02, 95% CI, 1.29 - 19.52, p= 0.02). Gli autori concludevano che, sebbene l'incidenza di trombosi molto tardiva era bassa, l'utilizzo di DES era associato ad un incremento del rischio della stessa. In questa casistica non si riscontrò un eccesso di morte e IMA nei pazienti DES.

Chen e coll. (Am Heart J, 2006 151:1260-4 Bare metal stent restenosis is not a benign clinical entity), dello stesso gruppo della Cleveland Clinic Foundation hanno elaborato dati retrospettivi sul database locale di tutti i casi di restenosi in-stent su BMS tra il 1999 e 2003, escludendo i trattamenti multivasali. Il 35.9% degli episodi clinici di restenosi in-stent si erano presentati come IMA o angina instabile con necessità quindi di ospedalizzazione.

Eisenstein e coll. (JAMA 2006, 297, Clopidogrel use and long-term clinical outcomes after drug-eluting stent implantation), in questo studio osservazionale hanno preso in esame 4.666 pazienti consecutivi che erano stati sottoposti a stenting coronarico

presso il Duke Heart Center tra il 2000 e il 2005 con follow-up disponibile a 6, 12 e 24 mesi. Dai dati analizzati risultava che i pazienti trattati con DES e che non erano più in terapia con Clopidogrel a 6 e 12 mesi erano esposti ad un più alto e significativo rischio di morte o IMA nel follow-up a 24 mesi rispetto ai pazienti che continuavano ad assumerlo in terapia. Questa differenza non era evidente nel gruppo di pazienti trattati con BMS, sia con che senza clopidogrel. Gli autori concludevano che nei pazienti sottoposti a stenting con DES l'uso prolungato di clopidogrel può essere associato ad un rischio ridotto di morte e IMA ma che, comunque, l'appropriata durata della somministrazione di clopidogrel potrà essere stabilita solo nel contesto di studi clinici randomizzati di larga scala, tenendo presente che il rischio di emorragie maggiori/anno associato all'utilizzo prolungato di clopidogrel è di circa l'1%.

Pfisterer e coll. (JACC 2006, 48: 2584-91, Late clinical events after clopidogrel discontinuation may limit the benefit of drug-eluting stents- BASKET-LATE STUDY) hanno esaminato, in questo studio prospettico, 746 pazienti non selezionati e consecutivi, inizialmente randomizzati 2:1 con DES o BMS che erano privi di eventi al momento della sospensione di clopidogrel dopo 6 mesi, seguiti per 1 anno dopo la sospensione del clopidogrel. L'incidenza di morte/IMA a 18 mesi non mostrava differenze nel gruppo di pazienti trattati con BMS rispetto a quello con DES, ma dai 7 ai 18 mesi, dopo la sospensione del clopidogrel, gli eventi erano numericamente più alti nel gruppo dei pazienti trattati con DES rispetto a quelli con BMS (4.9% vs 1.3%). La TVR (target vessel revascularization) era più bassa dopo trattamento con DES, risultando in una simile



Annibale Carracci, "La Verità trionfa sulla Frode con l'aiuto del Tempo", 1585

incidenza di eventi clinici nell'intero periodo (DES 9.3% vs BMS 7.9%). Quindi, in una popolazione non selezionata, l'impianto di DES può evitare 5 eventi cardiaci maggiori correlati alla restenosi nei 6 mesi successivi per 100 pazienti trattati al prezzo di 3 eventi morte/IMA nell'anno successivo alla sospensione del clopidogrel. Le due cose in qualche modo si bilanciavano. Le conclusioni di questo studio, che non era stato disegnato inizialmente con l'ipotesi di valutare il rischio di eventi clinici dopo la sospensione del clopidogrel in particolare dopo impianto di DES ed è quindi da ritenersi sostanzialmente uno studio osservazionale, sottolineano la rilevanza clinica di eventi tardivi possibilmente (in quanto i dati angiografici di conferma erano limitati) rapportabili a trombosi intra stent, che sembra essere di particolare importanza dopo l'impianto di DES in confronto con BMS. Secondo gli autori però, sebbene questi dati suggeriscano una correlazione con la sospensione del clopidogrel, questo studio non fornisce la prova diretta di causa-effetto né che gli eventi correlati a trombosi possano essere prevenuti da questa terapia. In ogni caso sia i medici che i pazienti dovrebbero essere informati del potenziale pericolo di eventi tardivi. In questo scenario arrivava la presa di posizione dell'FDA's Circulatory Systems Devices Advisory Panel (8 dicembre 2006), qui riassunta.

La commissione concordava che, per quanto riguarda l'utilizzo on-label (indicazioni approvate) dei DES, c'è la dimostrazione di un lieve incremento del rischio di trombosi intra-stent tardiva ma non di un incremento globale di morte o IMA nei confronti dei BMS.

Relativamente alla questione della durata della doppia terapia antiaggregante dopo applicazione di un DES la commissione riteneva valida l'indicazione delle recenti Linee Guida ACC/AHA/SCAI per la PCI che raccomanda l'uso di aspirina indefinitivamente, associato a clopidogrel per un minimo di 3 mesi (Cypher) o 6 mesi (Taxus), possibilmente prolungati sino a 12 mesi nei pazienti a basso rischio di sanguinamento.

La commissione concordava inoltre che il rischio di trombosi tardiva associata all'impianto di DES è potenzialmente più alto quando questi sono utilizzati per indicazioni off-label quali le stenosi dei graft venosi, dei vasi di piccolo calibro, le occlusioni coronariche croniche, le lesioni calcifiche, il tronco comune non protetto rispetto alle indicazioni on-label, e che, almeno per i pazienti a più alto rischio di trombosi dello stent l'uso off-label dovrebbe essere limitato (nel mondo reale è attualmente utilizzato almeno nel 60% dei casi di utilizzo dei DES). Non emergeva inoltre nessuna evidenza di differenze tra i due stent in questione, Cypher e Taxus e specifiche indicazioni nell'uso off-label nei diabetici. La commissione era anche concorde che comunque a questi pazienti la durata della doppia antiaggregazione dovrebbe essere estesa ai 12 mesi.

INDICAZIONI APPROVATE PER L'UTILIZZO DEI DES

- Il Cypher è indicato nei pazienti con cardiopatia ischemica associata a lesioni "de novo" nelle arterie coronariche native di lunghezza ≤ 30 mm con diametro del vaso di riferimento ≥ 2.5 mm e ≤ 3.5 mm
- Il Taxus è indicato nei pazienti con cardiopatia ischemica e lesioni "de novo" nelle arterie coronariche native di lunghezza ≤ 28 mm e diametro del vaso di riferimento ≥ 2.5 mm e ≤ 3.75 mm

La sicurezza e l'efficacia degli stent medicati non è stata ancora stabilita con certezza nei seguenti gruppi di pazienti:

- Pazienti con trombosi nella sede della lesione
- Pazienti con diametro del vaso di riferimento diverso da quello approvato
- Pazienti con lesioni del tronco comune, lesioni ostiali, o lesioni a livello di biforcazione
- Pazienti con malattia diffusa o con scarso flusso a valle della lesione
- Pazienti con vasi tortuosi nella regione della stenosi o prossimamente alla stessa
- Pazienti con recente infarto miocardico acuto quando c'è evidenza di trombosi o scarso flusso
- Pazienti con multipli stent "overlapping".

La principale conclusione della commissione era che al momento i dati randomizzati a disposizione sono insufficienti per dare concrete raccomandazioni sia per quanto riguarda l'utilizzo off-label dei DES, che per la durata ottimale della terapia antiaggregante.

In queste ultime settimane sono a disposizione le considerazioni della SCAI (Society for Cardiovascular Angiography and Interventions) pubblicate questo mese su *Catheter Cardiovasc Interv* (Late stent thrombosis: considerations and practical advice for the use of drug-eluting stents: a report from the Society for cardiovascular angiography). Queste le raccomandazioni ai medici che pianificano l'uso di DES:

- Il paziente da trattare deve rientrare nei criteri definiti dalle linee guida sull'interventistica coronarica.
- La decisione di utilizzare un DES rispetto a un BMS deve essere fatta su base individuale, caso per caso.
- Particolare attenzione deve essere posta alla tecnica di impianto incluso l'utilizzo di IVUS, la ricerca accurata di eventuali calcificazioni e loro estensione, il pretrattamento delle lesioni complesse.
- Deve essere accertata la possibilità che il paziente possa assumere la doppia terapia antiaggregante a lungo termine, almeno 3-6 mesi, ma preferibilmente 12 mesi se il rischio emorragico è accettabile. Nei pazienti ad alto rischio, come i diabetici, si dovrà considerare l'opportunità di estendere il regime di doppia antiaggregazione oltre i 12 mesi.
- La decisione di sospendere la duplice terapia antiaggregante dovrà essere fatta solo dopo una approfondita valutazione del caso.

Infine, a riprova dell'importanza del tema, sono state pubblicate le raccomandazioni relativamente alla prevenzione della sospensione precoce della doppia terapia antiaggregante nei pazienti con stent coronarico (Grines CL, Prevention of premature discontinuation of dual antiplatelet therapy in patients with coronary artery stents. *Circulation* on line, January 2007). Si tratta di un documento congiunto AHA/ACC/SCAI/American Dental Association/American College of Surgeons/American College of Physicians.

In conclusione possiamo trarre alcune considerazioni indirizzate in particolare al cardiologo clinico:

- Allo stato attuale i DES restano un'opzione terapeutica altamente efficace nel ridurre la restenosi, che spesso si manifesta come sindrome coronarica acuta.
- Il loro utilizzo comporta un piccolo, ma non trascurabile, rischio di trombosi tardiva legata principalmente ad un ritardo nel processo di endotelizzazione del segmento trattato ma anche ad altri fattori, a volte non chiaramente definibili a priori quali la durata della doppia terapia antiaggregante, l'eventuale resistenza ai farmaci, la compliance del paziente, la necessità di doverla sospendere per problemi intercorrenti, il rischio individuale del paziente, la corretta tecnica di impianto dello stent, il follow-up.
- L'indicazione al loro utilizzo deve prendere in considerazione sicuramente le linee guida derivate dagli studi randomizzati (indicazioni on-label) ma anche il singolo paziente nel suo complesso di malattia, biologia, compliance, comorbidità. Sempre più spesso ci troviamo di fronte a pazienti molto complessi, anziani o grandi anziani, con significative comorbidità che non sono stati valutati (e che difficilmente lo saranno in futuro) nei trials randomizzati e che presentano situazioni anatomiche estreme che quindi sono off-label per definizione, ma che non possiamo ignorare.
- Nonostante i DES restino in generale un trattamento altamente efficace, in alcuni gruppi di pazienti è necessario prendere in considerazione altre opzioni terapeutiche (terapia medica o chirurgica).
- Il paziente deve essere informato dell'indicazione all'uso di un DES, dei pro e contro, della necessità della doppia terapia antiaggregante a lungo termine. Ovviamente devono essere esclusi tutti i possibili fattori controindicanti o limitanti il trattamento antiaggregante nel lungo periodo.
- L'informazione deve essere estesa con chiarezza al Medico di MG, ma anche ad altre figure mediche che possono interferire con la gestione della terapia antiaggregante in corso (es. l'odontoiatra, il chirurgo generale, ma non solo).
- Al paziente deve essere raccomandato che, comunque, prima di modificare il trattamento antiaggregante consigliato alla dimissione, di informare il centro di riferimento o comunque un centro specialistico.

Con questi elementi in mano, penso che possiamo continuare a lavorare con serenità, nella convinzione che i DES siano un reale progresso della terapia cardiologica e restino un'opzione efficace e sicura, in particolare quando utilizzati nel contesto delle indicazioni derivate dalle informazioni degli studi randomizzati.

L'ATTIVITÀ FISICA: UNO STRUMENTO PER LA PREVENZIONE DELLE CARDIOPATIE

di Mario Chiatto

Numerose ricerche condotte negli ultimi 50 anni hanno dimostrato che l'esercizio fisico, se eseguito con regolarità, consente di mantenere il cuore in buona salute e contribuisce alla prevenzione di alcune malattie dell'apparato cardiovascolare.

Esistono infatti allo stato attuale numerose prove che indicano nella sedentarietà uno dei fattori di rischio per le malattie delle coronarie (anche se l'importanza di questo fattore è minore rispetto a quello del fumo, dell'ipertensione arteriosa, dell'aumento dei grassi nel sangue, della familiarità).

È da attribuire in gran parte a queste osservazioni il fatto che negli ultimi decenni è nato un grande movimento di opinione a favore dell'attività fisica e sportiva in genere; tale movimento si è sviluppato soprattutto negli Stati Uniti, ma ha fatto sentire il suo peso in tutti i paesi occidentali, compresa l'Italia, dove sono sempre più numerose le persone che praticano attività fisico-sportiva. Ognuno di noi tutti i giorni svolge una certa quantità di esercizio fisico, anche nelle normali attività quotidiane: salire le scale, portare dei pesi, rincorrere l'autobus, fare una passeggiata. L'attività routinaria (naturalmente con le eccezioni legate allo svolgimento di lavori pesanti, che richiedono un notevole impegno muscolare), non è tuttavia spesso sufficiente per eliminare i danni che derivano dalla sedentarietà.

L'uomo moderno usa molto l'automobile, non sale le scale preferendo utilizzare l'ascensore, dispone di una serie di elettrodomestici che riducono la fatica nello svolgimento dei lavori in casa: ci muoviamo troppo poco in definitiva per ottenere benefici in termini di salute dalle nostre attività. Si ritiene infatti che per eliminare i danni della sedentarietà sia necessario svolgere un'attività pari di almeno 5 chilometri al giorno di cammino.

Gli effetti dell'attività fisica sul cuore

Il cuore è un muscolo e come tutti i muscoli ha bisogno di essere stimolato per poter svolgere adeguatamente i suoi compiti: un cuore non allenato ha una minore forza contrattile, pompa meno sangue e di conseguenza fornisce meno ossigeno agli organi che lo richiedono.

Il cuore a riposo pompa in media 5 litri di sangue al minuto; durante lo sforzo si possono raggiungere i 15-20 litri al minuto nelle persone sedentarie. Nei soggetti allenati (senza considerare i grandi atleti che appartengono ad una categoria particolare in grado di eseguire prestazioni largamente al di sopra della media) la quantità di sangue pompata in un minuto può raggiungere i 30 litri. Questo spiega in gran parte il fatto che le prestazioni cardiache dei soggetti che praticano sport sono migliori rispetto a quelle dei soggetti sedentari.

Perché lo sforzo è utile? Nell'esaminare gli effetti dell'esercizio fisico sulla prevenzione primaria e secondaria di alcune patologie cardiovascolari è appropriato rivalutare la sua influenza su alcuni fattori di rischio. L'attività fisica è uno dei presidi non farmacologici in grado di ridurre i valori pressori sisto-diastolici, inoltre possiede effetti benefici nei pazienti con diabete mellito, quali un aumento della sensibilità all'insulina e un incremento della tolleranza al glucosio. Un esercizio fisico regolare sembra modificare il quadro lipoproteico ed aumenta il consumo calorico durante le comuni attività quotidiane per questo è coadiuvante nella perdita di peso, anche se l'effetto può essere variabile; non solo, ma gli uomini e le donne fisicamente attivi hanno un rapporto vita-fianchi più favorevole rispetto ai soggetti sedentari. In alcuni studi il colesterolo HDL è risultato sostanzialmente più elevato nei soggetti allenati. Infine un regolare esercizio fisico gioca un ruolo favorevole sull'infiammazione, sull'endotelio, e sulla funzione autonoma. Da un punto di vista psicologico gli sportivi dovrebbero essere più motivati a rinunciare al fumo.

Vi sono diversi tipi di "sforzo": alcuni comportano un tipo di lavoro che viene chiamato aerobico; sono gli sforzi dinamici o di resistenza (nuoto, atletica leggera, sci di fondo, ciclismo). Quando si praticano questi sport vengono messe in movimento grandi masse muscolari. Il "carburante dei muscoli" è l'ossigeno che viene consumato in grande quantità; il cuore aumenta le proprie dimensioni (si riempie di una maggiore quantità di sangue) ed aumenta la frequenza delle sue contrazioni per garantire un aumento della gittata.

Accanto a questo tipo di attività fisica esistono sforzi che richiedono un lavoro muscolare che viene definito anaerobico; appartengono a questo gruppo gli sforzi statici (esempio tipico è il sollevamento pesi). Le ripercussioni sul cuore sono diverse dalle precedenti: in questo caso il cuore non dovrà provvedere a inviare più sangue ai muscoli, ma dovrà piuttosto aumentare il suo lavoro per adeguarsi al brusco aumento di pressione che si è determinato.

Due tipi di sforzo, due risultati per il cuore

Se eseguiti in maniera continuativa gli sforzi statici e dinamici hanno effetti diversi sul cuore e sulla circolazione. Lo sforzo statico fa aumentare la pressione arteriosa e determina un ispessimento delle pareti cardiache che vanno incontro ad un processo definito "ipertrofia", ipertrofia fisiologica diversa da quella osservata in alcune malattie come l'ipertensione arteriosa. Lo sforzo dinamico fa aumentare le dimensioni cardiache; si tratta anche in questo caso di un aumento "fisiologico" che ha un significato diverso dall'aumento delle dimensioni del cuore osservato in alcune patologie.

Le attività che hanno dimostrato di recare maggiori benefici all'apparato cardiovascolare sono: la corsa, il ciclismo, il nuoto, lo sci di fondo. Per le attività di potenza quali il sollevamento pesi ed il culturismo in generale, non sono stati dimostrati benefici per il cuore.

L'attività fisica è utile anche nei cardiopatici

Tutti i pazienti con patologia cardiaca nota dovrebbero essere coinvolti in un programma di riabilitazione al momento dell'evento acuto o in una fase immediatamente successiva: dopo IMA, dopo rivascolarizzazione chirurgica o meccanica, dopo chirurgia valvolare, dopo trapianto cardiaco e in caso di scompenso cardiaco cronico in fase di stabilità.

La riabilitazione cardiaca, comprende un ampio spettro di modificazioni fisiche, mediche e psicologico-comportamentali.

Un intervento multiplo sui fattori di rischio ha effetti positivi sulla morbilità e mortalità. Indiscutibile è poi il ruolo della riabilitazione cardiaca sulla qualità della vita: aumento della capacità funzionale, precoce dimissione, precoce ripresa dell'attività lavorativa, controllo impatto psicologico.

A quale età bisogna iniziare a svolgere attività fisica?

L'attività fisica deve essere iniziata in giovane età e deve diventare un

modello di vita che accompagna l'individuo nel corso degli anni. Le attività più indicate per ottenere benefici cardiovascolari sono gli sport di resistenza (corsa, sci di fondo, cicloturismo, nuoto, ecc.). Un buon allenamento si raggiunge con 2-3 sedute settimanali per almeno 30 minuti ogni volta. Per essere efficace lo sforzo deve essere tale da portare la frequenza cardiaca al 60% di quella massima in base all'età (tale valore si ottiene sottraendo l'età del soggetto in anni dal numero 220).

La frequenza massima sarà così di 200 in un ragazzo di 20 anni; 170 in un uomo di 50 anni e così via. Più semplicemente lo sforzo è ritenuto efficace quando durante il suo svolgimento l'individuo avverte almeno una leggera dispnea. L'attività fisica dovrebbe essere iniziata in giovane età e continuata per tutta la vita, adattandone le caratteristiche al progredire degli anni: i benefici vengono infatti perduti se la si interrompe o la si pratica solo sporadicamente.

È infine necessario ricordare che la scelta dello sport da seguire deve corrispondere alle preferenze individuali in modo da renderne piacevole la pratica. Lo scopo principale dell'attività sportiva dovrebbe risultare il raggiungimento del benessere fisico e psicologico e non necessariamente il perseguimento di un livello competitivo. La competizione richiede talento, motivazione e sacrificio: pochi tra coloro che si avviano alla pratica di uno sport sono destinati a diventare atleti; pochissimi diventeranno campioni; tutti ne trarranno benefici per la salute.

Prima di iniziare consultare il medico!

Prima di iniziare con serietà ed impegno una qualsiasi attività è necessario sottoporsi ad un controllo medico al fine di evidenziare eventuali controindicazioni alla pratica sportiva. Questo è valido in ogni caso ma assume maggiore rilievo quando l'attività sportiva viene intrapresa in età adulta.

L'esercizio fisico-sportivo praticato assiduamente a partire dall'età giovanile mantiene il cuore in "forma" e svolge una funzione importante per la prevenzione delle malattie coronariche. Per questo motivo è necessario intervenire sulla popolazione di tutte le età per combattere la sedentarietà e favorire l'inizio della pratica sportiva.



“DIAMO A CESARE QUEL CHE È DI CESARE”

Perché il test da sforzo è ancora il primo ed insostituibile metodo di valutazione del paziente ischemico

Gianaugusto Slavich, Rudy Fregolent

Dal recente Congresso Mondiale di Cardiologia, tenutosi a Barcellona nel settembre di quest'anno, emergerebbe una triste realtà: il Test da sforzo è considerato un test superato, fuori moda. Molto lo spazio dedicato, durante la rassegna, alle metodiche di imaging (RMN, ECO stress, Scintigrafia e MSCT); poco o nulla riguardo all'Ergometria.

Perché l'Imaging sta rimpiazzando il Test da Sforzo? Forse la risposta sta nel fatto che molti ancora considerano l'Ergometria solo come un'indagine che analizza l'angina e il comportamento del tratto ST.

Riduttivo! Da qualche anno in letteratura emerge come in realtà il Test da sforzo offra molto di più.

È stato dimostrato come altri parametri possiedano un elevato valore diagnostico e soprattutto prognostico pari, se non a volte superiore, alla valutazione ECGrafica del tratto ST.

Tali parametri sono: la capacità di esercizio, il comportamento della frequenza cardiaca (FC), della pressione arteriosa (PA), del doppio prodotto (DP), la comparsa di aritmie ventricolari nella fase di recupero.

La capacità di esercizio oltre a riflettere l'integrità o meno del sistema cardiopolmonare rappresenta il più potente fattore predittivo di morte da qualsiasi causa nei pazienti sottoposti al test¹. La tolleranza allo sforzo viene comunemente espressa attraverso il tempo di esercizio effettuato o attraverso una stima del consumo di ossigeno del paziente rappresentata dai METS (Metabolic Equivalent). L'incremento di 1 METS (= 3.5 ml O₂/Kg/min) nella capacità di esercizio in un maschio inviato al test per motivi clinici comporta un incremento del 12% della sopravvivenza a 6 anni; lo stesso incremento, dopo un periodo di riabilitazione, in un paziente infartuato comporta una diminuzione della mortalità fino al 14% a 19 anni². Particolarmente utile per rendere più immediato e comprensibile il dialogo tra medici e tra medico e paziente è la possibilità di esprimere la capacità di esercizio in funzione dei METS previsti per l'età. In donne sottoposte a test ergometrico per motivi clinici il rischio di morte è 2,37 volte maggiore tra quelle che non raggiungono l'85% del valore predetto per l'età rispetto a quelle che lo raggiungono.

Buon valore prognostico hanno dimostrato il riscontro di incompetenza cronotropa durante il test e l'anomalo recupero della FC dopo la prova. **L'incompetenza cronotropa**, intesa come l'incapacità di raggiungere l'85% della FC max teorica, è associata ad un maggior riscontro di difetti di perfusione alla scintigrafia miocardica ed è un indipendente fattore predittivo di morte per qualsiasi causa^{3,4}. **L'anomalo recupero di FC**, più frequentemente considerato come decremento della FC al primo minuto del recupero ≤ 12 bpm, comporta anch'esso un aumento della mortalità da qualsiasi causa.

Un'attenta osservazione del comportamento della PA durante lo sforzo e nel recupero può fornire importanti informazioni per una più accurata interpretazione del test.

Il riscontro di una **risposta ipotensiva all'esercizio** data da una delle seguenti situazioni:

- un mancato incremento della PAS di almeno 20-30 mmHg
- una diminuzione della PAS, dopo un iniziale incremento, di almeno 20 mmHg
- una diminuzione della PAS al di sotto della PAS di riposo è spesso associata ad ischemia e/o infarto miocardico e comporta un aumentato riscontro di CAD (cardiopatia ischemica) angiograficamente significativa e aumentato rischio di eventi cardiaci futuri.

È probabile che una **risposta ipertensiva all'esercizio** sia associata ad un futuro sviluppo di ipertensione arteriosa e/o di CAD ma a tale proposito sono necessari ulteriori studi di approfondimento data la presenza di pareri contrastanti in letteratura^{5,6,7,8,9}.



Insegne luminose a Shinjuku, Tokyo

L'anomalo recupero della PA, inteso come un decremento della PAS (PA sistolica) al terzo minuto del recupero inferiore al 10% del valore di PAS al picco dello sforzo, si è invece dimostrato un importante fattore diagnostico e prognostico nell'interpretazione del test ergometrico sia nel normoteso che nell'iperteso. L'anomalo recupero della PA ha un'accuratezza diagnostica intorno al 75% (paragonabile a quella del sottoslivellamento del tratto ST) nel determinare la presenza di CAD, inoltre alti valori di "SBP ratio" (rapporto PAS III min recupero/PAS picco) sono associati al riscontro di una CAD più estesa e a un peggioramento della prognosi nel paziente post-infartuato¹⁰.

L'analisi del recupero della PA fornisce quindi importanti informazioni, complementari a quelle dei tradizionali parametri analizzati durante il test da sforzo, per individuare i pazienti ad alto rischio di cardiopatia ischemica e dovrebbe essere considerata in ogni test ergometrico.

Molta importanza ha sempre il **Doppio Prodotto (DP)**, stima indiretta del consumo miocardico di O₂, e in modo particolare il suo incremento (Delta DP) che rappresenta il più significativo parametro (assieme al sottoslivellamento ST a riposo) nel predire la mortalità cardiaca nell'anziano¹¹.

Attenzione deve essere posta anche alle **ectopie ventricolari ripetitive** (sette o più battiti ectopici in un minuto) nella fase di recupero che sono state associate, a differenza di quelle che compaiono solamente durante lo sforzo, ad un aumentato rischio di morte¹².

Oltre all'introduzione di questi nuovi parametri, nel test da sforzo moderno si pone ancora, fortunatamente, grande attenzione al paziente e ai suoi sintomi. Non ci si limita a riscontrare l'insorgenza o meno di angina, ma vengono analizzati scrupolosamente tutti **i sintomi e i segni** che possono manifestarsi nel soggetto sottoposto a sforzo fisico. Esempio fondamentale ne è la dispnea, troppo spesso trascurata durante il test magari perché frettolosamente classificata come conseguenza di patologie e/o condizioni diverse dalla cardiopatia ischemica quali le malattie polmonari, l'obesità e l'affaticamento. Qualora però il paziente presenti dispnea associata a sottoslivellamento del tratto ST, in assenza di alterazione della funzione polmonare e di segni e sintomi di scompenso cardiaco, tale dispnea può essere ritenuta un equivalente anginoso con il suo pesante e sfavorevole valore prognostico¹³.

Previsto dalle Linee Guida Internazionali per la valutazione dei pazienti con probabilità di malattia pre-test intermedia, il test da sforzo può essere considerato anche per il paziente con probabilità pre-test bassa data la ridotta frequenza di risultati positivi e l'elevato potere predittivo di una risposta negativa. In caso di probabilità pre-test elevata sarebbe auspicabile sottoporre il paziente in prima battuta a metodiche più sensibili e più specifiche nell'identificazione della presenza e dell'estensione della malattia, riservando al test da sforzo il suo ruolo nel follow-up seguente del paziente.

Alla fine di questa breve rassegna ci sembra intuitivo che il Test ergometrico, che tenga in considerazione tutti i parametri citati, possieda un elevato potere diagnostico e prognostico e in virtù anche del suo basso costo, della sua facile programmazione e della minor lista d'attesa rispetto alle tecniche di imaging, si riproponga come **il primo e insostituibile metodo di valutazione del paziente ischemico**.

1 Myers J, Prakash M, Froelicher VF, Do D, Partington S, Atwood E. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* 2002;346:793-801.

2 Dorn J, Naughton J, Imamura D, Trevisan MA. Result of a multicenter randomized clinical trial of exercise and long-term survival in myocardial infarction patients. *Circulation* 1999;100:1764-9.

3 Lauer MS, Francis GS, Okin PM, Pashkow FJ, Snader CE, Marwick TH. Impaired Chronotropic response to exercise stress testing as a predictor of mortality. *JAMA* 1999;281:524-529.

4 Elhendy A, Mahoney DW, Khandheria BK, Burger K, Pellikka PA. Prognostic significance of impairment of heart rate response to exercise. *J Am Coll Cardiol* 2003;42:823-830.

5 Matthews CE, Pate RR, Jackson KL et al. Exaggerated blood pressure response to dynamic exercise and risk of future hypertension. *J Clin Epidemiol* 51;1:29-35, 1998.

6 Mottram PM, Haluska B, Yuda S et al. Patients with a hypertensive response to exercise have impaired systolic function without diastolic dysfunction or left ventricular hypertrophy. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:848-53.

7 Singh JP, Phil D, Larson MG, Manolio TA et al. Blood pressure response during treadmill testing as a risk factor for new-onset hypertension. *Circulation* 1999;99:1831-1836.

8 Tanaka H, Bassett DR, Turner MJ. Exaggerated blood pressure response to maximal exercise in endurance-trained individuals. *Am J Hypertens* 1996;9:1099-1103.

9 Lauer M, Pashkow FJ, Harvey SA, Marwick TH, Thomas JD. Angiographic and prognostic implication of an exaggerated exercise systolic blood pressure response and rest systolic blood pressure in adults undergoing evaluation for suspected coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol* 1995;26:26:1630-6.

10 Taylor AJ, Beller GA. Postexercise systolic blood pressure response: clinical application to the assessment of ischemic heart disease. *Am Fam Physician*. 1998 Oct 1;58(5):1126-30.

11 Lai S, Kaykha A, Yamazaki T, Goldstein M, Spin JM, Myers J, Froelicher VF. Treadmill score in elderly men. *J Am Coll Cardiol*. 2004;43:606-615.

12 Frolkis JP, Pothier CE, Blackstone EH, Lauer MS. Frequent ventricular ectopy after exercise as a predictor of death. *N Engl J Med* 2003;348(9):781-90.

13 Abidov A, Rozanski A, Hachamovitch R et al. Prognostic significance of dyspnea in patients referred for cardiac stress testing. *N Engl J Med* 2005;353(18):1889-98.

DUM ROMAE CONSULITUR...

di Alfredo Zuppiroli

Al crescente impatto delle patologie croniche non corrispondono ancora precise azioni volte a riorientare i servizi sanitari. Si stenta a realizzare quei modelli assistenziali che sul piano teorico sono stati ampiamente dibattuti e sono ormai pronti per essere adottati. Più fatti e meno parole potranno salvare il Servizio Sanitario Nazionale dal collasso inevitabile se continueremo a rispondere alle nuove esigenze delle cronicità con un'organizzazione come quella ospedaliera tarata solo sull'acuto.

Da anni andiamo leggendo documentate analisi sul crescente impatto delle patologie croniche: la **transizione epidemiologica** è ormai un dato di fatto, gli addetti ai lavori ne parlano in ogni occasione, e gli scenari futuri vengono presentati con livelli di allarme che ogni anno devono essere ricalcolati al rialzo. Ai bisogni dei tanti malati cronici, sempre più fragili, si risponde con l'ennesimo ricovero e con ulteriori interventi tecnici/tecnologici, un modello del tutto inefficace se guardiamo alla salute di questi pazienti non solo sotto il profilo della lesione o della malattia intesa come "disease", ma anche secondo la prospettiva dell'infermità individuale e sociale (la "illness" e la "sickness").

Che senso ha un intervento, anche se tecnicamente ineccepibile, lasciato a se stesso ed avulso dal contesto, dalla storia del paziente, privo di quella continuità con il "dopo"? Sappiamo sempre meglio trattare una lesione (**to treat**), possiamo certamente curare la malattia (**to cure**) anche se sempre meno ne otteniamo la guarigione, ma sempre meno sappiamo prenderci carico del paziente in tutto il suo percorso (**to care**). Volendo sintetizzare, siamo sempre più ossessionati dalla "Dimissione" dall'Ospedale, nella mitica rincorsa a ridurre le giornate di degenza, senza contemporaneamente organizzare l'"Ammissione" del paziente ad un programma strutturato di presa in carico della sua malattia cronica. Anche il più bravo ed efficiente Bed Manager risulterà sempre un Bad Manager del paziente se limiterà la sua opera alla degenza ospedaliera. Il gioco dell'oca cui sono costretti tanti pazienti con scompenso cardiaco, in un andirivieni da e per l'ospedale, è sotto gli occhi di tutti.

Per scendere nel concreto, il Pronto Soccorso, o DEA, non può costituire l'unica modalità di accesso all'Ospedale. Due esempi per tutti: è possibile che debbano avere le stesse modalità di accesso (a parte un diverso colore di codice di triage) i pazienti con Infarto Miocardico Acuto e quelli con dolore toracico subacuto? Oppure, i pazienti con aritmia improvvisa e compromissione emodinamica e coloro ai quali viene riscontrata una fibrillazione atriale precedentemente non conosciuta (e quanto aumenteranno questi casi...). Dato che il contesto clinico è così differente, perché la risposta (dis)organizzativa dell'Ospedale è la stessa? Una risposta del tutto efficiente sarebbe invece quella di attivare in ogni ospedale **percorsi dia-**



Pablo Picasso, Guernica, 1937

agnostico-terapeutici facilitati (i cosiddetti "Fast track"), con il duplice obiettivo di ridurre il sovraffollamento cronico dei DEA e di ridurre le liste di attesa per esami strumentali o visite specialistiche attraverso la razionalizzazione della domanda. Infatti, questi Fast Track dovrebbero essere attivati solo dal Medico di Medicina Generale che, responsabilizzato nella loro attivazione, contribuirebbe ad indirizzare la domanda sui canali dell'appropriatezza.

Sappiamo infatti che di fronte ad una crescita della domanda la risposta non deve consistere nell'aumento dell'offerta, che tanto si satura sempre nel giro di poco tempo.

Nel nostro Ospedale stiamo sperimentando alcuni modelli di continuità assistenziale con il territorio sia "in entrata" che "in uscita". In particolare, è attivo un **fast track per la fibrillazione atriale**, patologia per la quale è in atto anche un **follow-up infermieristico** dei pazienti sottoposti a cardioversione elettrica. Qualche dato: è solo grazie a questo ambulatorio infermieristico che abbiamo potuto rilevare come almeno 1/3 dei pazienti sottoposti a cardioversione elettrica efficace deve ripetere la procedura nell'arco di un anno e mezzo, e che a questa data circa la metà dei pazienti sono nuovamente in fibrillazione atriale. Di questi, almeno 1 su 5 non è correttamente anticoagulato secondo le Linee Guida, ed 1 su 10 continua inappropriatamente una terapia antiaritmica.

Sono dati molto importanti per riorientare i nostri comportamenti, dati attinenti alla nostra casistica e non desunti da una letteratura che vede sempre i soggetti dei trial molto distanti da quelli del mondo reale. È bastato spostare l'attenzione dal solo evento (l'accesso al DEA o la cardioversione elettrica) al percorso in continuo del paziente con fibrillazione atriale, impiegando risorse a costo relativamente basso, per ottenere dati molto utili per migliorare la qualità dell'assistenza. Così, i pazienti sottoposti a rivascolarizzazione miocardica, percutanea o chirurgica, vengono ammessi ad un ambulatorio clinico e strumentale per la prevenzione secondaria che non si limita all'effettuazione di questo o quel test diagnostico, ma si fa carico di una gestione multiprofessionale. Lo stesso modello vale per lo scompenso cardiaco. Ed allora, forse, non è per caso che nel secondo semestre del 2006, per la prima volta da anni ed in controtendenza, gli accessi per scompenso cardiaco al DEA del nostro Ospedale sono diminuiti! È questo un piccolo contributo per ricordare che solo azioni ben precise, e non le parole fini a se stesse, possono "salvarci" dal peso delle cronicità. Altrimenti, Tito Livio ci ricorda che, mentre a Roma si discute, Saguntum expugnatur...

Cosa può fare l'ANMCO? Molto, a mio parere, forte del suo autorevolissimo ruolo, basta che la "O" del suo patrimonio genetico stia solo a ricordarne le origini ma non costituisca un ostacolo ad adeguarsi ai nuovi scenari. Purtroppo si continuano a vedere congressi centrati su temi quali "Il ruolo del Cardiologo nel trattamento di...", dove relatori ed uditorio si danno ragione a vicenda, mentre contemporaneamente, in un'altra sede, altri specialisti non cardiologi, organizzano, sullo stesso argomento, il loro convegno. Invece del dialogo, dell'ascolto, della disponibilità a riconoscere competenze e ragioni in chi è professionalmente diverso si continua a spendere energie nell'anacronistica difesa di una posizione professionale... E intanto i pazienti cronici aumentano, con le loro multipatologie, ed aumenta la parcellizzazione delle loro peregrinazioni tra specialisti sempre più professionisti nei loro settori e sempre più alfabeti riguardo alla capacità di vedere al di fuori di sé. Ha un senso continuare a parlare del "Ruolo dell'UTIC nella gestione...", quando il paziente che oggi vediamo nelle nostre UTIC è sempre più complesso? Questo paziente dovrà e potrà continuare ad essere assistito dal Cardiologo, se questi riuscirà ad acquisire **nuove competenze e nuove abilità tecniche** (due esempi per tutti: i grandi ambiti dell'insufficienza renale e dell'insufficienza respiratoria), altrimenti è bene che sia curato da chi sa offrirgli il meglio della capacità professionale di cui ha bisogno. Un altro tema: perché i Cardiologi Ospedalieri non possono collaborare, addirittura non si parlano, con i cosiddetti "Extraospedalieri"? Ci si rende conto dell'anacronistica e ridicola situazione che vede due mondi isolati ed impermeabili (salvo le solite eccezioni che comunque confermano la regola) sul piano dell'inquadramento contrattuale, e dunque anche su quello sindacale, per non parlare di quello scientifico e societario? La **"Federazione Italiana di Cardiologia"** deve restare nell'Olimpo o non sarebbe l'ora di sperimentarla sul campo, nel lavoro di tutti i giorni?

Da un sistema di presidi, ospedalieri e non, che cercano di lavorare in rete si deve passare ad una rete, anche multiprofessionale, che lavora nei presidi: questa è la sfida che ci attende, da mettere in atto subito. Ma, quanto il Documento dell'ANMCO sulla Struttura e Organizzazione funzionale della Cardiologia, che fa della Rete il perno su cui tutto dovrebbe ruotare, è stato non dico recepito, ma almeno conosciuto dai nostri amministratori? Se chi ha l'onere e l'onore di governare la Sanità fa del pareggio di bilancio non un forte strumento di gestione, ma l'unico fine cui destinare le proprie scelte strategiche, e non comprende come un certo investimento oggi ripagherà domani con ampi interessi, il prodotto sarà quello sotto gli occhi di tutti: ognuno contro l'altro, gli specialisti contro i Medici di Medicina Generale e contro gli "altri" specialisti, il Territorio contro l'Ospedale, ciascuno impegnato a fare lobby e corporazione, nel tentativo di strappare qualche spicciolo in più.

"I problemi che abbiamo oggi non saranno mai risolti all'interno della stessa cultura che li ha generati"

Albert Einstein

RICORDANDO GIORGIO BAROLDI



Con la scomparsa di Giorgio Baroldi la Cardiologia italiana perde un grande Maestro, i cui insegnamenti vanno al di là delle originali ricerche sull'eziopatogenesi della malattia coronarica e del danno miocardico.

Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Milano nel 1949, Giorgio Baroldi fin dagli inizi ha concentrato gran parte dei suoi interessi nello studio della patologia cardiovascolare. Nel 1961 inizia la sua attività di ricerca presso l'Armed Forces Institute of Pathology di Washington D.C. e negli anni successivi completa diversi progetti di ricerca con altri importanti Istituti statunitensi e canadesi. Nel 1971 viene nominato Direttore della Sezione di Patologia dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR

di Pisa. È stato inoltre titolare della Cattedra di Patologia Cardiovascolare dell'Università di Milano e Direttore della Sezione di Milano dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR.

Con la sua attività di ricerca ha contribuito al formarsi ed al consolidarsi, sia negli Stati Uniti che nel nostro Paese, della specialità "Patologia Cardiovascolare" alla quale oggi è riconosciuto un ruolo fondamentale in Cardiologia. I suoi studi sul circolo coronarico gli sono valse importanti riconoscimenti in ambito nazionale ed internazionale.

Tra le sue numerose e prestigiose pubblicazioni voglio ricordare la seconda edizione 2004 della monografia "The etiopathogenesis of coronary heart disease: a heretical theory based on morphology", recensita nel 2005 anche nel nostro Italian Heart Journal. Essa rappresenta un compendio di oltre 40 anni di studio ed appassionata ricerca morfo-strutturale nel campo della malattia coronarica. Questa sua ultima opera oggi costituisce il lascito della sua visione "eretica" nei confronti della Cardiologia ufficiale riguardo all'eziopatogenesi della cardiopatia ischemica, contrapposta allo stereotipo condiviso del trombo e dell'ischemia da stenosi coronarica.

La mia personale conoscenza diretta di Giorgio Baroldi risale alla fine degli anni 80, consolidatasi attraverso studi collaborativi sul danno miocardico catecolaminico in pazienti con emorragia cerebrale. Nella frequentazione avvenuta in quegli anni ho potuto apprezzare il rigore scientifico, l'entusiasmo, la caparbia del ricercatore ancora giovane nello spirito e soprattutto la grande onestà intellettuale.

Gli interessi di Baroldi non erano solo la ricerca scientifica, ma anche le problematiche gestionali ed organizzative della Cardiologia. Anche in questo campo emergono la passione e la determinazione nel perseguimento degli obiettivi. In un suo articolo pubblicato sul Giornale Italiano di Cardiologia nel 1996 in tema di frammentazione della Cardiologia e proposta di modelli di dipartimento cardiovascolare, Baroldi concludeva affermando: "Tentare di prospettare una città del sole è sempre un rischio, che però è morale correre". Un richiamo oggi molto attuale a portare avanti la difesa dell'unitarietà della Cardiologia, senza scoraggiamento di fronte agli ostacoli.

In uno dei nostri incontri Baroldi mi aveva fatto dono di un'autobiografia della sua "avventura scientifica", sottotitolata "storia naturale di un'eresia". Mi piace terminare il ricordo del Professor Baroldi citando integralmente le righe conclusive del racconto della sua vita professionale ed umana: "Ma si fa sera. Ed è incominciata la dolcezza del tramonto. Perché il tramonto è dolce quando la mano destra non sa quello che la sinistra ha dato, e tutte e due hanno dato; quando si è amato senza mai chiedere; quando si è dimenticato se stessi per gli altri; quando si è stati onesti con se stessi anche nell'errore; quando ogni affermazione è stata ricerca sofferta". Un bellissimo grande testamento spirituale che Giorgio Baroldi lascia a tutti i Cardiologi italiani.

Giuseppe Di Pasquale

I COLLEGHI CARDIOLOGI DEL FRIULI VENEZIA GIULIA RICORDANO FULVIO PIVOTTI



Lutto nel mondo sanitario. Dopo una lunga malattia è mancato domenica il cardiologo Fulvio Pivotti.

Sessantuno anni, nato a Monfalcone, aveva collaborato fin dagli inizi della sua carriera allo sviluppo del Centro Cardiovascolare dove era stato assistente, poi aiuto corresponsabile e infine responsabile.

Incarico che ha mantenuto finché per motivi di salute ha dovuto abbandonare il servizio.

Laureatosi a Trieste, dove si era specializzato nell'82 in cardiologia con il professor Fulvio Camerini, con una tesi innovativa sulle reazioni del cuore allo sforzo fisico, da subito si era occupato ai problemi della riabilitazione dei pazienti cardiopatici collaborando con il Centro per la riabilitazione del cardiopatico.

Proprio in questo periodo aveva maturato quel vivo interesse per lo studio dei problemi relativi ai pazienti colpiti da infarto miocardico, che gli aveva consentito di produrre numerosi lavori scientifici presentati poi a congressi internazionali e nazionali di cardiologia.

Fulvio Pivotti è stato inoltre un prezioso riferimento per le associazioni di volontariato che raccolgono i pazienti cardiopatici, rivestendo cariche di rilievo all'interno di Sweet heart - Dolce Cuore e Cuore amico di Muggia.

Chi ha conosciuto Fulvio Pivotti ricorda la profonda umanità e competenza che hanno sempre contraddistinto il suo agire. Soprattutto colpiva la sua dedizione alla cardiologia dove sapeva coniugare professionalità con umanità cosa non sempre facile.

Metteva la persona che chiedeva le sue cure al centro dell'attenzione riuscendo inoltre ad avere con tutti un sorriso ed un motto amichevole. La perdita del dottor Fulvio Pivotti lascia un vuoto incolmabile fra chi l'ha conosciuto e ha condiviso la sua lunga carriera.

FIGURARE LA PAROLA

a cura di Francesco Chiarella, Gennaro Santoro e Francesco Meucci

“Prescriverò soltanto quei rimedi che, secondo le mie forze e il mio discernimento, saranno di beneficio ai malati, che guarderò da ogni male, da ogni pericolo e dalla falsa via. Giammai, mosso dalle premurose insistenze di alcuno, propinerò medicinali letali ne commetterò mai cose di questo genere”.

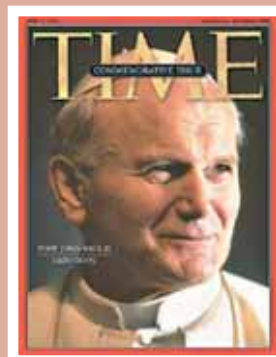
IPPOCRATE, GIURAMENTO (V SEC. A.C.)

“Non sempre bisogna cercare di tenere la vita, perché vivere non è un bene, ma è un bene vivere bene. Così il saggio vivrà quanto deve, non quanto può; esaminerà dove gli converrà vivere, con quali persone, in quali condizioni, con quali occupazioni. Egli si preoccupa sempre del tipo di vita che conduce, non della sua durata: se gli si presentano molte avversità che turbano la sua tranquillità, esce dal carcere... Quel che importa non è morire più presto o più tardi, ma importa morire bene o male, ma morire bene è fuggire il pericolo di vivere male”.

SENECA, “EPISTOLE A LUCILIO”, 70

“A parte ogni più intima e profonda considerazione, religiosa e non, di scelte, di dottrina, di sapienza, di speranza, di dignità, di pietà e di tanti altri sentimenti che lasciamo al giudizio e alla coscienza di ognuno; innegabilmente proviamo immensa tenerezza nel ricordare, oggi come ieri, il Santo Padre. Rifiutando ogni ultima e intensiva cura in Ospedale, volendo restare a casa, non ha dimenticato la forza della scienza, ma forse ha semplicemente voluto dimostrare che un uomo non deve aver paura di affrontare la morte, quando la “sente” vicina, perché questo è il modo più vero per dare un senso all’esistenza terrena. Questo Suo ultimo rifiuto di ogni forma di accanimento terapeutico non è stato un atto di coraggio, ma di dignità e di fede, la sua umana angoscia s’è fatta speranza, quella stessa che muove il nostro lavoro”.

“L’IMPORTANZA DI PARLARE AL CUORE” DI FRANCESCO BOVENZI, CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI, N° 144 MARZO-APRILE 2005



“Ripensando la notte di Welby anch’io soffro nel vedere che un uomo di quella intelligenza e quella sensibilità, che ha rivelato anche nel suo libro, debba scomparire. Immagino la drammaticità di lui che stava chiedendo di morire e che avrà espresso al medico che gli stava accanto la possibilità di compiere questo evento. Ora un uomo che dispone della sua morte, che chiede di morire non è saggio? Che è capace di fare questo gesto, non è saggio? Secondo me è saggio. Ha raggiunto quel livello di rassegnazione, di consegna di sé alla morte che difficilmente noi in generale raggiungiamo”.

UMBERTO GALIMBERTI, INTERVENTO DURANTE LA TRASMISSIONE “OTTO E MEZZO” (LA7 - 21 DICEMBRE 2006)

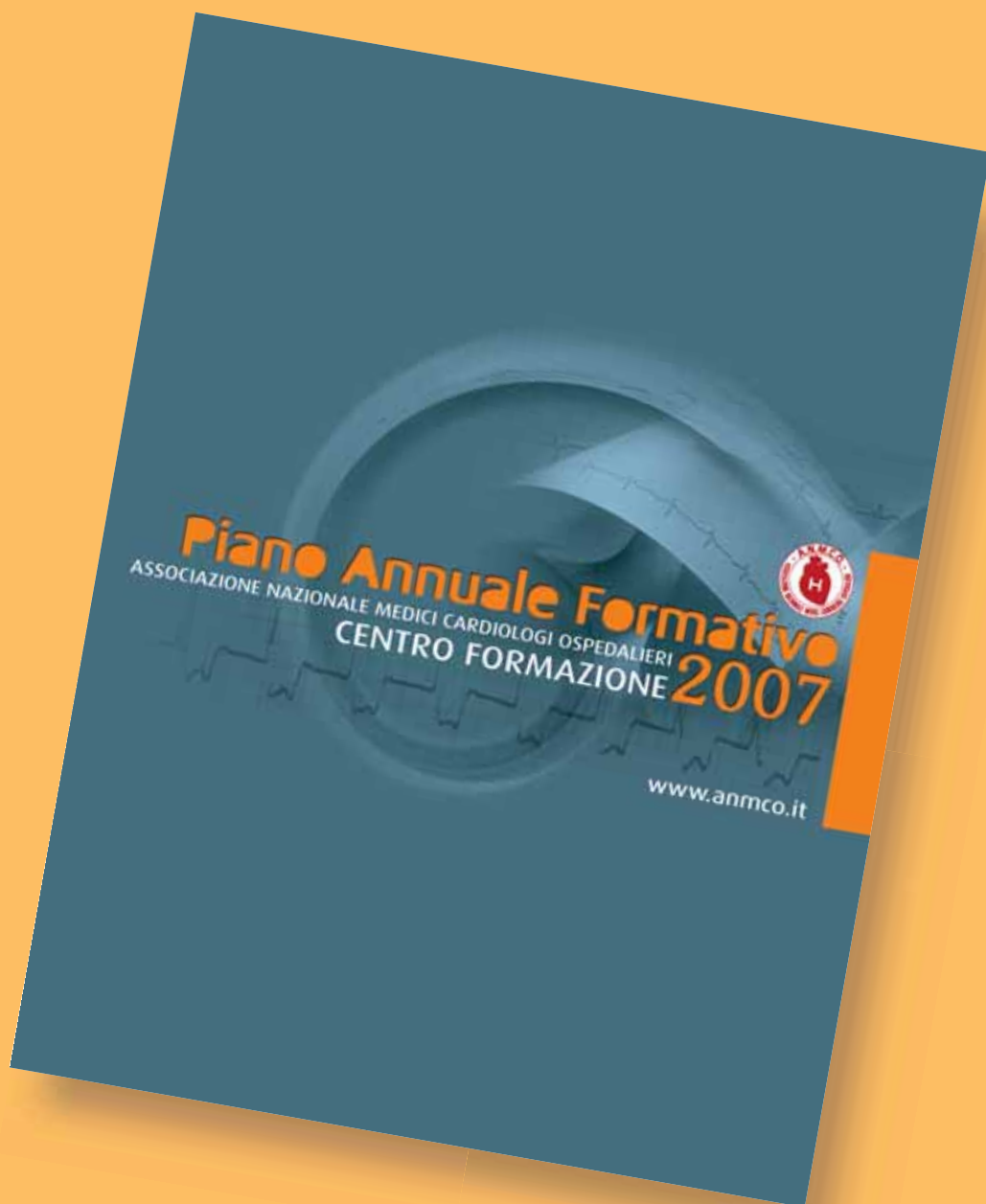


“Vorrei che i sogni perduti o abbandonati al mattino vicino al dentifricio, o quelli traditi per vigliaccheria o per calcolo cinico o per timore degli altri, ritrovassero la strada e rimanessero al mio fianco per farmi compagnia.

E vorrei morire all’alba insieme a loro”.

PIERGIORGIO WELBY, DAL LIBRO “LASCIASTEMI MORIRE”, 2006 ED. RIZZOLI

**È possibile iscriversi
ai Corsi del Centro Formazione ANMCO
con modalità ON LINE
attraverso il sito web dell'Associazione
www.anmco.it**





ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

