MARZO - APRILE N. 156 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

ANMCO 2007
XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

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

CARDIOGENERALIST 3 GIUGNO 2007

ANMCO 2007

CARDIONURSING 4-5 GIUGNO 2007

3-5 GIUGNO 2007
FORTEZZA DA BASSO
F I R E N Z E

AMICI DELL'ANMCO
AstraZeneca • Boehringer Ingelheim • Pfizer Italia • Sanofi- Aventis • Servier Italia

MOVIE SESSION

di

interventistica

XXXVIII Congresso Nazionale ANMCO
domenica 3 giugno 2007

ARITMOLOGIA ore 13.15 – 14.45

ore 14.45 – 16.00 **EMODINAMICA**

MARZO - APRILE N.156 2007

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

IN QUESTO NUMERO:

DAL PRESIDENTE

2 LA SFIDA DEL XXXVIII CONGRESSO ANMCO
di Francesco Chiarella

DAL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO

4 IL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO SI RINNOVA
di Andrea Di Lenarda

DALLA HEART CARE FOUNDATION

5 UN "LAICO" IN HEART CARE FOUNDATION
di Luciano Sita

REPORTAGE

8 ACUTE CARDIAC CARE 2006
di Alessandra Chinaglia

11 L'ESPERIENZA COLLABORATIVA SUI PEPTIDI NATRIURETICI NELLO SCOMPENSO CARDIACO: I MAGGIORI ESPERTI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI A CONFRONTO
di Mario Chiatto e Giuseppe Di Tano

DALLE AREE

14 **AREA CHIRURGICA** "EPPUR SI MUOVE…"
di Claudio Grossi

16 **AREA EMERGENZA-URGENZA** CLINICAL COMPETENCE IN UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA
di Giuseppe Fradella

18 **AREA INFORMATICA** L'ATTIVITÀ DELL'AREA INFORMATICA PER IL BIENNIO 2007-2008
di Luigi Paolo Badano

22 **AREA NURSING** I PROGRAMMI DELL'AREA NURSING PER IL NUOVO BIENNIO
di Claudio Coletta

25 **AREA SCOMPENSO CARDIACO** IL CAMMINO PROSEGUE…
di Fabrizio Oliva

DALLE REGIONI

32 **CALABRIA** NEWS DALLA CALABRIA
di Marilena Matta

34 **MARCHE** NEWS DALLE MARCHE
di Domenico Gabrielli e Gian Piero Perna

36 **PUGLIA** APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI OSPEDALIERI - IL MODELLO DI ANALISI "MAAP" ADOTTATO DALLA REGIONE PUGLIA
di P. Caldarola, M.Ciccone, G.A. Di Pietro

CUORI ALLO SPECCHIO

39 INTERVISTA AL PROF. DE SERVI
di Matteo Cassin e Gennaro Santoro

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

41 L'UOMO, IL TERRITORIO E LA MEMORIA DEI LUOGHI
di Alessandro Ferrini

FORUM

44 VALUTAZIONE COSTO/EFFICACIA PER GLI STENT A RILASCIO CONTROLLATO DI FARMACO
di Roberto Bonmassari

46 RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA: EVIDENZE E PROSPETTIVE
di Francesco Fattirolli

48 LAO-TSE, L'ANDRAGOGIA ED IL CORSO INTERMEDIATE LIFE SUPPORT
di Mauro Mennuni

50 BURN-OUT UNA SINDROME ANCORA TROPPO SOTTOVALUTATA?
di Giuseppe Palazzo

FIGURARE LA PAROLA

52 *a cura della Redazione*

IN COPERTINA

Particolare della copertina del programma del XXXVIII Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO

N. 156 - marzo/aprile 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

di Francesco Chiarella

LA SFIDA DEL XXXVIII CONGRESSO DELL'ANMCO

Alla fine la Società Scientifica che celebrerà il primo grande Congresso Nazionale del 2007 sarà proprio l'ANMCO. Il 3 giugno a Firenze sarà il nostro Congresso ad aprire una nuova stagione, dopo la sospensione delle attività congressuali, la lunga apnea che, con rare eccezioni, è durata sei mesi.

Come tutti sanno, l'impianto del sistema congressuale nazionale è entrato in crisi nell'autunno scorso: a fronte dei provvedimenti contenuti nella Finanziaria, inemendabili per necessità politica, l'industria, che nel settore dei farmaci e dei presidi investe, lavora e guadagna, ha deciso di far sentire la propria voce bloccando dal 1° gennaio i supporti per eventi educazionali e per Congressi. L'impossibilità di modificare gli orientamenti governativi ha condotto ad una fase di totale incertezza, mentre le ricadute sul settore medico e su quello dei servizi collegati hanno cominciato a farsi sentire. La necessità di rivedere l'intero sistema, tra le cui pieghe sono passate inappropriatezze ed eccessi, era e resta sotto gli occhi di tutti: basti pensare all'inflazione di eventi formativi supportati da sponsorizzazioni "a pioggia" che hanno superato nello scorso anno il numero di 23.000 ed alla crisi strutturale del sistema ECM che attende l'ennesima "revisione" ministeriale. Ben venga quindi che industria, medici e politici si interroghino seriamente.

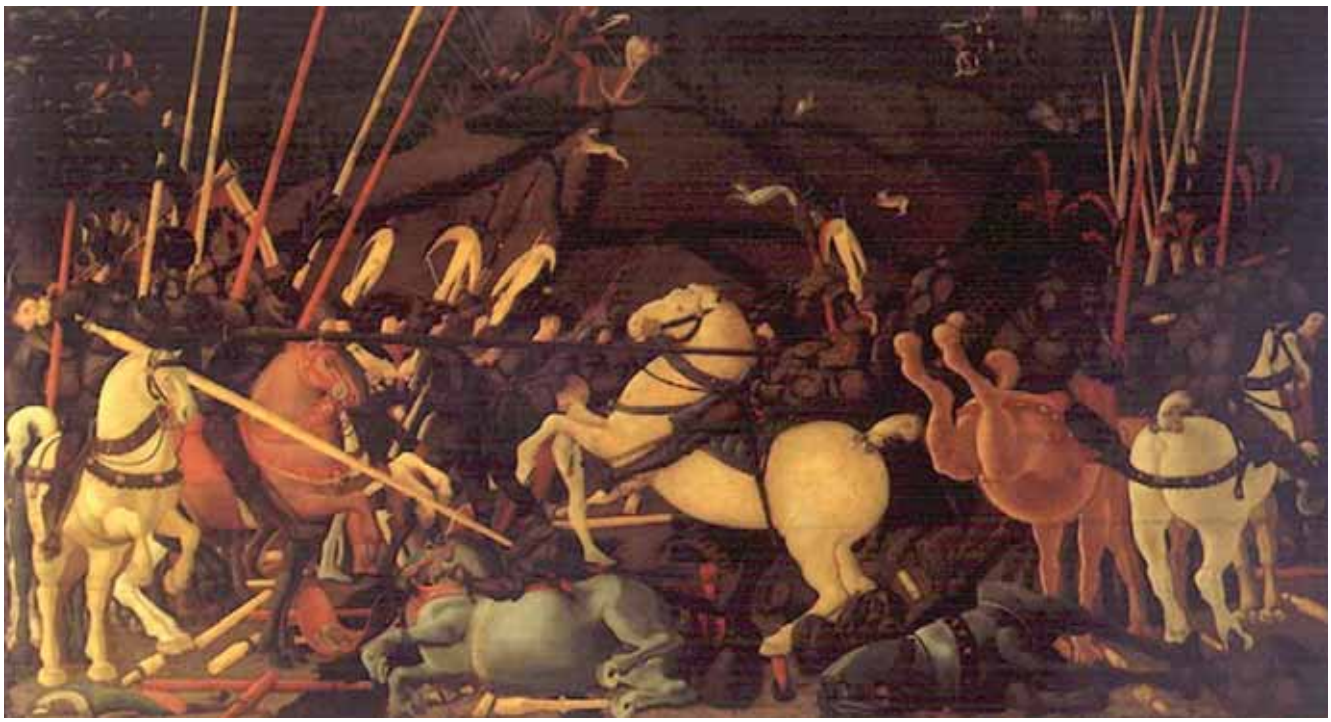
Nike di Samotracia, 190 a.C.

Il nostro Congresso, programmato con un anno di anticipo per i primi giorni di giugno alla Fortezza da Basso di Firenze si è collocato in questo contesto. ANMCO, una delle Società Scientifiche di maggior rilievo sul piano nazionale, si è trovata nella posizione di "sorvegliata speciale", guardata con attenzione dalle altre Società Scientifiche, dal mondo dell'industria, da ambienti ministeriali e soprattutto da un gran numero di medici italiani.

Si trattava di mettere in gioco al massimo livello sia la coscienza di essere una grande e prestigiosa associazione nazionale sia il senso di responsabilità verso tutte le conseguenze, incluse quelle rappresentate dai rischi economici, peraltro inevitabili qualsiasi decisione si fosse presa: confermare data e sede del Congresso, spostarla o addirittura rinunciarvi.

Il Consiglio Direttivo ha avuto il coraggio di apportare alcune modifiche e di mantenere il Congresso nelle date prestabilite, rifiutando l'ambiguità di un posticipo che, stante il contenzioso tra Industria e

Governo, avrebbe avuto il sapore della subalternità. Congiuntamente a tale scelta il Direttivo ha sviluppato il confronto con le Aziende Farmaceutiche e con Assobiomedica, incontrando le prime singolarmente e quest'ultima ufficialmente nella sua sede milanese.
Va dato atto al Consiglio Nazionale di aver supportato questa linea con una forte e quasi unanime adesione, accettando la sfida e le sue conseguenze, compresa l'eventualità che ciascuno si facesse carico della propria presenza al Congresso.
Va dato atto agli Associati di aver guardato con favore a questa scelta, supportandola con un corale invio di abstract, rivelatisi alla conta finale in numero non inferiore rispetto all'anno precedente.
Negli ultimi due mesi si è lavorato febbrilmente per concretizzare le decisioni prese.
L'ANMCO avrà nel XXXVIII Congresso un appuntamento di minor durata e con forte concentrazione di eventi. Chi vi parteciperà vivrà un momento di intenso lavoro, teso a confrontare la professionalità, la ricerca e l'articolazione della Cardiologia nazionale in un clima particolarmente sobrio.
Il programma scientifico è stato curato con attenzione, i grandi temi sono stati sviluppati a partire dalle proposte di Simposi e Seminari inviate dalle realtà regionali, dalle altre Società Scientifiche e da molti Associati. Nella scelta dei Relatori e dei Moderatori si è guardato alla competenza, si è dato rilievo alla Fellowship dell'ANMCO, per ciascuna regione si è voluta una esposizione bilanciata in rapporto con il numero degli iscritti in regola con le quote associative.
Gli invitati saranno oltre 500, l'80% degli inviti è stato riservato ai Soci, il restante 20% include personalità del mondo scientifico federativo, rappresentanti di primo piano della cultura medica e delle istituzioni.
Nei primi giorni di aprile le posizioni di Farmindustria sono evolute, le Aziende Farmaceutiche hanno deciso di essere presenti, i Soci si sono attivati, le iscrizioni hanno superato quota 600, il numero di Simposi Satellite programmati dalle Aziende Farmaceutiche è arrivato ad una quota molto vicina a quella del 2006.
Ci siamo dati regole di rigore: gli inviti a carico dell'ANMCO copriranno il pernottamento per una sola notte, rinunceremo all'"Evento Sociale", i Relatori e i Moderatori non supereranno le due presenze complessive negli eventi tradizionali del Congresso e nei Simposi Satellite.
Faremo i bilanci a consuntivo, ma si sono già delineati i punti vincenti: non sottostimare il peso dell'ANMCO, far prevalere il valore delle scelte di cultura rispetto alle proposte di opportunità, pesare bene le difficoltà, accettare le sfide determinati a vincerle.
ANMCO, in conformità ai suoi principi costitutivi, sta mettendo in atto le regole di eticità di cui in questi giorni tanto si parla.



Paolo Uccello, Battaglia di San Romano, 1450

di Andrea Di Lenarda

IL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO SI RINNOVA

Il 2 marzo 2007 si è insediato il nuovo Comitato Scientifico ANMCO.

Il nuovo Comitato Scientifico, che sono stato chiamato a coordinare, è composto dal Segretario (Paolo Colonna), dall'Editor del Journal of Cardiovascular Medicine (Gian Luigi Nicolosi) e dai rappresentanti indicati dalle Aree (vedi tabella).

Nella Riunione vi è stato il passaggio di consegne del Coordinatore uscente Giuseppe Steffenino.

A Giuseppe va il nostro ringraziamento e riconoscimento per l'ottimo lavoro svolto in questi anni. La maggioranza, ma non tutti i componenti del precedente Comitato sono scaduti.

L'esperienza e la competenza di chi rimane, in particolare di Maria Teresa La Rovere sarà molto importante per l'impegnativo lavoro che ci attende.

Il compito sarà facilitato dall'efficiente staff di collaboratrici della nostra Segreteria, rinforzate dal gradito recente ritorno di Simonetta Ricci.

Quali sono i nostri obiettivi. Il nostro auspicio, e credo quello di tutta l'Associazione, è di proseguire nell'ottimo lavoro svolto dal gruppo coordinato da Steffenino. Non sarà facile continuare a farlo in modo così efficiente e rigoroso, ma ci proveremo!

Non solo cercheremo di dare il nostro parere con rigore ed indipendenza di giudizio, ma credo che il Comitato Scientifico debba avere un ruolo attivo nel formulare proposte e definire le linee di sviluppo della ricerca in ANMCO in stretta collaborazione ed attraverso un costruttivo confronto con tutti gli organismi della nostra Associazione, a partire dal Consiglio Direttivo e dal Centro Studi dell'ANMCO. Questo è un compito chiaramente esplicitato dall'art.18 del nostro Statuto.

Faccio un appello ai nostri Associati perché diano il loro contributo propositivo al dibattito sul futuro della ricerca cardiologica in Italia. Raccolgo la proposta di Giuseppe: facciamolo attraverso le pagine di questa rivista!

COMITATO SCIENTIFICO ANMCO
BIENNIO 2007-2008

Andrea Di Lenarda *(COORDINATORE)*

Paolo Colonna *(SEGRETARIO)*

Maria Teresa La Rovere

Gian Luigi Nicolosi *(EDITOR JOURNAL OF CARDIOVASCULAR MEDICINE)*

Luigi Paolo Badano *(AREA INFORMATICA)*

Claudio Coletta *(AREA NURSING)*

Giuseppe Favretto *(AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE)*

Claudio Fresco *(AREA EMERGENZA-URGENZA)*

Pino Fundarò *(AREA CHIRURGICA)*

Antonello Gavazzi *(AREA SCOMPENSO CARDIACO)*

Alberto Genovesi Ebert *(AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE)*

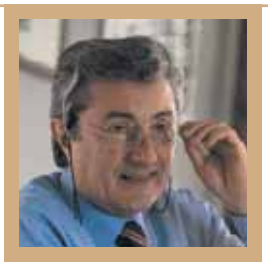
Giuseppe Inama *(AREA ARITMIE)*

Quinto Tozzi *(AREA MANAGEMENT & QUALITÀ)*

Mark Tobey, Transizione pacifica, 1943

di Luciano Sita

UN "LAICO" IN HEART CARE FOUNDATION



Una esperienza innovativa e virtuosa per ampliare l'impegno per la prevenzione delle Malattie Cardiache

Il vissuto di un manager all'interno del Consiglio di HCF che sottolinea la positività della collaborazione fra volontariato professionale e "laico" per il benessere della gente

Chi è Luciano Sita:
Sono membro "laico" del Consiglio di Amministrazione di HCF da qualche anno e mi fa piacere scrivere di questa esperienza per la Rivista di ANMCO, cioè di come vivo questo ruolo assieme a colleghi che fanno tutt'altro mestiere rispetto a quello che faccio io quotidianamente.
Sono un manager cooperativo di lungo corso. Ho lavorato trent'anni nella distribuzione essendo stato uno dei fondatori di CONAD e da 17 anni sono Presidente di Granarolo uno dei gruppi leader del mercato del latte nel nostro paese.

Come è iniziata l'avventura

Qualche anno fa ho fatto uno dei controlli periodici dello stato del mio sistema cardiocircolatorio e ho incrociato il Dott. Di Pasquale, Primario di Cardiologia dell'Ospedale di Bentivoglio, alla periferia di Bologna, allora anche Presidente molto attivo e impegnato dell'ANMCO.
Una persona squisita di grande umanità, professionalità e dispensatrice di serenità. Ci intrattenemmo sulle reciproche attività e mi avanzò la proposta di essere candidato come membro "laico" del Consiglio di HCF, una Fondazione impegnata nella ricerca e nella prevenzione delle malattie cardiache.
Il Dott. Di Pasquale mi disse che questa opera volonterosa e volontaria di un gruppo illuminato di Cardiologi, poteva essere supportata positivamente dall'inserimento di un manager con esperienza aziendale in grado di fornire un contributo meno condizionato dalla "professione cardiologica" nell'individuare come realizzare al meglio la mission di HCF.

Un impegno di grande valore sociale

Si trattava in sostanza di un impegno di grande valore sociale che poteva mettere a frutto per tali finalità l'esperienza da me maturata in tanti anni di dirigente di impresa per di più alimentare.
Per la verità la cosa mi incuriosì e al tempo stesso mi spaventò, perché pensare ad altri impegni oltre quelli assillanti e pressanti del mio mestiere non era proprio cosa da prendere sottogamba. L'insistenza del Dott. Di Pasquale che cercò abilmente di minimizzare l'impegno di tempo derivante dall'incarico propostomi (poche Riunioni del Consiglio in un anno) riuscì ad abbattere le mie ritrosie e accettai questa sfida.
È questo il percorso fatto come manager catapultato in un consesso di grandi professionisti della Cardiologia.
Anche se l'esperienza è tuttora recente, posso dire che ho avuto grande gratificazione da questo incarico, anche se non sono assolutamente soddisfatto per il tempo che ad esso posso dedicare rispetto a quanto sarebbe necessario o meriterebbe il mio ruolo di Consigliere.

La figura mitica del Dott. Valagussa e i suoi valenti collaboratori

Innanzitutto ho conosciuto persone a dir poco affascinanti, per professionalità, dedizione al proprio lavoro, senso di responsabilità ed impegno ad una causa di grande valore come la prevenzione delle malattie cardiocircolatorie.
Fra di esse ho avuto la fortuna di conoscere un personaggio mitico, che purtroppo di recente ci ha lasciati. Il compianto Dott. Valagussa per diversi anni Presidente di HCF che aveva chiesto da pochi mesi di essere sostituito come se avesse avuto il presentimento della sua scomparsa.
Una persona di impeccabile rigore, misura e precisione, paziente, capace di ascoltare e al tempo stesso di portare a sintesi e generare consenso su qualsiasi soluzione ai tanti problemi che diligentemente portava alla discussione del Consiglio.
Una persona indimenticabile, che ha lasciato un vuoto immenso sia sul piano professionale che su quello umano. Pur avendolo frequentato solo nelle occasioni del Consiglio di HCF, avrò sempre il ricordo del suo sor-

riso discreto e pieno di umanità con il quale mi salutava.
Ma assieme al Dott. Valagussa ho avuto la fortuna di conoscere gli altri Consiglieri, tutte persone ammirevoli per dedizione e professionalità, sempre pronti a fare proposte e ad assumere impegni per realizzare gli obiettivi della Fondazione.
Senza parlare della Segreteria della Fondazione, di una efficienza e passione invidiabili.

L'impegno per una esperienza innovativa

Insomma, man mano che frequentavo il Consiglio di HCF, mi sono trovato a mio agio e ho apprezzato questa intrusione cercando di portare la mia esperienza, quindi lo stimolo e le idee di chi non sapendo di Cardiologia poteva dire la sua sui temi della gestione, delle procedure, della negoziazione di servizi in una ottica di mercato.
Spero di avere dato un contributo positivo, l'intenzione c'è sempre stata, senza pretese né presunzioni, con grande spirito di servizio ad una causa che ritengo di grande valore sociale e umanitario.
Non nascondo peraltro la grande soddisfazione di avere appreso qualche nozione di Cardiologia, che, anche se generica e superficiale, mi fa fare figuroni quando ne parlo con amici e colleghi, che rimangono allibiti quando spiego le origini di questo mio sapere.
Naturalmente una esperienza che pur contando sull'impegno volontario di persone provenienti da diverse realtà territoriali e sociali incrocia sempre un deficit di risorse con le quali realizzare le tante idee che animano il consesso del Consiglio di Amministrazione.

Il valore strategico della prevenzione

Ed è veramente un peccato per non dire frustrazione dover rilevare che basterebbe poco per realizzare azioni e obiettivi con potenziali ritorni enormi sia sul piano della prevenzione che su quello dei valori sociali e della qualità della vita.
La prevenzione non ha mai avuto un grande valore di investimento sociale come in questi tempi di aspettative di vita sempre più lunghe.
Pensare di dover spendere risorse preziose solo per riparare danni, talvolta letali o invalidanti quando con molto meno potrebbero essere prevenuti, è proprio il segno di una delle assurdità che purtroppo contraddistingue la politica sanitaria del nostro paese.
È proprio perché ho ben presente questa realtà che mi sento pienamente partecipe, pur con tutti i limiti prima ricordati di una esperienza che ritengo non solo meritoria ma indispensabile affinché la cultura della prevenzione possa diventare strategia del nostro paese.

CARDIOLOGIE APERTE
30 settembre 2007

Fai in modo che anche la tua U.O. di Cardiologia partecipi all'iniziativa!
Per maggiori informazioni vai al sito

www.tuttocuore.it

Il successo di "Cardiologie Aperte"

Le professionalità, la passione e la dedizione di tanti Cardiologi è lì pronta per questo disegno.
Basti pensare al successo crescente di "Cardiologie Aperte", la giornata che HCF ha istituito per la prevenzione delle malattie cardiache, gestita in centinaia di reparti di cardiologia degli ospedali del nostro paese con l'impegno volontario di centinaia di Cardiologi e apprezzata da migliaia di persone che hanno colto questa occasione per avvicinarsi al tema della prevenzione.

La collaborazione virtuosa fra ambiente sanitario e imprese alimentari

Credo anche che l'esperienza che sto facendo, possa rappresentare un esempio virtuoso di coinvolgimento di professionalità del mondo dell'impresa in obiettivi e progetti di valore strategico per la sanità.
Ritengo che l'interprofessionalità oggi sia una ulteriore frontiera della progettazione utile al benessere della gente. Anche il mondo dell'industria alimentare può ricavare da rapporti sempre meno casuali e sempre più strutturati con il mondo della Sanità, motivo di "alleanza per il benessere" utile a progettare il futuro di questa società sempre più longeva.
Per questo la stessa iniziativa di HCF nell'ambito del Congresso ANMCO, di incontro costruttivo con il mondo della produzione alimentare è un ulteriore segno di lungimiranza, probabilmente come quello che ha aperto la porta del Consiglio di HCF ad un manager di una impresa alimentare.

Heart Care Foundation

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

Donazione del 5‰

C'è più cuore nella tua prossima dichiarazione dei redditi

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

Con la prossima dichiarazione dei redditi puoi destinare il cinque per mille per sostenere le Organizzazioni no-profit. La Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - Heart Care Foundation Onlus, è una Fondazione senza scopo di lucro, che nel solo interesse degli ammalati, promuove lo sviluppo della conoscenza nel settore medico-scientifico, in particolare nel campo cardiologico attivandosi nella ricerca scientifica, nell'istruzione e nella formazione.
Non ti costa nulla poiché è una quota di imposta a cui lo Stato rinuncia e che destina appunto alle organizzazioni no-profit per sostenere le loro attività. Non devi pagare niente di più di quanto devi al fisco, è lo Stato che rinuncia e trasferisce questa somma. Devi solo deciderlo TU, riempiendo l'apposito spazio, come nella figura sottostante, del modello CUD, 730 o UNICO, inserendo il codice fiscale 94070130482 e la tua firma oppure comunicandolo al tuo Commercialista o al CAF. Per maggiori informazioni: www.heartcarefound.org o www.tuttocuore.it oppure telefona allo 055 575661.
Grazie, di cuore per il tuo importante gesto.

I NUMERI DEL CUORE
94070130482

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

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

FIRMA ✓

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 94070130482

Finanziamento della ricerca scientifica e dell'università

FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Finanziamento della ricerca sanitaria

FIRMA

Codice fiscale del beneficiario (eventuale)

Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente

FIRMA

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

AVVERTENZE

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

Tuttocuore

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

di Alessandra Chinaglia

ACUTE CARDIAC CARE 2006

Meeting organizzato dal Working Group on Acute Cardiac Care dell'ESC (European Society of Cardiology)

Dal 21 al 24 ottobre 2006 si è tenuto a Praga il secondo meeting sulla gestione della fase acuta del paziente cardiopatico (ACUTE CARDIAC CARE 2006) organizzato dal Working Group on Acute Cardiac Care della ESC (European Society of Cardiology).
Si sono affrontati temi di interesse sia di ordine diagnostico terapeutico, che gestionale e organizzativo, di grande interesse per i Cardiologi e gli Infermieri che si occupano della fase acuta (il Congresso era rivolto anche alla componente infermieristica, con sezioni poster dedicate).
La presenza italiana è stata importante, sia per la partecipazione di Marco Tubaro, Vice-Chairperson del Working Group, sia per il numero di abstracts accettati (secondo posto dopo il Portogallo).

Infarto con ST sopraslivellato (STEMI)

Nel trattamento dello STEMI è stata data grande importanza all'elaborazione di strategie locali organizzative che consentano di effettuare o l'angioplastica primaria una trombolisi il più precoce possibile (ogni 30 minuti recuperati si ottiene una riduzione del 7% di mortalità ad un anno); è quindi sempre più evidente la necessità di attivare la trombolisi preospedaliera dove non sia disponibile l'angioplastica in tempi brevi.
È anche stato mostrato come l'angioplastica primaria mantenga una maggiore efficacia rispetto alla trombolisi anche se effettuata in tempi più prolungati di quelli attualmente indicati dalle Linee Guida.
Sono stati riportati i risultati del registro svedese recentemente pubblicati (Stenestrand, JAMA 2006): si tratta di un registro prospettico, osservazionale, relativo a 26.205 pazienti consecutivi con STEMI; nei pazienti trattati con angioplastica primaria la mortalità è risultata significativamente minore sia a 30 giorni che a un anno, rispetto a quelli trattati con trombolisi.
Nei pazienti trattati con trombolisi preospedaliera la mortalità è stata minore rispetto a quelli trattati con trombolisi intraospedaliera (figura 1). Alcuni relatori hanno pertanto portato alla discussione la proposta di prolungare il tempo "*door to balloon*" previsto per poter prevedere un trasferimento per angioplastica primaria dagli attuali 90 minuti a 110-120 minuti.
La strategia di riperfusione deve comunque essere decisa localmente in base alle caratteristiche logistiche, ma in ogni caso è stata consigliata l'elaborazione di protocolli scritti e condivisi. Si è ribadito inoltre che l'angioplastica primaria va comunque eseguita in centri ad adeguato volume per una garanzia di competenza.

Ridefinizione dell'infarto

È attualmente al lavoro una Commissione in cui sono coinvolte le principali Società Scientifiche che si sta occupando di riaggiornare la definizione di IMA del 2000. Non è ancora disponibile il documento definitivo, ma sono state presentate alcune novità: nella nuova definizione avrà un ruolo anche l'ischemia rilevata mediante

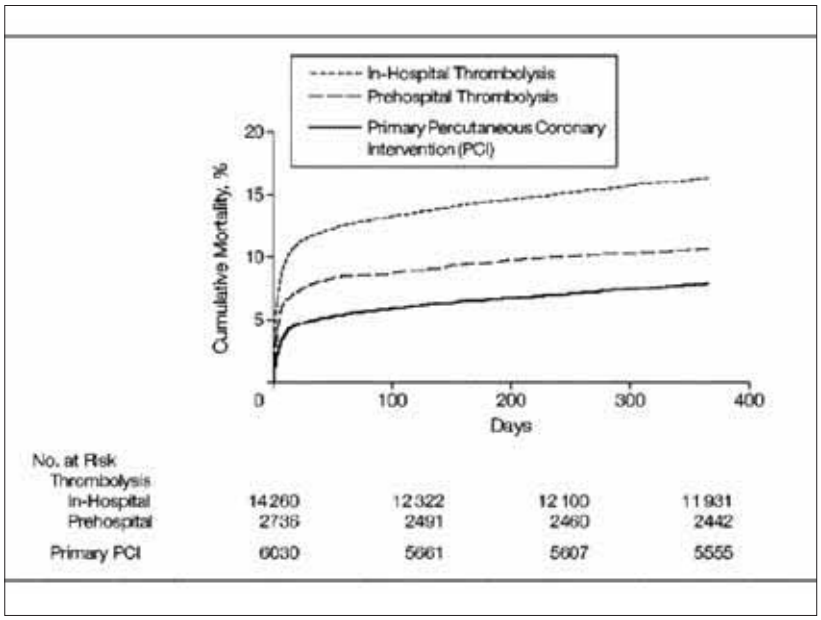


Figura1

le tecniche di imaging quando associata ad alterazione dei biomarkers cardiaci. Inoltre sempre più importanza viene attribuita alla troponina. Quindi la nuova definizione di IMA prevede la rilevazione di aumento della troponina in associazione a una delle seguenti situazioni:

1) sintomi di natura ischemica;
2) alterazioni ischemiche elettrocardiografiche;
3) ischemia rilevata con tecniche di imaging.

Sindrome Coronarica Acuta senza sopraslivellamento ST

Nell'ambito del trattamento delle Sindromi Coronariche Acute senza sopraslivellamento ST si è ribadita l'importanza della stratificazione del rischio: la troponina ovviamente continua ad avere un ruolo fondamentale a questo riguardo.
Sono inoltre importanti parametri clinici quali età, frequenza cardiaca, pressione arteriosa sistolica, il Killip maggiore o uguale a 2, ma anche parametri bioumorali quali la PCR e il BNP. La troponina elevata impone in questi pazienti un trattamento antiaggregante intensivo che include l'uso di inibitori delle glicoproteine IIb-IIIa e un atteggiamento invasivo precoce.

Nuove Linee Guida

Sono in corso di elaborazione le nuove Linee Guida europee sulla Sindrome Coronarica Acuta senza sopraslivellamento ST. Durante il Convegno sono state presentate alcune novità rispetto alla precedente edizione. Innanzitutto viene considerato il rapporto costo-beneficio di ogni trattamento con attenzione all'NNT.
Inoltre nella scelta del trattamento viene tenuto in considerazione, oltre al rischio ischemico, il rischio di sanguinamento. Il sanguinamento infatti è un effetto collaterale frequente in corso di trattamento antitrombotico spinto, in particolare in alcune categorie di pazienti, quali gli anziani, i diabetici, i pazienti con insufficienza renale e con anemia. Una corretta stratificazione del rischio dei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta senza sopraslivellamento ST dovrà pertanto tenere conto sia del rischio dovuto all'ischemia che a quello secondario a possibili sanguinamenti. I pazienti a basso rischio ischemico non devono quindi essere trattati con terapia antiaggregante troppo intensiva o con atteggiamento invasivo troppo precoce.

Scompenso Acuto

Per quanto riguarda il trattamento dello Scompenso Acuto, è emersa la necessità di effettuare rapidamente una stratificazione dei pazienti a seconda dei livelli di pressione arteriosa; il paziente con scompenso ad alta pressione ha una prognosi migliore, meccanismi fisiopatologici differenti (la componente di disfunzione diastolica è solitamente più importante), storia clinica diversa e necessità di un trattamento differente da quello normo-

Vista della Moldava dal Castello di Praga (Pražský hrad)

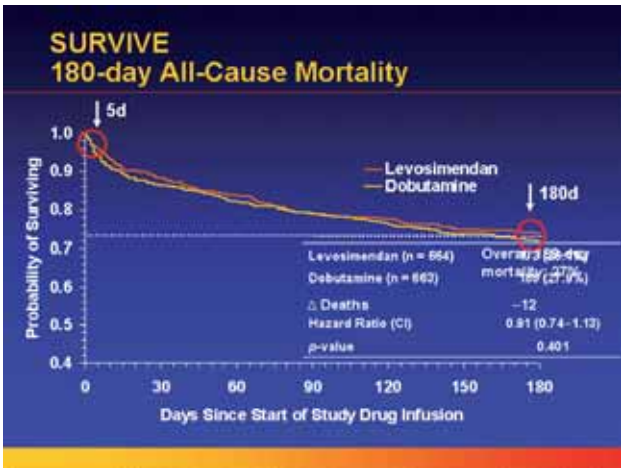


Figura 2

teso o peggio ipoteso. Un altro parametro importante nel predire la prognosi, di rapida applicazione, è il livello di ipossia.

Nella terapia dello Scompenso Acuto assume un ruolo sempre più importante l'assistenza ventilatoria non invasiva: una recente metanalisi (Masip, JAMA 2005) ha dimostrato una riduzione della mortalità nei pazienti trattati con CPAP, oltre che una riduzione della necessità di intubazione orotracheale. **La CPAP si delinea quindi al momento attuale come l'unica terapia dello scompenso acuto che abbia dimostrato una riduzione della mortalità**. Ne deriva la necessità di possedere a livello delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica l'attrezzatura, la competenza e la dimestichezza con questa tecnica così efficace per poterla applicare in modo estensivo.

L'uso dei peptici natriuretici viene sempre più consigliato, sia per lo screening diagnostico, sia a fini prognostici. A tale scopo sono necessarie rilevazioni multiple durante il decorso (per esempio all'ingresso, a 24 ore dall'evento acuto e alla dimissione). La rilevazione del BNP alla dimissione è risultato un parametro utile nel predire la riospedalizzazione a breve.

Poiché l'ischemia frequentemente riveste un ruolo fisiopatologico nello Scompenso Acuto si è ribadita la necessità di indagare mediante coronarografia soprattutto i pazienti con funzione sistolica conservata, e con test di vitalità quelli con funzione ridotta e malattia coronarica, al fine di indirizzare correttamente le procedure di rivascolarizzazione.

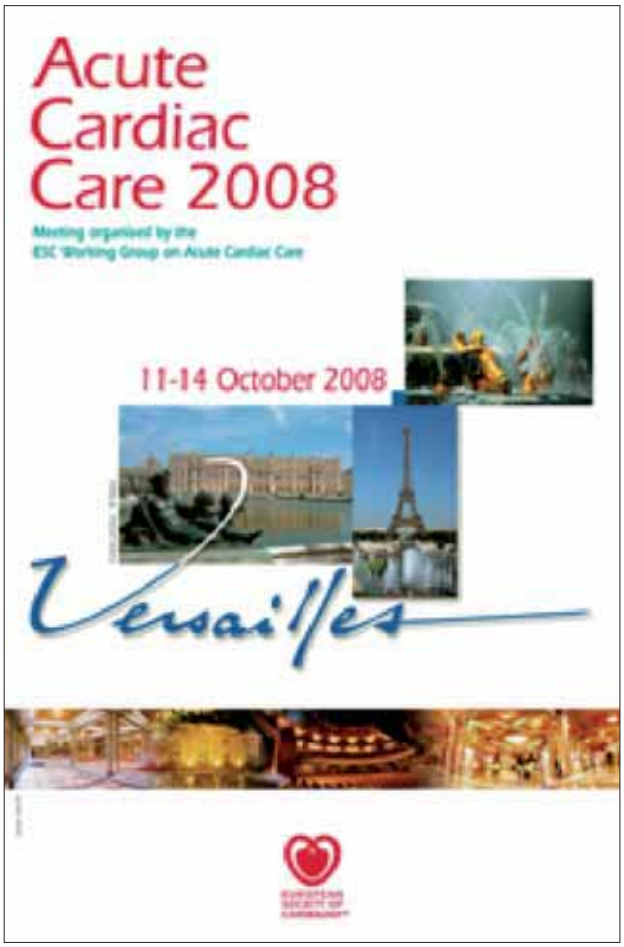
Sempre per quanto riguarda il trattamento dello Scompenso Acuto si è ribadita l'importanza dell'utilizzo dei vasodilatatori (e la nitroglicerina continua per ora ad essere il farmaco più utilizzato e consigliato).

Per quanto riguarda l'uso degli inotropi nello Scompenso Acuto è stata ribadita la necessità di utilizzarli per brevi periodi, e se possibile solo dove sia praticabile un successivo trattamento definitivo.

Il levosimendan viene sempre più utilizzato da alcuni centri, anche se la presentazione dello studio SURVIVE, in cui veniva confrontata la mortalità a 180 giorni nei pazienti trattati con levosimendan e con dobutamina, non supporta un ampio utilizzo, in quanto non sono state evidenziate differenze di mortalità nei due gruppi (figura 2), a differenza dello studio LIDO precedentemente pubblicato.

Dall'incontro con le esperienze europee ho avuto l'impressione che si parli sempre meno di Unità Coronarica e sempre di più di Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, mirata alla cura di pazienti complessi, in cui è richiesta una continua attenzione alle altre patologie ed alle complicanze extracardiache.

Per confrontarci ancora sulla cura del paziente acuto siamo tutti invitati a partecipare ed a inviare contributi al prossimo appuntamento con il Working Group on Acute cardiac care, a Versailles, dall'11 al 14 ottobre 2008.



di Mario Chiatto e Giuseppe Di Tano

L'ESPERIENZA COLLABORATIVA SUI PEPTIDI NATRIURETICI NELLO SCOMPENSO CARDIACO: I MAGGIORI ESPERTI NAZIONALI ED INTERNAZIONALI A CONFRONTO

Report sul Meeting "Peptidi natriuretici: una nuova gestione del paziente con Scompenso Cardiaco" tenutosi presso l'Ospedale S. Spirito di Roma

È al terzo anno di esperienza il Congresso monotematico sull'uso dei peptidi natriuretici nello Scompenso Cardiaco. L'edizione del 2006 si è svolta a Roma ed è stata organizzata dalla Cardiologia dell'Ospedale S. Spirito (Prof. Vincenzo Ceci, Dott.ssa Nadia Aspromonte, Dott. Roberto Ricci) dove si è svolto l'evento che ha ricalcato la struttura delle precedenti edizioni del 2004 (organizzata a Venezia dal Dott. Roberto Valle e dal Dott. Loredano Milani, Unità Scompenso Cardiologia, San Donà di Piave) e del 2005 (organizzata a Roma dalla Dott.ssa Nadia Aspromonte, Unità Scompenso Cardiologia S. Spirito).
La formula innovativa del programma scientifico, basato sulla piena ed esclusiva valorizzazione dei contributi scientifici dei maggiori esperti nazionali ed internazionali sull'argomento, rappresenta un esempio di ricerca clinica collaborativa indipendente svolta negli ospedali italiani, la cui originalità è riconosciuta dalla comunità scientifica internazionale.

Il significato dei peptidi natriuretici in Cardiologia e nello Scompenso Cardiaco

L'uso dei biomarkers in Cardiologia è divenuto ormai parte integrante dell'attività clinica cardiologica soprattutto nel paziente affetto da scompenso cardiaco. Come noto, il BNP viene prodotto principalmente dalle miocellule ventricolari cardiache in risposta a vari tipi di stimolo fra i quali sono da annoverare in primo luogo tutti i fattori emodinamici che portano all'aumento della distensione delle camere cardiache e/o all'aumento dello stress parietale ventricolare.
L'aumento del BNP porta ad una potente azione diuretica, natriuretica e vasodilatatrice di significato controregolatorio. Nel corso della I Sessione del Congresso dedicata alla Fisiopatologia sono state affrontate tematiche relative agli aspetti analitici (Dott. Michele Emdin), all'uso dei peptici nelle Sindromi Coronariche Acute e nella cardiopatia post-ischemica (Dott. Mauro Feola) e nelle condizioni di ipertrofia cardiaca (Dott.ssa Angela Beatrice Scardovi).

Utilità nella diagnosi di scompenso cardiaco

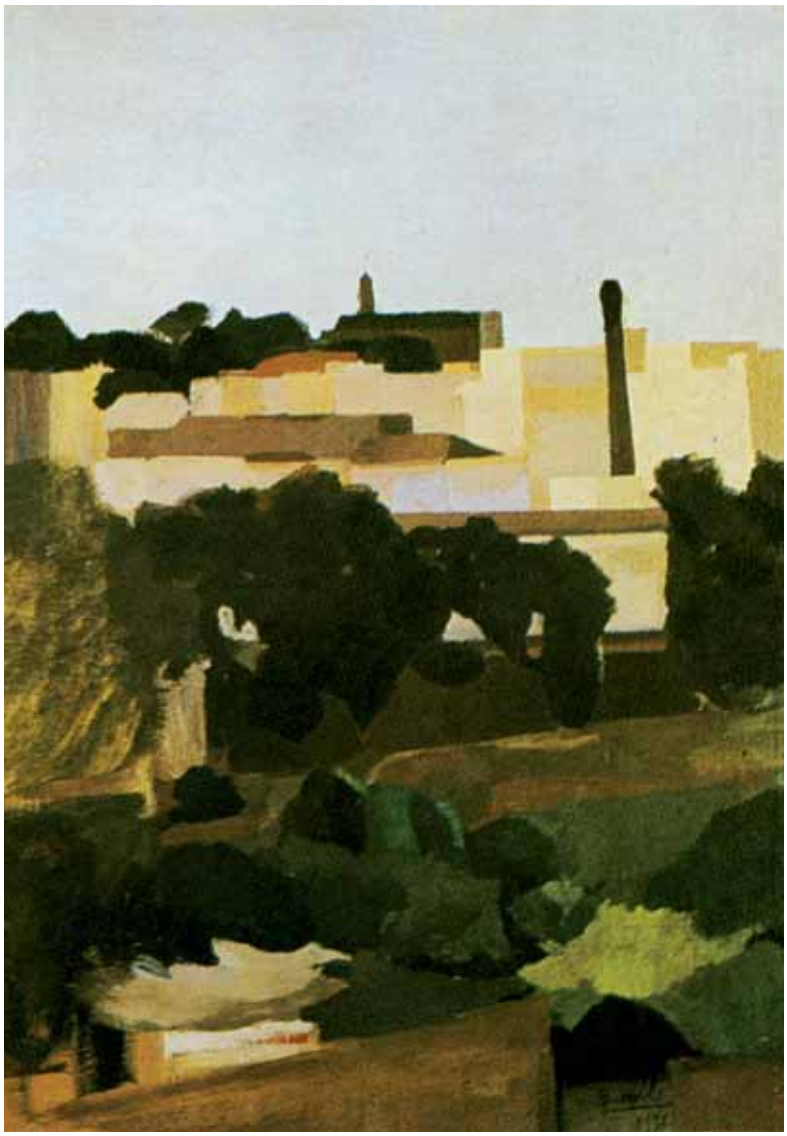
Nell'ambito del dibattito è stato sottolineato come la disponibilità di metodi di misurazione facilmente utilizzabili nella pratica quotidiana anche a letto del malato o in ambulatorio (point-of-care) rende il BNP particolarmente attraente nella valutazione dello scompenso cardiaco nelle diverse fasi evolutive e in differenti contesti organizzativi. Per tali motivi il BNP sta sempre più assumendo un ruolo di estrema importanza nella diagnosi dell'insufficienza cardiaca acuta, nella diagnosi di disfunzione ventricolare/scompenso lieve (Dott. Giuseppe Di Tano) e nella diagnosi precoce di instabilizzazione (Dott.ssa Nadia Aspromonte), tematiche della II Sessione presieduta dal Dott. Fabrizio Oliva e dal Dott. Stephen Sanders.
In ambito di screening i vari studi di popolazione che hanno utilizzato i peptidi natriuretici per la diagnosi di disfunzione ventricolare hanno dimostrato come il dosaggio del BNP e del NT-proBNP sia sensibile e specifico ma non ancora utilizzabile come test di base applicabile a pazienti asintomatici, soprattutto in considerazione della variabilità dei risultati pur in presenza di un alto valore predittivo negativo (98-99%).
Allo stato attuale delle conoscenze la strategia diagnostica più appropriata ed economica nelle fasi iniziali della malattia potrebbe essere rappresentata dalla selezione di gruppi di pazienti ad alto rischio da sottoporre al dosaggio del neuro-ormone che, se elevato o superiore ad un cut-off predefinito, potrebbe "guidare" l'iter verso ulteriori indagini strumentali (ad esempio ecocardiogramma). Un approccio economicamente vantaggioso in termini di uso delle risorse sanitarie e di sicuro gradimento per il paziente che potrebbe trovare risposte rapide alla sua richiesta di salute (anche nello studio del Medico di Medicina Generale!)

Uso diagnostico in Pronto Soccorso

Dalla relazione "Cost-effectiveness of BNP testing in patients with acute dyspnea" del Prof. Christian Mueller (Basilea, Svizzera) emerge una chiara indicazione ad utilizzare il BNP per il "rule-out" (esclusione) della diagnosi di insufficienza cardiaca in Pronto Soccorso; l'esecuzione del test ha l'obiettivo di ridurre i tempi di inizio di trattamenti specifici ed efficaci e di ridurre il numero di ulteriori indagini specialistiche "inutili" e costose facilitando gli snodi decisionali e la destinazione intraospedaliera del paziente.

Lettura magistrale del Prof. Alan Maisel e la sessione sul management

La lettura magistrale "Bridging the gap between diagnosis and management: present and future of BNP" del Prof. Alan Maisel (San Diego, California), massimo esperto internazionale sull'argomento, ha offerto un'ampia panoramica su tutta la produzione scientifica e ha introdotto il tema della III Sessione (management) moderata dal Dott. Fabrizio Ammirati e dal Dott. Loredano Milani.
Partendo dalle analisi epidemiologiche e dai costi sanitari dell'ospedalizzazione per scompenso cardiaco il dibattito scientifico si è posto l'obiettivo di analizzare l'utilità del dosaggio del BNP come indice prognostico nel paziente con scompenso severo (Dott. Pompilio Faggiano) o come metodo di monitoraggio nella gestione intraospedaliera (Dott. Roberto Valle) e domiciliare (Dott. Massimo Milli) del paziente ricoverato per scompenso. Importante il contributo scientifico fornito dalla relazione "BNP-guided therapy in heart failure patients" presentata dal Dott. Patrick Jourdain (Parigi, France) soprattutto in termini di miglioramento della prognosi nella gestione ambulatoriale della terapia guidata dal dosaggio del BNP.
Per privilegiare la formula interattiva e il rapporto con l'uditorio sono stati chiamati esperti Cardiologi sullo scompenso cardiaco (Dott. Gianfranco Misuraca, Dott.ssa Rachele Adorisio), medici di laboratorio (Dott. Claudio Gambetta), medici di pronto soccorso (Prof. Salvatore Di Somma, Dott.ssa Carolina Prevaldi), emodinamisti (Dott. Alessandro Danesi, Dott.ssa Antonella Chiera, Dott. Alessandro Ferraironi) che nelle varie sessioni hanno contribuito al dibattito in maniera critica e documentata.
Appare evidente come i contenuti del dibattito siano stati scelti anche nella prospettiva di futuri indirizzi collaborativi (es. produzione di database per la ricerca sull'utilizzazione dei peptidi in ambito cardiologico) oltre che per arricchire la cultura dei partecipanti.
In conclusione è anche bello sottolineare come la Cardiologia Ospedaliera Italiana si sia trovata in una posizione di originalità e di operatività nello scenario internazionale. I contributi scientifici presentati al Congresso costituiscono il frutto della Ricerca clinica spesso svolta dai colleghi (per lo più amici) in un contesto organizzativo sanitario che di certo non incentiva lo studio e la Ricerca in Ospedale.



Roberto Melli, Sponde del Tevere, 1931

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

CHIRURGICA

di Claudio Grossi

"Eppur si muove..."

L'Area Chirurgica ANMCO può rappresentare un interessante laboratorio di integrazione di diverse professionalità

In un momento in cui esistono forti spinte all'integrazione delle Società Cardiologiche e Cardiochirurgiche esistono organismi quali l'Area Chirurgica dell'ANMCO che possono fornire progetti pilota per la cooperazione professionale a vantaggio della capacità di cura del paziente.

Veniamo da anni contrastati. Spesso il ruolo dell'Area Chirurgica è rimasto una scatola colma di strategie ideali piuttosto che contenuti pratici; spesso alcuni, sia Cardiologi che Chirurghi, ci hanno chiesto – e noi stessi ci siamo posti il problema – la ragione dell'esistenza di questa struttura.

Nello scorso numero di "*Cardiologia negli Ospedali*" Claudio Zussa, con cui ho avuto il piacere e l'onore di collaborare nell'ultimo biennio e a cui formulo, interessatamente, i migliori auspici per il suo nuovo incarico, ha cercato di riassumere i problemi e i disagi della situazione; ci ha anche indicato le terapie ed i metodi per valorizzare il ruolo dell'Area, enunciandone le difficoltà.

Adesso noi siamo in gioco e credo che non sia il caso di tirarsi indietro.

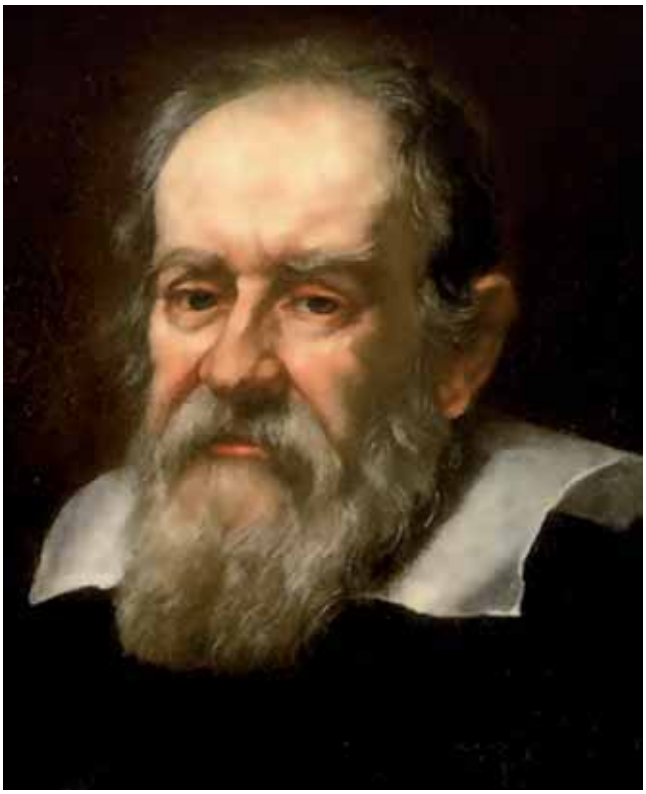
Nel 2003 Ettore Vitali scriveva: *"Il compito che mi sono prefisso come Chairman dell'Area Chirurgica è stato quello di arrivare ad una completa integrazione della figura del Cardiochirurgo all'interno dell'ANMCO. Infatti il percorso terapeutico di ogni cardiopatico può contemplare le competenze cardiochirurgiche e qualsiasi forma di Linee Guida, protocolli, impostazioni di studi non può prescindere dall'attiva partecipazione di questo professionista".*

Questa metodologia aveva portato alla presenza di un cardiochirurgo nelle riunioni dei Consigli Direttivi Regionali e alla presenza di un Referente dell'Area Chirurgica all'interno delle altre Aree ANMCO.

L'Area Chirurgica assumeva così un semplice ruolo di coordinamento tra le diverse partecipazioni agli altri organismi ANMCO.

Nel 2006 proprio Zussa però, doveva riportare che: *"la svolta che avevamo voluto imprimere alla nostra presenza nell'ANMCO, come Soci a tutti gli effetti di questa Associazione, non ha sortito i risultati desiderati".*

Il rischio che abbiamo corso in questo caso, con nomine non sempre motivate, è quello di trasformare la partecipazione, più o meno attiva, di alcuni Cardiochirurghi in evento personale finalizzato al contatto "con i cardiologi" senza ottenere lo scopo di generare un utile netto per l'Associazione di cui tutti facciamo parte.



Justus Sustermans, Ritratto di Galileo Galilei, 1661

Per questo, come primo punto della nuova stagione, abbiamo innanzi tutto cercato di rendere le nomine partecipate e motivate, per questo poniamo come primo obiettivo a tutti coloro che entrano in questo programma la cooperazione ed il coordinamento.

Dobbiamo considerare il problema delle risorse evitando sovrapposizioni di compiti.

Dobbiamo, soprattutto, superare quella che è stata la nostra maggiore

criticità interna ovvero lo scambio di informazioni a livello *"inter-aree"* e *"intra-area"*. A questo fine credo sia obbligatorio che si arrivi ad incontri periodici delle persone che hanno incarichi operativi: chi pensa di non poter partecipare è utile che manifesti quanto prima i suoi problemi perché altri possono avere più possibilità.

Scopo di tutto ciò ovviamente non è il dirigismo ma la produttività.

E se di produttività vogliamo parlare allora bisogna identificare concretamente gli obiettivi, le strategie e i metodi.

Mi sembra giusto iniziare da questi ultimi – per fare chiarezza prima di addentrarci nello specifico – iniziare con una sorta di "mozione d'ordine": noi rappresentiamo gli iscritti all'ANMCO e non gli iscritti alla SICCH; non abbiamo avuto deleghe a rappresentare i Cardiochirurghi italiani ma ovviamente molti di noi sono parte attiva e pensante anche di questo mondo.

Comunque dobbiamo porci il problema di confrontarci con le altre Società, con i Gruppi di Studio chirurgici della SIC e con i "Working Group" di altre Associazioni.

Cominciamo quindi ad analizzare quali possono essere i contributi scientifici.

Penso che sarebbe bello proporre a giovani colleghi la messa a punto di revisioni di letteratura compiuta, a più mani, con autori di diversa professionalità, su temi particolarmente significativi. Anche su "Tempo Medico Cuore" esistono spazi per avere, in tema di semplice divulgazione, il punto di vista di qualche Cardiochirurgo su argomenti di interesse generale.

Mi sembra importante far conoscere l'esistenza di contatti informali con Roberto Lorusso, attuale responsabile scientifico della Società Italiana di Cardiochirurgia per un coinvolgimento dell'Area Chirurgica dell'ANMCO nelle iniziative scientifiche della SICCH. E questo significa poter proporre studi clinici multicentrici, diffondere nella comunità cardiochirurgica, spesso arida, la metodologia per la proposta e realizzazione di ricerche cliniche, partecipare ad eventuali "Ph Club" ed altro ancora (Sito WEB ANMCO, Poll del mese).

Se guardiamo agli aspetti organizzativi possiamo evidenziare possibilità di lavoro per la nostra Area che possono essere ancora più utili: esistono in molti centri delle figure di Cardiologi che lavorano in ambito cardiochirurgico; il loro compito è prezioso e spesso la loro professionalità non ha avuto voce, credo che poter diventare un loro punto di riferimento possa essere considerato uno degli scopi principali dell'Area.

Analogamente a livello tecnico ed infermieristico esiste una grossa commistione, un co-interessamento di figure professionali e di spazi formativi. Talora la stessa attività logistica comporta necessariamente un'integrazione in campo cardiologico e cardiochirurgico; in questo settore credo sia doveroso sviluppare campi di lavoro in comune per la nostra Area e l'Area Nursing.

A questi aspetti credo sia utile dedicare, nel prossimo futuro, su queste pagine, degli spazi per sviluppare concretamente i contenuti operativi.

Occorre trasformare uno spazio "teorico" in concrete esperienze capaci di valorizzare la professionalità di quello che comunque si può e si deve fare indipendentemente dal ruolo, anche per questo spero che la nostra non sia solo l'Area "dei Cardiochirurghi" ma anche e soprattutto l'Area dei molti Cardiologi che si interessano alla Cardiochirurgia e la vivono come forma di terapia sovente efficace.

Ma, sullo sfondo, quello che a me sembra più importante, è la filosofia generale del nostro operato, forse possiamo parlare, in termini aziendali, di "*mission*".

In un momento in cui esistono forti spinte all'integrazione delle nostre professionalità, sia a livello formativo sia in ambito organizzativo e strutturale per le Società Scientifiche, organismi quali l'Area Chirurgica dell'ANMCO possono diventare il contenitore dove inserire idee e progetti comuni; possono essere il campo di applicazione per progetti pilota dove svolgere un'attività di integrazione e cooperazione professionale in cui si possa ricercare, come fine ultimo, la dignità e la nobiltà della nostra comune professione medica e non gli interessi particolari di categoria.

Sì, sarebbe bello poter uscire da rigidi schemi di tutela degli interessi corporativi, del budget, di schieramenti formativi e strutturali separati; poter diventare un interessante laboratorio di integrazione di diverse professionalità; un contenitore di esperienze capace di avere come riferimento gli interessi di chi usufruisce della cura piuttosto che del curante… Ho paura che tutto ciò non sia credibile.

Dicono che Galileo quando tutti cercavano di convincerlo che la Terra fosse immobile abbia mormorato: "Eppur si muove!". Aveva ragione.

EMERGENZA-URGENZA

di Giuseppe Fradella

Clinical Competence in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica

Il programma del nuovo biennio dell'Area Emergenza-Urgenza si rivolge prioritariamente ai Cardiologi impegnati nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) e si articola lungo tre direttrici: supportare i Cardiologi nell'attività clinica, favorire la crescita culturale e stimolare la ricerca. La formazione è certamente l'elemento unificante di questi tre aspetti.

La necessità di una revisione e di un aggiornamento delle conoscenze e delle abilità nella gestione dei pazienti con cardiopatia acuta ricoverati nelle nostre UTIC deriva da un'ampia serie di motivazioni.

I cambiamenti epidemiologici, come l'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle comorbilità, hanno reso necessario un aggiornamento ed un approfondimento su diabete mellito, insufficienza renale cronica e altre malattie dell'età avanzata.

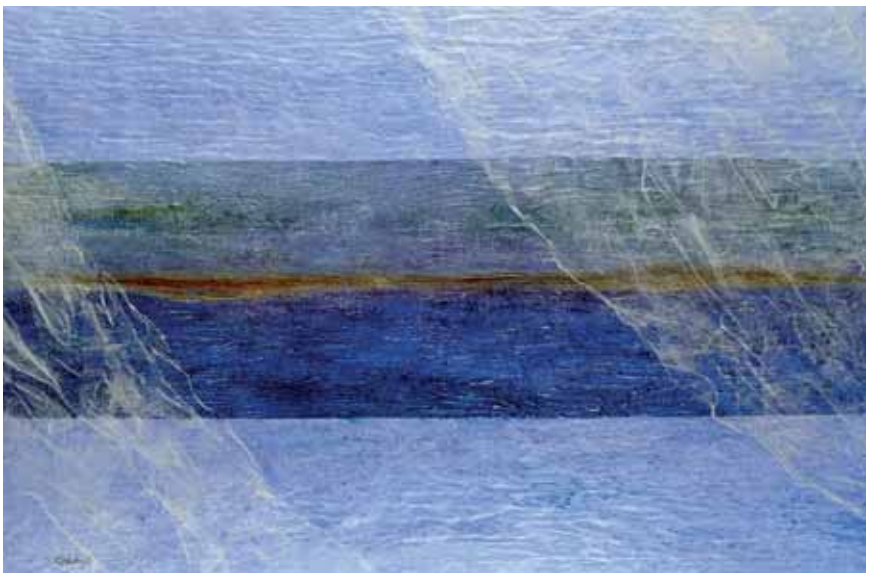
Il crescente impiego di device prima utilizzati sporadicamente e solo in alcune UTIC (contropulsatore aortico) o utilizzati prevalentemente da altri specialisti (dispositivi per ventilazione non invasiva o per ultrafiltrazione).

Le innovazioni terapeutiche, quali l'avvento della PTCA primaria, che hanno modificato l'approccio, il percorso ed il trattamento, farmacologico e non, per i pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA) a ST sopraslivellato (STEMI). La progressiva trasformazione dei nostri nosocomi in ospedali per acuti. Da tutto ciò deriva la necessità di modificare il ruolo del cardiologo ospedaliero trasformandolo in uno specialista in grado di gestire, in collaborazione con altri specialisti, con più sicurezza le emergenze in UTIC e maggiormente coinvolto nei vari aspetti dell'emergenza intraospedaliera.

Inoltre alcuni obiettivi di questo processo formativo costituiscono ulteriori motivazioni all'attivazione del progetto. L'utilità di formare i giovani cardiologi che arrivano nelle nostre UTIC; l'opportunità di aggiornare ed elevare il livello medio della formazione dei non più giovani, spesso con esperienze professionali di elevato livello culturale e assistenziale ma settoriali. Il lavoro in UTIC deve rappresentare infatti l'attività condivisa da tutti i cardiologi, indipendentemente dall'ambito di interesse specifico e dalla tipologia della UTIC.

Le ricadute positive sarebbero evidenti sia per le UTIC hub, a cui afferiscono i pazienti acuti più critici, che per le UTIC spoke che comunque potrebbero trattare pazienti più complessi e più compromessi, oltre a riprendere in cura in tempi più brevi ed in maggiore sicurezza i pazienti già sottoposti a procedure interventistiche.

Questa crescita culturale costituirebbe pertanto l'occasione di una grande motivazione per tutti, evitando il rischio di una inutile ed ingiustificata suddivisione in cardiologi di serie A e di serie B. Inoltre potrebbe



Shuhei Matsuyama, Shin-on, 1993

essere lo strumento per rilanciare la centralità dei cardiologi e delle UTIC nei processi di assistenza ai pazienti cardiopatici acuti, non attraverso un corporativismo sterile o un atteggiamento sindacale di basso profilo, ma riaffermando il ruolo della cultura cardiologica in modo serio ed autorevole.

Ma, principalmente, rappresenterebbe una garanzia per i pazienti che saprebbero comunque di ricevere un trattamento adeguato e di elevato livello in tutte le strutture cardiologiche in cui vengono ricoverati.

L'Area Emergenza-Urgenza, in sintonia con il Consiglio Direttivo Nazionale, sulla scorta delle esperienze maturate lo scorso anno con i primi corsi-pilota e in accordo con le indicazioni della Società Europea di Cardiologia, sta elaborando un progetto formativo costituito dai Corsi di Clinical Competence in UTIC, che partono dai Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare (BLSD e ACLS) per arrivare alla gestione dei casi più critici e della strumentazione più complessa.

I Corsi di Clinical Competence in UTIC sono basati principalmente sulla gestione ottimale dei pazienti con SCA, con aritmie complesse, con scompenso cardiaco grave o refrattario e con altre patologie cardiache acute che necessitano di trattamento intensivo (p.e. embolia polmonare, tamponamento cardiaco, ecc.).

Per gestione ottimale si intende una completa valutazione iniziale, clinica e strumentale, un trattamento iniziale adeguato e l'attivazione di un percorso diagnostico-terapeutico avanzato che può esaurirsi nella struttura dove il paziente si trova o completarsi in altra struttura più idonea (UTIC hub, Cardiochirurgia, ecc.). Tutto ciò presuppone non solo la padronanza delle conoscenze più aggiornate, la manualità per le eventuali procedure necessarie, ma anche la conoscenza della disponibilità delle attrezzature nella propria e nelle strutture vicine e le potenzialità della "rete" per l'emergenza nell'area in cui si opera.

I Corsi prevedono la trasmissione di alcune nozioni teoriche (linee guida; sintesi aggiornate; messe a punto; ecc.); ma prevedono anche l'acquisizione delle abilità per effettuare le procedure di emergenza che non possono essere differite e che tutti i cardiologi devono essere in grado di eseguire: il reperimento di un vaso venoso, centrale o periferico, o di un vaso arterioso; la defibrillazione; la cardioversione elettrica in emergenza; il posizionamento di un catetere da elettrostimolazione cardiaca temporanea; l'utilizzo della stimolazione cardiaca transcutanea; la pericardiocentesi in urgenza; la gestione avanzata delle vie aeree, con la ventilazione non invasiva sino all'intubazione orotracheale ed alla ventilazione invasiva.

Per talune procedure, quali la contropulsazione aortica e l'ultrafiltrazione, è possibile ipotizzare un duplice livello di intervento. Tutti i cardiologi dovranno conoscere indicazioni, controindicazioni, precauzioni, problemi di più frequente riscontro e relative risposte, risoluzione per gli allarmi più frequenti.

Vi saranno poi alcuni cardiologi, p.e. quelli maggiormente impegnati nelle UTIC o nell'emergenza, che avranno il compito di posizionare il device, controllarne il funzionamento, risolvere i problemi più complessi, seguirne la gestione.

Tutto ciò non vuol proporre l'indicazione ad una gestione autarchica delle UTIC. È prevista invece, ed è auspicabile, una stretta collaborazione dei cardiologi con altri specialisti (rianimatori, nefrologi, specialisti in Medicina d'Urgenza, laboratoristi), ma nell'ottica di una "gestione cardiologica", tenendo sempre presente che la patologia di base è cardiologica ed il trattamento deve essere conseguenziale.

Ovviamente sarà cruciale la scelta delle metodologie didattiche da utilizzare.

Dovendo trasferire sia conoscenze che abilità è ovvio ipotizzare che i Corsi si articolino con una componente teorica ed una componente pratica. Per la prima si potrà fare ricorso a strumenti innovativi, utilizzabili anche a casa e nei momenti ritenuti più idonei, quali e-learning e Formazione A Distanza (FAD). Per la seconda si farà ampio ricorso alla simulazione ed alle esperienze pratiche, svolte sotto la guida di tutor in Centri di Eccellenza ad elevato volume dove è possibile fare esperienza in tempi brevi.

Per i più esperti o per coloro che maggiormente sono coinvolti nella gestione delle UTIC si potranno prevedere stage di perfezionamento in Centri di Eccellenza.

È opportuno inoltre prevedere un meccanismo "a cascata". Ovvero puntare a creare in ogni Regione un nucleo di Istruttori in grado di svolgere tali Corsi con una serie di lezioni frontali e di esercitazioni pratiche. Sarebbe infine auspicabile identificare in ogni Cardiologia un Referente in grado di sviluppare il progetto a livello locale, facilitando la crescita di conoscenze e abilità di tutti i cardiologi.

INFORMATICA

di Luigi Paolo Badano

L'attività dell'Area Informatica per il biennio 2007-2008

Nel precedente biennio l'Area ha dato un notevole contributo alla diffusione della cultura informatica in Cardiologia attraverso varie iniziative tra cui la ristrutturazione del Sito Web dell'Area, l'organizzazione di Simposi ad hoc durante il Congresso Nazionale ANMCO, i Corsi Extramurali di Udine (*Il laboratorio digitale di ecocardiografia; la gestione digitale dell'elettrocardiografia ospedaliera; La cartella clinica informatizzata*).

La pubblicazione di vari articoli su "Cardiologia negli Ospedali" (*Il laboratorio digitale di ecocardiografia; L'agenda elettronica*), la pubblicazione dei Minimal Data Set di molte sottospecialità (ecocardiografia, emodinamica, elettrofisiologia, prevenzione, sindromi coronariche acute), e la conduzione del Sondaggio sulla dotazione tecnologica-informatica delle Cardiologie Italiane.

L'Area ha poi espanso le sue attività ponendosi come interlocutore tecnico dell'ANMCO presso le sedi istituzionali di IHE e dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'ANMCO, tramite l'Area, è diventato interlocutore ufficiale per la Cardiologia italiana per la creazione di standard logici per la comunicazione tra variabili cliniche, strumentali, con strumenti informatici clinici e strumentazione, con la finalità di facilitare l'integrazione tra le varie strumentazioni.

Nel settembre 2005, l'ANMCO ha quindi aderito alla proposta di collaborazione al progetto "Fascicolo Sanitario Personale", uno dei Mattoni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, da parte dell'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R. di Pisa, Segreteria Scientifica del progetto.

La collaborazione si fondava sulla condivisione dell'esperienza maturata dall'ANMCO nel campo delle definizioni di Data Set clinici consolidati ed in sperimentazione, sia collaborando a supporto del processo di armonizzazione delle voci dei registri clinici con quelle di altri registri di altre specialità cliniche.

Nell'anno successivo l'Area Informatica ha iniziato a definire in modo strutturato la descrizione del flusso informativo di alcuni percorsi di diagnosi e cura dei pazienti cardiologici e fornendo l'esperienza maturata dall'Associazione nel campo dei MDS, in particolare quello delle sindromi coronariche acute.

Nello scorso numero di Cardiologia negli ospedali il Dott. Stefano Dalmiani, segretario scientifico del progetto, ha descritto in dettaglio gli ambiti di questa esperienza.

Infine, molto lavoro ed energie sono state spese per rivitalizzare il progetto CardioWeb ANMCO (ex G8 Cardio). Di tutto questo lavoro

Foto WEB

dobbiamo ringraziare il Dott. Antonio Di Chiara (Chairman uscente) e tutto il Comitato di Coordinamento uscente.

Con questo importante lascito ci accingiamo ad affrontare il prossimo biennio. Pertanto, dopo la costituzione del Comitato di Coordinamento, abbiamo immediatamente stabilito il nuovo programma che proseguisse le attività dell'Area intraprese nei 2 anni precedenti, ma indicasse anche nuove aree di attività. I 6 punti del programma dell'Area Informatica per il prossimo biennio sono riassunti nelle righe seguenti.

1. Preparare l'attività dell'Area al prossimo Congresso ANMCO (3-5 giugno 2007)

È stato proposto un Simposio di Area Informatica la cui attivazione dipenderà criticamente dalla pianificazione del Congresso alla luce dell'attuale blocco delle sponsorizzazioni attuato da Farmindustria ed Assobiomedica.

Allestimento di uno stand CardioWeb ANMCO con presentazione dei singoli verticali da parte dei relativi responsabili durante i momenti di pausa del Congresso.

2. Continuare l'attività di rappresentanza ANMCO presso il consorzio IHE e presso il progetto Patient's File dell'Istituto Superiore di Sanità

Verrà proseguita l'attività dell'Area Informatica ANMCO su questi due tavoli rappresentativi.

Integrate the Healtcare Enterprise (IHE) è un gruppo di lavoro internazionale che lavora in sinergia con le Associazioni legate alla Sanità (ACR, NEMA, EAR, ECR, SIRM, ecc.) e promuove l'uso di standard già definiti in ambito medicale. IHE non si occupa di come sono fatti i componenti ma di come possono collegarsi fra loro. A tale fine cerca di armonizzare l'uso degli standard esistenti (DICOM, HL7, XML, ecc.) e propone ogni anno un connect-a-thon fra le ditte per verificare l'interoperabilità.

L'esperienza di IHE nasce nel 1999 ed attualmente la struttura è divisa in tre grandi Regioni (Nord America, Europa, Asia), a loro volta divise in nazioni.

Questo tipo di suddivisione permette di gestire la localizzazione, ovvero la caratterizzazione in ambito regionale o nazionale di quanto contenuto nei Technical Framework. IHE non è uno standard bensì una metodologia di lavoro, e le indicazioni sono contenute nei Technical Framework, che si possono scaricare dal sito. I Technical Framework sono stati divisi per dominio di interesse: Cardiologia, Infrastrutture IT, Laboratori, Radiologia, Pazienti, Occhi, Altro.

Il **Fascicolo Sanitario Personale** (FaSP, in inglese: EHR, Electronic Health Record), è una raccolta di informazioni sintetiche derivate dalle cartelle cliniche originali, per facilitare la condivisione delle informazioni tra operatori sanitari. A tal fine occorrerà definire:

- un processo di riferimento che faccia convergere i sistemi informativi di livello locale (cartelle cliniche aziendali) al fine di costituire un FaSP di portata regionale/nazionale;
- le modalità per la mediazione di Data Set clinici tra specialità e rappresentazione delle informazioni cliniche strutturate mediante uso di standard consolidati;
- la lista delle funzionalità delle cartelle cliniche elettroniche aziendali e del fascicolo sanitario personale e definizione dei requisiti minimi delle diverse cartelle cliniche locali per l'alimentazione del FaSP regionale e nazionale;
- le modalità di cooperazione applicativa tra sistemi clinici per alcuni scenari di cura, ed alimentazione di Datawarehouse per studi epidemiologici ed amministrativi.

Le linee di azione da intraprendere saranno:

- definizione di una lista delle possibili funzionalità delle cartelle cliniche elettroniche, del fascicolo sanitario personale e del libretto sanitario elettronico di livello regionale/nazionale;
- modalità per lo sviluppo di Data Set clinici e rappresentazione delle informazioni cliniche strutturate mediante uso di standard consolidati;
- definizione dei requisiti minimi dei diversi EPR locali per l'alimentazione dell'EHR regionale e nazionale;
- definizione delle modalità di interazione tra sistemi clinici (cooperazione applicativa).

3. Continuare lo sviluppo del CardioWeb ANMCO e diffonderne il suo impiego sia come supporto ai registri ANMCO sia come strumento clinico.

4. Divulgazione delle applicazioni dell'informatica in Cardiologia

4.1 Organizzazione di corsi o eventi seminariali:

Il laboratorio digitale di ecocardiografia: come organizzarlo? quali sono i benefici attesi? Genova, maggio 2007

Il laboratorio digitale di ecocardiografia: come organizzarlo? quali sono i benefici attesi? Udine, 28-29 giugno 2007

4.2 Sviluppo di materiale educazionale on-line e di supporto ai Soci ANMCO per l'informatizzazione delle Cardiologie. I temi da sviluppare saranno:
- laboratorio digitale di ecocardiografia con la lista dei laboratori digitali in attività in cui poter vedere all'opera i vari sistemi
- cartella clinica informatizzata con la lista delle cardiologie in cui poter vedere all'opera i vari sistemi
- caratteristiche PACS
- documento/presentazione su DICOM
- documento/presentazione su HL7
- documento/presentazione su IHE

4.3 Pubblicazione del manuale "Il laboratorio digitale di ecocardiografia", Piccin editore, Padova.

5. Telemedicina per lo sviluppo ed il supporto di attività assistenziali nel III mondo

Scopo di questo progetto è di supportare l'ospedale St. Mary's Lacor (Uganda) in termini di risorse economiche, materiali ed umane per permettere ai pazienti di quella Regione di accedere ad una diagnostica di base e a trattamenti adeguati.

L'ospedale St. Mary's di Lacor potrebbe rappresentare il bench-mark di un progetto ANMCO più vasto di intervento nella lotta delle malattie cardiovascolari nel Terzo Mondo.

Il progetto è composto di vari punti che potrebbero anche essere sviluppati indipendentemente, ma che troverebbe la sua piena realizzazione in una collaborazione continuativa con il St. Mary.

1. Acquisizione di un ecocardiografo con tecnologia semplice data la difficoltà nell'assistenza tecnica le cui caratteristiche potrebbero essere individuate in:
- portabilità (poco pesante);
- funzionamento anche a batteria;
- tecnologia digitale per l'esportazione e trasmissione immagini/filmati via Internet.

Foto WEB

2. Periodi di permanenza in loco di Cardiologi e medici specializzandi in Cardiologia per attività di assistenza e formazione di medici locali sulle tecniche diagnostiche e la gestione delle malattie cardiovascolari.

3. Creazione di un'assistenza "on line" eco- ed elettrocardiografica (teleconsulting e second opinion) per la formazione continua del personale locale ed aiuto nelle diagnosi difficili (l'ospedale dispone di una sala con computer collegati alla rete) in modo da rendere permanente l'intervento.

4. Collegamento con il nascente centro SALAM di Cardiochirurgia gestito da Emergency (http://www.emergency.it/menu.php?A=002&SA=030&P=019&ln=It) in modo da poter trasferire i pazienti con indicazione cardiochirurgica o a terapia interventistica (valvuloplastica mitralica percutanea, chiusura di DIA, ecc.).

5. Fornitura di apparecchiature per noi indispensabili, ma non sempre accessibili nel III mondo quali: pompe di infusione, piccoli apparecchi per emogasanalisi arteriosa, glucometri, sfigmomanometri, fonendoscopi.

6. Invio dei farmaci di maggior necessità in ambito cardiovascolare che, nel contesto ugandese, sono: betabloccanti selettivi, ACE inibitori, nitrati (sl, TD, po).

Crediamo che una grande società scientifica il cui obiettivo fondamentale è la promozione della cultura cardiologica per migliorare il trattamento delle patologie cardiovascolari dovrebbe sviluppare un progetto che possa incidere in una realtà, dove il trattamento delle patologie cardiovascolari è questione di vita o di morte, così diversa dalla nostra, spesso impegnata a rincorre-

re obiettivi che sembrano opposti:
- noi spendiamo miliardi di E uro per studiare farmaci che curano l'obesità mentre nel mondo ci sono 820.000.000 di persone che soffrono la fame e, ogni anno, più di 6.000.000 di bambini muoiono per fame (fonte FAO www.fao.org);
- ci sforziamo di trattare aggressivamente gli ultra-ottantenni mentre altrove milioni di bambini non vedranno mai l'adolescenza perché affetti da malattie cardiovascolari non diagnosticate e non trattabili nel loro contesto, ma:

➤ il costo di un intervento di cardiochirurgia maggiore all'Ospedale di Nairobi (comprensivo del costo del viaggio e della permanenza in ospedale) si aggira in media sui 3.500 euro, più o meno il costo di uno stent medicato…

➤ per alcuni interventi meno complessi, come la correzione della pervietà del dotto arterioso, tale costo complessivo si aggira sui 500 euro (meno di uno stent normale…).

- Spendiamo milioni di Euro ed irradiamo i nostri pazienti per trattamenti la cui efficacia è almeno dubbia (chiusura PFO) o per togliere sintomi (ablazione della fibrillazione atriale) quando ci sono bambini che muoiono per difetti interatriali o interventricolari o per malattia reumatica.

Se qualcuno pensa che tanto è inutile perché il III mondo è troppo grande e complesso e qualsiasi intervento non ne cambierà la tragica realtà allora pensate alla frase con cui la Dott.ssa Rosa Pecoraro ha chiuso il suo articolo pubblicato su Cardiologia negli Ospedali di Dicembre 2006:
"Dopo tutto l'oceano è fatto di gocce…"

6. Sviluppare rapporti concreti di collaborazione con il gruppo di studio "Telecardiologia ed Informatica" della SIC e con il Working Group "Computers in cardiology" della ESC

Il Gruppo di Studio "Telecardiologia e informatica" è coordinato dal Dott. Giuseppe Molinari di Genova ed ha molteplici finalità:

- promuovere lo sviluppo della Telecardiologia fra gli operatori sanitari al fine di garantire un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedano;
- promuovere una maggior informatizzazione dei sistemi sanitari al fine di velocizzare lo scambio di informazioni mediche e l'erogazione dei servizi sanitari;
- raccogliere le numerose esperienze nazionali del settore al fine di formulare degli standard operativi;
- funzionare da coordinamento scientifico per la messa a punto di Studi Policentrici.

Il programma del gruppo di studio comprende:

- Censimento delle attività di Telecardiologia presenti sul territorio nazionale. È stato effettuato un censimento dei Centri Italiani che erogano servizi di Telecardiologia al fine di conoscere le varie tipologie (telerefertazione, teleconsulto) e modalità (on-line, off-line) dei servizi erogati nonché le dimensioni delle popolazioni valutate e i relativi settori di patologia.
- Organizzazione di un Simposio congiunto con l'ANCE da tenersi durante il prossimo Congresso Nazionale SIC sulla necessità di organizzare percorsi clinici strutturati nel settore della Telecardiologia.
- Stesura (ancora in corso) di standard operativi al fine di uniformare l'azione dei vari attori (medici, ingegneri, tecnici, infermieri, ecc.) coinvolti nell'erogazione dei servizi di Telecardiologia.

Working Group Computers in Cardiology della ESC. Gli obiettivi del WG sono la promozione dell'utilizzo della tecnologia informatica (IT) in campo cardiologico. Questo include l'applicazione della IT nella ricerca e nella pratica clinica, sia questa all'interno o all'esterno dell'ambito ospedaliero.

L'obiettivo del WG abbraccia un'ampia area di metodologie specializzate nella elaborazione delle immagini cardiovascolari (ad es. angiografia quantitativa, ecografia intravascolare, ecocardiografia, risonanza magnetica, cardiologia nucleare, ecc.) e dei segnali biologici (analisi automatica dell'ECG, identificazione delle aritmie, ecc. I membri del WG sono attivamente coinvolti anche in altri campi come l'applicazione delle reti neuronali per la diagnosi cardiovascolare.

Inoltre, i membri del WG lavorano anche su temi generici come database computerizzati e la comunicazione mediante Internet. Questi argomenti includono anche temi di interesse generale per i Soci della ESC e non solo per i membri del WG. Infine, ogni anno i membri del WG propongono un certo numero di simposi ed organizzazione sessioni di abstracts e posters per il Congresso annuale della ESC.

Il WG è inoltre collegato all'organizzazione Computers in cardiology, che organizza il Congresso annuale omonimo.

NURSING

di Claudio Coletta

I programmi dell'Area Nursing per il nuovo biennio

Il 9 febbraio 2007, presso la Sede dell'ANMCO di Via La Marmora, a Firenze, si è tenuta la prima riunione del nuovo Comitato di Coordinamento dell'Area, dedicata alla definizione delle Linee Programmatiche di attività per il biennio a venire. Erano presenti tutti i membri del Comitato di Coordinamento dell'Area: Claudio Coletta, Vincenzo Martinelli, Roberto Valle, Lucia Sabbadin, Katalin Virag, Annalisa Fiorillo, e due consulenti, Giuseppe Trocino e Danilo Bernardi. È stata unanimemente riconosciuta come prioritaria la necessità di conferire sempre maggiore responsabilità ai Referenti Infermieristici Regionali, veri anelli di congiunzione fra le iniziative del centro e la periferia in un meccanismo a feed-back virtuoso utile per la crescita comune e per il successo delle iniziative proposte.

Censimento delle UTIC

In occasione del prossimo Cardionursing 2007 verranno presentati i dati relativi al 1° Censimento Nazionale Infermieristico delle UTIC, raccolti attraverso un questionario (fig. 1) che nel prossimo mese di marzo, nell'ambito di una finestra temporale di osservazione non superiore alle tre settimane, verrà capillarmente distribuito a tutti i Direttori di UOC e ai Coordinatori Infermieristici delle UTIC. Questi ultimi saranno i reali compilatori del form, che approfondirà argomenti di carattere organizzativo, assistenziale e relativo alle

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055 571798 - Fax 055 579334

http//www.anmco.it - e-mail: segreteria@anmco.it

1° CENSIMENTO NAZIONALE INFERMIERISTICO DELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA 2007

Regione: _____ **Città:** _____ **Prov.** _____

Ospedale: _____

Tel. UTIC: _____ **Fax UTIC:** _____

Recapito e-mail: _____

Nome del Coordinatore Infermieristico: _____

Firma: _____

1. Dati della Cardiologia con UTIC

a) La UTIC fa parte di una Struttura Complessa:
- Cardiologica ❑ Non cardiologica ❑ Altro:_____

b) Dotazione di posti letto:
- Terapia intensiva posti letto **n°**_____
- I letti UTIC sono dislocati nello stesso ambiente di altre terapie intensive? (es. Cardiochirurgia, Rianimazione) **Si** ❑ **No** ❑
- Nella UTIC si ricorre all'utilizzo di letti aggiuntivi (letti bis)? **Si** ❑ **No** ❑

c) Nella struttura di cui fa parte la UTIC:
- È presente la terapia sub-intensiva? **Si** ❑ **No** ❑
  se **Si** posti letto **n°**_____
- È presente la degenza cardiologica ordinaria? **Si** ❑ **No** ❑
  se **Si** posti letto **n°**_____
- Si svolge attività di emodinamica? **Si** ❑ **No** ❑
  se **Si**: solo diagnostica ❑ con interventistica h24 ❑ non h24 ❑
- Si svolge attività di elettrostimolazione permanente? **Si** ❑ **No** ❑
- Si svolge attività di aritmologia interventistica? **Si** ❑ **No** ❑

d) Nel presidio ospedaliero di cui fa parte la UTIC è presente:
- La cardiochirurgia **Si** ❑ **No** ❑
- La rianimazione **Si** ❑ **No** ❑
- La dialisi **Si** ❑ **No** ❑

e) È attiva la rete territoriale delle emergenze cardiologiche?: **Si** ❑ **No** ❑
- Se **Si**, la UTIC è un centro: Hub (ricevente) ❑ Spoke (inviante) ❑
- Se Hub, l'accettazione dei pazienti è garantita 24h su 24 per 365 giorni? **Si** ❑ **No** ❑

f) Se disponibile: Ricoveri 2006 della sola UTIC n°_____
(Specificare se il numero è ricavato dalle SDO oppure desunto da un registro ingressi).

Osservazioni:_____

_____

Figura 1

LAUREE BREVI NELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE

Supplemento Ordinario G.U. 05/06/2001

- Tecnico Audiometrista
- Tecnico Laboratorio Biomedico
- Tecnico Radiologia
- Tecnico Neurofisiopatologia
- Tecnico Ortopedico
- *Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare*
- Tecnico Igienista Dentale
- Tecnico Dietista
- Tecnico Audioprotesista

Figura 2

modalità di aggiornamento del personale infermieristico. Attraverso decine e decine di items proposti sarà possibile, per la prima volta nella storia della Cardiologia Italiana, delineare gli aspetti di interesse infermieristico delle nostre UTIC in relazione a turni di lavoro, carico orario, ricorso allo straordinario, tipologia di assistenza, attrezzature, tipo di cartella utilizzata, eventuali protocolli condivisi di trattamento, ricorso a procedure assistenziali non cardiologiche. Verranno considerate le modalità di approccio alle strategie di Clinical Risk Management e le soluzioni adottate per l'aggiornamento del personale, l'utilizzo di riunioni per riesame dei casi clinici e l'attività didattica.
I dati potenzialmente ottenibili con tale censimento paiono di estrema importanza nel fotografare la realtà assistenziale e organizzativa infermieristica all'interno delle nostre UTIC nel 2007, e consentiranno un esame accurato degli aspetti virtuosi e delle criticità di un sistema sanitario in continua trasformazione. Ciò rappresenta a mio avviso un'occasione unica per affrontare e risolvere problematiche di interesse non solo locale e zonale, ma coinvolgenti intere realtà regionali e intere macroaree del nostro eterogeneo paese.

Il rapporto fra nursing e tecnologia

È intenzione del Board in carica affrontare in modo sistematico quello che si sta configurando come uno dei problemi più pressanti del nursing cardiologico, cioè il rapporto fra assistenza infermieristica in senso tradizionale e ricorso sempre più massiccio a tecnologia in ambito sia diagnostico che terapeutico-assistenziale. Appare evidente come, allo stato attuale, la legislazione italiana sia carente in tal senso riconoscendo come uniche figure di Tecnico di Cardiologia i diplomati con corso di laurea triennale in "Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare" (fig. 2), con accesso diretto dopo il Diploma di Scuola Media Superiore. Purtroppo tale titolo di studio, sostanzialmente riservato ai pochi candidati all'attività di tecnico perfusionista in sala operatoria cardiochirurgica, e ottenibile in non più di una diecina di Università italiane, prevedendo un accesso molto limitato numericamente, non risolve affatto il problema della necessità sempre più pressante di personale esperto in tecnologia sanitaria da affiancare al personale sanitario dedicato all'assistenza. Di fatto, in assenza quasi assoluta di una vera e propria figura di Tecnico di Cardiologia, accade quotidianamente nei nostri reparti di cardiologia di affidare in modo più o meno integrale agli Infermieri la gestione delle attività diagnostiche e terapeutiche che richiedano una competenza tecnologica specifica (es: eseguire un ecocardiogramma, assistere un test ergometrico, controllare un PMK, leggere un Holter, assistere una procedura di ultrafiltrazione, ecc.), molto spesso in assenza di un organico e riconosciuto addestramento alla funzione.
È evidente come questo comporti una confusione fra attività assistenziale e ruolo di Infermiere-Tecnico, in assenza di una normativa chiara al riguardo e senza alcuna programmazione dei posti necessari in pianta organica aziendale per le funzioni specifiche. A questo va aggiunta la cronica carenza di personale infermieristico, particolarmente evidente in alcune regioni del nostro paese. Nuovi spazi di manovra si stanno aprendo (es: la legge del 2006 sul riassetto degli ordini professionali in ambito sanitario), e in questo ambito l'Area Nursing intende muoversi, stabilendo contatti con il decisore pubblico a livello regionale e nazionale per concordare azioni finalizzate a risolvere il problema formativo-didattico e l'inquadramento professionale nell'ambito delle aziende sanitarie pubbliche e private.

La Ricerca Infermieristica

Un altro aspetto affrontato dal Comitato di Coordinamento dell'Area è stato quello della ricerca infermieri-

stica. Allo stato dei fatti appare molto scarsa un'attività organica di formazione per gli infermieri addetti alla ricerca clinica, a fronte di una sempre crescente richiesta di ricercatori in ambito clinico generale e infermieristico in particolare. Uno dei compiti istituzionali dell'ANMCO è quello di proporre, supportare e condurre programmi di ricerca cardiologici, mantenendone le caratteristiche di eticità, interesse, originalità. Gli infermieri collaborano quotidianamente con il personale medico nelle strutture cardiologiche, e sono inevitabilmente coinvolti nei programmi di ricerca sia monocentrici che policentrici, molto spesso limitati all'ingrato compito di raccoglitori di dati e di costruttori di data base più o meno complessi.

Sembra evidente la necessità di coinvolgere in modo sempre più attivo, e sempre più come reali protagonisti della ricerca gli infermieri potenzialmente interessati a questo aspetto della nostra professione. Molto spesso la ricerca non rappresenta il compito istituzionale della struttura nella quale si opera, ma è anche vero che dagli ospedali italiani, non dedicati per definizione a questo compito, sono scaturiti alcuni dei progetti di ricerca più importanti e rivoluzionari nel metodo e nei risultati ottenuti (GISSI!). È in questo ambito che gli infermieri di cardiologia possono dare un contributo essenziale, ma appare necessaria un'attività di formazione teorica e di addestramento pratico per la quale l'ANMCO rappresenta il vettore ideale nella sua funzione di supporto culturale, di risorse umane e di potenzialità organizzative. Restano da stabilire nei dettagli le modalità operative di tali interventi, ma sicura è la volontà di battere questa strada che rappresenta una delle sfide concrete e potenzialmente vincenti della nostra Area.

Il Sito WEB

Il Sito WEB dell'Associazione costituisce uno strumento poderoso di informazione e di partecipazione da parte di tutti gli Associati. La pagina dell'Area Nursing rappresenta, in quest'ambito, una preziosa opportunità di contatto fra tutti gli infermieri di cardiologia, i loro referenti di regione e il comitato di coordinamento nazionale dell'Area. Questa opportunità è stata finora sottoutilizzata, e di questo proprio il board (del quale lo scrivente ha fatto parte negli ultimi due anni) deve assumersi la principale responsabilità. Nel corso dell'incontro il Dott. Giuseppe Trocino, particolarmente esperto in informatica, è stato nominato responsabile del Sito WEB, e gli è stato affidato il gravoso incarico di riformare il sito dell'Area. Verranno inseriti come prima cosa i nominativi e i recapiti di tutti i referenti regionali, verranno riportati i verbali delle riunioni e delle audioconferenze, le attività centrali dell'Area e le iniziative periferiche segnalate dai referenti. Dal prossimo anno, inoltre, verrà inserito ed aggiornato in tempo reale il programma in costruzione del Cardionursing, per accogliere proposte e suggerimenti, insieme con tutte le iniziative che possano interessare il singolo Associato, non solo come conoscenza ma anche come possibilità di intervento attivo. Saranno infine creati link con tutte gli altri siti di interesse infermieristico sia a livello nazionale che internazionale.

In conclusione, è intenzione del gruppo di lavoro che si è appena costituito lavorare per migliorare la qualità dell'offerta da parte dell'Area ai propri Associati, sia in termini di informazione e cultura professionale in senso stretto, sia come assistenza a tutte le problematiche proprie della professione infermieristica, particolarmente in ambito cardiologico. Non sappiamo se ci riusciremo, sappiamo tuttavia che daremo del nostro meglio perché questo si realizzi.

Pagina WEB dell'Area Nursing sul sito ANMCO

SCOMPENSO CARDIACO

di Fabrizio Oliva

Il cammino prosegue...

Gli obiettivi e i futuri impegni del Coordinamento dell'Area e della Rete

La nuova squadra

Si apre un nuovo biennio e un rinnovato Comitato di Coordinamento dell'Area Scompenso si appresta ad iniziare il suo lavoro. Affiancano il Chairmen Fabrizio Oliva, Michele Senni, Co-Chairman, Nadia Aspromonte, Giuseppe Di Tano, Adriano Murrone, e Alessandro Navazio.

Il Comitato Scientifico Editoriale composto da Mariantonietta Cicoira, Giuseppe Leonardi e Andrea Mortara e il Medical Writer Renata De Maria completano il team. Saranno consulenti: Alessandro Filippi (Medicina Generale), Marinella Sommaruga (Psicologia), Giovanni Troise (Cardiochirurgia), Giorgio Vescovo (Medicina Interna). L'eredità raccolta dal precedente Coordinamento è indubbiamente impegnativa, e nel contempo stimolante.

L'obiettivo più importante raggiunto nel precedente mandato è stata la preparazione del Documento di Consenso sul percorso assistenziale del paziente con insufficienza cardiaca. Risultato principale di questo progetto di grande rilevanza è aver coinvolto e coordinato tutte le Società Scientifiche interessate nel processo di cura del paziente con Scompenso Cardiaco.

Dopo la pubblicazione del Documento sul Giornale Italiano di Cardiologia, si entra ora nella fase più delicata, ottenerne l'implementazione a livello regionale. Giunge il momento di un attivo coinvolgimento delle figure istituzionali, passo necessario per raggiungere gli obiettivi assistenziali che ci siamo proposti.

A questo appuntamento la cardiologia italiana deve necessariamente presentarsi compatta e quindi condividiamo l'idea di un programma di implementazione coordinato dalla Federazione Italiana di Cardiologia. D'altra parte riteniamo fondamentale che l'ANMCO, e in particolare l'Area Scompenso, per gli importanti risultati raccolti in questo ambito in campo scientifico ed organizzativo, continuino, come già precedentemente delineato, ad essere primariamente coinvolti in questo nuovo sforzo. In varie regioni il processo di implementazione è già avviato: è necessario supportarlo senza indugi. Le realtà locali possono essere diverse e non tutte favorevoli, ma fondamentale sarà l'impegno nell'identificare, fra le differenti modalità d'azione, la più adatta alla specifica situazione locale.

Proprio per questo, consideriamo fondamentale il supporto proveniente dalle realtà regionali. Presidenti Regionali e Referenti dell'Area sono punto di riferimento insostituibile per poter adeguare il Documento alle diverse esigenze locali e proseguire nel cammino.

La necessità di un nuovo approccio allo Scompenso

Il passaggio da un documento ben redatto ad un impatto sul mondo reale richiede necessariamente un cambiamento nel modo di pensare

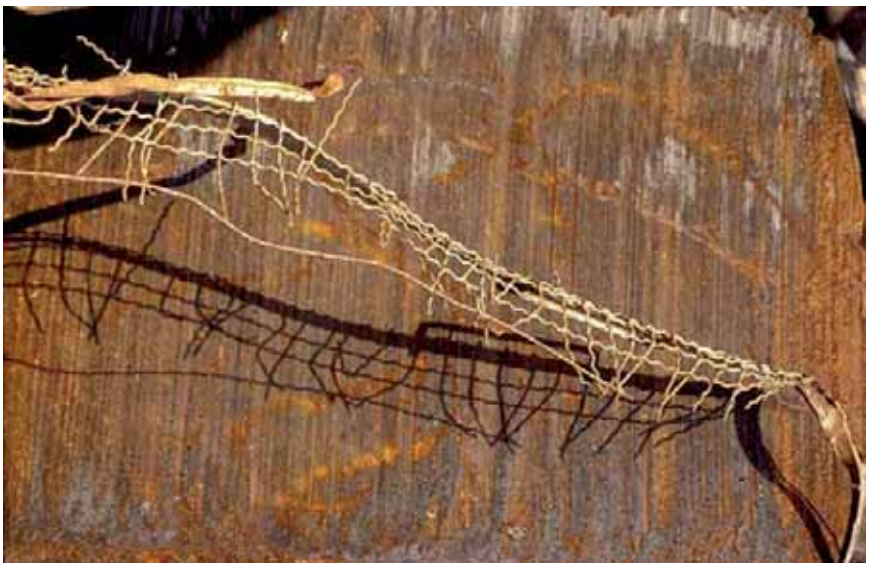


Foto WEB

la gestione del paziente con Scompenso Cardiaco.
Il Cardiologo è stato figura fondamentale negli ultimi vent'anni, ha condotto e partecipato alla ricerca scientifica, permettendo di identificare farmaci e device in grado di modificare la prognosi di questi pazienti. Tuttavia la Cardiologia, necessariamente, si occupa con continuità di una piccola parte della popolazione affetta da questa sindrome.
È evidente lo scollamento con il mondo reale: la maggior parte dei pazienti non giunge alla nostra osservazione, i trattamenti spesso non sono adeguati.
Se quindi da una parte il Cardiologo deve sicuramente proseguire nella ricerca scientifica per identificare e testare nuovi presidi terapeutici, dall'altra deve anche mettere la propria conoscenza ed esperienza al servizio degli altri attori coinvolti nel processo di cura.
La sfida possibile è riuscire a trasmettere una maggiore cultura nella prevenzione e nel trattamento precoce, con un fondamentale impatto in termini economici e sociali.
La ricerca stessa sull'argomento non può limitarsi all'ambito cardiologico e, pur consci delle notevoli difficoltà che si incontreranno, riteniamo debba coinvolgere attivamente figure come il Medico di Medicina Generale e l'Internista.
In questo processo di interazione anche il Cardiologo può acquisire maggiori competenze in ambiti non abituali, come le comorbilità, spesso nel singolo paziente l'aspetto più rilevante e limitante le cure per lo scompenso.
Questa è la filosofia che permea i nostri progetti futuri e spiega la scelta di aver instaurato da anni rapporti di collaborazione anche con le maggiori Società Scientifiche non cardiologiche.

Il ruolo delle figure cardiologiche

Lo Scompenso Cardiaco è caratterizzato in alcune sue fasi da quadri clinici complessi ed eterogenei, che necessitano di un supporto cardiologico di alta specializzazione. Anche in questo ambito la cura del paziente con insufficienza cardiaca ha carattere innovativo e richiede la collaborazione tra diverse figure cardiologiche (clinico dello scompenso, elettrofisiologo, intensivista). Riteniamo che debba essere migliorata l'interazione anche in questo ambito e stiamo preparando programmi educazionali e di aggiornamento che vedono l'attiva collaborazione delle varie Aree coinvolte.
Negli ultimi anni si è aperto un filone di ricerca sullo Scompenso Acuto, per molto tempo trascurato. L'eterogeneità dell'eziologia e della presentazione clinica, il peso delle patologie associate, rendono difficile un approccio sistematico e l'individuazione di terapie in grado di incidere positivamente. Spesso sono i registri a darci le informazioni da cui partire per orientare i filoni di ricerca, come testimoniano le significative esperienze dell'ANMCO con l'IN-CHF nel paziente cronico e la Survey sullo Scompenso Acuto.
La sfida imminente è la creazione di un Registro Unico per lo Scompenso Acuto e Cronico, senza uguali nel panorama mondiale, strumento potenzialmente molto utile per la gestione del paziente in tutte le sue fasi cliniche, capace di consentire la creazione di banche dati omogenee, fonte di informazioni sull'epidemiologia clinica dei pazienti con scompenso, dei trattamenti, dei percorsi diagnostico-terapeutici, dei costi della patologia.
L'Infermiere è la preziosa figura che ci affianca nel percorso assistenziale spesso, in questa malattia cronica, punto fondamentale di riferimento per il paziente. Vi sono esperienze isolate di ambulatori a conduzione nursing molto positive.
Crediamo sia giunto il momento di strutturare e testare questa tipologia assistenziale in un più ampio campione, in stretta collaborazione con l'Area Nursing.
L'impatto è potenzialmente rilevante soprattutto in quadri di scompenso avanzato e di refrattarietà, con possibilità di gestione ambulatoriale e/o domiciliare e ripercussioni positive in termine di riduzione dei ricoveri.

La Rete

Come vedete il programma del biennio 2007-2008 che si basa su un'ampia collaborazione tra varie figure, cardiologiche e non, non è di facile realizzazione.
Tutto quanto scritto potrebbe anche rimanere solo un insieme di belle parole se mancherà l'apporto fondamentale di tutti coloro che hanno sempre dato forza all'Area e che hanno permesso di raggiungere importanti obiettivi, che costituiscono la nostra Rete, che sono stati al nostro posto prima di noi o che ci saranno dopo di noi. I sempre più pressanti impegni clinici quotidiani rendono più difficile la partecipazione alla vita delle Società Scientifiche.
Speriamo che il nostro intatto entusiasmo e la nostra attività associati ad una più ampia partecipazione anche dei più giovani possa rafforzare e rivitalizzare la Rete.

ANMCO 2007

3 - 5 giugno 2006 - Firenze, Fortezza da Basso

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

Cod. Fiscale/P. IVA _____

(Indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti ECM)

ISCRIZIONI

Quote (incl. IVA 20%)	entro il 28/4/2007	dal 29/4 al 5/5/2007	al Congresso
Soci FIC	€ 250,00	€ 280,00	€ 350,00
Non Soci	€ 310,00	€ 360,00	€ 420,00
Giovani Medici (nati dopo il 1/1/72)	€ 50,00	€ 50,00	€ 50,00

Desidero iscrivermi al seguente Minimaster:

❒ IL PAZIENTE CARDIOCHIRURGICO
❒ MODERNA INTERPRETAZIONE DELL'ELETTROCARDIOGRAMMA
❒ CORONAROGRAFIA E ANGIOPLASTICA CORONARICA
❒ LA CARDIOLOGIA CLINICA E I MARCATORI BIOCHIMICI
❒ CUORE E MALATTIE INFETTIVE

Allego le seguenti quote:

❒ Socio FIC € _____

❒ Non socio € _____

❒ Giovane medico (nato il _____) € _____

TOTALE € _____

mediante assegno N. _____

della Banca _____

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

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

Data _____ Firma _____

ANMCO 2007

TIME TABLE - XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

DOMENICA 3 GIUGNO 2007

9.00-11.00 — RIUNIONE DEGLI ISCRITTI ALLE AREE ANMCO

11.00-12.00

- MAIN SESSION: La terapia elettrica in Cardiologia: quali soluzioni per quali pazienti
- SEMINARI: Nuove strategie gestionali: lo scompenso cardiaco fra ospedale e territorio
- SEMINARI: Variabilità della risposta agli antiaggreganti piastrinici
- MINIMASTER: Coronarografia e angioplastica coronarica
- MINIMASTER: Il paziente cardiochirurgico
- MINIMASTER: La Cardiologia clinica e i marcatori biochimici
- MINIMASTER: Cuore e malattie infettive
- MINIMASTER: Moderna interpretazione dell' elettrocardiogramma
- CARDIOGENERALIST: CRITICITA' ED EVIDENZE NELLA GESTIONE INTEGRATA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI TRA OSPEDALE E TERRITORIO

12.00-13.00

- SEMINARI: Prescrivibilità dei farmaci cardiovascolari e contenimento della spesa
- SEMINARI: Attualità in tema di sindromi aortiche acute

13.15-14.45

- SIMPOSI: Lo scompenso cardiaco in Italia e in Europa. Dall'applicazione delle Linee Guida al disease management
- SIMPOSI: La cultura della sicurezza, la sfida della sicurezza
- SIMPOSI: L'infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato
- MOVIE SESSION Emodinamica
- SIMPOSI: Prevenzione secondaria e riabilitazione cardiovascolare
- SIMPOSI: Cardiopatie congenite nell'adulto
- SIMPOSI: Embolia polmonare e ipertensione polmonare: up-to-date 2007
- SIMPOSI: Cardiopatie nel genere femminile: quali specificità
- CARDIOGENERALIST: 11.10 - 11.30 Lettura — Un modello d'integrazione tra cure primarie e Cardiologia
- CARDIOGENERALIST: 11.30 - 12.50 Simposio — Prevenzione cardiovascolare

15.00-16.00

- MAIN SESSION: La nuova diagnostica per immagini: stato dell'arte e significato clinico attuale
- SEMINARI: I nuovi target della terapia farmacologica
- SEMINARI: La disfunzione ventricolare sinistra nella cardiopatia ischemica: indicazioni e modalità dell'intervento di rivascolarizzazione
- MOVIE SESSION Aritmologia interventistica
- CARDIOGENERALIST: 12.50 - 14.10 Simposio — Scompenso cardiaco

16.00-17.00

- SEMINARI: Resincronizzazione cardiaca nello scompenso: oltre le Linee Guida
- SEMINARI: L'ipertensione nefrovascolare: diagnosi e trattamento
- CARDIOGENERALIST: 14.30 - 15.50 Simposio — L'appropriatezza delle indagini strumentali
- CARDIOGENERALIST: 15.50 - 17.10 Simposio — Cardiopatia ischemica cronica

17.15-18.45 — SIMPOSI E LETTURE

- Come contrastare le diverse fonti dell'ipercolesterolemia
- Le strade che portano alla riperfusione
- La gestione dell'obesità addominale nel paziente a rischio cardiometabolico
- Attualità delle eparine a basso peso molecolare nelle sindromi coronariche acute
- Nuove applicazioni cliniche degli antagonisti dell'angiotensina II: gestione della fibrillazione atriale nel paziente iperteso

19.00-20.15 — CERIMONIA INAUGURALE

- CARDIOPATIA ISCHEMICA
- SCOMPENSO CARDIACO
- ARITIMIE CARDIACHE
- PREVENZIONE E RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE - IPERTENSIONE ARTERIOSA
- ECO - IMAGING - CARDIOMIOPATIE - CARDIOPATIE CONGENITE / VALVULOPATIE - CARDIOCHIRURGIA
- CARDIOLOGIA CLINICA - MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE - VARIE
- PROBLEMI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI IN CARDIOLOGIA
- CARDIOGENERALIST

LUNEDÌ 4 GIUGNO 2007

8.00-9.30	SIMPOSI						Simposio Congiunto ANMCO - FADOI Scompenso cardiaco nell'anziano: gestione integrata tra Medicina Interna e Cardiologia	Simposio Congiunto ANMCO - SIMIEU Edema polmonare acuto	
	Come sopravvivere allo shock cardiogeno	La gestione del paziente con fibrillazione atriale	Rivascolarizzazione coronarica: decidere sulla base dell'anatomia o dell'ischemia	Up-to-date in Cardiochirurgia	Terapia cellulare cardiaca: a che punto siamo	Attualità in tema di cardiomiopatia ipertrofica			
9.45-10.45	MAIN SESSION La valutazione dell'appropriatezza in Cardiologia tra Linee Guida, protocolli e limitatezza delle risorse	SEMINARI							
		Cardiopatia ischemica: come coniugare evidenze scientifiche e organizzazione sanitaria	Impiego dell'ecocardiografia nella gestione delle endocarditi						
10.45-11.45		SEMINARI							
		Controversie nelle malattie pericardiche	Amiloidosi cardiaca						
12.00-13.00	SEMINARI								12.00-13.30 SIMPOSIO HCF Cuore e alimentazione
	Dubbi e certezze in Cardiologia interventistica	Associazione di patologie cardiache e renali	Strategie terapeutiche ottimali nello scompenso cardiaco cronico	È possibile individuare i non-responders in aritmologia interventistica?	Il cardiopatico sottoposto a chirurgia maggiore non cardiaca	L'ecocardiografia nello scompenso cardiaco: parametri indispensabili, utili, accessori	Significato dell'aumento della troponina	Il paziente con malattia carotidea candidato a bypass	
13.00-14.30	Simposio Congiunto ANMCO - ESC Angina stabile: attualità a pochi mesi dalla presentazione delle Linee Guida della ESC	SESSIONI DI COMUNICAZIONI							13.30-15.00 SIMPOSIO HCF Cuore e Qualità
		Ablazione transcatetere e chirurgia della fibrillazione atriale	Imaging	Infarto miocardico acuto: aspetti gestionali	Meccanismi fisiopatologici dello scompenso cardiaco	Imaging: valutazione morfo-funzionale	Ecocardiografia: aspetti diagnostici	Prognosi dello scompenso cardiaco	
14.30-16.00	SIMPOSI E LETTURE								15.00-16.00 ASSEMBLEA SOCI HCF
	Statine nella prevenzione cardiovascolare: la discussione dell'evidenza come base per la ricerca dell'appropriatezza terapeutica	Dibattito su 5 classici cardiovascolari	L'impatto delle emorragie nella gestione del paziente con sindrome coronarica acuta	Il trattamento farmacologico del paziente scompensato: ieri, oggi e domani	Terapia antiaritmica nella fibrillazione atriale: passato, presente e futuro	Omega-3: certezze e prospettive			
16.15-17.15	"VISITA GUIDATA" ALLE SESSIONI POSTER								
17.30-19.00	MAIN SESSION Gli studi clinici dell'ANMCO	SIMPOSI							
		I pazienti con sindrome coronarica acuta del mondo reale	Il cardiopatico ultraottantenne: quale confine fra approccio aggressivo ed accanimento terapeutico	La stenosi aortica asintomatica con e senza disfunzione ventricolare sinistra					
19.00-21.00	ASSEMBLEA SOCI ANMCO								

MARTEDÌ 5 GIUGNO 2007

8.00-9.30	**SIMPOSI**							
	STEMI: hot topics 2007	Sindrome metabolica, diabete e malattie cardiovascolari	Sincope ed aritmie	Lo scompenso cardiaco refrattario	La terapia farmacologica cardiovascolare nel paziente anziano	Gestione integrata dei pazienti con dolore toracico	L'informatizzazione in Cardiologia oggi: dalla cartella clinica alla telemedicina	Simposio Congiunto ANMCO - ISS - CCM ANMCO e Decisore Pubblico: domande, interazioni e prospettive
9.45-11.15	MAIN SESSION Convention delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica: la gestione del paziente acuto non coronarico	**SIMPOSIO**	**SEMINARIO**					
		Cardiopatia ipertensiva: Linee Guida ANMCO/SIC/SIIA 2007	(9.45-10.45) Sindromi aritmiche congenite					
11.15-12.15		**SEMINARI**						
		Prevenzione e riabilitazione cardiovascolare nel paziente anziano	Il ruolo dell'ecocardiografia in aritmologia	Scompenso cardiaco cronico: eziologie emergenti				
12.30-14.00	**SIMPOSI E LETTURE**							
	Sindromi coronariche acute e terapia antiaggregante oggi in Italia	La riduzione degli eventi cardiovascolari: utopia o realtà?	Inibitori GP IIb/IIIa: dall'Evidence Based Medicine alla pratica clinica	Statine nello stroke	Valsartan: il valore dell'evidenza	Novità Patobiologiche e Terapeutiche sulla Ipertensione Arteriosa Polmonare		
14.15-15.30	**SESSIONI DI COMUNICAZIONI**							
	Cardiologia interventistica coronarica	Terapia dello scompenso cardiaco	Cardiologia interventistica non coronarica	Cardiochirurgia	Fibrillazione atriale	Problematiche di riabilitazione e di gestione ambulatoriale	Infarto miocardico acuto: aspetti particolari	Infarto miocardico acuto: stratificazione prognostica
15.30-16.30	**SEMINARI**							
	Drug eluting stent 2007	Riabilitazione cardiologica nel paziente con scompenso cardiaco cronico	Indicazioni restrittive o estensive all'impianto di defribillatore in prevenzione primaria nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra	Attualità in tema di terapia di resincronizzazione	Problemi pratici nella gestione della terapia anticoagulante orale	Forame ovale pervio con e senza aneurisma del setto interatriale	Aspetti terapeutici dell'embolia polmonare	Ecocardiografia nelle valvulopatie
16.30-17.15	LETTURA MAGISTRALE Prospettive della Cardiologia italiana *in onore del Prof. Giorgio Antonio Feruglio*							
17.30	CHIUSURA CONGRESSO							

CARDIONURSING

TIME TABLE - XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

LUNEDÌ 4 GIUGNO 2007

9.00-11.00	MINIMASTER Elettrocardiogramma: criticità assistenziali *(prima parte)*	La prevenzione in pazienti ad alto rischio cardiovascolare: come implementare i risultati mediante tecniche di counseling e di comunicazione *(prima parte)*	Interventistica non coronarica in un laboratorio multidisciplinare *(prima parte)*	L'infermiere nel laboratorio di ecocardiografia *(prima parte)*
11.00-12.30	MAIN SESSION Censimento Infermieristico delle UTIC			
12.30-13.45	SIMPOSI La cartella clinica integrata in Cardiologia	Le infezioni in terapia intensiva: come prevenirle, come curarle		
14.00-15.00	INCONTRO CON L'ESPERTO Cardiochirurgia: Nuovi dispositivi di assistenza ventricolare	CONTROVERSIE a) Trasferimento di un paziente acuto in Emodinamica di altro Ospedale senza medico b) Defibrillare senza medico: dove e quando?	SESSIONE DI COMUNICAZIONI Emodinamica	SESSIONE POSTER
15.00-16.30	SIMPOSIO Appropriatezza in Cardiologia: percorsi assistenziali nel paziente acuto	LE MIGLIORI COMUNICAZIONI	SESSIONE DI COMUNICAZIONI UTIC	
16.30-17.30	ASSEMBLEA AREA NURSING			
17.30-20.00	MINIMASTER Elettrocardiogramma: criticità assistenziali *(seconda parte)*	La prevenzione in pazienti ad alto rischio cardiovascolare: come implementare i risultati mediante tecniche di counseling e di comunicazione *(seconda parte)*	Interventistica non coronarica in un laboratorio multidisciplinare *(seconda parte)*	L'infermiere nel laboratorio di ecocardiografia *(seconda parte)*

MARTEDÌ 5 GIUGNO 2007

8.00-9.30	MINIMASTER Elettrocardiogramma: criticità assistenziali *(terza parte)*	La prevenzione in pazienti ad alto rischio cardiovascolare: come implementare i risultati mediante tecniche di counseling e di comunicazione *(terza parte)*	Interventistica non coronarica in un laboratorio multidisciplinare *(terza parte)*	L'infermiere nel laboratorio di ecocardiografia *(terza parte)*
9.45-12.15	MAIN SESSION Convention delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica: la gestione del paziente acuto non coronarico			
12.30-13.30	CASI CLINICI Malattia del tronco comune	Scompenso cardiaco congestizio	SESSIONE DI COMUNICAZIONI Assistenza domiciliare	
13.30-15.00	SIMPOSI Responsabilità ed autonomia infermieristica	Defibrillatore e pace maker biventricolare: le nuove frontiere dell'aritmologia interventistica	SESSIONE DI COMUNICAZIONI Riabilitazione	
15.00-16.00	INCONTRO CON L'ESPERTO Oltre le immagini angiografiche per la valutazione della malattia coronarica	SESSIONI DI COMUNICAZIONI Cardiochirurgia	Argomenti vari Aritmologia	
16.00-17.30	MAIN SESSION L'infarto miocardico nel 2007: ultime novità nella gestione e nel trattamento			

CARDIONURSING 2007

4 - 5 giugno 2007 - Firenze, Fortezza da Basso

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

Cod. Fiscale/P. IVA _____

(Indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti ECM)

ISCRIZIONI

Quote (incl. IVA 20%)	**entro il 28/4/2007**	**dal 29/4 al 5/5/2007**	**al Congresso**
Iscrizione	€ 30,00	€ 30,00	€ 30,00
Iscrizione incluso Minimaster	€ 100,00	€ 100,00	€ 100,00

Desidero iscrivermi al seguente Minimaster:

❒ ELETTROCARDIOGRAMMA: CRITICITÀ ASSISTENZIALI

❒ LA PREVENZIONE IN PAZIENTI AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE:
COME IMPLEMENTARE I RISULTATI MEDIANTE TECNICHE DI COUNSELING E DI COMUNICAZIONE

❒ INTERVENTISTICA NON CORONARICA IN UN LABORATORIO MULTIDISCIPLINARE

❒ L'INFERMIERE NEL LABORATORIO DI ECOCARDIOGRAFIA

Allego le seguenti quote:

❒ Iscrizione € _____

❒ Iscrizione incluso Minimaster € _____

TOTALE € _____

mediante assegno N. _____

della Banca _____

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

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

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

Data _____ Firma _____

CARDIOGENERALIST 2007

3 giugno 2007 - Firenze, Fortezza da Basso

Norman Rockwell, "Family Doctor"

INFORMAZIONI

CREDITI FORMATIVI ECM

È stata inoltrata al Ministero della Salute richiesta per i crediti formativi ECM - Educazione Continua in Medicina. Alla fine della giornata verrà consegnato un attestato di frequenza. L'attestato con l'indicazione dei crediti formativi ottenuti verrà inviato dopo il Congresso.

ISCRIZIONI

L'Evento è rivolto ai Medici di Medicina Generale. L'iscrizione è gratuita.

È necessario compilare la scheda allegata e inviarla al Centro Servizi ANMCO entro il **5 maggio 2007**.

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

Cod. Fiscale/P. IVA _____

(Indispensabile per la fatturazione e ai fini dei crediti ECM)

❒ **Desidero iscrivermi al Cardiogeneralist ANMCO 2007**

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

Data _____ Firma _____

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: _____

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

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@aslteramo.it**

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

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

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

EMILIA ROMAGNA - Dott. GIANCARLO PIOVACCARI
Ospedale Infermi - Via Settembrini, 2 - 47900 Rimini (RN)
tel. 0541/705440 - 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: **amafric@tin.it, antomafrici@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-umbertoprimo.marche.it**

MOLISE - Dott. ALBERTO MONTANO
Ospedale S. Timoteo - V.le Padre Pio - 86039 Termoli (CB)
tel. 0874/424570 - e-mail: **cardiologiacb@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: **trinchero@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@aospterni.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

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

Non compilare
Codice Unico |_|_|_|_|_|_|

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare
Codice ANMCO |_|_|_|_|_|_|

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA |_|_|_|_|_|_|

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA |_|_| CAP |_|_|_|_|_|

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

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

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: ☐ Cardiologo ☐ Cardiochirurgo ☐ Medico

Struttura: ☐ Ospedaliera ☐ Universitaria ☐ Distretto Sanitario ☐ Privata
☐ Altro _____

Tipologia:

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

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

Non compilare
|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA |_|_| CAP |_|_|_|_|_|

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Qualifica:

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

In quiescenza: ☐ ***Non di ruolo:*** ☐

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

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

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

Sono interessato alla seguente Area:

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

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

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

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 _____

REGOLAMENTO "BORSE DI STUDIO ANMCO REGIONALI" PER ATTIVITÀ DI RICERCA CARDIOLOGICA

Art. 1 - Borse di studio

Nell'ambito delle proprie finalità istituzionali di promozione e sviluppo della cultura nel campo della Cardiologia, l'ANMCO può istituire borse di studio finalizzate al sostegno delle attività di ricerca cardiologica da condurre nei reparti di cardiologia destinati a **personale non medico con profili professionali funzionali alle esigenze della ricerca da espletare**.

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

Con cadenza semestrale, vale a dire rispettivamente al 1° gennaio ed al 30 giugno di ogni anno, vengono pubblicati sulla Rivista "Cardiologia negli Ospedali" uno o più Bandi per l'assegnazione delle borse di studio da erogare nell'anno medesimo.

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

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

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

Art. 3 - Assegnazione delle borse di studio

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

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

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

Art. 4 - Attività del Borsista

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

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

Art. 5 - Aspetti finanziari

Le borse di studio sono finanziate dall'ANMCO anche grazie ad eventuali contributi appositamente raccolti. All'atto della individuazione delle borse di studio è definito il budget relativo, comprensivo degli emolumenti destinati all'assegnatario e degli oneri assicurativi, previdenziali ed amministrativo-gestionali. I compensi della borsa di studio sono corrisposti periodicamente previa relazione del Direttore della Struttura Complessa che attesti la regolare attività del borsista non-medico presso l'U.O. cui è stato assegnato.

Art. 6 - Aspetti amministrativi

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

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

Il Tesoriere ANMCO
Dott. Giovanni Gregorio

Firenze, 17 febbraio 2007

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.anmco.it/regioni/elenco/abruzzo

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 Mafrici (Milano)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG),
Claudio Cuccia (Brescia),
Anna Frisinghelli (Passirana-Rho -MI),
Vittorio Giudici (Seriate - 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)

web.infinito.it/utenti/anmco.marche

MOLISE

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

P.A. BOLZANO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

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

www.anmco-piemonte.com

PUGLIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

SARDEGNA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

SICILIA

Presidente: Alberto Carrubba (Palermo)
Consiglio Regionale: Michele Bono (Sciacca - AG),
Giuseppina Maura 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 (Piove 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

CALABRIA

di Marilena Matta

News dalla Calabria

Nell'ambito della Campagna Educazionale Nazionale promossa dall'ANMCO con lo scopo di implementare la strategia di Rete Interospedaliera in tutte le regioni italiane, anche in Calabria il Consiglio Direttivo Regionale dell'ANMCO ha organizzato un Congresso Regionale a Gizzeria Lido (Catanzaro), il giorno 2 febbraio 2007 dal titolo "Rete Interospedaliera e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute", coinvolgendo tutte le società cardiologiche, il SIS 118, la SIMEU e le istituzioni politiche regionali.

Al Centro alberghiero congressuale di Caposuvero hanno presentato l'evento oltre ad Antonio Butera, Presidente ANMCO Regione Calabria, anche Ciro Indolfi, Presidente Regionale SIC, Mario Chiatto (Consigliere Nazionale ANMCO) e Francesco Chiarella, Presidente Nazionale ANMCO. Ha partecipato all'evento congressuale l'Assessore alla Sanità On.le Doris Lo Moro con cui i partecipanti hanno intessuto un vivace e animato dibattito. Sono stati messi a fuoco gli annosi problemi che affliggono da tempo la Sanità calabrese per la mancanza di programmazione e di strutture che costringono i Cardiologi a lavorare in condizioni di precarietà per la mancanza di una Rete dell'emergenza che vede ancora oggi i pazienti portatori di Sindrome Coronarica Acuta quasi sempre privati di quelle terapie fondamentali, come l'angioplastica primaria, per la mancanza di centri emodinamici attivi 24 ore su 24.

Nella nostra Regione, infatti, si registrano circa 3.000 casi di ricovero per infarto acuto del miocardio. Appena il 60% delle persone colpite da infarto arriva in ospedale vivo e in tempo utile per essere sottoposto a un trattamento adeguato, così commenta Antonio Butera nel comunicato stampa dal titolo *Calabria a "Prova d'infarto"*. La Rete Ospedaliera 'Salvacuore'. Dei 3.000 pazienti ricoverati ogni anno in Calabria per infarto meno del 4% è sottoposto ad angioplastica primaria, e meno del 50% è sottoposto a trombolisi, trattamento farmacologico in grado di dissolvere il trombo se eseguito precocemente. In Calabria sono presenti 6 servizi di emodinamica interventistica: 3 a Catanzaro, 1 a Reggio Calabria, 1 a Cosenza, 1 a Belvedere Marit-

Giorgio De Chirico, Cavalli in riva al mare, 1927-'28

tima. "La creazione di una nuova rete di collegamento" – spiega ancora il presidente regionale ANMCO – "significa aumentare il numero dei pazienti che giungono vivi in ospedale e garantire a ciascuno l'accesso alle procedure più appropriate e al centro più idoneo al suo trattamento".

È una nuova filosofia di azione che segna il passaggio dal concetto di "ospedale più vicino" a quello di "ospedale più adatto" e da "centro di eccellenza" ad "organizzazione di eccellenza", offrendo a tutti i cittadini un'assistenza ottimale indipendentemente dalla zona di residenza.

Giorgio De Chirico, Trofeo di frutta, 1967

"Per ottimizzare i risultati sulla mortalità" – conclude il Dott. A. Butera – "è fondamentale sensibilizzare i cittadini sulla necessità di chiamare subito il 118. Nella nostra Regione infatti solo 1 persona su 4 arriva in ospedale entro un'ora dall'esordio dei sintomi e solo uno su tre chiama il 118 in caso di crisi cardiaca. Ottimizzando il Sistema della Rete si potrà ridurre di oltre il 20% la mortalità complessiva per infarto che oggi nei pazienti ricoverati in UTIC e sottoposti a trattamenti riperfusivi precoci è inferiore al 5%".

Il Congresso ha visto una partecipazione interessata di oltre 200 persone tra Cardiologi (erano presenti tutti i Responsabili delle U.O. di UTIC e Cardiologia), Medici del 118 e Medici del SIMEU. Con la presenza dell'Assessore alla Sanità On. Doris Lo Moro i Cardiologi calabresi hanno animato il dibattito analizzando la situazione attuale e manifestando le proprie aspettative alla vigilia del varo del nuovo piano sanitario regionale. Interessanti sono state le relazioni sull'esperienza delle regioni vincitrici: Campania, Basilicata, Puglia e Sicilia che hanno illustrato progetti innovativi – come la telemedicina – in cui si configura il domani della gestione dei cardiopatici in acuto e dell'assistenza domiciliare integrata del cardiopatico cronico. L'assessore, prima di lasciare il Congresso, ha affermato di adoperarsi al meglio per tutelare la salute del paziente cardiopatico calabrese e con questo augurio il Congresso ha continuato i lavori sviluppando varie tematiche che ben si sono combinate con le aspettative dei Cardiologi calabresi da parte delle istituzioni regolatorie.

Ospedale Cetraro di Cosenza con elicottero del 118

MARCHE

di Domenico Gabrielli e Gian Piero Perna

NEWS dalle Marche

Il primo incontro sperimentale di presentazione della Consensus Conference "Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco Acuto" ad Ancona

Il primo incontro di presentazione del progetto ANMCO "Consensus Conference sui Percorsi Assistenziali del Paziente con Scompenso Cardiaco" ad Ancona si è tenuto il 24 febbraio 2007 presso la AOUOR.

Il Documento di Consenso è "stilato" da tempo ed è giunto il momento di passare alla fase della implementazione regionale.

A livello di ANMCO "centrale" e di Area Scompenso Cardiaco si sta provvedendo ad identificare i gruppi di lavoro per la importantissima fase di implementazione territoriale, infatti anche nelle malattie croniche è importantissimo strutturare una rete assistenziale ben definita per meglio rispondere ai bisogni dell'utenza.

I passi da compiere in proposito, benché possano risultare facilitati dall'esperienza delle Reti nel campo delle Sindromi Coronariche acute, sono ancora molti, sia per la minore percezione del problema a livello di comunità e di decisore pubblico, sia per la complessità dell'interazione fra i vari "care-giver".

Al fine di sensibilizzare ulteriormente gli operatori della sanità, considerando la sensibilità della Regione Marche al problema, come espresso dalla partecipazione della ASR alle fasi preliminari del progetto ANMCO, si è pensato di proporre una iniziativa pilota per la sede di Ancona, aperta ad un numero elevato di operatori (Cardiologi ospedalieri e territoriali, Internisti, MMG, infermieri), che si è tenuta il 27 febbraio 2007, per discutere il problema nei suoi punti generali.

All'iniziativa, che ha avuto un buon successo, hanno aderito circa 120 iscritti. I relatori e moderatori, che hanno garantito un ottimo livello qualitativo dell'evento, sono stati sia Cardiologi che Geriatri, MMG, Cardiologi Territoriali ed Infermieri.

Il momento istituzionale è stato rap-

Figura 1

presentato dal Dott. Deales, quale rappresentante della ARS, e dal Dott. Vincenzo Lombardo, Direttore del Presidio Lancisi della AOUOR.
La partecipazione dell'Università è stata garantita dalla presenza del Prof. Rappelli (Ordinario di Cardiologia). Per motivi organizzativi e di tempo non è stato possibile coinvolgere tutti gli attori coinvolti (Internisti, Psicologi, Medici dell'Emergenza Territoriale ed Ospedaliera ed altre professionalità), e questo è stato, per noi promotori dell'iniziativa, motivo di cruccio, cogliamo dunque volentieri l'occasione per scusarci con quanti avrebbero dovuto essere coinvolti e non lo sono stati.
La discussione è stata particolarmente interessante ed ha coinvolto i vari care-giver coinvolti nell'assistenza del paziente con scompenso.
Il Dott. Deales ha informato tutti i presenti della volontà della Regione Marche di partire nella prima parte del 2007 con la costituzione del gruppo di lavoro per l'implementazione dei percorsi assistenziali e della costituzione della rete per lo scompenso.
Al Prof. Rappelli è stato nuovamente sollecitata la necessità di istituire dei Master Universitari per la specializzazione dell'assistenza delle figure professionali coinvolte nell'assistenza al paziente con scompenso, per cui si spera di iniziare il percorso istituzionale che dovrebbe portare all'attivazione di tali master nell'Università Politecnica delle Marche.
In conclusione, il successo dell'iniziativa, anche se sperimentale e "semplificata" rispetto a quanto dovrà avvenire in futuro, e l'interesse destato fanno ben sperare che si trovi continuità ed "applicabilità" reale nella fase di implementazione regionale della Consensus, di prossima attuazione, come sopra detto.
In ogni caso, nell'ambito del Congresso Regionale ANMCO Marche, previsto ad Ancona per il 12 e 13 ottobre 2007 (fig. 2), e dedicato, fra l'altro, alle Reti Assistenziali, si troverà sicuramente uno spazio importante per riproporre l'iniziativa (il programma è in fase di elaborazione), con la presenza di qualificati relatori, fra l'altro molti dei quali estensori del Documento di Consensus, al fine di ottimizzare la fase di implementazione territoriale. In quella occasione si spera di poter coinvolgere in maniera importante i rappresentanti delle istituzioni, per continuare l'opera di implementazione dei percorsi, appena iniziata.

Figura 1

PUGLIA

di P. Caldarola, M. Ciccone e G.A.Di Pietro

Appropriatezza dei ricoveri ospedalieri
Il modello di analisi "MAAP" adottato dalla Regione Puglia

Un Utile Confronto tra Direttori di Cardiologia ed ARES

L'8 febbraio 2007 si è tenuto un incontro, organizzato dalle sezioni regionali di ANMCO e SIC, tra i Direttori delle Strutture Complesse di Cardiologia della Puglia ed il Dott. Gaetano Antonio Di Pietro, in rappresentanza dell'ARES, per l'analisi dell'appropriatezza dei ricoveri per malattie cardiovascolari nella Regione Puglia. Il Dott. Di Pietro ha presentato il modello di analisi "MAAP" dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri Ospedalieri per elenchi normativi di procedure.

FATTORI CARATTERIZZANTI I RICOVERI OSPEDALIERI

Patologia causa del ricovero
È espressa dal DRG di afferenza. Ogni DRG ha un suo peso relativo che ne indica la complessità; i DRG di basso peso sono quelli più a rischio di inappropriatezza organizzativa.

Condizione clinica del paziente
Viene valutata con l'***All Patient Refined* – DRG (APR-DRG V. 20.0)**.
L'APR–DRG consente, partendo dai dati contenuti nella SDO, di definire per ogni singolo DRG livelli di severità clinica (in termini di entità dello scompenso fisiologico o di perdita di funzionalità di organo) progressivi da 1 a 4, e livelli di rischio di morte (in termini di probabilità di decesso) progressivi da 1 a 4 (1.258 combinazioni di APR-DRG e sottoclassi).
I ricoveri afferenti a DRG di basso peso (patologia non grave), con severità clinica 1 e rischio di morte 1 (condizioni cliniche buone), sono definiti a "criticità minima" e sono l'oggetto dello studio.

Complessità delle procedure diagnostico-interventistiche eseguite
Sulla base di studi prodotti da altri Enti ed Istituzioni ed in collaborazione con i referenti regionali delle Società Scientifiche, sono analizzate le procedure contenute nella versione 2002 della ICD 9 CM.
Ad ogni procedura, in funzione della complessità, difficoltà di esecuzione e/o invasività, rischio di complicanze, utilizzando un criterio di scelta *prudenziale*, è assegnato un setting assistenziale di riferimento: *ricovero ordinario, ricovero di 0-1 giorno, day hospital, ambulatorio*.

Trani - Cattedrale

Valutazione procedure con indicazioni Specialisti

LEGENDA FORMATTAZIONE:

ORD	ORD 0-1	DS	AMB

COD	ICD9CM 1900 - 2002	ELENCO MINISTERO DELLA SALUTE (gennaio 2005)	ELENCO REGIONE PIEMONTE (ottobre 2004)	ELENCO CONFERENZA STATO REGIONI (agosto 2002)	DOTT. F. ACOI (ASS. CHIRURGHI OSPEDALIERI ITALIANI) (IN SEDE il 20/03/06)	DOTT. A. S.I.C.V.E. (SOC. ITALIANA CHIRURGIA VASCOLARE e ENDOVASCOLARE) (E-MAIL) 13/01/2006	PROF. T. CARDIOCHIRURGO (IN SEDE) 03/02/06	MIX MIN.+ PIEMONTE + CONF. STATO REG.+ SPECIALISTI (criterio cautelativo) AGGIORNATO AL 31/01/2006
INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE (35-39)								
3849	Resezione di vene dell'arto inferiore con sostituzione	DS	DS	DS		ORD	ORD	ORD
385	Legatura e stripping di vene varicose				ORD 0-1	ORD 0-1		ORD 0-1
3850	Legatura e stripping di vene varicose, sede non specificata	AMB	DS	DS/ORD 0-1	ORD 0-1	ORD 0-1	DS	ORD 0-1
3851	Legatura di vene varicose intracraniche						ORD	ORD
3852	Legatura di altre vene varicose del capo e del collo					ORD 0-1	ORD	ORD
3853	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto superiore	AMB	DS	DS		ORD 0-1	DS	ORD 0-1

Fig. 1

Si producono 4 liste normative procedurali:

LISTA "A": contenente i codici di procedura eseguibili in ricovero **ordinario**;

LISTA "B": contenente i codici di procedura eseguibili in ricovero di 0-1 g. ovvero in **one-day-surgery**;

LISTA "C": contenente i codici di procedura eseguibili in **day-hospital/day-surgery**;

LISTA "D": contenente i codici di procedura eseguibili in regime di **assistenza ambulatoriale** (fig. 1).

Vengono esaminate inoltre alcune condizioni che potrebbero, a seconda dei casi, rappresentare fattori di rischio, ovvero semplici elementi di opportunità che sconsigliano, per determinati episodi di ricovero ospedaliero, l'analisi con il MAAP.

Si utilizza per questi casi la definizione di "***Filtri di esclusione per fattori di rischio***".

PRINCIPALI FILTRI ADOTTATI

- Età 0-14 anni
- Età > 75 anni
- Tipo di ricovero urgente
- Modalità di dimissione contro parere dei sanitari
- Mobilità attiva extraregionale

SCHEMA SEQUENZIALE DEL MAAP

I ricoveri:

- Per patologie non complesse (peso drg <1,5);
- Con condizioni cliniche buone (criticità minima per apr-drg);
- Con esclusione di ulteriori fattori di rischio (filtri di esclusione fattori di rischio);
- Vengono analizzati secondo le liste procedurali, sequenzialmente dalla lista "a" alla lista "d", ed assegnati al setting assistenziale appropriato in relazione alle procedure eseguite nell'episodio di ricovero.

In questo modo si ottengono per ogni DRG specifici indicatori di trasferibilità che informano sulla potenziale trasferibilità dei ricoveri verso setting assistenziali a minor consumo di risorse.

Indicatore di trasferibilità totale del DRG: indica la potenzialità complessiva di trasferimento da e verso tutti i regimi assistenziali, e permette di cogliere il gap di appropriatezza organizzativa tra la situazione reale e quella teorica.

Indicatore di trasferibilità dei ricoveri ordinari del DRG: indica la percentuale di ricoveri ordinari che potrebbe essere trasferita ad altro setting assistenziale.

Indicatore di volume di trasformabilità dei ricoveri ordinari per DRG: numero di ricoveri ordinari suscettibili di trasformazione come fattore determinante la scelta dei DRG a ri-

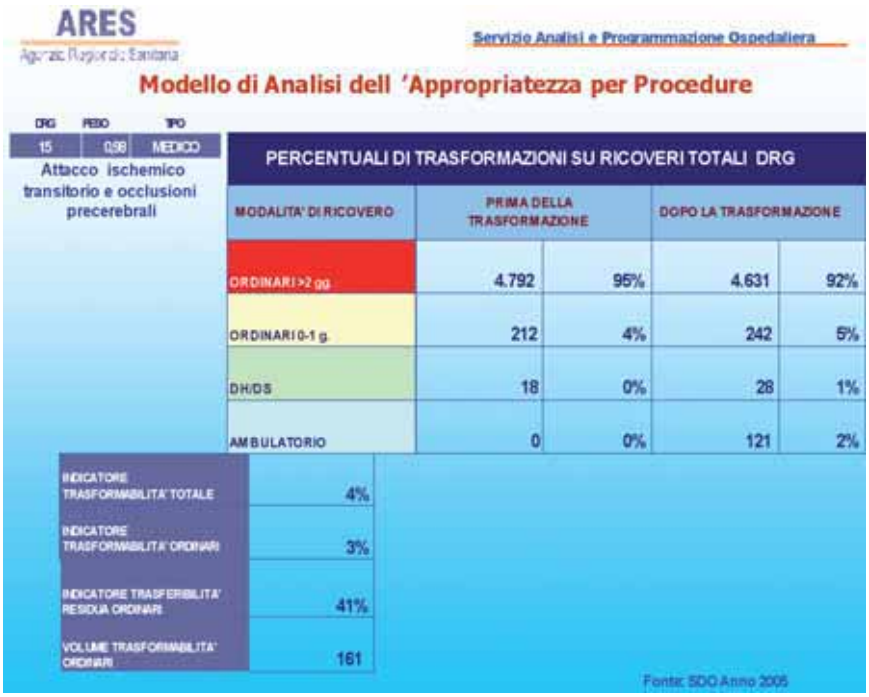
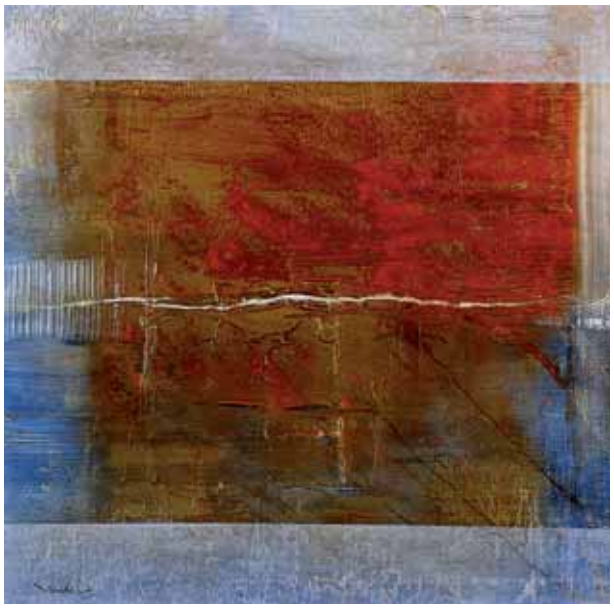


Fig. 2 - Esempio di calcolo degli indicatori di trasferibilità riferito al TIA

schio di inappropriatezza organizzativa (fig. 2).

Durante l'incontro sono state esaminate alcune patologie cardiache non complesse ed alcune procedure diagnostiche cardiologiche, attualmente gestite in regime di ricovero ordinario; mediante televoto i Direttori di Cardiologia presenti (il 90% dei Direttori di Cardiologia di Puglia) si sono espressi circa la modalità di ricovero ritenuta più appropriata sulla base di considerazioni cliniche ed organizzative e non economiche:

- CARDIOVERSIONE DI FIBRILLAZIONE ATRIALE (pazienti non complicati e con "filtri di esclusione"): ricovero di un giorno
- PERICARDIOCENTESI: ricovero ordinario
- CATETERISMO CARDIACO DIAGNOSTICO: ricovero 1 giorn
- BIOPSIA DEL PERICARDIO: ricovero ordinario
- STUDIO ELETTROFISIOLOGICO: ricovero 1 giorno



Shuhei Matsuyama, Shin-on, 1993

- MAPPATURA CARDIACA: ricovero 1 giorno
- REVISIONE DI TASCA PM: ricovero 1 giorno
- SOSTITUZIONE PM: ricovero 1 giorno
- CATETERISMO ARTERIOSO: ricovero 1 giorno.

APPLICAZIONI DEL MAAP

Vantaggi

- Percorso metodologico chiaro;
- Applicazione semplice, su data-base, poco onerosa;
- Risultati attendibili e condivisibili;
- Partecipazione attiva delle società scientifiche;
- Modulabile in funzione delle politiche sanitarie;
- Aggiornabile e flessibile nel tempo e per diverse realtà regionali.

Svantaggi

- Minore aderenza per i DRG medici;
- Modello a validità nazionale da approntare.

È evidente che il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri, presuppone la contemporanea attivazione di forme alternative di assistenza, in particolare:

- Revisione dei criteri di accesso al Day-Hospital, alla Day-Surgery ed in particolare alla One-Day-surgery;
- Protocolli di attivazione dei pacchetti ambulatoriali complessi (PAC-Day-service);
- Ospedalizzazione domiciliare / assistenza domiciliare integrata;
- RSA, hospice, Ospedali di Comunità.

Intervista al Prof. De Servi

di MATTEO CASSIN e GENNARO SANTORO

Stefano De Servi ha 58 anni, è sposato ed ha tre figli. Vive a Pavia, dove ha terminato gli studi e lavorato al Policlinico S. Matteo per oltre 20 anni. Da dieci è all'Ospedale di Legnano, dove è direttore dell'Unità Operativa di Cardiologia e del Dipartimento Cardiovascolare. È presidente del SICI-GISE dal novembre 2005. Ama la montagna ed è tifoso dell'Inter.

Il Prof. Stefano De Servi

Esiste un ampio dibattito fra i Cardiologi relativamente al rischio della "frammentazione della Cardiologia" in particolare sulla istituzione di Strutture autonome di emodinamica o di aritmologia o di Utic che poi vengono inserite in dipartimenti non cardiovascolari. In che modo a tuo avviso si dovrà evitare che il paziente "cardiopatico" venga curato a "pezzi"?

La frammentazione delle competenze in Cardiologia è inevitabile, perché negli ultimi anni è stato frenetico il divenire delle conoscenze e lo sviluppo di alcuni settori in cui tecnologia e manualità sono fondamentali. Tuttavia la sintesi del processo diagnostico e delle scelte terapeutiche non può che avvenire in ambito cardiologico, guidata dal buon senso clinico. Ritagliare competenze cardiologiche in dipartimenti non cardiovascolari è un grave errore che può avere ripercussioni negative sulla cura del paziente.

L'ingresso del SICI-GISE sotto la tua Presidenza nella Federazione Italiana di Cardiologia è stata a nostro parere una grande conquista della Cardiologia Italiana. Vuoi spiegare meglio quali sono state le motivazioni che hanno portato te e gli Associati a prendere tale decisione che come sappiamo è stata molto "pensata" e tormentata?

La SICI-GISE è una Società in cui l'Assemblea ha un ruolo fondamentale nell'assunzione di alcune decisioni importanti. Nel 2004 si ritenne che non vi fossero le condizioni per entrare in FIC, perchè non vi erano le garanzie statutarie che si ritenevano necessarie per farvi parte. Rimossi gli ostacoli, l'Assemblea al congresso di Genova del 2006 ha approvato, quasi all'unanimità, l'ingresso in Federazione. La Cardiologia italiana deve essere unita per poter essere ascoltata dai decisori pubblici e per essere credibile nell'ambito della Società Europea di Cardiologia.

L'innovazione tecnologica particolarmente "veloce" nell'ambito della Cardiologia Interventistica ha portato ad impiegare nella pratica clinica *devices* sempre più sofisticati a volte senza aspettare i risultati in termini di efficacia e sicurezza a medio e lungo termine (DES e non solo). Quali sono le tue considerazioni a riguardo e quale dovrebbe essere l'atteggiamento dei Cardiologi e in generale e di chi fa interventistica, poiché a volte la pressione su di loro può essere fuorviante? Ed in particolare quale è l'atteggiamento del SICI-GISE a riguardo?

Personalmente ritengo che ci sia stato eccessivo clamore, non solo mediatico, ma anche all'interno del mondo cardiologico, quando furono presentati dati non controllati su presunti effetti negativi a lungo termine dei DES al Congresso dell'ESC di Barcellona. Il malvezzo di "press before paper" è uno dei mali della medicina moderna perchè vengono offerte al pubblico informazioni senza che siano prima vagliate dalla comunità scientifica.
Fatte queste premesse, devo riconoscere che spesso vengono immessi sul mercato dispositivi che, pur avendo ottenuto il fatidico "marchio CE", non hanno ricevuto una sperimentazione adeguata che ne provi efficacia e sicurezza. Bisogna essere prudenti nell'utilizzo di *device*

sperimentati in un numero modesto di pazienti seguiti per un breve periodo di tempo.

Cosa il SICI-GISE pensa di fare per la formazione dei giovani Cardiologi una volta che si siano specializzati in Cardiologia? Crediamo sia molto importante, vista la ampia diffusione dei laboratori di emodinamica, avere delle Linee Guida formative ed anche di poter svolgere corsi di "competenza clinica e strumentale" favorite dalle società scientifiche.

Recentemente l'Associazione Europea di Cardiologia Interventistica (EAPCI) nata dal Working Group 10 della Società Europea di Cardiologia, ha stabilito un "curriculum" formativo per accreditare, a livello europeo, giovani Cardiologi interventisti. Il progetto prevede corsi di formazione ed un esame finale. Il GISE ha da poco fondato una "Scuola di Formazione di Interventistica Cardiovascolare" che ha la finalità di seguire questo percorso in Italia in accordo con l'EAPCI.

L'emodinamica è uno dei settori più desiderati dai giovani Cardiologi, che magari si sono formati in centri specialistici e, quando strutturati nelle Cardiologie ospedaliere, vorrebbero dedicarsi a tempo pieno all'interventistica coronarica, senza partecipare alla vita clinica della cardiologia. Cosa ne pensi di questo possibile scenario futuro dell'emodinamista non integrato nella routine clinica?

Coloro che hanno iniziato a frequentare i laboratori di Emodinamica più di 20 anni fa quando l'interventistica cominciava a farsi strada ma non aveva il ruolo dominante di oggi, erano attratti soprattutto dalla fisiopatologia del circolo coronarico. Alcuni emodinamisti che si sono formati tra la metà degli anni '70 e la fine degli anni '80 hanno largamente contribuito allo sviluppo di quella letteratura che ha arricchito le nostre conoscenze in particolare sulle sindromi coronariche acute. Non stupisce che molti di quegli emodinamisti dirigano oggi strutture cardiologiche importanti. I giovani che frequentano oggi i laboratori di Emodinamica sono attratti solo dall'aspetto interventistico, vogliono possedere una tecnica da applicare a tutti i distretti arteriosi.
La curiosità di conoscere è spesso soffocata da preoccupazioni tecnicistiche esasperate. Diventano così dei bravi operatori, ma alcuni non hanno le basi cliniche per curare bene i pazienti. Cosa fare? Da un lato è fondamentale la formazione di solide basi culturali dei giovani interventisti. Ci sono poi delle piccole soluzioni pratiche. Nella mia Unità Operativa ad esempio gli emodinamisti hanno a turno la responsabilità clinica di alcuni letti non tecnici. È un modo per non far loro dimenticare che prima di tutto sono dei Cardiologi clinici.

L'interventistica non coronarica si sta diffondendo sempre più rapidamente nei nostri laboratori di emodinamica e a nostro parere è un'acquisizione culturale per i Cardiologi molto importante. Cosa ne pensi a riguardo? Quali sono a tuo parere i limiti ed i vantaggi di tale fenomeno?

Anch'io guardo con favore a questo espandersi dell'interventistica gestita dai Cardiologi e non per orgoglio di appartenenza. Chi se ne avvantaggia è soprattutto il paziente che viene trattato da specialisti che si sono formati lavorando all'interno di piccole arterie, come le coronarie ed hanno così acquisito una manualità che gli operatori che non hanno familiarità con le arterie coronarie non possono aver mai raggiunto. Il lato negativo è che l'interventista diventi sempre più un tecnico addetto a tempo pieno alla dilatazione delle stenosi vascolari allontanandosi dalle problematiche cliniche.

I rapporti fra interventista Cardiologo e Chirurgo (cardiochirurgo e chirurgo vascolare) stanno cambiando molto: 1) il Chirurgo cerca di imparare l'interventista percutanea perché si accorge di quanto questa sia efficace nelle patologie vascolari ma anche nel trattamento delle cardiopatie strutturali (cardiopatie congenite e valvolari acquisite); 2) per alcuni trattamenti di tipo interventista l'approccio "ibrido" dà risultati molto interessanti in termini di efficacia. Quindi si passa dalla stretta concorrenza alla stretta collaborazione. Come pensi sia possibile intervenire in questo eterno incontro-scontro?

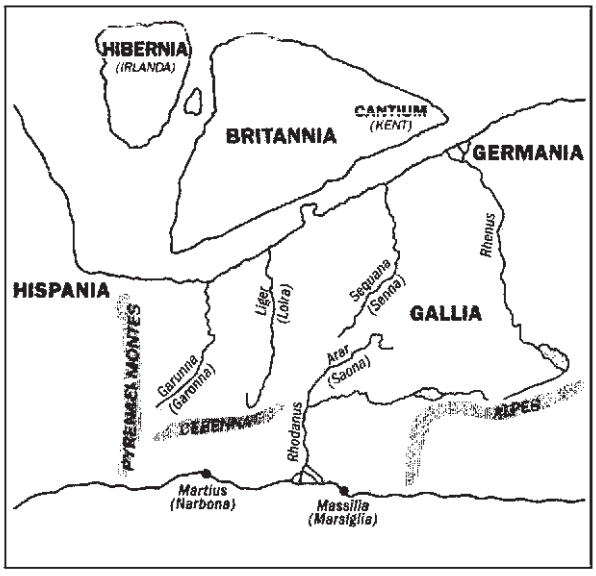
Vi è sempre stata una certa concorrenza tra Cardiologo e Cardiochirurgo, anche prima che si affermasse l'angioplastica coronarica. Sono stati i Cardiologi a gestire i trial di confronto tra bypass aortocoronarico e terapia medica negli anni '70 e '80 e a mettere in luce i vantaggi, ma anche i limiti, della chirurgia coronarica. Nei singoli centri è fondamentale il dialogo tra il Cardiologo ed il Cardiochirurgo e lo strumento è da un lato il Dipartimento, luogo di incontro per affrontare i vari problemi, definire le competenze e le eventuali collaborazioni; dall'altro ci deve essere la discussione quotidiana dell'intervento terapeutico migliore nel singolo paziente. Così possono nascere anche decisioni di affrontare insieme difficili situazioni con un approccio ibrido, che talora risulta il più vantaggioso per il paziente.

L'UOMO, IL TERRITORIO E LA MEMORIA DEI LUOGHI

di Alessandro Ferrini

Come per tutti gli esseri viventi, anche la vita dell'uomo si è modificata in stretto rapporto con un territorio e con un ambiente dapprima sperimentato allo stato naturale, poi progressivamente modificato. Se accettiamo la tesi dello storico francese Braudel, il quale afferma che la ricostruzione del passato va letta attraverso un'ampia varietà di fattori, primo tra tutti la geografia, scopriamo che dalle prime associazioni tribali fino alla nascita delle civiltà, l'uomo o meglio le prime società umane, si sono modificate in stretta relazione con l'ambiente nel quale si erano stabilite e dal quale hanno derivato usi, costumi e quanto siamo soliti indicare con il termine *cultura*.

La conoscenza dell'ambiente e il dominio dello stesso, nell'accezione di controllo, di mantenimento dell'efficienza del medesimo e della sua percorribilità, hanno costituito da sempre un'attività umana fondamentale sia che si trattasse di società di nomadi o di sedentari, sia che queste avessero o meno sviluppato una forma di civiltà o costituissero esse stesse un'area economica chiave e ne fossero i soggetti culturali.



Raffigurazione cartografica di epoca romana.

Fig. 1 - La carta è ricostruita sulla base delle descrizioni dell'epoca, comprese quelle di Cesare

Conoscere il territorio ha significato anche poterlo conquistare o difendere, ha significato scoprire la sua morfologia, ha significato volerlo e saperlo percorrere: rappresentarlo in termini simbolici in carte o mappe ha costituito il passaggio successivo.

Chi di noi non resta affascinato davanti ad un atlante o a foto satellitari o utilizzando il programma telematico *Google Hearth* che "zumma" fin quasi sopra la nostra testa?

I potenti mezzi della tecnologia contemporanea ci permettono visioni di territori non solo terrestri, ma spaziali, extra terrestri o dei fondali oceanici; ma altrettanto o forse di più ci sbalordiscono le carte degli antichi, proprio perché realizzate con mezzi tecnici tanto ingegnosi quanto inadeguati.

Se ripercorriamo le origini più antiche delle rappresentazioni di territori, scopriamo che l'unico metodo di indagine cartografica utilizzato nel mondo antico si basava sul "periplo", ossia la circumnavigazione costiera; se era già assai approssimativo per la descrizione delle coste, risultava del tutto inadeguato per la rappresentazione delle regioni interne. In questo caso le uniche fonti erano le descrizioni e gli schizzi buttati giù da chi si spostava essenzialmente per ragioni commerciali o militari, basati su punti di riferimento sicuri come fiumi o montagne.

I primi tentativi di rappresentare il territorio reale su una tavoletta di argilla risalgono ai Babilonesi intorno al 2300 a.C.; in epoca classica i Greci si affermano come maestri in quest'arte: ad esempio il filosofo Anassimandro da Mileto, nel VI secolo a.C., disegnò una carta geografica che comprendeva il mar Egeo e le terre circostanti; la terra era rappresentata in forma circolare racchiusa da un anello d'acqua, l'Oceano: da questo si originava il Mar Mediterraneo che divideva l'ecumene, ovvero le terre emerse, in due grandi parti.

Tra le carte più note, nel secondo secolo a.C., quella di Eratostene, a cui si deve il primo e preciso calcolo della circonferenza terrestre, nella quale era raffigurato il mondo allora conosciuto con la parti-

colarità che lo spazio terrestre rappresentato era più esteso in longitudine rispetto alla carta precedente; le grandi conquiste di Alessandro avevano infatti accresciuto le conoscenze verso oriente.

Saranno però le conquiste territoriali dei Romani e la progressiva espansione del commercio in paesi lontani a dare impulso e ad affinare le pratiche di rilevamento del territorio e quelle della misurazione delle distanze lungo le grandi vie.

Uno strumento ingegnoso ideato a questo scopo, lontano parente del nostro contachilometri, era l'odometro, applicato a uno degli assi di un carro. Regolato in base alla circonferenza della ruota (che percorreva un miglio ogni 400 giri) il congegno di ingranaggi dentati azionava un dispositivo che lasciava cadere un sassolino in un recipiente per ogni miglio percorso. Alla fine del viaggio, contando i sassolini, si poteva sapere quante miglia era lungo il tragitto.

Anche Cesare fa una descrizione della Gallia, nel primo capitolo del primo libro del "De bello gallico", alquanto vaga e con gravi errori geografici.

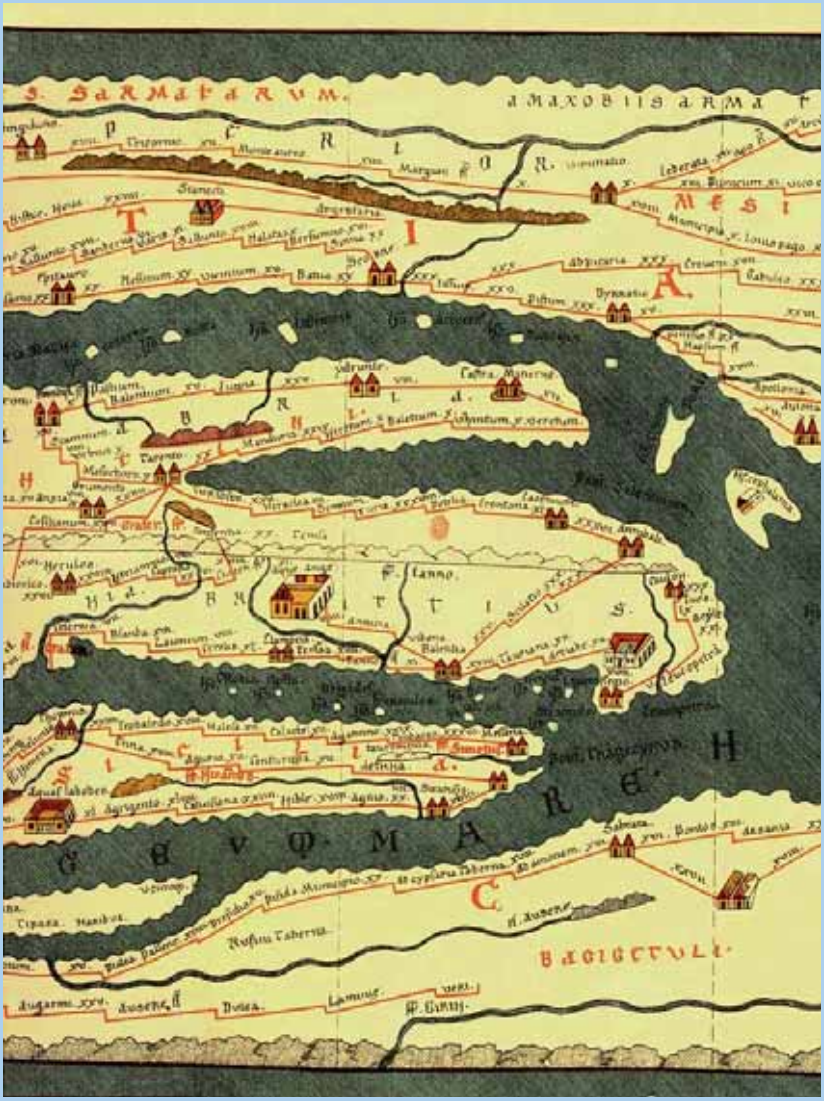


Fig. 2 - Particolare della Tabula Peutingeriana tratto dalla copia di epoca medievale (databile fra l'XI e il XIII secolo). L'immagine mostra dall'alto in basso i Balcani, l'Italia meridionale con la Sicilia e parte della costa libica

Per comprendere bene il testo bisogna immaginare una cartina come quella riprodotta nella figura 1, che un romano dell'epoca avrebbe potuto avere davanti agli occhi. Tra le inesattezze più evidenti si nota la disposizione della catena dei Pirenei, orientata non come nella realtà, da est a ovest, lungo l'arco tra il 42° e il 43° parallelo, ma disposta da sud a nord.

Per questo motivo Cesare afferma che la regione gallica *vergit ad septentriones*, cioè a nord, mentre i Belgi *spectant in septentrionem et orierìtem solem*, cioè guardano a nord-est, e l'Aquitania, regione tra la Garonna e i Pirenei, *spectat inter occasum solis et septentriones*, ossia a nord-ovest.

Punti di riferimento essenziali sono costituiti dai fiumi che determinano spesso i confini dei territori: *Gallos ab Aquitanis Garumna flumen, a Belgis Matrona et Sequana dividit*. Il Reno segnava poi il confine tra Galli e Germani.

L'altra celebre descrizione geografica, con caratteristiche di inesattezza simili alla precedente, riportata nel capitolo 13 del V libro del "De bello Gallico", è quella della Britannia: *Insula natura triquetra, cuius unum latus est contra Galliam. Hius lateris alter angelus, qui est ad Cantium…ad orientem solem, inferior ad meridiem spectat. Alterum vergit ad Hispaniam atque occidentem solem; qua ex parte est Hibernia insula.*

Tra le carte dell'antichità, che rispettavano le basi teoriche sulla forma, le dimensioni e la distribuzione delle terre e delle acque operata dai Greci, merita una particolare menzione la famosa Tabula Peutingeriana del

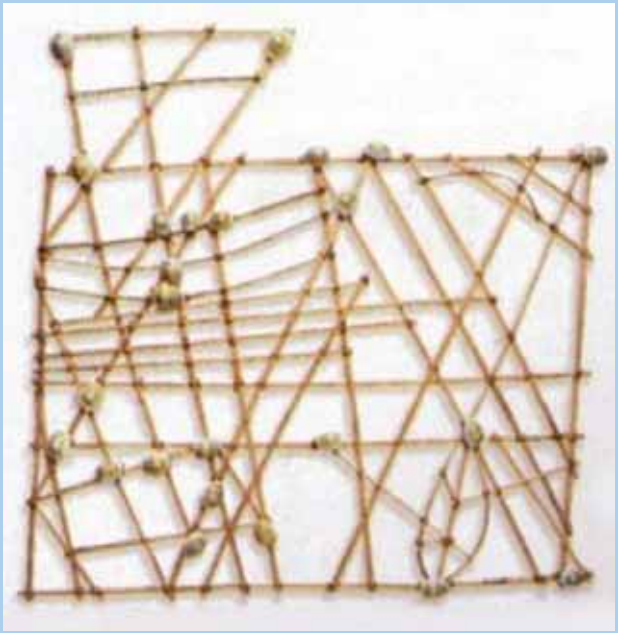


Fig. 3 - Mattang polinesiano

III secolo d.C. (fig. 2) dove è raffigurato l'Impero romano nella sua interezza e il mondo conosciuto dagli antichi, dalle colonne d'Ercole all'estremo oriente; ma, come si può notare anche nel particolare riportato, il suo scopo non era quello di riprodurre il territorio nelle sue esatte proporzioni ma di rappresentare il sistema viario dell'Impero, definendo con precisione le strade, le stazioni di posta, le città e le distanze tra un luogo e l'altro; infatti questi ultimi sono indicati con estrema precisione, mentre il disegno delle terre e dei mari è fortemente alterato. La Tabula, conservata nella Biblioteca Nazionale di Vienna, ha dimensioni eccezionali, è costituita da un rotolo di pergamena lungo 6,80 m e alto 34 cm, suddiviso in undici segmenti.

Un esempio esclusivo, legato alla necessità di conoscere e percorrere agevolmente un territorio difficile, è rappresentato in età antica dai popoli di quella terra senza confini e senza limiti che è appunto la Micronesia.

I mattang (fig. 3), costruiti dagli antichi abitanti delle isole Marshall per avere una mappa aggiornata delle loro esplorazioni, sono un esempio singolare che ribadisce non solo l'esigenza per l'uomo di lasciare traccia tangibile dei luoghi esplorati e conosciuti, ma anche l'ingegnoso riutilizzo dei materiali forniti dall'ambiente circostante in mancanza di altre abilità, quali la scrittura. La base della mappa era costituita dalle costole della palma, supporto sul quale venivano inserite altre costole che rappresentavano i venti e le correnti; le conchiglie o pezzi di corallo indicavano la collocazione delle isole.

Il metodo di costruire queste mappe era un segreto custodito gelosamente e tramandato di padre in figlio. Una flottiglia di almeno 15 o più canoe partiva sotto la guida di un esperto per aggiornare via via le mappe con le quali gli abitanti delle isole Marshall riuscirono a ottenere un quadro relativamente preciso e dettagliato del loro ambiente.

L'alto Medioevo non vede progressi in campo cartografico: in un mondo dominato dalla religiosità la memoria dei luoghi riscuote scarso interesse, tanto più che le Sacre Scritture non ammettevano la sfericità della terra. Solo dopo il Mille la situazione cambia; il mondo torna ad appartenere all'uomo che lo percorre e lo domina attraverso la sua raffigurazione grafica. Sono tipici di questo periodo i cosiddetti mappamondi (mappae mundi) a T con contorno circolare: entro un'ampia circonferenza era infatti raffigurato un anello periferico di acque; l'Oceano, che circondava le terre emerse divise in due parti da due fasce di acque che andavano a formare appunto una T.

Ma è dalla scoperta dell'America ad oggi che il fenomeno registra i ritmi più vertiginosi: dalla prima mondializzazione o globalizzazione, termine più comunemente adottato, ad oggi, il dominio dello spazio e la sua conseguente mappatura si sono fatti più raffinati. Da Abramo Ortelio che pubblicò il Typus Orbis Terrarum (1564), una carta del mondo in otto fogli, a Gerardo Mercatore, attraverso la precisazione degli strumenti di rilevazione come la latitudine e la longitudine prima e la fotografia aerea dopo, fino alle foto da satellite, l'umanità si è assicurata proiezioni cartografiche sempre più precise.

Oggi nell'era del computer è al sistema informatico e satellitare che possiamo rivolgerci per la costruzione di carte estremamente precise e raffinate per eleganza e leggibilità. Con il sistema GPS (Global Positioning System), arrivato fino alle nostre auto, possiamo conoscere in breve tempo la via più breve per arrivare alla nostra meta.

Nient'altro che una tavola Peutingeriana elettronica, diversa la tecnologia identico il bisogno da cui è stata dettata: dominio del territorio e funzionalità.

FORUM

Valutazione costo/efficacia per gli stent a rilascio controllato di farmaco

di Roberto Bonmassari

Gli stent a rilascio controllato di farmaco rappresentano un esempio paradigmatico delle difficoltà di introdurre una tecnologia sanitaria più efficace ma a maggior costo. Oltre ai benefici clinici sono opportuni elementi di sostenibilità economica prima di adottare scelte onerose.

La valutazione delle conseguenze economiche di scelte in campo medico-sanitario *è una acquisizione relativamente recente soprattutto da parte della classe medica.*
Chi opera direttamente in tale settore risulta spesso estraneo quanto a formazione e mentalità ad un approccio con un taglio economico dei problemi e si concentra, con una sorta di insofferenza e snobismo su aspetti più propriamente medici, ritenuti di valore etico ben più elevato.
In campo sanitario vi è inoltre un notevole ostacolo al confronto e alla comprensione di queste tematiche costituito dal fatto che le tecniche di valutazione economica non sono affatto consolidate e presentano problemi di standardizzazione anche solo terminologica. È ormai chiaro però come la nostra sia un'epoca a risorse limitate ed un bilancio tra queste e i risultati ottenuti appare ormai imprescindibile. È quindi necessario farsi carico anche di analisi economiche per acquisire strumenti di valutazione e giudizio in ambiti strategici e non lasciare ad altri la possibilità e la responsabilità di compiere scelte a volte cruciali proprio nel nostro ambito.
Un esempio paradigmatico *di quanto è stato detto lo viviamo quotidianamente in cardiologia interventistica dopo la commercializzazione, dal 2002, degli stent a rilascio controllato di farmaco (DES). Questi stent hanno dimostrato di essere in grado di ridurre la restenosi post-stenting in modo ampiamente significativo incrementando però i costi di 2-3 volte rispetto agli stent ordinari. Sappiamo che la drastica riduzione nella restenosi intrastent non significa riduzione del rischio morte o infarto miocardico ma si associa ad una riduzione delle reospedalizzazioni e di nuove procedure di rivascolarizzazione. In ter-*

Franz Marc, I grandi cavalli azzurri, 1911

mini di costo/efficacia il quesito da porsi è il seguente: può la riduzione delle ospedalizzazioni per nuove rivascolarizzazioni compensare il costo aggiuntivo iniziale dei DES?
Inaspettatamente questo costo, a distanza di più quattro anni dalla commercializzazione e, nonostante la comparsa di nuovi attori sul mercato, non ha subito il ridimensionamento atteso. Per poter parlare di un rapporto costo/efficacia favorevole, ricordiamolo, è necessario che la spesa sia inferiore a 10.000 $ per rivascolarizzazione evitata.
La rilevanza dell'argomento è sottolineata dal numero di analisi che sono state pubblicate in diversi paesi negli ultimi anni, inizialmente su una base di previsione, e successivamente su dati reali.
***Tra gli ultimi 6 studi pubblicati**, 4 (Sirius, Ravel, Approch e Taxus IV) depongono a favore dei DES in termini di costo/efficacia mentre 2 concludono nel modo opposto. È rilevante come solo questi ultimi siano studi indipendenti e non sostenuti finanziariamente da aziende del settore.*
È da sottolineare inoltre come dopo una "prima" fase di euforia ora sia in atto una fase di particolare attenzione: le più recenti revisioni sottolineano alcuni aspetti controversi riguardo all'utilizzo "allargato" dei DES sottoponendo a revisione critica le indicazioni e rimarcando i limiti di analisi costo-efficacia con esito favorevole che non fanno riferimento al cosiddetto mondo reale ma sono basate su studi randomizzati con popolazioni selezionate. Non vengono sottaciute altre zone d'ombra come i potenziali rischi tardivi quali la trombosi subacuta e tardiva e le implicazioni della necessità di una doppia terapia antiaggregante protratta, quasi mai presa in considerazione.
***Lo studio elvetico BASKET** pubblicato pochi mesi fa ci ha fornito alcune risposte nella valutazione costo-efficacia: si tratta di uno studio prospettico di confronto 2:1 DES-BMS, randomizzato e controllato in una situazione assimilabile al cosiddetto mondo reale (66% dei pazienti trattati con malattia multivaso, rapporto stent/paziente 1.9, target vessel revascularization guidata solo dall'ischemia). Solo il 16% della popolazione sottoposta a stenting nel periodo di studio ne è stata esclusa per restenosi intrastent, per diametro del vaso ≥ 4 mm e per il mancato consenso allo studio.*
L'obiettivo primario era effettuare una valutazione costo/efficacia a 6 mesi della scelta di rivascolarizzazione con DES o BMS. Considerando la popolazione nella sua totalità la valutazione costo/efficacia a 6 mesi, è risultata sfavorevole per i DES: i costi aggiuntivi per procedura sono risultati circa 900 € e il costo per prevenire 1 MACE 18.311 €, ben oltre il limite di 10.000 $. Solo in sottogruppi ad alto rischio di restenosi (età > 65 anni, malattia multivaso, lesioni complesse e stent lunghi e di calibro sottile) l'utilizzo dei DES è risultato cost-effective. Nelle strategie di utilizzo dei DES, le indicazioni e le considerazioni finali, sulla base dei dati clinici ed economici presentati, consigliano grande attenzione e prudenza nella valutazione oltre che dei risultati e del loro impatto clinico anche e soprattutto degli aspetti di sicurezza del prodotto a breve, medio e lungo termine. La sostenibilità economica richiede scelte consapevoli che conoscano a fondo le conseguenze di un loro utilizzo allargato senza illudersi di non dover pagare un prezzo aggiuntivo per gli obiettivi cercati. È auspicabile che nella dinamica economica dei DES possa entrare a breve un significativo calo dei costi che potrebbe rendere obsoleti gli studi e contribuire a risolvere problemi di scelte difficili nel singolo paziente.

Franz Marc, Paesaggio con casa e due vitelli, 1914

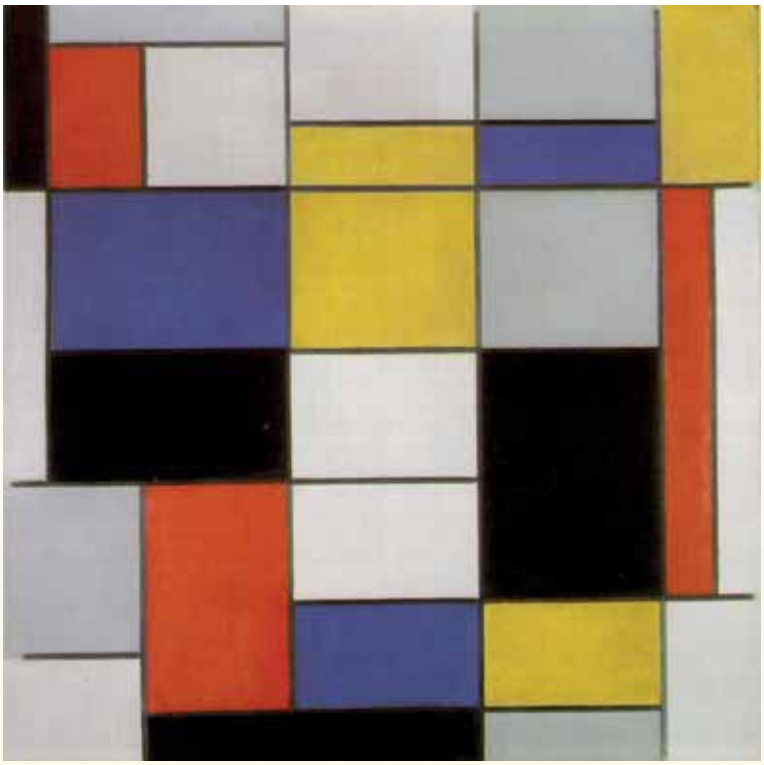
BIBLIOGRAFIA:
Incremental cost-effectiveness of drug eluting stents compared with third-generation bare-metal stent in a real-world setting: randomized Basel Stent Kosten Effectivitäts Trial Lancet 2005;366:921-929

Riabilitazione cardiologica: evidenze e prospettive

di Francesco Fattirolli

La riabilitazione nella cardiopatia ischemica, dopo cardiochirurgia o nello scompenso, ha solide evidenze: la prospettiva deve essere quella di modellare i programmi alle differenti necessità dei pazienti.
È irragionevole non completare il percorso terapeutico iniziato nella fase acuta, con il rischio di vanificare parte dei risultati ottenuti, se non si mettono in atto strategie professionali, realizzate in ambito riabilitativo, per incidere in modo efficace sulla prevenzione del rischio di progressione di malattia.
I risultati degli ormai numerosi trial clinici che hanno documentato gli effetti favorevoli del programma riabilitativo cardiologico multidisciplinare su numerosi outcome, hanno portato numerose Società Scientifiche Internazionali a produrre Linee Guida e raccomandazioni; inoltre, nell'aprile 2006, il Centers for Medicare and Medicaid Services *statunitense ha esteso la copertura assicurativa alla riabilitazione di molteplici condizioni di patologia, che adesso comprendono infarto, by-pass, chirurgia valvolare, angina, PTCA, PTCA+stent, esiti di trapianto. La pubblicazione delle* Linee Guida di Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria *da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del Piano Nazionale Linee Guida, rappresenta un ulteriore elemento per raccomandare anche nel nostro Paese che la riabilitazione – secondo quanto previsto dall'O.M.S. – sia atto terapeutico integrato nell'intero percorso di cura del cardiopatico.*
Non "credere" alla riabilitazione cardiologica è quindi una rispettabile libertà di opinione o una colpevole negazione dell'evidenza? Il problema non è quello di dibattere su questo piano, ormai quasi patetico, ma sull'individuare le criticità e le prospettive della riabilitazione, con approccio competente, scientifico, ed aperto al contributo di tutti.
La realtà assistenziale è condizionata da ospedalizzazioni molto brevi e di fatto *– o di necessità – orientate alla soluzione del problema acuto; è caratterizzata da interventi spesso limitati alla sola prescrizione terapeutica, a ridondanti controlli strumentali o a generici consigli sullo stile di vita, senza che vengano rilevati in maniera sistematica tutti gli obiettivi significativi per la salute del paziente. Ciò ha fatto emergere molti* quesiti di stringente attualità, *di cui ne citiamo solo alcuni: qual è il percorso ottimale in termini di prevenzione farmacologica e non farmacologica dopo sindrome coronarica acuta trattata con angioplastica coronarica? Come ottimizzare a breve e lungo termine i risultati della cardiochirurgia in pazienti sempre più anziani, dimessi precocemente non ancora completamente stabili o non autonomi a domicilio? Come coinvolgere in modo utile ed efficace il Medico di Medicina Generale nel progetto di prevenzione a lungo termine di soggetti che presentano problematiche assistenziali e gestionali sempre più complesse?*
Appare necessaria una maggiore consapevolezza da parte della Comunità cardiologica della ***necessità della riabilitazione e prevenzione secondaria come intervento multifattoriale ed integrato****, che si realizza attraverso la valutazione funzionale e globale, l'ottimizzazione terapeutica, la ripresa di un'adeguata attività fisica in regime di sicurezza, la correzione dei fattori di rischio, il counceling e l'educazione sanitaria. È essenziale considerare questo intervento come strumento per*

Vasilij Kandinskij, Alcuni cerchi, 1926



Mondrian, Piet, Composition A: Composition with Black, Red, Gray, Yellow, and Blue, 1920

gestire e governare la transizione del cardiopatico dall'ospedale per acuti al territorio e garantire un efficace effetto a lungo termine. ***Lo studio GOSPEL****, trial realizzato dal Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva e dall'Area Prevenzione dell'ANMCO, ha dimostrato che dopo infarto un intervento di prevenzione intensivo, continuativo e standardizzato, rispetto al follow-up tradizionale, produce una significativa riduzione delle recidive di infarto e un miglioramento dello stile di vita a tre anni di follow-up.*

Nell'ambito del programma riabilitativo, ***l'esercizio fisico*** *ha un ruolo centrale nel trattamento dell'immediato post-acuto, nell'educazione a modificare lo stile di vita, oltre che nell'istruzione all'autogestione dell'attività motoria (in ambito lavorativo, ricreativo, sportivo). La dimostrazione degli effetti biologici dell'esercizio (riduzione della disfunzione endoteliale, favorevole modulazione del sistema neuroendocrino e di fattori infiammatori, ecc.) lo fa considerare* ***un agente "terapeutico"*** *a tutti gli effetti, e come tale da utilizzare con competenza e professionalità alla stregua di un farmaco: è necessario infatti conoscerne indicazioni e controindicazioni, il meccanismo di azione, le eventuali interazioni ed effetti indesiderati, le precauzioni durante l'esecuzione e raggiungere una "dose" soglia per attivare i meccanismi biologici protettivi.*

Anche nel trattamento dei pazienti con scompenso cardiaco si è verificata una vera e propria "rivoluzione terapeutica" grazie all'introduzione del training fisico tra le raccomandazioni dell'AHA/ACC, dopo la dimostrazione che l'esercizio fisico migliora la prognosi, la capacità funzionale e la qualità della vita, senza rischio di eventi clinici avversi o di un peggioramento della funzione cardiaca. La Task Force che ha riunito tutte le Società Cardiologiche nazionali (ed a cui ANMCO e GICR hanno fornito un contributo determinante) ha prodotto un documento di consenso – di prossima pubblicazione – sulla "Prescrizione dell'esercizio fisico in ambito cardiologico", che contiene anche le raccomandazioni per prescrizione dell'esercizio nella cardiopatia ischemica e nello scompenso.

Da quanto detto, emerge la necessità di una migliore distribuzione territoriale e organizzazione dei presidi dedicati alla riabilitazione del cardiopatico; si tratta quindi di sviluppare percorsi assistenziali ed interventi più appropriati e modulati sull'effettiva complessità clinica e sul rischio dei pazienti, e di potenziare le competenze e gli standard qualitativi dei servizi dedicati. Oggi, ad esempio, ***la realtà clinica è costituita da anziani e molto anziani****, caratterizzati da malattia coronarica complicata, da una maggiore comorbilità, maggiori deficit funzionali e cognitivi, disturbi emozionali o isolamento sociale. Paradossalmente, se da una parte questi fattori rappresentano una specifica indicazione alla riabilitazione, dall'altra costituiscono la causa che ne riduce la prescrizione: la ragione può essere da un lato la scarsa familiarità dei Cardiologi, anche in ambito riabilitativo, con l'assessment multidimensionale, al fine di centrare la cura su obiettivi significativi per pazienti anziani fragili, e dall'altro la necessità di disegnare per questi malati programmi riabilitativi strutturati specificamente per i loro bisogni.*

Ma in presenza di risorse limitate e di necessità assistenziali tanto differenti, come si deve collocare la riabilitazione cardiologica? Deve ulteriormente affinare la capacità di differenziare l'"offerta" del proprio intervento, con strategie nello stesso tempo rigorose sul piano scientifico ed estremamente flessibili per gli aspetti organizzativi. Significa utilizzare le preziose – e per alcuni aspetti – uniche ***competenze multidisciplinari e multiprofessionali per impostare percorsi terapeutici ritagliati sulle necessità dell'ammalato****, privilegiando, ad esempio, gli aspetti educativi nei riguardi di soggetti con minimi esiti dell'evento indice, rispetto a pazienti con grave compromissione dello stato funzionale e/o di età avanzata, per i quali sono invece necessari interventi complessi, articolati e protratti nel tempo.*

Lao-Tse, l'Andragogia ed il corso Intermediate Life Support

Come la clinical competence, i principi della formazione dell'adulto e le Linee Guida ILCOR 2005 concorrano a creare il nuovo corso in rianimazione cardiopolmonare ANMCO

di Mauro Mennuni

"La competenza professionale è l'uso abituale e prudente della comunicazione, delle conoscenze, delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e delle riflessioni critiche sulla pratica di tutti i giorni…"

(R.M. Epstein, E.M. Hundert JAMA 2002)

Lao-Tse

La formazione dell'adulto

Nel V secolo a. C., il filosofo cinese Lao-Tse scriveva: "Se mi parli, io ascolterò. Se mi fai vedere, io osserverò. Ma se mi lasci sperimentare, allora io imparerò". Sottolineava così la necessità di una formazione basata sul discente che fa esperienze e nella quale il docente è solo il facilitatore di apprendimento. Venticinque secoli più tardi, Malcom Knowles, sviluppando il concetto di andragogia come alternativa alla pedagogia, ha approfondito i meccanismi alla base dell'apprendimento dell'adulto.

Quest'ultimo è il protagonista indipendente della sua conoscenza e decide di apprendere solo quello che ritiene utile all'espletamento di compiti o alla risoluzione di problemi che incontra nelle vita reale. I corsi di rianimazione cardiopolmonare ANMCO si posizionano in tale filone. Infatti, viene privilegiata la parte di immediata applicazione dei concetti teorici, con l'aiuto del metodo dei casi clinici, delle simulazioni e del role-playing.

La clinical competence

La formazione nella rianimazione dello staff assistenziale medico-infermieristico rappresenta un requisito fondamentale della clinical competence. Tradizionalmente si distinguono corsi BLSD e ACLS. In ambito ospedaliero, la formazione offerta dal solo corso base, limitandosi alla sola defibrillazione semiautomatica, non è commisurata alla necessità. Poiché l'outcome dell'arresto cardiaco intraospedaliero è inadeguato, l'incremento delle abilità del personale assistenziale nella defibrillazione manuale, nel riconoscimento dei ritmi, nell'uso di supporti alla vie aeree, nella cannulazione venosa e nella somministrazione di farmaci specifici per la rianimazione deve essere incentivata.

D'altra parte la competenza clinica deve essere adeguata al ruolo che ciascuno ricopre. Il corso di supporto vitale avanzato richiede un bagaglio teorico e cognitivo fin troppo complesso.

L'infermiere professionale o il medico non intensivista che frequentano un corso ACLS devono spendere grandi risorse psichiche per apprendere nozioni e procedure che difficilmente utilizzeranno. Infatti, qual è la loro probabilità di intubare un malato o di trattare una tachicardia sopraventricolare? E quale è il rischio di una procedura mal eseguita? Inoltre, l'acquisizione di nuove competenze professionali significa postulare un'immagine nuova di sé, con sviluppo sia di resistenze all'acquisizione – e possibile apprendimento fittizio – sia di problematiche di ruolo nella gestione di una emergenza.

Il corso ILS

Da queste premesse, si evidenziava la necessità di un nuovo corso che potesse fornire, in modo adeguato al ruolo professionale, gli strumenti teorici (sapere), pratici (saper fare) e "di ruolo" (saper essere) necessari a gestire i primi dieci minuti dell'arresto cardiaco ospedaliero. Inoltre, poiché i due terzi degli arresti cardiaci ospedalieri avvengono in soggetti che hanno presentato nelle ore precedenti deterioramento clinico, risultava rilevante il riconoscimento precoce del malato a rischio di

arresto, consentendo sia di effettuare una terapia appropriata in ambiente protetto sia di prevenire l'evoluzione negativa. Con tali obiettivi, nell'ottobre 2005, il Comitato Scientifico Nazionale per i Corsi di Rianimazione Cardiopolmonare, composto da F. Bandini, M. Burattini, E. Ciccone, G. Fradella e D. Neglia, faceva propria la mia proposta del corso Intermediate Life Support e costituiva un gruppo operativo per la sua realizzazione, assegnandomene il coordinamento. Davano la loro adesione formatori ANMCO sia provenienti dal BLSD (P. Azzolini e D. Miceli), sia dell'ACLS (M. Ciavolella, M. Persico).

Un intenso e proficuo lavoro di tutto il Gruppo, con il costante supporto del Comitato Scientifico Nazionale ha portato alla definizione del programma, allo svolgimento di due corsi pilota (luglio e dicembre 2006) e alla stesura di un Manuale. La metodologia didattica è basata soprattutto sul principio dell'autoapprendimento "facendo". Pertanto, le lezioni teoriche sono limitate al minimo mentre ampio spazio è dedicato alle esercitazioni pratiche.

Henri Rousseau, Foresta tropicale con scimmie, 1910

ILCOR 2005

*Le nuove Linee Guida sulla rianimazione cardiopolmonare emesse nel novembre 2005 dalla "International Liaison Committee on Resuscitation" (*Circulation*. 2005;112:III & IV), hanno semplificato gli algoritmi di trattamento dell'arresto cardiaco, ponendo l'attenzione sulla ottimizzazione del massaggio cardiaco e della ventilazione con pallone e maschera, mentre l'intubazione oro-tracheale, precedentemente considerata una priorità, è stata relegata ad un ruolo secondario.*

L'emergenza intraospedaliera

In una moderna organizzazione dell'emergenza intraospedaliera – con organico spesso ridotto – il ruolo del personale di primo soccorso è quello di identificare precocemente i malati critici, attivare il sistema di emergenza interna ospedaliera, gestire l'arresto cardiaco nei primi 5-10 minuti ed infine collaborare fattivamente con il team di soccorso avanzato. Il corso ILS ANMCO vuole fornire gli strumenti per tale gestione complessa, stressando l'importanza dell'approccio in équipe all'emergenza cardiorespiratoria, definendo i ruoli e i compiti di ciascun membro, dando la giusta importanza anche agli incarichi "di supporto o da gregario" a prima vista di minore rilevanza ma in realtà indispensabili nella gestione del malato.

In sintesi

Gli obiettivi del corso ILS sono il riconoscimento del malato critico, l'ottimizzazione del massaggio cardiaco e della ventilazione in pallone e maschera, l'addestramento all'uso del defibrillatore sia manuale sia semiautomatico, il riconoscimento dei ritmi d'arresto, la gestione di via venosa o intraossea, il corretto utilizzo dei farmaci usati nell'arresto, il riconoscimento e trattamento secondo linee guida dei ritmi defibrillabili e non defibrillabili ed il servizio alla gestione avanzata delle vie aeree. Infine, nella gestione di un arresto cardiaco, emergono delle dinamiche emotive ed etiche che vengono spesso ignorate e represse. Il personale assistenziale è esposto al rischio di sviluppare stress postraumatico.

Durante il corso, al termine di ogni simulazione, si effettuerà il defusing, forma ridotta di debriefing, ricostruendo la storia completa dell'evento. Ciò permetterà sia di portare a livello cognitivo l'accaduto sia di raggiungere un livello d'informazione uniforme attorno all'intervento, aumentando l'adesione del team e condividendo le esperienze vissute da ognuno dei partecipanti.

In conclusione il gruppo dei formatori ANMCO ha percepito l'esigenza di migliorare la risposta all'emergenza ospedaliera. Tutti coloro che hanno collaborato alla costruzione del corso si augurano che il format ILS possa rispondere a questa richiesta.

Burn-Out una sindrome ancora troppo sottovalutata?

di Giuseppe Palazzo

"Quando non si ha ciò che si ama, bisogna amare quel che si ha"

(R. de Bussy-Rabutin, Corrispondenze con M.me de Sevignè)

Gli operatori dei sistemi di assistenza a persone in difficoltà (tra questi gli operatori del sistema sanitario come medici ed infermieri), sono esposti ad una sindrome, descritta per la prima volta nel 1976 dalla psicologa americana C. Maslach, con il termine tecnico di Burn-Out Sindrome (sindrome del bruciato, dell'esaurito, dello scoppiato), che la definisce una sindrome caratterizzata da esaurimento emozionale, depersonalizzazione e riduzione delle capacità professionali.

La sindrome da Burn-Out si distingue dallo stress, che può eventualmente essere una concausa, così come si distingue dalle diverse forme di nevrosi, in quanto disturbo non della personalità ma del ruolo lavorativo.

Inizialmente infatti questa particolare sindrome era stata affrontata nell'ambito della psicologia clinica e quindi trattata con rimedi concentrati solo sull'individuo. Più recentemente si è acquisita la consapevolezza della stretta relazione tra meccanismi di esaurimento e contesto strutturale ed organizzativo in cui si inseriscono le cosiddette "professionalità sociali". In sostanza le cause che generano "Burn-Out" nel lavoro sociale non sarebbero da ricercare tanto nelle motivazioni dei singoli, quanto piuttosto in determinate condizioni lavorative.

Allo stato conclamato essa si manifesta attraverso 4 fasi che presentano sintomi a volte sequenziali, a volte combinati tra loro:

La prima fase (entusiasmo idealistico) è caratterizzata dalle motivazioni che hanno indotto gli operatori a scegliere un lavoro di tipo assistenziale, ovvero motivazioni consapevoli (migliorare il mondo e se stessi, sicurezza di impiego, svolgere un lavoro di prestigio) e motivazioni inconscie (desiderio di approfondire la conoscenza di sé e di esercitare una forma di potere o di controllo sugli altri). C'è in tutto questo quasi una difficoltà a leggere in modo adeguato il dato di "realtà", infatti esiste una logica secondo la quale il venire a capo di una situazione difficile non dipende dalla natura delle situazioni, ma essenzialmente dalle proprie capacità e dai propri sforzi, se dunque il problema non viene risolto, ciò sta a significare che non si è stati all'altezza.

Nella seconda fase l'operatore continua a lavorare ma si accorge che il lavoro non soddisfa del tutto i suoi bisogni. I risultati del forte impegno iniziale sono via via sempre più inconsistenti. Si passa così da un superinvestimento iniziale ad un graduale disimpegno dove il sentimento di profonda delusione avanza determinando nell'operatore una chiusura verso l'ambiente di lavoro ed i colleghi.

Nella terza fase il pensiero dominante dell'operatore è di non essere più in grado di aiutare nessuno, con profonda sensazione di inutilità e di non rispondenza del servizio ai reali bisogni dell'utenza. Il vissuto dell'operatore è un vissuto di perdita, di svuotamento, di crisi di emozioni creative e di valori considerati fondamentali sino a quel momento. Come fattori di frustrazione aggiuntivi intervengono lo scarso apprezzamento sia da parte dei superiori sia da parte degli utenti, nonché la convinzione di una non adeguata formazione per il tipo di lavoro svolto. Il soggetto frustrato può assumere un atteggiamento aggressivo e spesso mette in atto comportamenti di fuga quali allontanamento ingiustificato dal reparto, pause prolungate, frequenti assenze per malattie.

La quarta fase infine, evidenzia il graduale disimpegno emozionale conseguente alla frustrazione, con passaggio dalla empatia all'apatia durante la quale spesso si assiste ad una vera e propria morte professionale.

Tra i sintomi psico-fisici possono ricorrere: malessere generale, disturbi del sonno, disturbi gastro-intestinali, perdita di peso,

Musica e sport tra gli hobby antistress preferiti dai cardiologi italiani

Fabrizio Bandini e Charles E. Mullins suonano insieme in occasione del XXXVII Congresso ANMCO a Firenze

frequente mal di testa, difficoltà sessuali, impazienza eccessiva, impulsività, irritabilità, aggressività, abuso di psicofarmaci e di alcool, conflitti in famiglia e con il partner.

L'organizzazione del lavoro disfunzionale o patologica rappresenta oggi una delle maggiori criticità, soprattutto in alcuni settori come i servizi di pronto soccorso. Gli aumenti di carico di lavoro ed il maggior stress per il rapporto con gli utenti (certo non facilitato dal terrorismo in corso, ad opera dei media, sulla malasanità) possono favorire sicuramente l'insorgenza del Burn-Out.

Negli ultimi decenni l'utente tipo è cambiato, la popolazione è mediamente più anziana e maggiormente bisognosa di assistenza. L'approccio a questa tipologia di pazienti è quindi più impegnativo rispetto al passato. L'anziano ha bisogno di maggior conforto psicologico ed umano, spesso non è autonomo, quindi va assistito in tutte le sue funzioni elementari, in più, essendo spesso portatore di più patologie, richiede maggior tempo ed impegno nell'approccio diagnostico-terapeutico.

Daniele Lombardo, Direttore del Dipartimento di Cardiologia dell'A.O. Cannizzaro di Catania, è un abile pescatore

Il rapporto relazionale tra utente ed operatori della sanità inoltre è sensibilmente peggiorato. Questi dati sono stati confermati anche da una indagine condotta presso i servizi di pronto soccorso dell'Emilia Romagna. Come sopra detto, i cosiddetti episodi di malasanità, pubblicizzati dai mass-media, spesso inducono preconcetti errati, per cui l'utente si relaziona all'operatore in maniera, a volte, anche aggressiva, anche perché spesso l'operatore non ha una formazione adeguata per gestire queste situazioni alquanto complesse di "comunicazione".

Gli esperti individuano due nodi principali nelle professioni dell'aiuto, il cui superamento avrebbe la funzione di prevenire e curare il Burn-Out oltre che dare qualità ai servizi. Il primo è quello di un adeguato reclutamento, della formazione, della selezione degli operatori. Il secondo riguarda la organizzazione del lavoro nei sistemi di aiuto (ospedali, strutture sanitarie, ecc.).

Ma cosa si fa nelle strutture sanitarie italiane per affrontare in modo adeguato queste problematiche? Alcune aziende Sanitarie hanno inserito all'interno della loro formazione aziendale, corsi su "Stress e prevenzione del Burn-Out nelle professioni di aiuto", o seminari su "Lo stress organizzativo, il Burn-Out nelle professioni sanitarie". Inoltre molto interessanti sono i risultati pubblicati di recente, in seguito all'indagine: "Stress e sindrome del Burn-Out tra gli operatori della sanità" realizzato in alcune Aziende Sanitarie del Piemonte, su un campione di 2.704 operatori sanitari tra medici, infermieri e tecnici, dal centro di formazione "Albert Schwaitzer", in collaborazione con le Facoltà ed i Dipartimenti di Psicologia dell'Università di Torino e Roma. Gli indicatori di Burn-Out, in questo studio erano ***energia***, ***coinvolgimento***, ***efficacia***.

L'analisi dei risultati ha portato all'elaborazione di un documento finalizzato alla costituzione di linee guida per la conoscenza, la prevenzione e la riabilitazione della sindrome di Burn-Out. La successiva fase applicativa prevede una sperimentazione delle stesse linee guida all'interno di alcune strutture sanitarie, con l'obiettivo di estenderle successivamente a tutte le strutture della Regione Piemonte affinché costituiscano uno strumento utile per la prevenzione, il miglioramento e la cura di questa sindrome. È in programma la formazione di addetti alla gestione del Burn-Out e la costituzione presso ogni azienda sanitaria di strutture permanenti per il monitoraggio del fenomeno. Anche se la prevenzione o il superamento di tale problematica non può prescindere da un reale cambiamento delle condizioni in cui lavora l'operatore, in attesa che le aziende ospedaliere progettino e mettano in atto tutte le misure per "spegnere" il Burn-Out dei loro dipendenti, è utile agire anche a livello individuale.

Gli esperti affermano che è importante controllare lo stress, una delle principali concause della patologia, promuovendo uno stile ed una "filosofia" di vita che tenda al benessere psico-fisico. In Svizzera questo suggerimento viene messo in pratica ed i medici dell'Ospedale Cantonale di Basilea partecipano regolarmente ai programmi di formazione "Human Factor" organizzati dalla compagnia aerea svizzera.

Giovanni Cianchi, rianimatore presso l'A.O. Careggi di Firenze, in un'azione di rugby subacqueo

BIBLIOGRAFIA:

La Manna F., Il burn-out in sanità; Sindrome da stress o malattia professionale? SRM Psicologia Rivista. Settembre 2003.

Contessa G., La sindrome del burn-out.

Il vaso di Pandora dialoghi in psichiatria e scienze umane, Suppl. Vol III n. 3.

Vgl. OV Stress Management hier Konnen Chirurgen von Piloten Viel lernen Arzte Zeutung March 2000.

a cura della Redazione

Angina Pectoris (NAZIM HIKMET)

Se qui c'è la metà del mio cuore, dottore,
l'altra metà sta in Cina
nella lunga marcia verso il Fiume Giallo.

E poi ogni mattina, dottore,
ogni mattina all'alba
il mio cuore lo fucilano in Grecia.

E poi, quando i prigionieri cadono nel sonno
quando gli ultimi passi si allontanano
dall'infermeria
il mio cuore se ne va, dottore,
se ne va in una vecchia casa di legno, a Istanbul.

E poi sono dieci anni, dottore,
che non ho niente in mano da offrire al mio popolo
niente altro che una mela
una mela rossa, il mio cuore.

È per tutto questo, dottore,
e non per l'arteriosclérosi, per la nicotina, per la prigione,
che ho quest'angina pectoris.

Guardo la notte attraverso le sbarre
e malgrado tutti questi muri
che mi pesano sul petto
il mio cuore batte con la stella più lontana.

Un'ansa del fiume Giallo

Ministero della Giustizia
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
Direzione Generale dei detenuti e del trattamento

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

Prevenzione e primo soccorso dell'arresto cardiaco negli istituti penitenziari

Organizzato da
Associazione **N**azionale **M**edici **C**ardiologi **O**spedalieri · **D**ipartimento **A**mministrazione **P**enitenziaria · **H**eart **C**are **F**oundation O.N.L.U.S.

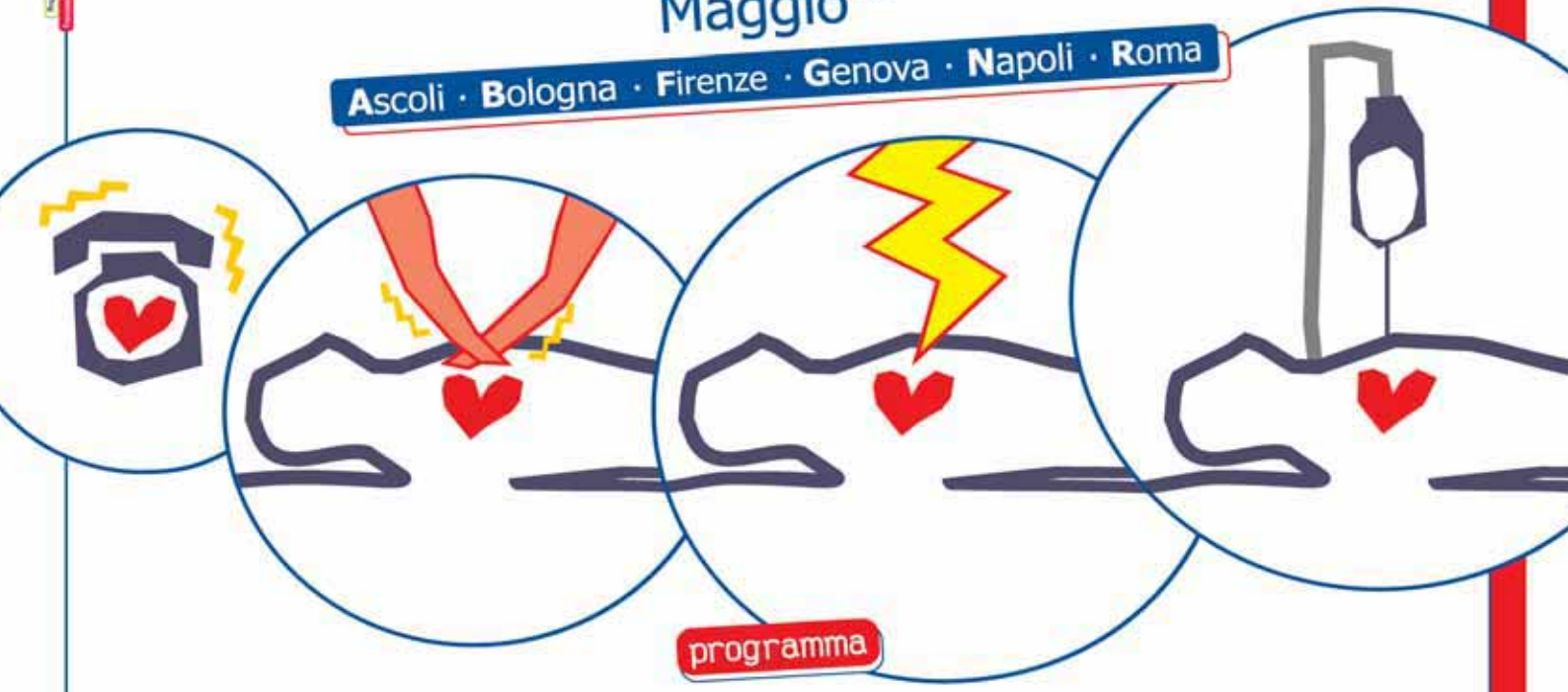
Con l'adesione di:
Cittadinanza **A**ttiva · **T**ribunale per i **D**iritti del **M**alato · **R**ete **G**iustizia per i **D**iritti

13 Aprile 2007

Catania · **C**agliari · **C**atanzaro · **R**oma · **T**orino · **T**rieste

Maggio 2007

Ascoli · **B**ologna · **F**irenze · **G**enova · **N**apoli · **R**oma



programma

Mattina
Ore 10.00 - 13.00

- **Lezione 1**
  Mantieni sano il tuo cuore
- **Lezione 2**
  Primo soccorso nelle emergenze cardiovascolari
- **T**avola rotonda con Autorità della Sanità ed esperti ANMCO

Pomeriggio
Ore 14.00 - 19.00

- **C**orso teorico-pratico **ANMCO** su **B**asic **L**ife **S**upport and **D**efibrillation (BLSD) con valutazione finale e rilascio certificazione di Provider BLSD ANMCO

Laerdal

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification