

C

M A G G I O - G I U G N O N . 1 5 7 2 0 0 7

ARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



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

AMICI
DELL'ANMCO

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



Jouer **COEUR**

est simple.

Il faut en avoir, voilà tout.

Jean Cocteau

IN QUESTO NUMERO:

DAL PRESIDENTE

KEYWORD: CONGRESSO ANMCO, CENTRALITÀ DEL PAZIENTE, PRIMATO DELLA CLINICA, UNITÀ DELLA

2 CARDIOLOGIA, RINNOVAMENTO DELLA VITA ASSOCIATIVA
di Francesco Chiarella

DAL DIRETTIVO

4 AI SOCI ANMCO

DAL COMITATO SCIENTIFICO

INIZIATA L'ATTIVITÀ DEL NUOVO COMITATO SCIENTIFICO ANMCO

5 di Andrea Di Lenarda

DAL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR MEDICINE

LA CRESCITA DEL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR MEDICINE E IL DISAPPUNTO PER L'ARTICOLO RIFIUTATO...

6 di Gian Luigi Nicolosi

REPORTAGE

7 UN AMBULATORIO CARDIOLOGICO A CAPO VERDE
di G. Gaschino, M. Valente

STUDI

9 STUDIO CARDIO-SIS: COMPLETATO L'ARRUOLAMENTO
di Paolo Verdecchia

DALLA HEART CARE FOUNDATION

12 HEART CARE FOUNDATION... RICOMINCIA A CORRERE
di Salvatore Pirelli

DALLE AREE

AREA ARITMIE L'AREA ARITMIE VERSO IL BIENNIO 2007-2008

18 di Giuseppe Inama

AREA CHIRURGICA L'AREA CHIRURGICA: PUNTO E A CAPO!

20 di Pino Fundarò

AREA CHIRURGICA IL CARDIOLOGO IN

22 CARDIOCHIRURGIA: UNA NUOVA FIGURA PROFESSIONALE
di Maria Elena Rovere

AREA EMERGENZA-URGENZA IMPORTANTI PASSI SONO GIÀ STATI PERCORSI...

24 di Gianni Casella

AREA INFORMATICA SAPIAMO REGISTRARE UN ELETTROCARDIOGRAMMA?

30 di Guido Giordano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE EMBOLIA POLMONARE ED IPERTENSIONE POLMONARE: OBIETTIVO FORMAZIONE E RICERCA

34 di Carlo D'Agostino

AREA NURSING IL TECNICO DI CARDIOLOGIA (E DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA)

36 di Vincenzo Martinelli

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE LA "NUOVISSIMA" NOTA 13: ISTRUZIONI PER L'USO

38 di F. Colivicchi, S. Urbinati, M. Abrignani

AREA SCOMPENSO CARDIACO SCOMPENSO CARDIACO: I PEPTIDI NATRIURETICI ALLA RIBALTA

41 di G. Di Tano, N. Aspromonte, M. Senni, F. Oliva

DALLE REGIONI

CALABRIA IN CALABRIA UN CORSO DI CARDIOLOGIA RIABILITATIVA E PREVENTIVA

51 di M. Chiatto e F. Pietropaolo

CALABRIA EVENTO EDUCAZIONALE CONGIUNTO ANMCO - DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

52 di Marilena Matta

LAZIO IL RAPPORTO TRA ANMCO LAZIO ED ISTITUZIONI

54 di Fabrizio Ammirati

LAZIO PROGETTO INDICATORI IN CARDIOLOGIA-2 (INCA-2)

55 di Quinto Tozzi

LOMBARDIA DALLA REGIONE LOMBARDIA

56 di Antonio Mafrci

LOMBARDIA SURVEY SULLA PROFILASSI DELLA MORTALITÀ TOTALE NELLA CARDIOPATIA CON RIDOTTA FUNZIONE SISTOLICA GLOBALE DEL VENTRICOLO SINISTRO

59 IN REGIONE LOMBARDIA
di Giuseppina Belotti

MARCHE LA COLLABORAZIONE TRA SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ISTITUZIONI REGIONALI NELLA REALIZZAZIONE DELLA CLINICAL GOVERNANCE IN AMBITO CARDIOLOGICO

60 di A. Deales, D. Gabrielli, M. Bellingtoni

PUGLIA GIORNATA DI STUDIO SU TELEMEDICINA ED HOME CARE

62 di M. Cuonzo, A. Giorgio, D. Ricci, P. Caldarola

CUORI ALLO SPECCHIO

65 INTERVISTA A BARRY J. MARON
di Jacopo Olivotto

ISTRUZIONI PER L'USO

73 IL DIPARTIMENTO
di Giovanni Gregorio

FORUM

SALVATE LE UTIC SPOKE

78 di M. Filice, F.M. Bovenzi, S. Berti, A. Comella, U. Conti, S. Di Marco, A. Genovesi Ebert, R. Gentilini, C. Giustarini

NEL CUORE E NELLA EMOZIONALITÀ LE RISORSE DELL'UOMO POST-MODERNO

83 di Loredana Giannicola

84 ERRORI MEDICI E CATTIVA INFORMAZIONE
di Gianluigi Rellini

REALTÀ ATTUALI E PROSPETTIVE FUTURE DELLA GESTIONE DEL DOLORE TORACICO ACUTO

86 di P. Tanzi e F. Pelliccia

89 ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO IN CARDIOLOGIA: QUALE VALORE NELL'ERA TECNOLOGICA?
di Sabino Scardi

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

93 GLI ENIGMI, OVVERO DELLA SAGGEZZA
di Alessandro Ferrini

FIGURARE LA PAROLA

96 "AVRÒ SEMPRE TEMPO"... IL TEMPO DELLA COMPASSIONE a cura della Redazione



IN COPERTINA

G. Klimt,
L'albero della vita, 1907



N. 157 - maggio/giugno 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

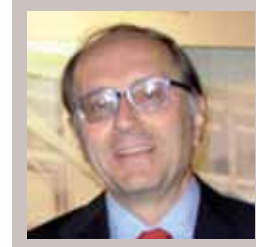
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 588784 - Fax 055 579334
E-mail: segreteria@anmco.it
http://www.anmco.it

Direttore Responsabile:
Pier Filippo Fazzini

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

Stampa:
Tipografia Il Bandino - Firenze

**KEYWORD:
CONGRESSO ANMCO, CENTRALITÀ DEL PAZIENTE, PRIMATO DELLA CLINICA,
UNITÀ DELLA CARDIOLOGIA, RINNOVAMENTO DELLA VITA ASSOCIATIVA**



L'ANMCO si presenta all'appuntamento del XXXVIII Congresso Nazionale avendo raggiunto alcuni importanti obiettivi e con forti segnali di vivacità della vita associativa. Il Congresso stesso rappresenta la realizzazione di maggior spicco che, nonostante gravi difficoltà di ordine normativo ed economico, è stata perseguita per affermare il prestigio e la dignità dell'ANMCO ed è stata portata a termine con determinazione e rigore scientifico.

Il Congresso rappresenta il momento in cui ci si aggiorna, in cui vengono presentati i risultati delle ricerche scientifiche e condivisi programmi e percorsi. C'è attesa per i numerosissimi contributi originali inviati, di cui i migliori saranno presentati all'interno dei Simposi. C'è

attesa per i risultati del 5° Censimento federativo della Cardiologia, curato dal Centro Studi; per la fotografia ad alta definizione della realtà infermieristica delle UTIC, realizzata in pochi mesi dall'Area Nursing; per i risultati dell'indagine "Cuore Qualità", sul grado di soddisfazione di chi si avvicina alla Cardiologia nel nostro Paese promossa da Heart Care Foundation ed affidata ad Eurisko; per i risultati dello studio AREA IN-CHF. Un Congresso tutto da vivere, il cui disegno è così ampio da riempire oltre 200 pagine del programma cui rimando, preferendo soffermarmi, nelle prossime righe, su alcune idee importanti che anche in sede congressuale verranno riprese.

In questi mesi si è ritornati più volte sui principi che so-



Sandro Botticelli, Primavera, 1477-1490

no alla base del nostro essere Medici e Cardiologi e della nostra vita associativa. Questi principi, identificati nelle Linee Programmatiche del biennio, si sono riproposti con bruciante attualità nel momento del confronto con organi amministrativi e politici avvenuto in periferia, in scambi di vedute intersocietari, in animate discussioni del Consiglio Direttivo e del Consiglio Nazionale.

Si tratta di dare risposta ad alcune domande fondamentali, mai scon-

tate: cosa implica riferirsi alla centralità del Paziente, al primato della clinica, all'unità della Cardiologia, quale ruolo ha l'ANMCO, quale ruolo ha la Federazione Italiana di Cardiologia.

L'affermazione della centralità del Paziente e del suo diritto ad avere non prestazioni ma cure appropriate, riconoscendo il primato della clinica, ha cominciato a confliggere con le conseguenze operative della filosofia dell'aziendalismo produttivo, con i propositi di frammentare le Cardiologie, con i progetti di scorporo in subunità e dirottamento di queste verso altre composizioni, scelte per opportunismo, per tagliare e riordinare secondo convenienze locali o discutibili intenti di stratificazione per intensità di cure.

L'ANMCO si è espressa in varie sedi al riguardo, e torna su questi temi indicando con chiarezza che vanno riaffermate la centralità del Paziente e l'unità della Cardiologia. Non ci stancheremo di dire che occorre farsi carico del Paziente in ragione della sua patologia prevalente secondo appropriatezza, senza confondere i percorsi diagnostico-terapeutici, senza smembrare le Cardiologie inserendone pezzi in Unità Operative e/o in Dipartimenti non cardiologici, perché ciò nuoce proprio al Paziente. Non ci stancheremo di dire che per il Cardiologo la clinica viene prima delle prestazioni professionali superspecialistiche, ancorché di elevato profilo tecnologico, e che sarebbe un grave errore disgiungere le superspecialità della Cardiologia dalla Unità Clinica Operativa/Dipartimento di Cardiologia.



Pieter Paul Rubens, Il trionfo di Vittoria, 1614

Queste tematiche verranno riproposte anche alla Assemblea dell'ANMCO e verranno portate alla Federazione Italiana di Cardiologia. L'ANMCO chiederà alla Federazione di rappresentare l'esigenza del primato della clinica e della appropriatezza, di adoperarsi perché le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, le strutture Ambulatoriali, le strutture di Cardiologia Interventistica, di Elettrofisiologia, di Cardioimaging, non vengano staccate dalle Unità Operative/Dipartimenti di Cardiologia per essere aggregate a strutture di Terapia Intensiva Medica, di Emergenza, di Pronto Soccorso e altre, Inoltre l'ANMCO va al Congresso con una proposta di modifica di Statuto con l'obiettivo di definire le prerogative ed il percorso per l'elezione del Presidente Designato. L'Assemblea è chiamata a votare le proposte cui sono collegate modifiche di Regolamento e su cui si è lavorato per un anno.

Il Consiglio Direttivo ha chiesto una proposta ad una Commissione composta da tre saggi, individuati nelle figure dei tre ultimi Presidenti, di disegnare un nuovo percorso "elettorale" che, dopo una prima disamina in Consiglio Direttivo, è stato discusso in Consiglio Nazionale. Si è concordato che i protagonisti della scelta del Presidente Designato siano le Regioni, il Consiglio Nazionale, l'Assemblea.

Toccherà proprio all'Assemblea approvare definitivamente le modifiche e rendere esecutive le nuove norme che, se accolte, aumenteranno il livello di democrazia e di partecipazione all'interno dell'ANMCO.

AI SOCI ANMCO

Firenze, 21 maggio 2007

OGGETTO: Istituzione di una struttura sindacale emanazione dell'ANMCO.

L'attuale contesto normativo non riconosce alle Società Scientifiche il ruolo di interlocutore della parte pubblica - Stato, Regione, Azienda Sanitaria Locale o Ospedaliera - per le materie riguardanti la programmazione sanitaria, l'assetto dei servizi sanitari e l'organizzazione del lavoro. L'ANMCO sin dalla sua fondazione si è posta il duplice obiettivo della salvaguardia della Cardiologia ospedaliera sotto gli aspetti organizzativi e delle condizioni di lavoro da un lato e la crescita culturale e scientifica dei Cardiologi italiani dall'altro. Quest'ultimo obiettivo si è concretizzato nella attività scientifica, di ricerca, di formazione e di aggiornamento. L'interlocuzione con il Decisore pubblico è stata invece vanificata dalle attuali disposizioni legislative che abilitano alla consultazione ed alla contrattazione le Associazioni che abbiano previsto nel proprio Statuto la difesa sindacale dei propri iscritti e la partecipazione alla contrattazione collettiva.

Per contro, con sempre maggiore frequenza, gli Iscritti chiedono all'ANMCO l'intervento a difesa degli interessi di singoli Cardiologi o di intere U.O. di Cardiologia. Perché questo si possa realizzare occorre che l'ANMCO si doti di strumenti legali che le consentano di poter offrire ai propri Associati uno strumento idoneo ad essere riconosciuto come interlocutore sindacale della parte pubblica a livello di:

- Azienda Sanitaria o Ospedaliera con intervento di rappresentanti facenti parte di ANMCO al tavolo della consultazione e della trattativa aziendale per le problematiche legate all'assetto organizzativo dei servizi e alla organizzazione del lavoro (individuazione dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse e Semplici; criteri per l'attribuzione e revoca degli incarichi; criteri per l'organizzazione del lavoro - orari di servizio, turni di guardia, etc. - salario di risultato e di posizione; libera professione; formazione ed aggiornamento; elaborazione degli Atti Aziendali e dei Piani Attuativi).

- Regionale: partecipazione di rappresentanti facenti parte di ANMCO alla trattativa per i contratti integrativi regionali, consultazione in sede di istruttoria di leggi regionali a valenza sanitaria e del Piano Sanitario Regionale.

- Nazionale: partecipazione di rappresentanti facenti parte di ANMCO alla trattativa per i contratti di lavoro, audizione in sede parlamentare di istruttoria di provvedimenti legislativi a valenza sanitaria e del Piano Sanitario Nazionale.

Per rendere possibile la difesa sindacale dei Cardiologi dell'ANMCO e la difesa della specificità del Cardiologo ospedaliero nella attuale struttura sanitaria occorrono:

- la previsione di una struttura, emanazione dell'Associazione che specificamente si occupi della tutela sindacale degli Iscritti;
- la riscossione della quota associativa direttamente dalla busta paga con un importo mensile non inferiore ai 18 euro: tale ammontare coprirebbe il costo della attuale quota associativa.

I vantaggi per l'associato comprenderebbero:

- la tutela sindacale da parte della struttura emanazione dell'Associazione;
- la possibilità di essere abilitati alla trattativa con il Decisore pubblico, partecipando direttamente alle decisioni che interessano i Cardiologi ospedalieri;
- la tutela legale penale;
- la tutela legale per le questioni di lavoro.

Prima di prendere decisioni al riguardo il Consiglio Direttivo ha stabilito di consultare gli Associati. Solo un consistente numero di adesioni può permettere di raggiungere l'obiettivo.

Pertanto ti chiediamo di indicare nel riquadro sottostante la tua opinione sbarrando la casella corrispondente. Non verranno considerate le schede senza nominativo.


Dott. Francesco Chiarella
Presidente ANMCO

Il sottoscritto _____

è favorevole al fatto che i Cardiologi ospedalieri siano rappresentati sindacalmente da una struttura sindacale, emanazione dell'ANMCO e se questa verrà istituita si dichiara disponibile ad iscriversi ad essa

è contrario al fatto che i Cardiologi ospedalieri siano rappresentati sindacalmente da una struttura sindacale, emanazione dell'ANMCO

Da consegnare alla Segreteria ANMCO al XXXVIII Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO o spedire via fax al numero: 055/579334

INIZIATA L'ATTIVITÀ DEL NUOVO COMITATO SCIENTIFICO ANMCO



Come sapete il 2 marzo 2007 si è insediato il nuovo Comitato Scientifico ANMCO, che ho l'onore e l'onere di coordinare.

L'ultimo atto del Comitato uscente è stata l'impegnativa revisione dei progetti presentati per il "Fondo ANMCO per la ricerca". A Giuseppe Steffenino, Coordinatore uscente, rinnovo il nostro ringraziamento per l'importante lavoro svolto in questi anni.

Il lavoro del nuovo Comitato è cominciato con la revisione di tre interessanti progetti. Il Comitato e gli esperti revisori si sono confrontati sull'istituzione di un "Registro Italiano dell'Embolia Polmonare" (proponente Giuseppe Favretto, Area Malattie del Circolo Polmonare), sul "Censimento delle procedure di ablazione chirurgica effettuate nell'anno 2006" (proponenti Giuseppe Inama, Area Aritmie, e Stefano Benussi) e sulle "Strategie di prevenzione primaria della morte improvvisa. Prassi clinica-comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane" (proponenti Giuseppe Inama, Area Aritmie e Fabrizio Oliva, Area Scompenso Cardiaco). Mi pare che il contributo di molti sia stato positivo e costruttivo, e di questo vi sono grato.

Il nuovo Comitato ha inoltre iniziato a formulare alcune proposte, in stretta collaborazione con il Centro Studi, sui temi di ricerca per il prossimo Bando AIFA 2008 (*Fondo per la Ricerca Indipendente*).

Alcune proposte riguardano l'ottimizzazione della strategia gestionale e terapeutica nel paziente con scompenso cardiaco (sartani vs antialdosteronici, ultrafiltrazione vs terapia diuretica nello scompenso avanzato, ruolo della digitale, terapia intensiva vs standard nel paziente diabetico, terapia ottimizzata nel paziente broncopneumopatico, strategia gestionale nel paziente chemioterato e nel paziente post intervento di cardiocirurgia).

Altri temi proposti, di impatto nella pratica clinica, riguardano la gestione della terapia antiaggregante ed anticoagulante nei pazienti ad alto rischio trombotico ed in quelli trattati con stent coronarico. Infine nell'ambito dell'outcome research alcune proposte riguarda-

no le strategie per migliorare l'appropriatezza, la compliance e la sicurezza dei (multipli) trattamenti raccomandati nel paziente a rischio, nel paziente anziano con comorbidità, in particolare se deospedalizzato ed in collaborazione con la Medicina Generale. È auspicabile che su queste tematiche l'ANMCO si faccia promotrice di presentare proposte operative di elevato livello scientifico ai prossimi Bandi in concorso.

Un'ultima parola riguarda il nostro giornale. Il *Journal of Cardiovascular Medicine* è cresciuto molto nell'ultimo anno, da tutti i punti di vista, inclusa la qualità e quantità dei lavori ricevuti. Il notevole lavoro che sta sotto questa crescita, l'efficace strategia seguita e l'avvio delle procedure di calcolo dell'Impact Factor hanno evidentemente avuto notevole successo.

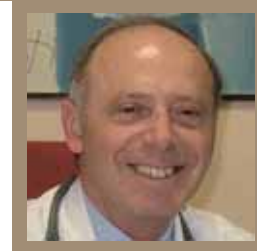
I tempi stringono ed il mandato dell'attuale Editor Gian Luigi Nicolosi scadrà a fine anno. Al di là degli aspetti tecnici da sviluppare e migliorare (meccanismi di incentivazione dei revisori, valutazione sull'ampliamento delle pagine del giornale, ottimizzazione del rejection rate, miglioramento del meccanismo di publishing ahead sul sito) credo che sia giunto il momento che l'ANMCO faccia una seria riflessione su come garantire una forte continuità di politica editoriale per il nostro giornale, che possa garantire una programmazione a medio-lungo termine per mantenere e rafforzare gli ottimi risultati fin qui raggiunti e non vanificare quanto di buono è stato seminato.

Purtroppo, data la ristrettezza di tempi e spazi, quest'anno non è stato possibile organizzare una riunione del Comitato Scientifico durante il nostro Congresso Annuale.

Questa riunione, strategica per discutere insieme le Linee Programmatiche per la ricerca nel prossimo biennio, verrà sperabilmente organizzata in occasione del prossimo Consiglio Nazionale di metà luglio.

Faccio nuovamente un appello ai nostri Associati perché diano il loro contributo propositivo (ad esempio attraverso le pagine di questa rivista) al dibattito sul futuro della ricerca cardiologica in Italia.

LA CRESCITA DEL JOURNAL OF CARDIOVASCULAR MEDICINE E IL DISAPPUNTO PER L'ARTICOLO RIFIUTATO...



È difficile crescere... È certo che la crescita editoriale del JCM sta suscitando qualche disappunto e qualche spiacevole sorpresa.

L'incremento formidabile del numero di articoli e lavori scientifici che vengono inviati alla rivista per essere considerati per la pubblicazione ha infatti determinato un progressivo cambiamento di strategia editoriale, con incremento della necessità di scegliere e rifiutare anche articoli e lavori di buona qualità, ma che vengono considerati a priorità non sufficientemente elevata per trovare posto per la pubblicazione, almeno in tempi decenti e non biblici.

In effetti una delle critiche più attuali è che i tempi di pubblicazione sono troppo lunghi e stanno avvicinandosi all'anno. Ma non si può avere tutto e subito e comunque! Credo che vada riconsiderato il fatto che il JCM appariva inizialmente come un giornale dal futuro per lo meno incerto.

Solo ora, e dopo uno sforzo corale da parte di tutti, l'avvenire appare più roseo e l'orizzonte carico di migliori presagi, avendo anche ottenuto l'avvio del meccanismo dell'impact factor. Però è giusto ammettere che non tutte le crescite sono indolori.

L'incremento del numero di Revisori, anche stranieri, per ogni lavoro (in genere tre o più) ha portato ad emergere opinioni spesso più diversificate, talora divergenti. Non sembra ancora del tutto maturata una consapevole comprensione del servizio preziosissimo che i Revisori fanno. In più sembra che non sia cresciuta ancora sufficientemente nella nostra comunità una sana accettazione anche di opinioni diversificate o in contrasto con le nostre. Per certe situazioni si arriva non solo alla richiesta di spiegazioni, più che legittima, ma talora anche alla irritata manifestazione di disagio per decisioni intese come sgradite, sempre giudi-

cate ingiuste, quasi si trattasse sempre e comunque di "lesa maestà".

Capisco che sia spiacevole vedere il proprio lavoro rifiutato, anche se per criteri di priorità e non necessariamente di merito, ma credo che anche questo passaggio debba far parte della crescita del JCM, ma anche della nostra, come professionisti, Cardiologi e Cardiochirurghi.

Non credo che questo debba creare disappunto al di là del giusto, in quanto questa esperienza l'abbiamo condivisa tutti e tutti, credo, abbiamo avuto lavori rifiutati da questa o quella rivista, anche quando pensavamo tutto il bene possibile di ciò che avevamo scritto.

Personalmente ho imparato molto da queste esperienze. Ho imparato che molte volte concetti o dati potevano essere presentati meglio per essere più comprensibili e condivisi, ho imparato che possono esistere pareri difformi anche nelle più consolidate comunità scientifiche e che se qualche Revisore appare superficiale o pigolo o capzioso, non sempre la colpa è tutta sua. Personalmente da queste esperienze ho imparato anche a riesaminare criticamente quello che avevo scritto e il come lo avevo scritto e presentato. Credo, in generale, che queste esperienze mi abbiano aiutato a migliorare.

Credo quindi sia molto importante che la comunità dei professionisti che mi ritrovo a servire come Editor del JCM comprenda lo sforzo e le difficoltà che si celano dietro

decisioni a volte sgradite, ma ritenute necessarie in una visione di insieme, per la crescita della rivista.

Del resto credo anche che dovremo prepararci, se il JCM continua a crescere e ad attrarre lettori e Autori, a vedere crescere ancora il rejection rate per selezionare sempre più le priorità di pubblicazione, al fine di arrivare a una rivista vitale, ma snella agile e che pubblica articoli scientifici di grande interesse in tempi ragionevoli.



Paul Gauguin, *L'onda*, 1888

UN AMBULATORIO CARDIOLOGICO A CAPO VERDE

Esperienza di volontariato sanitario in un'isola dell'arcipelago di Capo Verde presso l'ambulatorio cardiologico dell'ospedale missionario San Francesco

Viene descritta la casistica delle 1.600 visite eseguite in 4 anni con la prevalenza di patologia e le problematiche connesse con la diagnosi e la cura delle cardiopatie riscontrate e si accenna ai progetti futuri di intervento

Nell'isola di Fogo (arcipelago di Capo Verde), al largo della costa senegalese dell'Africa, è sorto per opera dei frati missionari Cappuccini di Torino e Fossano il Centro Socio Sanitario Ospedale "San Francesco": un pezzo di sanità italiana in terra d'Africa.

La struttura, voluta e finanziata dai missionari che da 50 anni lavorano in quelle isole, è in funzione dal gennaio 2003 e costituisce un punto di riferimento per i problemi chirurgici e specialistici dei 40.000 abitanti dell'isola di Fogo, dei 7.000 della vicina isola di Brava ed in futuro anche per gli abitanti delle altre isole.

Vi lavorano come volontari Medici specialisti provenienti da Piemonte e Liguria, ma anche dalla Lombardia e dal Veneto.

Per quanto riguarda la Cardiologia, l'esperienza maturata in 4 anni di attività ci consente di stilare bilanci ed ipotizzare programmi per il futuro.

L'attività ambulatoriale – seppur discontinua – viene gestita con la presenza programmata e periodica di Cardiologi, che si alternano per periodi di 15-20 giorni, nell'ambito di 6-8 missioni all'anno.

Il Medico esegue le visite richieste sia dai Sanitari del piccolo Ospedale locale, non dotato di specialisti consulenti, sia da altri Medici presenti nella missione, sia su richiesta diretta degli abitanti per problemi attribuiti al sistema cardiovascolare. Un'infermiera locale svolge il ruolo di interprete e di assistente.

Ci si avvale di un elettrocardiografo a tre canali, di un ecocardiografo color doppler e del supporto di un piccolo laboratorio analisi ed una radiologia convenzionale funzionanti nello stesso ospedale missionario.

A seconda dei casi si prescrive una terapia, un programma di accerta-



Ospedale Missionario di San Francesco sull'Isola di Fogo - Capo Verde

menti e di controlli periodici o il ricovero nella stessa struttura o nell'Ospedale locale.

I casi più gravi che necessitano di intervento cardiocirurgico vengono inviati con la collaborazione del Delegato di Salute dell'isola all'Ospedale Centrale della capitale Praia per l'eventuale trasferimento in Portogallo.

Nei 4 anni di attività del nostro ambulatorio, si sono avvicendati 14 Cardiologi con oltre 44 settimane complessive di lavoro e sono state effettuate circa 1.600 visite. Dall'analisi dei referti delle visite si è osservato che il 50% dei pazienti che si è sottoposto ad una consulenza cardiologica ha un'età inferiore a 40 anni ed il 65% è rappresentato da donne. Abbiamo rilevato una patologia

cardiaca o vascolare nel 54% dei casi (Fig. 1).

Suddividendo i pazienti in base all'età abbiamo documentato che nei soggetti di età superiore a 40 anni la patologia più rappresentata è l'ipertensione arteriosa, mentre sono poco frequenti

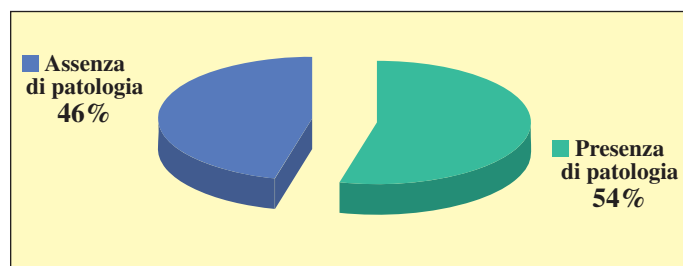


Fig. 1 - Riscontro di patologia cardiovascolare nelle 1.600 visite



Alcuni pazienti in attesa della visita



L'interno dell'ambulatorio Cardiologico

la cardiopatia ischemica (effetto della dieta o caratteristica genetica?), le aritmie e lo scompenso cardiaco. Nella popolazione di età inferiore a 40 anni sono invece particolarmente frequenti le valvulopatie su base reumatica. In base a questo dato abbiamo in corso di elaborazione un programma di prevenzione della malattia reumatica (Fig. 2).

In base a questi dati ed all'esperienza vissuta a Fogo ci pare di poter fare alcune considerazioni:

- Questi dati epidemiologici, i primi rilevati a Capo Verde, mettono in evidenza i problemi cardiologici specifici di un Paese del Terzo Mondo con popolazione di colore; essi possono costituire la base per impostare programmi di intervento di prevenzione e cura da parte del Ministero della Salute capoverdiano o di Organismi di Cooperazione internazionale.
- L'attività del Cardiologo, che all'inizio della nostra espe-

rienza in Capo Verde credevamo superflua, è invece rilevante per la frequenza e la complessità delle patologie cardiovascolari ed è riconosciuta ed apprezzata dalla popolazione e dai medici locali che sollecitano la nostra collaborazione e la disponibilità a fare della formazione.

- La strumentazione a disposizione dell'Ospedale San Francesco è sufficiente per una diagnostica di base e nell'isola esiste una discreta disponibilità di farmaci essenziali per un'adeguata cura di gran parte delle patologie cardiologiche, salvo la difficoltà poi di continuare regolarmente le terapie per scarsa cultura sanitaria ed il costo, come nel caso dell'ipertensione arteriosa.
- Problematica è la gestione dei pazienti con indicazione all'intervento cardiocirurgico, per i quali la Sanità capoverdiana si avvale, in casi molto selezionati, di una convenzione con centri cardiocirurgici del Portogallo.
- Difficile infine si dimostra l'attuazione del programma di prevenzione della malattia reumatica, per il quale è essenziale la collaborazione dei medici, del personale infermieristico locale, ma anche dei responsabili scolastici e dei piccoli presidi sanitari sparsi nell'isola, dove ancora manca la sensibilità alla prevenzione.

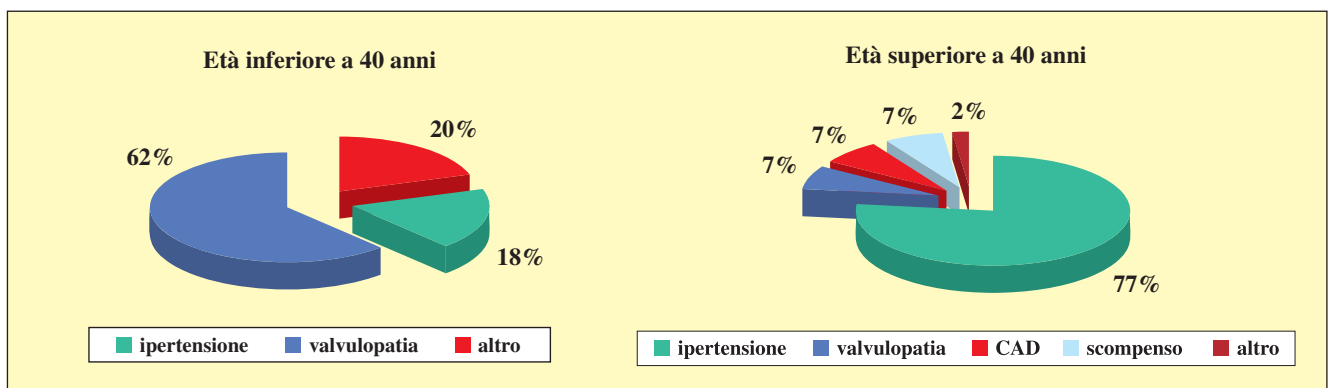
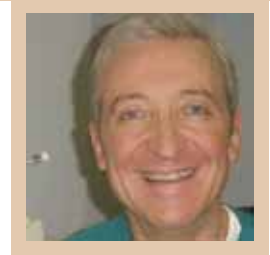


Fig. 2 - Patologia cardiovascolare ripartita per età

STUDIO CARDIO-SIS: COMPLETATO L'ARRUOLAMENTO

Randomizzati 1.111 pazienti in 44 Centri



Si è conclusa la fase di arruolamento nello studio Cardio-Sis.

Alla data del 1 marzo 2007 sono stati randomizzati 1.111 pazienti in 44 centri partecipanti alla sperimentazione. È ora in corso il periodo di follow-up, della durata di 2 anni per paziente.

Lo studio Cardio-Sis è uno studio indipendente promosso dall'ANMCO. Si tratta di uno studio multicentrico, randomizzato, prospettivo, che confronta l'effetto a lungo termine (2 anni) di due strategie terapeutiche in soggetti ipertesi di età > 55 anni e con pressione arteriosa (PA) sistolica non ben controllata (PA sistolica \geq 150 mmHg) dal trattamento in atto:

- 1) Strategia usuale: in linea con le linee guida attuali, riduzione della PA sistolica al di sotto dei 140 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici.
- 2) Strategia aggressiva: riduzione della PA sistolica al di sotto dei 130 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici.

Lo studio viene eseguito secondo uno schema "PROBE" (*Prospective, Randomised, Open study with Blinded Evaluation of End-points*). L'obiettivo dello studio è quello di accertare se una strategia di trattamento finalizzata a diminuire la PA sistolica a valori inferiori a 130 mmHg è superiore rispetto ad una strategia usuale mirata ad ottenere valori di PA sistolica < 140 mmHg in termini di modificazioni dei criteri ECG di ipertrofia ventricolare sinistra (end-point primario) ed eventi cardiovascolari maggiori (end-point secondari).

Criteri di inclusione

Oltre alla disponibilità a fornire il consenso informato allo studio, i criteri di inclusione sono rappresentati da un'età > 55 anni al momento della randomizzazione (non sono previsti limiti superiori di età) PA sistolica \geq 150 mmHg indipendentemente dai valori di PA diastolica, un trattamento farmacologico dell'ipertensione che deve essere in atto al momento dell'inizio



Giacomo Quarenghi, Accademia delle Scienze, San Pietroburgo, 1783-1789

dello studio da almeno 12 settimane, ed almeno 1 fattore di rischio aggiuntivo compreso tra i seguenti: fumo di sigaretta, colesterolemia totale ≥ 200 mg/dl oppure colesterolemia HDL < 40 mg/dl oppure colesterolemia LDL ≥ 130 mg/dl, familiarità per malattia cardiovascolare, anamnesi positiva per TIA o ictus, anamnesi positiva per malattia coronarica (ischemia miocardica documentata da ECG, ecocardiografia da stress o scintigrafia, oppure stenosi angiografica $> 50\%$ in almeno 2 rami coronarici principali epicardici, oppure pregresso by-pass aorto coronarico oppure angioplastica oppure Infarto Miocardico tipo non-Q), anamnesi positiva per arteriopatia periferica sintomatica (claudicatio intermittens associata ad evidenza angiografica o ecografia di stenosi arteriosa $> 60\%$).

Criteri di esclusione

I criteri di esclusione sono rappresentati dal diabete mellito (in tale condizione potrebbe non essere etico randomizzare il paziente ad un obiettivo terapeutico diverso dai 130/80 mmHg), dall'insufficienza renale (creatinemia > 2.0 mg/dl), dalla fibrillazione atriale cronica o flutter atriale, da malattie epatiche o ematologiche clinicamente importanti, ed infine dall'impossibilità di una corretta diagnosi ECG di ipertrofia ventricolare sinistra dovuta alla presenza di blocco completo di branca destra o sinistra, sindrome di Wolff-Parkinson-White, precedente infarto del miocardio con onda Q. Sono anche esclusi i pazienti con malattie comunque influenti sull'aspettativa di vita oppure con valvulopatie significative

Terapia anti-ipertensiva

Allo scopo di raggiungere l'uno o l'altro dei 2 obiettivi terapeutici previsti dallo studio, la terapia anti-ipertensiva viene prescritta, in accordo alle correnti linee guida, secondo uno schema aperto ed aggiustata ad ogni singolo paziente sulla base del proprio profilo di rischio definito da concomitanti fattori di

rischio e malattie associate. È stato costituito un paniere di farmaci che include diuretici (idroclorotiazide in combinazione fissa con ramipril o telmisartan, furosemide) ACE-inibitori (ramipril da solo o in combinazione fissa con idroclorotiazide), calcio antagonisti (amlodipina), inibitori diretti dell'angiotensina II (telmisartan da solo o in combinazione fissa con idroclorotiazide), inibitori centrali del simpatico (clonidina per via transdermica), beta-bloccanti (bisoprololo).

Nel corso del periodo di follow-up vengono eseguite visite cliniche ogni 4 mesi fino alla fine dello studio in entrambi i gruppi randomizzati. L'ECG, che viene letto in un laboratorio centralizzato, è eseguito alla randomizzazione e dopo 12 e 24 mesi. Lo studio viene condotto interamente secondo le *Good Clinical Practice*. È stata pertanto ottenuta l'approvazione dei Comitati Etici e delle Direzioni Ospedaliere. Ai fini di semplificare la raccolta dei dati ed i controlli di qualità, la cartella clinica viene compilata su apposito sito Internet, con caratteristiche di semplicità e piacevolezza grafica. Ovviamente, ciascun centro provvede alla stampa dei propri dati inseriti in cartella, sia sul singolo paziente che sotto forma di report tabellari.

Numerosità del campione

Il calcolo delle dimensioni del campione è basato sulle seguenti ipotesi: (a) prevalenza di ipertrofia ventricolare sinistra del 25% alla randomizzazione; (b) nel gruppo di

strategia usuale: prevalenza dell'81% dei soggetti persistentemente senza ipertrofia in aggiunta a quelli con regressione dell'IVS. Prevalenza del 19% dei soggetti con mancata regressione dell'IVS in aggiunta a quelli con nuovo sviluppo di ipertrofia; (c) nel gruppo di strategia intensiva: prevalenza dell'88% dei soggetti persistentemente senza ipertrofia in aggiunta a quelli con regressione dell'ipertrofia. Prevalenza del 12% dei soggetti con mancata re-



Carlo Levi, *Aria*, 1902

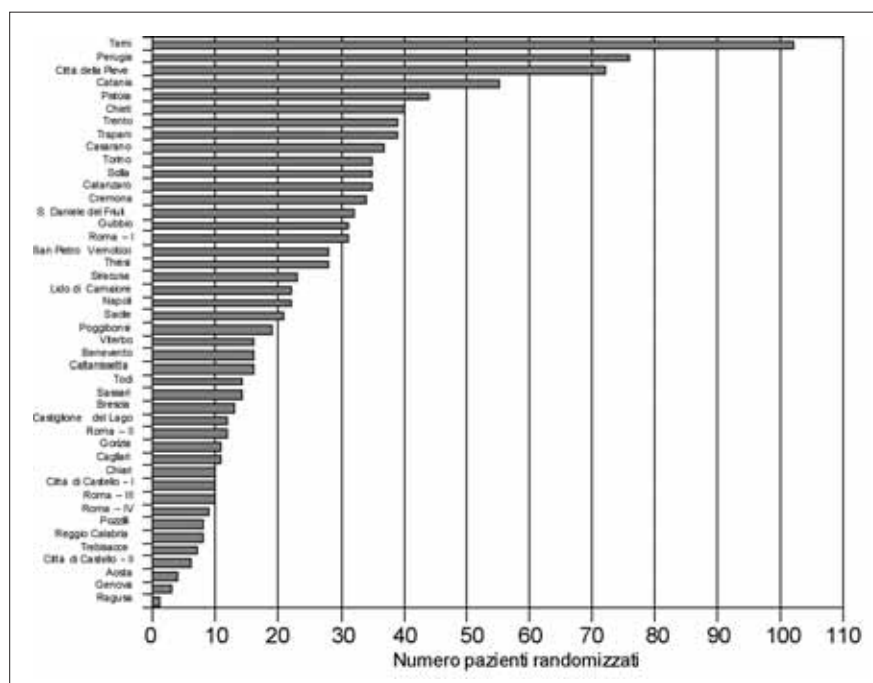


Figura 1 - Distribuzione dei pazienti randomizzati nei 44 centri partecipanti allo studio

gressione dell'ipertrofia in aggiunta a quelli con nuovo sviluppo di ipertrofia. È stato fissato un errore di tipo I pari a 0,05 e di tipo II pari a 0,15 (potenza 85%). Utilizzando un test a 2 code, la dimostrazione dell'end-point primario richiede una numerosità del campione di 968 pazienti (484 pazienti in ciascuno dei 2 gruppi). Ipotizzando un'incidenza di drop-out pari al 12%, il numero di pazienti da randomizzare è stato stimato pari a 1.100.

Centri partecipanti

Stanno partecipando allo studio 44 centri omogeneamente distribuiti su tutta la penisola. Si tratta di centri di Cardiologia, Medicina Interna e Nefrologia, sia Ospedalieri che Universitari. La figura 1 riporta la distribuzione dei pazienti randomizzati nei centri partecipanti.

Caratteristiche dei pazienti randomizzati

La figura 2 riporta le principali caratteristiche dei pazienti randomizzati. Come si vede, si tratta di una popolazione con caratteristiche di elevato rischio cardiovascolare per cause diverse dal diabete mellito.

L'età media è di 66 anni ed i valori medi di pressione arteriosa sono pari a

162/89 mmHg. In termini di fattori di rischio concomitanti, il 21% dei pazienti sono fumatori, il 75% dislipidemi, il 27% hanno una familiarità per malattie cardiovascolari, l'8% ha già avuto un ictus o un TIA e l'11% ha una storia di cardiopatia ischemica cronica. Si noti il perfetto bilanciamento tra i pazienti randomizzati alla strategia usuale e quelli randomizzati alla strategia aggressiva.

Il primo paziente, arruolato nel 2005, sta terminando il periodo di follow-up. Nel complesso, lo studio si concluderà al termine del 2008. Lo studio Cardio-Sis è reso possibile da un contributo ad ANMCO da parte di Boehringer-Ingelheim, Pfizer e Sanofi-Aventis, che ringraziamo vivamente per l'intelligenza e la lungimiranza dimostrate nell'aver reso possibile questa grande iniziativa scientifica.

Ma il 'motore' di Cardio-Sis è rappresentato dagli investigators e co-investigators dei 44 centri partecipanti, che con grande competenza e continuità stanno portando avanti questo studio, nonostante le ben note difficoltà che rendono molto difficile l'esecuzione di ricerche cliniche indipendenti nel nostro paese.

	Totale (n. 1111)	Strategia usuale (n. 553)	Strategia aggressiva (n. 558)
Variabili cliniche/demografiche			
Età (anni)	66 (7)	66 (7)	66 (7)
Sesso maschile (%)	41	41	41
Peso (kg)	74	74	74
Altezza (cm)	163	163	163
PAS visita 1 (mmHg) *	162 (11)	162 (11)	162 (11)
PAD visita 1 (mmHg) *	89 (9)	89 (9)	89 (9)
FC visita 1 (bpm) *	70 (10)	70 (11)	70 (10)
Prevalenza fattori di rischio			
Fumo (%)	21	20	21
Ipercolesterolemia (%)	75	76	74
Familiarità a per malattia CV (%)	27	28	26
Progresso ictus/TIA (%)	8	8	7
Cardiopatia ischemica cronica (%)	11	12	10
Claudicatio (%)	2	1	3
Esami di laboratorio			
Creatinemia (mg/dl)	0,94 (0,23)	0,94 (0,22)	0,94 (0,23)
Glicemia (mg/dl)	97 (13)	97 (11)	97 (14)
Uricemia (mg/dl)	5,8 (4,3)	5,9 (4,9)	5,7 (3,7)
Colesterolo tot. (mg/dl)	216 (42)	217 (45)	215 (39)
Colesterolo HDL (mg/dl)	57 (20)	57 (20)	57 (20)
Colesterolo LDL (mg/dl)	130 (38)	130 (40)	130 (37)
Trigliceridi (mg/dl)	140 (80)	143 (88)	137 (72)
Proteinuria (%)	5	6	5

Figura 2 - Caratteristiche della popolazione arruolata



HEART CARE FOUNDATION...RICOMINCIA A CORRERE

La scomparsa di Franco Valagussa ha lasciato un vuoto immenso nella Cardiologia Italiana e in particolare in HCF, che stava guidando con passione, impegno e determinazione.

Per onorare la sua memoria dobbiamo riprendere il cammino che lui aveva tracciato: "in un mondo in cui la superficialità, il dilettantismo e la voglia di apparire sembrano prevalere sui veri valori la sua vita fatta di serietà, impegno nascosto e rigore scientifico devono essere per tutta la comunità cardiologica uno stimolo a proseguire per la strada che lui ha contribuito a tracciare".

E proprio in quella direzione siamo ripartiti intensificando un rapporto costruttivo e di conoscenza reciproca tra HCF ed il mondo laico per future possibili sinergie e finalizzato ad ottenere quelle risorse indispensabili per la mission prioritaria di HCF, ovvero la ricerca scientifica.

Cuore Qualità

Si è conclusa l'indagine "Cuore Qualità" promossa da HCF e realizzata da GfK Eurisko sulla qualità percepita dagli utenti delle cardiologie italiane: si tratta della prima "valutazione sistematica" dei giudizi dei cittadini che sono afferiti ai reparti o agli ambulatori cardiologici del nostro paese. La ricerca ha interessato un campione di 78 ospedali, rappresentativi della realtà italiana in quanto omogenei per area geografica (Nord, Centro, Sud) e per tipologia di ospedale in riferimento al grado di complessità

(da quelli senza terapia intensiva cardiologica fino a quelli ad alta specializzazione con cardiocirurgia). Nei Centri coinvolti sono stati distribuiti dei questionari da compilare appena prima della dimissione oppure una settimana dopo il ritorno a casa, attraverso i quali gli utenti potevano esprimere, con la garanzia dell'anonimato, i propri giudizi sulla esperienza vissuta nel corso del ricovero. Le domande riguardavano l'esperienza del primo soccorso e della accoglienza, la qualità delle prestazioni, dei medici e degli infermieri, la valutazione degli ambienti e dei servizi alberghieri, e le modalità e la efficacia della dimissione.

I risultati della ricerca, valutati in assoluta autonomia da un prestigioso partner indipendente, verranno presentati lunedì 4 giugno al nostro Congresso in un simposio dedicato che sarà moderato da Carmine Chieffo e Antonio Gaglione, Sottosegretario al Ministero della Salute. L'occasione di un confronto su quanto emerso sembra particolarmente attraente in un momento in cui l'offensiva mediatica sul nostro operato di medici è particolarmente aggressiva e forse non giustificata.

Cardiologie Aperte

Riproporremo anche nel 2007 la manifestazione "Cardiologie aperte" che, grazie al contributo di 234 cardiologie ed oltre 700 cardiologi e 800 infermieri, nell'ultima edizione del settembre 2006 si è confermata un appuntamento importante ed un momento di grande partecipazione dei cittadini. Ancora una volta l'obiettivo della giornata è quello di avvicinare i cittadini alle nostre strutture cardiologiche, cercando soprattutto di indirizzare i non malati alla cultura della prevenzione.

Si tratta di una priorità assoluta dal momento che nonostante i progressi della terapia farmacologica, interventistica e chirurgica, la mortalità, la morbilità e la qualità della vita dei pazienti cardiopatici rimangono un problema tutt'altro che risolto. L'agenzia McCann Erikson realizzerà la parte creativa della comunicazione che avrà come slogan: "Quando un cuore è forte nulla lo può scalfire". Pubblichiamo in queste pagine della Rivista sia la lettera



di invito alla manifestazione che ogni Cardiologia ha ricevuto che la scheda di adesione. Contiamo di avere una grande partecipazione in termini di adesione anche quest'anno da parte delle Strutture di Cardiologia.

Cuore e Alimentazione

Grazie all'impegno del Dott. Sita, membro laico del CdA di HCF, abbiamo costituito un tavolo di lavoro con i vertici di Federalimentare, Federconsumatori, e Coldiretti, e abbiamo impostato un progetto su "Alimentazione ed attività fisica nella scuola".

Di aterosclerosi nell'infanzia e nell'adolescenza, di dieta mediterranea, di potenzialità della produzione alimentare nella prevenzione delle malattie cardiovascolari discuteremo nell'ambito di un simposio dedicato al nostro Congresso (lunedì 4 giugno) al quale sono stati invitati a partecipare il Dott. Patta, Sottosegretario al Ministero della Salute con delega nel settore e la Dott.ssa Bolognesi, del Ministero della Pubblica Istruzione.

In questa occasione sarà presentato dal Dott. Ricci un progetto che mira a portare queste problematiche nelle scuole nella convinzione che "la Prevenzione Primaria sia un processo culturale e non un atto medico" e che quindi la scuola rappresenti non solo il luogo istituzionale ove la cultura della prevenzione può essere acquisita, ma anche il luogo fisico in cui la totalità della popolazione giovanile può essere raggiunta indipendentemente dalle

condizioni etniche e socioeconomiche. Stiamo preparando un questionario che possa mettere in luce la situazione "basale" e consentire di verificare nel tempo l'impatto di un intervento educativo sulle abitudini alimentari e sugli stili di vita da parte degli insegnanti e dei familiari preventivamente formati dai nostri referenti regionali.

È un progetto ambizioso che richiederà uno sforzo di ideazione ed organizzativo molto complesso, che peraltro è perfettamente in linea con la mission di HCF e con gli insegnamenti di Franco Valagussa che credeva "ostinatamente" nella possibilità di riuscire a cambiare il nostro approccio mentale alla cultura della prevenzione, ancora troppo labile.

Tutto quello che è stato fatto e che stiamo facendo è solo grazie alla abnegazione e all'impegno di tutti i componenti del CdA: dai vecchi saggi Carmine Chieffo e Carlo Martines, a Roberto Ricci vera anima del successo di Cardiologie Aperte, ai nuovi entrati Francesco Mazzuoli, pragmatico e deciso e Gigi Temporelli dotto e critico "brontolone"; all'irrinunciabile rappresentante laico Luciano Sita, abile stratega dei rapporti tra HCF ed il mondo esterno alla Cardiologia.

Il tutto supportato e "sopportato" dalla efficienza della Segreteria nelle figure di Giulia Salone, nostro angelo custode, e Angela Petrucci, silenziosa ed efficiente.

Arrivederci a Firenze.

EVENTI DI HEART CARE FOUNDATION AL XXXVIII CONGRESSO ANMCO

Lunedì 4 giugno 2007 - FIRENZE - Fortezza da Basso



**Heart
Care
Foundation**



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

Sala della Scherma, Ore 11:00 - 13:30

"CUORE E ALIMENTAZIONE"

Moderatori: L. Sita (Bologna) – S. Pirelli (Cremona)

- ◆ L'aterosclerosi nell'infanzia e nell'adolescenza
R. Aquilani (Montescano - PV)
- ◆ La piattaforma nazionale per una corretta alimentazione e attività fisica
– R. Trefiletti Federconsumatori (Roma)
– G. Squitieri Federalimentare (Roma)
- ◆ Evidenza del ruolo della dieta mediterranea nella prevenzione degli eventi cardiovascolari
F. Mazzuoli (Firenze)
- ◆ Potenzialità della produzione alimentare nella prevenzione delle malattie cardiovascolari
R. Manfredini – Coldiretti (Roma)
- ◆ Potenzialità della filiera alimentare nella prevenzione delle malattie cardiovascolari – A. Borsari (Bologna)
- ◆ Presentazione Progetto – R. Ricci (Roma)
- ◆ Considerazioni conclusive

Sala della Scherma, Ore 13:30 - 15:00

"CUORE QUALITÀ"

Moderatori: C. Chieffo (Napoli) – A. Gaglione (Roma)

- ◆ Scopi, logica e metodologia della ricerca – L. Vecchio (Milano)
- ◆ I risultati della ricerca – G. Ignone (Brindisi)
- ◆ La rilettura dei risultati nella prospettiva del paziente – C.A. Bosio (Milano)
- ◆ La rilettura dei risultati nella prospettiva del cardiologo – S. Pirelli (Cremona)

Sala della Scherma, Ore 15:00 - 16:00

ASSEMBLEA SOCI (Presieduta dal Dott. Martines)

1. Relazione del Presidente
2. Resoconto dai Referenti Regionali HCF
3. Presentazione del rendiconto annuale
4. Varie ed eventuali

Sala Michelangelo, Ore 17:30 - 19:00

RELAZIONE NELL'AMBITO DEL SIMPOSIO "STUDI CLINICI DELL'ANMCO"

- ◆ Ricerca "Cuore Qualità": la soddisfazione del paziente per i servizi cardiologici – C. Schweiger e L. Vecchio

**"ANCHE QUEST'ANNO HCF PROMUOVE CARDIOLOGIE APERTE, DOMENICA 30 SETTEMBRE 2007.
OGNI CARDIOLOGIA HA RICEVUTO LA LETTERA CHE PUBBLICHIAMO.
FAI IN MODO CHE ANCHE LA TUA U.O. PARTECIPI A QUESTA QUARTA EDIZIONE.**

Compila ed invia il format che troverai nella pagina seguente



QUANDO UN CUORE È FORTE
NULLA LO PUÒ SCALFIRE.

Firenze, 8 maggio 2007

ALL'ATTENZIONE DEL PRIMARIO DI CARDIOLOGIA

Caro Collega,

anche quest'anno, nella Giornata Mondiale del Cuore, Heart Care Foundation Onlus - la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - promuove un appuntamento importante per un costruttivo rapporto tra le Unità Operative di Cardiologia e la loro Comunità di riferimento

LA 4ª EDIZIONE DI "CARDIOLOGIE APERTE" DOMENICA 30 SETTEMBRE 2007

dedicata al tema della salute nella famiglia e nella società. Lo slogan scelto per questa edizione è "Quando un cuore è forte nessuno lo può scalfire".

Ci siamo già attivati perché anche questa quarta edizione ottenga, come le passate, i maggiori riconoscimenti istituzionali ed un crescente eco sui media.

Verrà mantenuto il disegno complessivo della giornata come grande contenitore, in cui parte del tempo sarà configurato secondo le proposte e le esigenze delle realtà locali. Nella manifestazione di quest'anno l'indirizzo generale è quello di rafforzare sia i temi di prevenzione primaria (fumo, attività fisica, e alimentazione) sia il tema della pronta risposta all'attacco cardiaco. E' auspicabile rafforzare la collaborazione dei Medici di Medicina Generale per un loro maggiore coinvolgimento.

Alle Cardiologie che aderiranno, come consuetudine, verrà fornito tutto il materiale relativo ai messaggi da dare nella giornata.

Siamo certi che vorrai accogliere l'invito a partecipare a questa 4ª edizione e ti chiediamo di segnalare la tua disponibilità il prima possibile, e comunque entro il **15 giugno 2007** rinviando via fax (055582756) la scheda di adesione allegata. Per motivi organizzativi è necessario per la nostra Segreteria avere quanto prima la segnalazione dell'adesione alla Manifestazione.

In allegato troverai alcuni importanti avvisi tra cui il programma degli Eventi che HCF organizza all'interno del prossimo Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO (3 - 5 giugno). Per chiarimenti o ulteriori informazioni puoi contattare la segreteria HCF (tel. 055575661). Cordiali saluti.


L'Amministratore Delegato
Salvatore Pirelli


Il Coordinatore delle Cardiologie Aperte
Roberto Ricci

Allegati: Specifiche di adesione (sul retro della pagina),

SCHEDA DI ADESIONE,
eventi HCF durante il XXXVIII Congresso ANMCO



**Heart
Care
Foundation**

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



NON COMPILARE QUESTO RIQUADRO

DATA RICEZIONE _____

--	--	--	--	--	--	--	--

CARDIOLOGIE APERTE - 30 SETTEMBRE 2007

DATI U.O. DI CARDIOLOGIA:

Ospedale _____

Reparto _____

Direttore _____

Telefono _____ Fax _____

Indirizzo _____

Città _____

E-mail ospedale _____

Sito web ospedale _____

Direttore Generale _____

Direttore Sanitario _____

Esatta dicitura Az. Osp. _____

Indirizzo _____

DATI PERSONALI RICHIEDENTE

Nome _____

Telefono/Cellulare _____

E-mail _____

Inviare via fax: **055582756**



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.tuttocuoere.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

Finanziamento della ricerca scientifica e della università

FIRMA _____

Finanziamento della ricerca sanitaria

FIRMA _____

Attività sociali svolte dal comune di residenza del contribuente

FIRMA _____

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

AVVERTENZE

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

Tuttocuoere



Heart Care Foundation

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

DALLE AREE

Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 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)
Coordinatore Comitato CardioWEB ANMCO:
Antonio Di Chiara (Udine)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

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

www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

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

www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING

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

www.anmco.it/aree/elenco/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO

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

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso

ARITMIE

DI GIUSEPPE INAMA



L'Area Aritmie verso il biennio 2007-2008

Si è rinnovato il Comitato di Coordinamento dell'Area Aritmie dell'ANMCO per il 2007-2008 nell'ottica della continuità col biennio precedente diretto da Maurizio Lunati. Onorato per la fiducia e l'opportunità concessami dall'ANMCO, ho iniziato il mio mandato di Chairman dell'Area nella convinzione della necessità del ruolo dell'Area Aritmie all'interno dell'ANMCO, al servizio aritmologico della Comunità Cardiologica Nazionale e di supporto tecnico all'ANMCO in sinergia con la Società Nazionale di settore, l'Associazione Nazionale di Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC).

Il biennio 2005-2006 è stato caratterizzato da un rinnovato processo di integrazione fra l'Area Aritmie ANMCO e l'Associazione Aritmologica Nazionale AIAC, entrambe membri della FIC, con numerosi sforzi congiunti sfociati nella realizzazione delle due importanti Linee Guida AIAC, quella sulla Fibrillazione Atriale coordinata da Marcello Disertori e quella sui Dispositivi Elettrici Cardiaco, coordinata da Maurizio Lunati.

Massimo Zoni Berisso è il nuovo Co-Chairman dell'Area Aritmie e mi affiancherà nella realizzazione dei progetti impostati assieme al Comitato di Coordinamento composto da Maurizio Landolina, Claudio Pandozi, Orazio Pensabene, Alessandro Proclemer e dal Referente dell'Area Chirurgica Stefano Benussi. È stato approvato da parte del Consiglio Diret-

tivo ANMCO un Comitato Editoriale dell'Area composto da tre giovani colleghi che dovrebbero collaborare attivamente alla realizzazione delle iniziative dell'Area.

L'Area Aritmie nel corso della sua prima riunione tenutasi a Firenze il 7 febbraio 2007 ha stilato un intenso programma. Si è deciso di proseguire i progetti iniziati durante il precedente biennio:

- **Atrial Fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for Prevention of Vascular Events - ACTIVE** - Chairmen: S.J. Connolly, S. Yusuf. Endorsment: ANMCO (in fase di conclusione);
- **Progetto REMICA**: Registro informatizzato multicentrico di pazienti predefiniti per MI osservati presso i Centri della Calabria;
- **Seminario di Aggiornamento ANMCO (Area Aritmie e Area Scompenso Cardiaco)**: Riunioni macroregionali con materiale omogeneo su: "La morte improvvisa nello scompenso cardiaco: il ruolo del device" (in fase di approvazione);
- **Corsi di "Clinical Competence" in Cardiologia - 1° Modulo**: Corsi residenziali di Aritmologia ed Elettrofisiologia Clinica, brevi stage (certificati dall'ANMCO), presso Centri e Laboratori di consolidata esperienza aritmologica e con adeguata attività specialistica.

Nel contempo sono stati approntati alcuni significativi progetti di valutazione dei comportamenti e delle

tendenze operative nella Cardiologia Nazionale, attraverso delle "survey", nei riguardi dei temi più importanti ed attuali come la gestione del paziente con cardiomiopatia ipocinetica ischemica e non con FE depressa, e le indicazioni alle procedure di ablazione transcateretere nella fibrillazione atriale. Riteniamo fondamentale programmare e realizzare questi progetti in maniera trasversale coinvolgendo le altre componenti scientifiche e culturali dell'ANMCO.

L'Area Aritmie si è messa rapidamente al lavoro ed è stata già sottoposta al Comitato Scientifico ANMCO, per la richiesta dell'endorsement dell'ANMCO, la Proposta di Studio intitolata "Censimento delle procedure di ablazione chirurgica effettuate nell'anno 2006", promossa dall'Area Aritmie e coordinata da Stefano Benussi, in collaborazione con Claudio Zussa, Past Chairman dell'Area Chirurgica dell'ANMCO. Lo studio si propone di ottenere una stima del numero, della tipologia e dell'indicazione all'esecuzione di ablazioni chirurgiche di fibrillazione in Italia. Verranno inoltre prese in considerazione l'incidenza di complicanze procedurali e la diversa modalità di gestione del paziente durante il follow-up, al fine di identificare la presenza di recidive aritmiche. La proposta di studio prevede l'elaborazione di una scheda di raccolta dati da inviare a tutti i Centri Cardiochirurgici Italiani, che potranno aderire allo studio su base volontaria. Ri-

tengo che questo progetto di studio costituisca per l'ANMCO un efficace strumento al fine di ricercare un consenso tra Cardiologi e Cardiochirurghi circa le indicazioni al trattamento non farmacologico della fibrillazione atriale e al tipo di procedura ablativa, percutanea o chirurgica, a cui sottoporre il paziente in base alle sue caratteristiche e alla presenza di comorbidità. Inoltre, una stima del numero e dei risultati delle procedure di ablazione chirurgica della fibrillazione atriale potrebbe essere utile al fine di ottenere un riconoscimento economico da parte delle Regioni in termini di DRG.

Contemporaneamente è già stata ideata e promossa assieme all'Area Scopenso Cardiaco, coordinata da Fabrizio Oliva, la "survey": "Strategie di

prevenzione primaria della Morte Improvvisa. Prassi clinica-comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane", attualmente in fase di valutazione da parte del Comitato Scientifico per l'endorsement dell'ANMCO. Numerosi trials randomizzati hanno recentemente dimostrato che il defibrillatore impiantabile è in grado di ridurre la mortalità nei pazienti con insufficienza cardiaca da disfunzione sistolica rispetto alla terapia farmacologica ottimizzata. Le Linee Guida Italiane, Europee ed Americane sull'insufficienza cardiaca hanno posto l'indicazione all'impianto di ICD in prevenzione primaria nei pazienti con scompenso e FE < 35%. Rimane inoltre di estrema attualità il problema della stratificazione invasiva e non invasiva del rischio aritmico

(studio elettrofisiologico, T wave alternans, Heart Rate Variability...) al fine di selezionare in modo più preciso i pazienti che realmente potrebbero beneficiare di un impianto di defibrillatore. Ci si propone con questo Studio dell'Area Aritmie - Area Scopenso Cardiaco di valutare l'approccio delle Unità Operative di Cardiologia Italiane nei confronti della prevenzione della Morte Cardiaca Improvvisa e di fornire informazioni relative all'aderenza alle Linee Guida delle Società Scientifiche nel "mondo reale".

Concludo con l'invito a tutti i Colleghi a partecipare attivamente ai progetti dell'Area Aritmie con proposte e commenti e a collaborare puntualmente nella realizzazione delle "survey" e dei Registri proposti.



Frida Khalo, I frutti del cuore, 1932

CHIRURGICA

DI PINO FUNDARÒ



L'Area Chirurgica: punto e a capo!

Sono Socio dell'ANMCO da molto tempo – da prima che venisse istituita l'Area Chirurgica – ma solo negli ultimi anni ho avuto modo di partecipare in prima persona alla vita associativa, come componente del Comitato di Coordinamento dell'Area Chirurgica nel biennio 2005-2006 e come componente del Comitato Scientifico ANMCO nel biennio 2006-2007.

Dopo deludenti esperienze presso altre Società Scientifiche, ad attirarmi verso l'ANMCO furono inizialmente il carisma e lo spessore professionale dei "padri fondatori".

Poi, di pari passo con lo sviluppo incessante dell'Associazione (sia sotto il profilo scientifico che organizzativo), crebbe l'apprezzamento per quanto realizzato grazie alla dedizione e alle capacità dei tanti altri colleghi avvicendatisi nella conduzione dell'Associazione.

Quando negli anni '80 venne istituita l'Area Chirurgica, l'ANMCO era già forte. Forte era la convinzione che, per noi Cardiocirurghi, si trattasse di un'opportunità unica, assolutamente da non perdere: grazie ai vantaggi derivanti dall'entrare a far parte di una "vera" società scientifica, già molto accreditata internazionalmente e ben roduta dal

punto di vista organizzativo, sembravano a portata di mano obiettivi ambiziosi.

Ma c'era un aspetto molto importante che non veniva considerato nel modo dovuto: quello dell'ANMCO era già un treno in piena corsa, lanciato ad altissima velocità verso traguardi sempre più significativi. Per un manipolo sparuto di chirurghi, senza altre esperienze associative degne di rilievo, salire su quel treno era una "mission impossible". Rimanerne frastornati era il meno che si potesse prevedere.

Muovendo da queste premesse, il cammino per il pieno inserimento dell'Area Chirurgica nella vita associativa dell'ANMCO fu fin dall'inizio tutto in salita. Pesantissimo il bilancio

attuale: Claudio Zussa, Chairman del biennio 2005-2006, nella sua relazione di fine mandato (*"Cardiologia negli Ospedali"* n° 155 gennaio-febbraio 2007), denuncia con grande, impietosa onestà una serie impressionante di inadempienze:

- mancanza di progettualità autonoma;
- scarsissimo interesse e partecipazione dei Soci Cardiocirurghi alle iniziative promosse;
- assenza di coordinazione con altre articolazioni periferiche dell'Associazione;
- attività scientifica pressoché nulla;
- ambiguità di rapporti con altre Società Scientifiche.

Quali le ragioni di un bilancio tanto scoraggiante? Quali le cause? Si potrebbe fare una analisi

molto minuziosa e si potrebbero approfondire tante questioni, ma non è questa la sede. Nell'attuale contingenza credo siano altre le priorità. Sono a mio avviso due i punti su cui occorre focalizzare l'attenzione: a) la scarsa (o nulla) vocazione dei Chirurghi per la vita associativa; b) l'individuazione e il raggiungimento in tempi brevi di obiettivi che possano servire almeno a rianimare un'Area che appare agonizzante. E si badi bene che, in seno all'ANM-



Nicolaj Diulgheroff, Aeropittura, 1931

CO, quella chirurgica non è una componente di secondaria importanza (la questione è stata affrontata e dibattuta in molte occasioni): l'ANMCO non può avere un'Area Chirurgica solo virtuale, né può rinunciare ad essa senza riportarne una mutilazione culturale ed operativa estremamente grave.

La vera, grande vocazione del Chirurgo è la camera operatoria: è in questa attività che egli è giornalmente chiamato a spendere il meglio di sé (tempo, fatica, stress, ...) e per un consistente numero di ore. Dopo una intensa giornata chirurgica (che è quasi la regola), trovare motivazioni forti, slancio e passione da dedicare alla vita associativa, magari restando nell'ombra, è quanto meno improbabile.

Se questa analisi è corretta, sperare di salire su un treno lanciato ad altissima velocità, come quello dell'ANMCO, è pura utopia. È assolutamente necessario, individuare, se mai ve ne sono, dei Chirurghi che, fermamente motivati ad assumere nell'Associazione un ruolo trainante, siano disposti a rivedere l'ordine delle priorità delle loro occupazioni, arrivando anche a sacrificare (parzialmente) l'attività operatoria, per un lasso di tempo limitato (un biennio).

Al punto in cui siamo, è assolutamente necessario che con la massima urgenza dall'Area Chirurgica vengano segnali di vitalità, di una inversione di tendenza rispetto al passato. Inizialmente credo ci si debbano porre pochi ma significativi obiettivi:

- a) fare in modo che al Chairman vengano riconosciute, nei fatti e non solo a parole, le prerogative di coordinamento su tutte le iniziative di pertinenza chirurgica;
- b) il rilancio della progettualità scien-

tifica: ben vengano studi complessi e impegnativi con risultati proiettati nel lungo termine, ma l'attuale emergenza esige contributi concreti a breve termine.

Si era discusso in passato di messe a punto di Linee Guida, di gruppi di esperti itineranti, di incontri fra addetti ai lavori per confronti di esperienze, ecc. Il tutto da fruire e diffondere in tempo reale, con manuali, tascabili, CD ed altro ancora. Per le que-

stioni statutarie, i rapporti con altre Società lascerei l'iniziativa ai vertici dell'Associazione. Per adesso l'Area Chirurgica deve solo dar segno di sé e sopravvivere. A crescere e ad irrobustirsi (fino a raggiungere i vertici dell'Associazione) penserà dopo.

A Claudio Grossi, amico caro e stimatissimo, Chairman dell'Area Chirurgica nel biennio in corso, indirizzo i miei auguri più sinceri. Ne ha davvero bisogno.



Fillia, Case Di Lerici, 1932



Il Cardiologo in Cardiochirurgia: una nuova figura professionale

Problemi perioperatori del paziente cardiochirurgico:
l'esperienza del Cardiologo in Cardiochirurgia

L'allargamento delle indicazioni, l'affinamento delle tecniche cardiochirurgiche e delle metodiche anestesilogiche e le aumentate capacità medico-gestionali hanno indotto un cambiamento nell'epidemiologia del paziente candidato a cardiochirurgia. La gestione di malati sempre più anziani e più complicati dal punto di vista sia internistico che cardiologico motiva la presenza di uno specialista di area medica come il Cardiologo nel reparto di Cardiochirurgia. L'obiettivo del lavoro è la riduzione delle complicanze perioperatorie con una corretta terapia medica ed il supporto diagnostico ecocardiografico in tutte le fasi dell'iter del paziente.

Il confronto culturale interdisciplinare tra Cardiologi e Cardiochirurghi e la continuità assistenziale garantita da questo modello organizzativo sono i presupposti per una gestione non settoriale del paziente.

Quando accettai di lavorare come Cardiologo dedicato in un reparto di Cardiochirurgia molti Colleghi mi chiesero cosa andavo a fare nella "tana del lupo". Io stessa non avevo una risposta se non la curiosità di vedere e fare qualcosa di nuovo e di inserirmi in un progetto gestionale tutto da costruire.

Adesso, a distanza di anni, mi è stata data l'opportunità di parlare della mia attività e ciò mi permette di fare un primo bilancio di questa avventura.

Facciamo un passo indietro: quali sono i presupposti che giustificano la presenza di un Cardiologo in una Cardiochirurgia e qual è il suo ruolo? È sufficiente esaminare le varie casistiche in letteratura (che peraltro confermano la nostra esperienza quotidiana) per vedere come sia in costante aumento l'età dei pazienti candidati a cardiochirurgia e come, di pari passo, siano in aumento le comorbidità di tali pazienti. Nel centro in cui lavoro, l'UOA di Cardiochirurgia dell'Ospedale Mauriziano di Torino, la percentuale di pazienti anziani sottoposti ad intervento è attualmente intorno al 40% di ultrasettantenni ed intorno al 10% di ultraottantenni.

Diretta conseguenza è un costante incremento del rischio operatorio espresso come Euroscore additivo o logistico medio. Come ormai noto, l'Euroscore additivo (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) è un metodo per calcolare il rischio di mortalità operatoria cardiochirurgica ricavato dallo studio dei fattori di rischio in oltre 20 mila pazienti consecutivi in otto paesi europei. L'Euroscore logistico è una correzione statistica del precedente tale da non sovrastimare il rischio operatorio nei pazienti a basso rischio e non sottostimare il rischio nei pazienti ad alto rischio.

Nonostante queste premesse, negli ultimi anni, non si è verificato un parallelo incremento della mortalità os-

servata. È quello che gli autori anglosassoni chiamano "risk paradox" ed è verosimilmente dovuto all'avvento di nuove tecniche operatorie, ai nuovi approcci mini-invasivi, alle nuove metodiche anestesilogiche ed all'aumentata capacità medico-gestionale dei pazienti.

Il cambiamento epidemiologico dei pazienti pesa tuttavia in modo importante sulle complicanze postoperatorie che determinano un aumento dei tempi di degenza (e di conseguenza un aumento dei costi di ospedalizzazione) ed un deterioramento della qualità di vita del paziente dopo l'intervento cardiochirurgico. A tale proposito si stanno elaborando sistemi per pesare il rischio di complicanze: "from mortality risk to complication risk".

Inoltre, da un lato l'allargamento delle indicazioni alla terapia percutanea delle coronaropatie e dall'altro l'allargamento delle indicazioni cardiochirurgiche (es. insufficienza mitralica funzionale in pazienti con ridotta frazione di eiezione) fanno sì che in Cardiochirurgia afferiscano pazienti sempre più complicati da un punto di vista più strettamente cardiologico. Tali pazienti necessitano di specifiche competenze per poter essere inviati all'intervento con compenso emodinamico ottimizzato.

In questo scenario diventa importante la figura di uno specialista di area medica come il Cardiologo che abbia l'obiettivo di incidere nella ri-

duzione delle complicanze sia con una attenta preparazione del paziente all'intervento che con una corretta gestione clinica del post-operatorio.

È quindi fondamentale l'elaborazione di protocolli di preparazione per patologie ad alto peso prognostico negativo come diabete, BPCO, insufficienza renale, patologie gastro-intestinali ed ematologiche, che abbia come obiettivo l'ottimizzazione clinica pre-operatoria in modo da ridurre le complicanze post-operatorie.

In fase post-operatoria subacuta l'obiettivo sarà quello di ottimizzare il compenso emodinamico, di trattare correttamente le aritmie, di iniziare precocemente i farmaci indicati dalle Linee Guida per le diverse patologie ed altrettanto precocemente iniziare la terapia di prevenzione secondaria. In tale fase è altresì indispensabile la diagnosi precoce ed il corretto trattamento di eventuali complicanze legate alle patologie di base o all'atto chirurgico. Ben lungi dall'essere un tuttologo il Cardiologo dedicato alla Cardiocirurgia dovrebbe però essere il più possibile indipendente nella gestione medica delle complicanze.

La diagnostica ecocardiografica è parte importante del lavoro e comprende gli studi pre-operatori, gli esami intraoperatori, quelli pre-dimissione e di follow-up.

Gli esami intraoperatori pre-intervento devono essere mirati a fornire al Chirurgo indicazioni utili alla pianificazione dell'intervento con strategie adatte al tipo di patologia.

Gli esami intraoperatori post-intervento devono fornire indicazioni utili all'uscita di CEC e dare il supporto diagnostico per il controllo delle procedure chirurgiche e l'eventuale correzione in caso di risultato subottimale.

È quindi importante una formazione specifica con conoscenza sia delle tecniche chirurgiche (per poter dare una corretta interpretazione dell'anatomia intraoperatoria), sia dei parametri ecografici utili al Chirurgo. Fondamentale è il rapporto di fiducia che si viene a creare tra Cardiologo Ecografista e Cardiocirurgo che permette di trarre il meglio dalla metodica per scegliere la strategia chirurgica più adatta ed eventualmente ottimizzarne il risultato.

Gli esami pre-dimissione e quelli di follow-up richiedono il continuo aggiornamento sullo studio dei nuovi modelli di protesi valvolari e la conoscenza della "storia naturale" delle protesi.

In questo contesto diventa importante il rapporto di continuità fornito da questo modello gestionale.

Il Cardiologo segue infatti il paziente dall'indicazione all'intervento ai controlli ecocardiografici ambulatoriali.

Devo ammettere che il primo impatto con le problematiche cardiocirurgiche ha generato in me un certo disorientamento dovuto alla consapevolezza della mia impreparazione. Ho quindi intrapreso un percorso dapprima culturale sulle tecniche cardiocirurgiche, le metodiche anestesiologiche, la circolazione extracorporea, le strategie intensivistiche e le problematiche post-chirurgiche in fase subacuta. In un secondo tempo il percorso è diventato pratico e di esperienza personale sia nella gestione clinica, sia in quella organizzativa per ottimizzare tempi e risorse in un reparto ad alto turn over di pazienti.

Ciò che ritengo essere davvero unico in questo lavoro è il confronto interdisciplinare di tipo culturale che arricchisce entrambi gli specialisti e che va dalla discussione delle indicazioni alla scelta delle strategie operatorie e di quelle medico-gestionali del post-operatorio.

È naturalmente indispensabile la volontà di mettersi in gioco e di rinunciare alle proprie certezze per costruirne di comuni. Sicuramente, oltre all'arricchimento culturale reciproco, il primo beneficiario di questo modello di gestione è il paziente, che viene in questo modo gestito nella sua globalità.



Marc Chagall, *La passeggiata*, 1917

EMERGENZA-URGENZA

DI GIANNI CASELLA



Importanti passi sono già stati percorsi...

Sono trascorsi alcuni mesi di intensa attività per l'Area e già qualche buon risultato è stato ottenuto! Abbiamo tanto enfatizzato in questo periodo il ruolo delle UTIC e la particolare competenza clinica del Cardiologo che vi lavora, sottolineando il difficile percorso formativo da affrontare. L'abbiamo fatto perché molti colleghi ne hanno segnalato l'importanza ed il bisogno.

Finalmente la sfida dei corsi di Competenza Clinica del Cardiologo UTIC è raccolta ed i prossimi mesi, grazie al supporto del Presidente e del Consiglio Direttivo ANMCO, ne vedranno la nascita. È un passo importante per tutti noi. Certamente non abbiamo l'illusione di poter fornire, nei pochi giorni di un corso, una preparazione dettagliata, approfondita e precisa dei molteplici argomenti che chi lavora in UTIC deve conoscere, ma riteniamo di poter svolgere un'importante opera di "familiarizzazione" e sensibilizzazione dei Cardiologi italiani alla sua complessità. Questo può stimolare un processo virtuoso di costante miglioramento. Ecco qualche anticipazione! I corsi saranno suddivisi in 3 parti: una teorica, una pratica (simulazione) ed infine una residenziale (presso una struttura ospedaliera

di riferimento). Essi seguiranno un modello formativo "a cascata" dove ad un evento iniziale, centrale, ne seguiranno altri sul territorio nazionale per una diffusione più capillare.

Notevole attenzione sarà posta all'identificazione dei contenuti, vicini alle necessità cliniche quotidiane, ma integrati con le caratteristiche richieste per l'accreditamento del Cardiologo ESC. Non a caso saranno coinvolte figure cardiologiche di spicco nei loro campi specialistici (emodinamisti, aritmologi, ecc.) e molta importanza sarà attribuita anche ad altre figure non cardiologiche (rianimatore, cardiocirurgo, nefrologo, ematologo, ecc.) con le quali chi lavora in UTIC abitualmente interagisce.

Visto il poco tempo a disposizione, la parte teorica, seppur rilevante, non potrà essere svolta in modo dettagliato. Essa sarà in larga misura anti-

cipata con l'invio di materiale didattico multimediale (diapositive, filmati ed estratti degli articoli di rilievo). I corsi avranno una durata di 3 giorni e saranno condotti in modo molto pratico; partendo da casi clinici simulati i partecipanti potranno affrontare diversi argomenti (Sindromi Coronariche Acute, Scompenso Cardiaco, bradi- e tachi-aritmie, dissezione aortica, embolia polmonare e tamponamento cardiaco) e diverse procedure (ventilatore, contropulsatore intraortico, emofiltrazione, ecc.), sviluppando percorsi assistenziali corretti. La disponibilità di sistemi di macrosimulazione permetterà di compiere queste esercitazioni in modo realistico e di apprendere anche procedure molto complesse (pericardiocentesi, posizionamento vie venose centrali od arteriose, ecc.). I partecipanti a questi corsi completeranno il loro percorso formativo con un periodo

di frequenza presso diversi centri cardiologici di riferimento dove potranno verificare in una situazione reale quanto appreso.

Nonostante i corsi di competenza clinica del Cardiologo UTIC rappresentino l'obiettivo sul quale sono maggiormente concentrati gli sforzi di tutta l'Area, anche altri settori sono stati molto attivi grazie

Progetto dei Corsi di Competenza Clinica del Cardiologo dell'UTIC



Metodologia

Corsi Pratici

Percorsi assistenziali (valutazione, inquadramento e trattamento) con casi clinici

Esercitazioni pratiche (procedure e tecniche)

Durata 3 giorni

Formazione Residenziale

Frequenza UTIC di riferimento (macro-aree)

all'impegno delle persone che vi si sono dedicate. Questo è il caso del Dolore Toracico, ANMCO e SIMEU-118 infatti hanno condiviso un importante Documento di Consenso sull'argomento, la cui versione definitiva è ora in esame presso i rispettivi Consigli Direttivi.

In estrema sintesi i punti di forza di questo Documento sono rappresentati dall'aver richiesto un'eccellente cooperazione tra i Cardiologi ed i Colleghi della SIMEU, dall'aver identificato un percorso condivisibile tra Medico del Pronto Soccorso e Cardiologo, ma sufficientemente flessibile da poter essere adattato alle diverse esigenze locali. Sono stati inoltre tracciati modelli operativi chiari i quali, partendo da parametri semplici (dolore, ECG, marcatori di necrosi), possono aiutare ad identificare la strategia diagnostico-terapeutica più corretta per ogni particolare realtà.

Infine un altro punto di gran forza del Documento è l'aver ribadito che al Cardiologo compete la gestione dei soggetti a rischio medio-alto e l'organizzazione delle indagini di secondo livello. Questo lavoro, condiviso con i medici dell'Emergenza-Urgenza, non può rimanere isolato, ma dovrà essere diffuso con impegno. Speriamo possa poi ispirare importanti studi scientifici sull'argomento. Molto si è lavorato anche sull'attività scientifica: è già disponibile una prima bozza dell'analisi dei pazienti anziani (>75 anni) con STE-MI dello studio Blitz-1. I risultati sono interessanti e confermano che anche nella realtà italiana questi pazienti sono gravati da una prognosi molto sfavorevole e vengono ampiamente sotto-trattati. In particolare è molto ridotto l'utilizzo della ri-perfusione e dell'angiopla-



Marc Chagall, Parigi dalla finestra, 1913

stica primaria, ma ancor più negativo è l'uso di trattamenti semplici, ma molto efficaci come i beta-bloccanti, l'aspirina, gli ACE-inibitori e le statine, rispetto a quanto viene fatto nel soggetto più giovane. Speriamo che l'imminente studio federativo Italian Elderly ACS Study possa migliorare questo deludente approccio terapeutico! Ancora una volta questi risultati dimostrano che la Cardiologia italiana è in grado di condurre studi importanti e con forti ricadute per la pratica clinica. Altre analisi molto interessanti, su sottogruppi notoriamente a rischio, quali le donne ed i pazienti con scompenso acuto, so-

no in fase di progettazione.

Grande fermento vi è poi attorno ad un brillante progetto di evento formativo extra-murale dove si affronta il tema della Gestione del Rischio Emorragico in UTIC e nei pazienti con SCA. Un argomento relativamente nuovo, ma molto interessante, visto il crescente numero di pazienti trattati con potenti e complesse terapie antitrombotiche e/o sottoposti a procedure invasive od interventistiche.

Come vedete l'attività dell'Area è intensa e pronta a spingersi anche oltre grazie ai vostri consigli. Per cui partecipate!

“Patient File”: La Sanità Elettronica in Italia

L'ANMCO ed il progetto “Mattone Patient File” del Ministero della Salute e Regioni, volto a definire la cartella clinica elettronica nazionale

Nel settembre 2005, l'ANMCO ha aderito ad una 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 dataset 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. Ringraziamo il Dott. Stefano Dalmiani, Segretario Scientifico del progetto, per aver accettato di dare un contributo conoscitivo ai Cardiologi dell'ANMCO, oltre a quelli dati in occasione del Congresso 2006 e di un Corso di Formazione dedicato alla Cartella Clinica Cardiologica.

Antonio Di Chiara

In questi anni, da circa una trentina, gli Informatici ed i Medici hanno cercato di trovare una strada per poter definire in schemi ciò che è difficilmente schematizzabile: il processo di cura dei pazienti. Mettere a confronto e conciliare due discipline così eterogenee, come la matematica, su cui l'informatica si basa, e la medicina, è un compito arduo.

L'evoluzione delle due scienze, che segue strade ovviamente diverse, deve conciliarsi nell'immediato in prodotti utilizzabili dall'uomo comune, e questo in generale vuole dire scendere a compromessi la cui validità è data spesso dal livello di consenso che

riscuotono più che dal reale valore scientifico o tecnologico.

Allo stato attuale questi prodotti sono classificabili per tipologie di utilizzo ed utilizzatore:

- La Cartella Clinica Elettronica (CCE), che viene usata dal personale sanitario, medico o infermiere che sia, per poter raccogliere tutte le informazioni che riguardano il paziente durante il processo di diagnosi e cura. È in diretta corrispondenza con le cartelle cliniche cartacee attualmente in uso nella maggioranza degli ospedali ed ambulatori italiani.
- Il Libretto Sanitario Elettronico (LISE), che viene usato dalla persona/paziente per gestire la propria

salute. È utile quindi per ricordare al paziente le terapie che deve eseguire, le visite cui deve sottoporsi, ma anche per comunicare al medico alcuni sintomi particolari o valori di parametri bioumoral, come la glicemia o la pressione arteriosa.

- Il Fascicolo Sanitario Personale (FASP), che viene usato dal medico e dal paziente per accedere alla raccolta, completa o sintetica, delle informazioni sanitarie gestite dai sistemi precedenti. Il FASP è quindi un “canale di accesso”, ovvero un'infrastruttura informatica, che permette di leggere le informazioni scritte dagli operatori sanitari che hanno avuto in cura la

persona, indistintamente raccolte nelle strutture dotate di sistemi informatizzati. È una specie di "biografia clinica" della persona e può essere usata per molteplici scopi proprio per la sua caratteristica di trasversalità (Fig. 1).

Chi avesse familiarità con i termini anglosassoni può aver sentito parlare di CCE come Electronic Medical Record (EMR), di LISE come Personal Health Record (PHR) e di FASP come Electronic Health Record (EHR); a parte le identificazioni internazionali, che sono in realtà molte più di quelle riportate, c'è un certo consenso sulle funzionalità svolte dai singoli sistemi.

A livello Europeo esistono normative per le funzioni di Fascicolo Sanitario Personale, come l'EN 13.606, ed a livello mondiale l'organismo internazionale di standard clinici HL7 ha pubblicato una serie di funzioni standard per il FASP, chiamate EHR-DSTU, che sono in sviluppo e test da parte di industrie per la commercializzazione di prodotti basati su quelle specifiche.

A livello italiano due iniziative stanno ponendo le prime pietre per la costruzione di un sistema nazionale di sanità elettronica.

La prima pietra è in realtà un mattone, difatti è in questo modo che il Ministero della Salute ha definito i 15 progetti che compongono il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ed in particolare il Mattone "Patient File" fornirà le specifiche di funzionamento dei sistemi informativi clinici. A tale progetto parte-

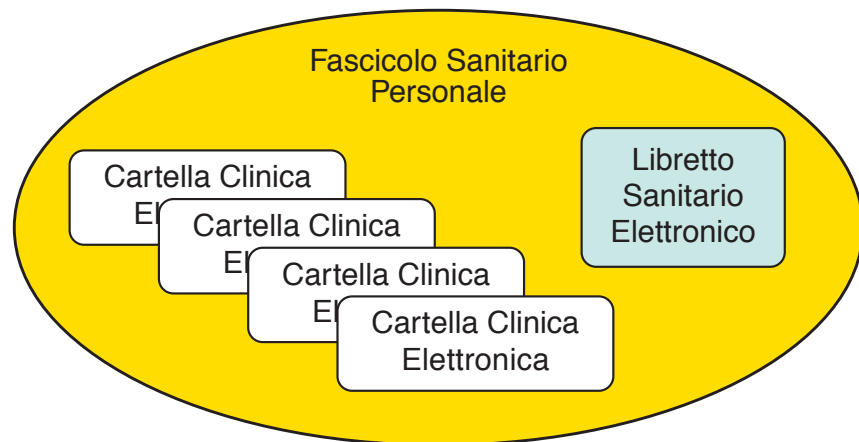


Figura 1 - Rapporti tra i vari sistemi informativi sanitari

cipano le Regioni, il CNR ed i principali organi di definizione ed uso degli standard informatici clinici, come HL7 Italia, IHE Italia, PROREC Italia ed AISIS.

La seconda pietra è il Tavolo di Sanità Elettronica, il quale, in collaborazione con il Mattone "Patient File", sta definendo le specifiche dell'infrastruttura di comunicazione della sanità elettronica.

A questi due progetti partecipano le Regioni che portano in dote altre pietre fatte di conoscenza ed esperienza nella implementazione di sistemi regionali, il CNR, con il suo bagaglio scientifico e tecnologico, ed i principali organi di definizione ed uso degli standard informatici clinici, come HL7 Italia.

Il progetto "Patient File" è articolato su diverse linee di azione:

- Definizione di una anagrafica sanitaria nazionale
- Ottimizzazione del flusso informativo per il rilevamento del decesso
- Definizione di una anagrafica na-

zionale di operatori sanitari

- Definizione tecnologica e funzionale del Fascicolo Sanitario Personale Nazionale.

In particolare l'ultimo punto è quello più difficoltoso, per le ragioni esposte all'inizio, e quindi richiede una maggiore attenzione.

Nella informatizzazione di una cartella clinica il primo passaggio può essere quello di sostituire i documenti cartacei con quelli elettronici, anche se da un sistema informativo ci si aspetta qualcosa in più.

Nell'ambito clinico è l'unità documentale che rappresenta la base di lavoro per medici ed infermieri, quindi il foglio di carta che riporta tutte le informazioni relative alla terapia od un referto sono l'abituale vettore di scambio delle informazioni tra il personale e tra le Unità Operative.

Ogni operatore sanitario oggi condivide informazioni in molteplici contesti operativi, differenziati per area geografica, tipo di struttura, contenuti assistenziali, tipo di atto-



Pippo Oriani, Divinizzazione dello Spazio, 1933

ri, grado di specializzazione e problematiche organizzative. Il contesto in cui opera il professionista sanitario è definito come "Contesto Operativo Predefinito" (COP). Qualsiasi operatore sanitario fa parte nello stesso tempo di diversi contesti operativi, che sono quindi sovrapposti ed interconnessi tra loro. Finora le interazioni tra i vari contesti operativi avvengono con contatti personali, telefono, fax, oppure

tramite il cittadino stesso. Nel mondo della sanità elettronica queste interazioni sono strutturate e concordate, integrando tra loro le relative applicazioni informatiche. Nella gestione della cura del paziente, ove più contesti sono coinvolti, ed in particolare nelle interazioni medico-medico e medico-specialista, sono definiti livelli impliciti di dettaglio delle informazioni raccolte nel contesto clinico.

Quando un medico deve riportare la descrizione dello stato di un paziente o l'esito di una visita ad un altro medico di pari specializzazione riporta il dettaglio di tutte le informazioni, preceduto talvolta da una sintesi che rende immediato lo stato del paziente, ad esempio "il paziente è affetto da angina da sforzo" o "l'esame è positivo". Nelle comunicazioni verso specializzazioni inferiori o diverse, ad esempio da specialista a medico di medicina generale o specialista di altro settore clinico, le informazioni fornite sono sintetiche e tendono a fornire solo l'esito del processo, visita od esame che sia.

Quindi una Cartella Clinica Elettronica deve essere in grado di fornire entrambi i livelli di informazione: dal più dettagliato a quello più sintetico, con una gamma di sfumature intermedie che sono a discrezione del medico responsabile della configurazione del sistema informativo clinico che lo adatta alle proprie necessità.

Le strategie di raccolta dati adottate da una CCE possono quindi essere:

- raccogliere le informazioni strutturate e creare un documento di sintesi secondo regole definite;
- raccogliere le informazioni su un documento, ad esempio un referto, estraendo successivamente le informazioni strutturate secondo regole definite.

Di queste due strategie la prima è quella più solida e concisa, e garantisce livelli maggiori di affidabilità

delle informazioni. La seconda si identifica meglio con l'attuale "modus operandi" del personale clinico, ma dà molta incertezza sul dato strutturato raccolto.

Quindi delle due metodologie la prima fornirebbe anche il livello più alto di affidabilità delle informazioni.

Per potere raccogliere le informazioni strutturate è necessario prima decidere quali informazioni raccogliere, nel mare magno di quello che un singolo processo di cura possa generare, dando la priorità a quelle più significative; quindi è necessario identificarle nel contesto generale della scienza medica, al fine di riconoscere corrispondenze tra le varie specialità cliniche o contesti operativi predefiniti, con il principio che un organo, una patologia, un sintomo possa essere identificato allo stesso modo da tutti, anche se con nomi diversi.

Queste nozioni sono molto specialistiche, ed è per questo motivo che le società scientifiche, come l'ANMCO, contribuiscono alla definizione degli insiemi di dati, o Dataset, descrittori dello stato del paziente in determinati contesti patologici.

Per far funzionare tutto il sistema della sanità elettronica è necessaria anche una architettura sistemistica, le cui ricerche nazionali ed internazionali hanno portato a strutturare su diversi livelli, corrispondenti agli applicativi clinici e dipartimentali ospedalieri (LIS, SIO, ADT, CCE), ai sistemi informativi in grado

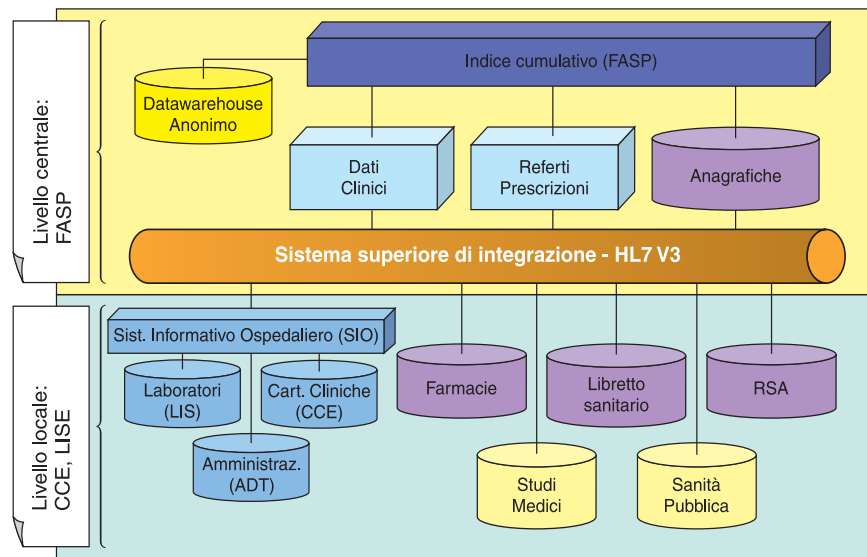


Figura 2 - Architettura sintetica della sanità elettronica

di gestire le attività dei vari operatori sanitari, alla assistenza territoriale, ecc. Le informazioni raccolte in questo livello di base è previsto che siano in formato HL7 V3 e dettagliate, ed in forma completa o sintetica vengono rese disponibili alle strutture superiori di comunicazione ed accentramento con lo scopo di alimentare un indice cumulativo degli eventi (referti, prescrizioni, medicazioni, ecc.) che possa facilitare la ricerca ed il recupero delle informazioni (Fig. 2).

L'importanza del FASP come sistema di comunicazione e condivisione delle informazioni è estremamente rilevante per superare la dimensione locale di un sistema informativo specialistico. Infatti, tramite il FASP è possibile accedere, con il consenso del paziente, a tutte le informazioni sanitarie raccolte su di lui in tutte le strutture sanitarie italiane, e nel futuro anche estere. Ad oggi nessuna nazione al mon-

do ha raggiunto lo stadio finale di integrazione completa di tutte le componenti sanitarie, ma molte hanno intrapreso il cammino ed alcune sono a buon punto. Nonostante la soluzione tecnologica sia a portata di mano, tra i problemi di fondo rimane la disponibilità finanziaria necessaria ad implementare i sistemi di sanità elettronica, che sono di notevole entità: dal 0.8% circa della spesa sanitaria attualmente investita in ICT si dovrà passare al 5% per avere un impatto globale.

In prospettiva i sistemi informatizzati di gestione delle informazioni cliniche definiti dal "Patient File" contribuiranno a rendere migliore la vita delle persone, facilitando l'accesso ai servizi clinici, assistendoli nella gestione del proprio percorso di cura o prevenzione, e facilitando il lavoro degli operatori sanitari e delle strutture in cui essi operano.



Sappiamo registrare un elettrocardiogramma?

La scarsa familiarità del Cardiologo Clinico con gli aspetti tecnici della metodica digitale può pregiudicare la corretta interpretazione dell'elettrocardiogramma.

I processi di formazione e aggiornamento del Cardiologo Clinico talvolta sottovalutano gli aspetti di carattere tecnico, delegandoli ad altri operatori professionali. Tuttavia la prorompente rivoluzione culturale indotta dalla tecnologia digitale impone al Cardiologo Clinico di estendere e aggiornare le proprie competenze per impiegare correttamente le risorse tecnologiche disponibili.

Una pubblicazione recentemente apparsa nelle prestigiose pagine di *Circulation* ha destato la mia sorpresa per l'insolito risalto dato a problematiche tecniche inerenti alla registrazione dell'elettrocardiogramma¹. La Commissione di esperti che ha prodotto il documento giustifica l'iniziativa con la motivazione che con l'avvento delle tecnologie digitali "il clinico ha scarsa dimestichezza con gli aspetti tecnici dell'elaborazione e registrazione dell'elettrocardiogramma e che queste carenze possono avere conseguenze sull'interpretazione clinica dell'ECG".

La tecnologia digitale investe innumerevoli ambiti delle attività umane e le innovazioni sono talmente veloci che molte conoscenze diventano rapidamente obsolete. Il medico utilizza quotidianamente tecnologie

informatiche in svariati ambiti della professione ma talvolta con carenti conoscenze tecniche di base.

Si propone un tema emergente che

riguarda le competenze tecnologiche in medicina. La Cardiologia è ampiamente basata sull'impiego di tecnologie che richiedono adeguate



Maurice Utrillo, Impasse Cottin, 1910

competenze da parte del Cardiologo.

Dopo oltre un secolo di storia, l'elettrocardiografo mantiene il ruolo di strumento fondamentale e irrinunciabile per il Cardiologo.

L'elettrocardiografia è una metodica diagnostica strumentale in cui le fasi di acquisizione e interpretazione dei dati possono essere nettamente distinte, al punto che quasi mai il Cardiologo si occupa personalmente di registrare l'elettrocardiogramma, ma ne delega il compito ad altre figure professionali.

Il termine digitale, di origine anglosassone, si riferisce ai dispositivi e alle procedure che codificano, elaborano e trasmettono segnali numerici binari. Nella tecnologia digitale avviene la conversione in numeri binari di entità di varia natura, come suoni, immagini, testi, dati numerici e segnali bioelettrici. I numeri binari sono entità virtuali che possono essere elaborati, trasmessi e riconvertiti al fine di ricostituire la forma originaria.

L'elettrocardiogramma consiste nella registrazione dei segnali elettrici prodotti dall'attività cardiaca del cuore e rilevati tramite elettrodi posti sulla superficie corporea. Il segnale elettrico cardiaco varia nel tempo e presenta fasi lente (ad esempio l'onda T) e altre più rapide (ad esempio il complesso QRS o lo spike da pacemaker).

Campionamento del segnale elettrocardiografico: fase fondamentale del processo di digitalizzazione

In un sistema numerico binario i numeri sono composti utilizzando solo due simboli: 0 e 1. Ad esempio il numero 7 corrisponde al codice binario 0111

Il segnale elettrocardiografico può essere registrato con metodica analogica o digitale. La metodica analogica è più datata e consiste nella rilevazione continua del segnale per opera di apparecchiature elettroniche.

La metodologia digitale è più recente ed è attualmente utilizzata dalla maggior parte delle apparecchiature. Il segnale elettrico è prelevato dalla superficie corporea tramite elettrodi e sottoposto al processo di campionamento, che consiste nel rilevare e misurare il segnale a intervalli di tempo regolari e molto brevi; la misura è tradotta in codici

numerici binari. Il processo di campionamento avviene con soluzione di continuità, cioè nel breve intervallo di tempo che separa due rilevamenti consecutivi, il segnale elettrico è ignorato. Il segnale è quindi ricomposto nella propria presunta integrità mediante ricostruzione delle parti mancanti per interpolazione. Affinché anche le componenti più rapide del segnale possano essere rilevate e riprodotte fedelmente occorre che la frequenza di campionamento, cioè il numero di rilevamenti al secondo, sia sufficientemente elevata (fig. 1).

Questo processo, denominato campionamento digitale, avviene in piccoli dispositivi elettronici posti a breve distanza dall'elettrodo, lungo il cavo di collegamento al paziente, che è quindi strutturalmente più complesso dei cavi tradizionali degli elettrocardiografi analogici.

Depurazione del segnale elettrocardiografico

La registrazione dell'elettrocardiogramma è afflitta dalla sovrapposizione di segnali spuri che deformano la forma d'onda originale compromettendone l'analisi. I segnali di disturbo provengono dall'attività elettrica dei muscoli striati, da segnali elettrici interferenti, captati dall'ambiente circostante o introdotti dall'apparecchiatura di registrazione. Il filtraggio è un'operazione spesso indispensabile per "ripulire" la traccia elettrocardiografica e facilitarne l'analisi e l'interpretazione, tuttavia rischia di sopprimere o mo-

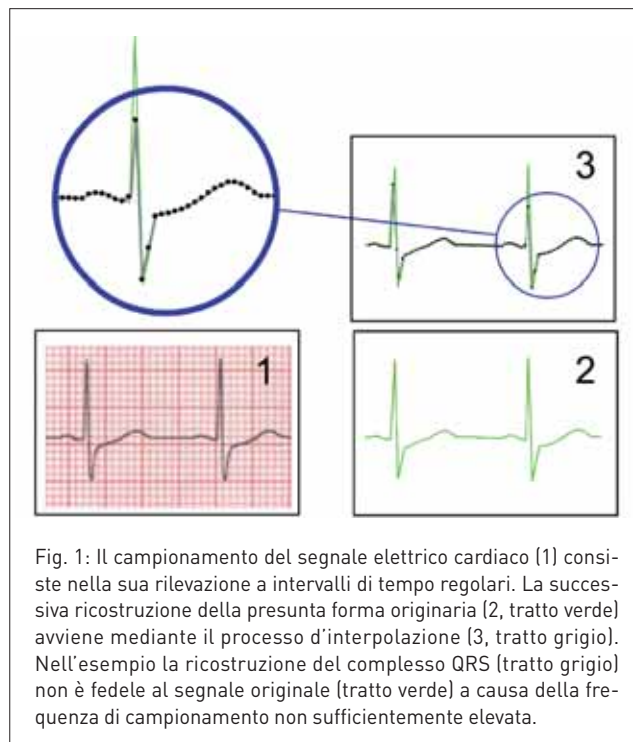


Fig. 1: Il campionamento del segnale elettrico cardiaco (1) consiste nella sua rilevazione a intervalli di tempo regolari. La successiva ricostruzione della presunta forma originaria (2, tratto verde) avviene mediante il processo d'interpolazione (3, tratto grigio). Nell'esempio la ricostruzione del complesso QRS (tratto grigio) non è fedele al segnale originale (tratto verde) a causa della frequenza di campionamento non sufficientemente elevata.

dificare anche componenti originali del segnale.

Gli elettrocardiografi analogici operano in modalità di "stampa diretta", cioè senza apparente ritardo tra il rilevamento e la stampa del tracciato. I filtri agiscono sopprimendo alcune frequenze prestabilite che si presumono appartenere solo a segnali d'interferenza.

Per esempio la frequenza della corrente alternata della rete elettrica in Italia è di 50Hz (50 oscillazioni al secondo) e rappresenta una comune fonte d'interferenza per il tracciato elettrocardiografico che può essere soppressa attivando un apposito filtro.

La metodica digitale consente processi di "depurazione" molto più sofisticati ed efficaci.

Chi utilizza un elettrocardiografo digitale senza averne preventivamente studiate le modalità operative talvolta rimpiange gli apparecchi più datati che danno la stampa immediata.

Gli elettrocardiografi digitali generalmente hanno doppia modalità operativa: "stampa diretta" e "stampa differita".

Nella prima modalità operativa si comportano come le tradizionali apparecchiature analogiche, stampando l'elettrocardiogramma senza ritardi; in questo caso i filtri applicati non sono dissimili da quelli delle tradizionali apparecchiature analogiche. Nella modalità di "stampa differita" le apparecchiature possono esprimere in

pieno i vantaggi della tecnica digitale. La modalità "stampa in differita" introduce un ritardo di alcuni secondi tra l'acquisizione e la stampa dell'elettrocardiogramma. Questo ritardo serve per sottoporre una breve sequenza di segnale elettrocardiografico a sofisticate operazioni digitali volte a produrre un tracciato elettrocardiografico di elevata qualità. Durante questo intervallo di tempo lo strumento analizza molteplici cicli cardiaci al fine di separare accuratamente l'originale forma d'onda dai segnali d'interferenza.

Durante il test da sforzo le interfe-

renze prodotte dall'attività muscolare sono inevitabili e degradano notevolmente la traccia elettrocardiografica "diretta". Particolarmente efficaci sono alcune elaborazioni digitali come la costruzione dei complessi "medi" ottenuti dall'analisi di numerosi cicli cardiaci (fig 2). Tra le tecniche digitali di filtraggio del segnale alcune sono applicate percorrendo a ritroso la traccia elettrocardiografica.

Le tracce del pacemaker nell'elettrocardiogramma di superficie

L'attività elettrica prodotta dai più recenti pacemaker si manifesta nell'elettrocardiogramma di superficie con un minuscolo spike di brevissima durata, spesso di difficile individuazione. Con la tecnologia digitale è possibile impiegare algoritmi che individuano lo spike del pacemaker, lo amplificano e lo evidenziano in una specifica derivazione ad hoc, prodotta insieme alle derivazioni elettrocardiografiche originali.

Il monitoraggio ECG

Le soluzioni impiegate per filtrare con tecnica digitale il segnale elettrocardiografico sono varie e sono selezionate sulla base delle specifiche esigenze diagnostiche: stabilizzazione della traccia nel corso del monitoraggio, analisi online del tratto ST, individuazione tempestiva di aritmie minacciose, fedeltà della traccia per scopi diagnostici. L'uso improprio della traccia elettrocardio-

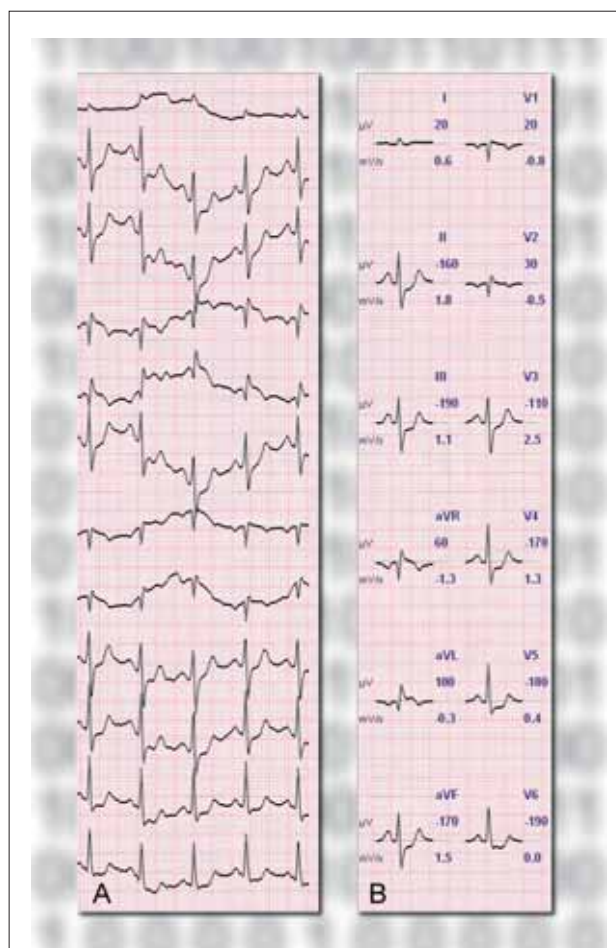


Fig 2: A) stampa diretta nel corso di test ergometrico. B) complessi medi ottenuti con tecnologia digitale dall'analisi di una breve sequenza elettrocardiografica.

grafica, diverso rispetto alla finalità per cui è prodotta può comprometterne l'impiego clinico.

Il monitoraggio ECG è una tecnica che data da oltre quaranta anni e trova svariate applicazioni in ambito ospedaliero e ambulatoriale. I sistemi adoperati nei reparti di Cardiologia e nelle Unità di Terapia Intensiva hanno subito un costante miglioramento tecnologico in particolare in merito al miglioramento del rapporto segnale/rumore, al riconoscimento automatico e affidabile delle aritmie, al monitoraggio del segmento ST, dell'intervallo QT e alla riduzione del numero di elettrodi necessari per ottenere un ECG completo. Alcune di queste funzioni, utili in particolari condizioni cliniche, possono richiedere una specifica attivazione. Il Cardiologo che opera in Unità di Terapia Intensiva deve conoscere gli aspetti tecnici che sovrintendono il corretto funzionamento dell'intero sistema di monitoraggio e di allarme al fine di verificare il perfetto stato operativo e garantire la massima efficienza e attendibilità dell'intero sistema. L'impiego di un buon sistema di monitoraggio digitale, affidato a personale esperto, che ne garantisca e verifichi costantemente lo stato di perfetta efficienza è probabilmente più efficace della sorveglianza permanente dei monitor, soluzione dall'enorme costo gestionale e probabilmente irrealizzabile nella corretta modalità applicativa².

Gestione informatica dell'elettrocardiogramma

Un altro vantaggio offerto dalla tecnica digitale deriva dalla possibilità di trasferire, salvare e recuperare con estrema velocità le informazioni acquisite.

Soluzione proprietaria: procedimento tecnico creato da un'azienda che ne detiene i diritti brevettuali e che vincola l'utilizzatore all'impiego di prodotti del marchio proprietario oppure al pagamento delle royalties per ottenere determinati scopi

L'elettrocardiogramma digitale può essere trasferito su un server e salvato insieme agli altri dati che compongono le informazioni cliniche e strumentali del paziente. Le aziende produttrici di apparecchiature digitali per la diagnostica medica per immagini rispettano ormai costantemente un protocollo standard di comunicazione digitale denominato DICOM, che disciplina il trasferimento, l'archiviazione e il recupero degli esami e dei dati, senza i vincoli di soluzioni proprietarie. L'esame coronarografico, ad esempio, può essere agevolmente salvato e riesaminato in luoghi e con strumenti diversi da quelli utilizzati per l'esecuzione; oppure lo studio coronarografico può essere trasferito su un supporto ottico (CD ROM) per essere riesaminato con un semplice personal computer. Analogamente si può fare con studi di TAC, di risonanza

magnetica, di medicina nucleare o ecocardiografici.

L'adozione di un protocollo standard di comunicazione digitale per l'elettrocardiogramma è tuttora in corso di esame ed è probabilmente d'imminente attuazione.

¹ Paul Kligfield, Leonard S. Gettes, James J. Bailey, Rory Childers, Barbara J. Deal, E. William Hancock, Gerard van Herpen, Jan A. Kors, Peter Macfarlane, David M. Mirvis, Olle Pahlm, Pentti Rautaharju, and Galen S. Wagner. Recommendations for the Standardization and Interpretation of the Electrocardiogram: Part I: The Electrocardiogram and Its Technology. *J Am Coll Cardiol* 2007 49: 1109-1127.

² B. J. Drew, R. M. Califf, M. Funk, E. S. Kaufman, M. W. Krucoff, M. M. Laks, P. W. Macfarlane, C. Som-margren, S. Swiryn, G. F. Van Hare. Practice Standards for Electrocardiographic Monitoring in Hospital Settings. *Circulation*. 2004;110:2721-2746.



Massimo Campigli, Donne con ombrello, 1932

MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

DI CARLO D'AGOSTINO



Embolia polmonare ed ipertensione polmonare: obiettivo formazione e ricerca

Diffondere cultura e ricerca in questi settori in cui la competenza cardiologica può fare la differenza, colmando i vuoti che ancora esistono

L'esperienza maturata in questi primi anni di attività della più giovane delle Aree ANMCO, quella impegnata nelle Malattie del Circolo Polmonare ci ha indotto ad alcune riflessioni che costituiscono la base del nostro programma futuro; programma che non interrompe il percorso già tracciato.

La prima considerazione nasce dal rilievo di una situazione paradossale: le sindromi che coinvolgono il piccolo circolo, in particolare la malattia trombo-embolica e l'ipertensione polmonare pur avendo una dimensione epidemiologica rilevante sono spesso sotto diagnosticate e soprattutto inadeguatamente trattate.

La seconda considerazione strettamente correlata con la prima è che nonostante le elevate capacità diagnostiche oggi disponibili non abbiamo ancora un quadro epidemiologico chiaro riguardo incidenza, prevalenza e outcome di queste patologie.

La malattia trombo-embolica come l'ipertensione polmonare dovrebbero coinvolgere in maniera rilevante la competenza del "cardiologo clinico". Purtroppo i nostri specialisti sono "distratti" o meglio, maggiormente e giustamente concentrati sulle problematiche della cardiopatia ischemica, della cardiologia interventistica, dell'aritmologia, condizioni che non possono essere demandate ad altre branche.

L'embolia polmonare giunge abitualmente all'attenzione del cardiologo quando l'emodinamica è particolarmente compromessa. Il paziente con tale affezione dopo un passaggio più o meno breve dalla unità cardiologica viene dimesso ed affidato alle cure della medicina territoriale.

Sono pochi i centri e gli specialisti che si fanno carico del follow up di questi pazienti e che dedicano alla fase post-acuta l'attenzione peculiare che sarebbe opportuno fosse riservata per patologie con risvolti cronici estremamente importanti. Un gran numero di pazienti con embolia polmonare non passano neanche dai reparti e dagli ambulatori cardiologici, venendo privati dei presidi diagnostici e terapeutici che possono modificarne il decorso.

Il gap assistenziale e culturale che ci portiamo in questo settore non ci permette ancora oggi di avere la corretta dimensione del problema. Mancandoci alcuni elementi essenziali riguardanti la storia naturale post-acuta non disponiamo neanche di sicure informazioni sulla gestione terapeutica a lungo termine.

Non differente la condizione dei pazienti con ipertensione polmonare. Esclusi i rari casi di ipertensione arteriosa polmonare idiopatica e familiare estremamente severi, che quando diagnosticati vengono abitualmente riferiti a centri superspecialisti, non conosciamo e soprattutto non se-

guiamo le sorti di un gran numero di forme di ipertensione polmonare la cui prognosi può essere altrettanto critica.

Il primo riscontro di elevazione della pressione arteriosa polmonare avviene oggi quasi costantemente nel laboratorio di ecocardiografia. Il cardiologo, pressato dalla necessità di eseguire un numero sempre maggiore di esami, di ridurre le liste di attesa, di concentrare i tempi di ricovero si limita a segnalare nell'apposita casella un numero corrispondente al gradiente ventricolo-atriale destro ed alla stimata pressione sistolica polmonare.

In qualche caso viene approfondito l'aspetto geometrico e morfologico delle sezioni cardiache di destra o dei ritorni venosi e della morfologia e flusso delle arterie polmonari.

Una mole di dati spesso estremamente precisi e carichi di significato che il più delle volte restano su un referto che pochi interpreteranno nella giusta maniera e quasi mai verranno utilizzati per indirizzare il paziente a successivi approfondimenti diagnostici ed alle relative terapie.

La voluta estrema semplificazione delle problematiche appena riportate non esaurisce la quantità di quesiti irrisolti che riguardano il circolo polmonare ma costituiscono l'ossatura su cui pensiamo di lavorare nei prossimi anni seguendo le due direzioni che abitualmente costituiscono l'attività dell'ANMCO.

La formazione - Cercando di raggiungere la massima capillarità possibile prevediamo di continuare la serie di incontri, eventi seminariali e congressuali, mettendo a disposizione il materiale ed il "know how" per poter facilitare la realizzazione a chiunque voglia proporre eventi di portata nazionale, regionale, locale, coinvolgendo non solo i cardiologi ma anche gli specialisti di altre branche e la medicina del territorio. La nostra Area si è affacciata pochi anni fa con il primo tentativo dell'ANMCO di formazione a distanza, via internet realizzando l'e-learning sull'embolia polmonare. Stiamo cercando di pensare vie nuove per diffondere la cultura di patologie cui una ridotta attenzione può condizionare in maniera significativa mortalità e morbilità.

La ricerca - Per ottenere una risposta anche parziale di carattere epidemiologico sono in preparazione alcuni Registri. Non è stata abbandonata l'idea di sviluppo dello studio BLITZ-EP già diverse volte illustrato in queste pagine le cui difficoltà organizzative ed economiche ne hanno rallentato la realizzazione.

Un registro ad accesso diretto all'indirizzo www.registroep.org, o tramite le pagine dell'Area del Sito ANMCO, coordinato dal Dott. Casazza, sta raccogliendo dati significativi circa la gestione dei pazienti con embolia polmonare.

L'invito a tutti coloro che siano coinvolti nella gestione di pazienti con embolia polmonare è di collaborare inserendo i propri casi clinici.

Stiamo realizzando un protocollo

per uno studio osservazionale inteso a verificare l'incidenza di ipertensione polmonare post tromboembolica.

Il Registro partito come iniziativa regionale ha già l'adesione spontanea di un gran numero di unità cardiologiche ed il protocollo definitivo sarà presentato a breve.

Analogia filosofia sta animando un Registro, anche questo con un protocollo in via di definizione, per seguire la storia clinica, l'incidenza e la prognosi dei pazienti la cui diagnosi di ipertensione polmonare venga effettuata nel laboratorio di ecocardiografia.

Le iniziative formative e di ricerca di cui abbiamo parlato dovranno coinvolgere in maniera estensiva i Cardiologi dell'ANMCO che avranno vo-

lontà di parteciparvi.

Come sempre la partecipazione a protocolli di ricerca ha anche importanti risvolti formativi.

È fondamentale che la Rete dei Referenti Regionali sia completa ed attiva, permettete mi dunque di rivolgere in queste ultime righe un appello ai Presidenti Regionali che ancora non abbiano segnalato il nome del Referente a farlo al più presto ed a tutti coloro che abbiano voglia di lavorare con noi a contattarci.

Un'ottima occasione per fare ricerca, formazione e crescere insieme nella nostra Associazione.



Raoul Dufy, *Il bacino a Honfleur*, 1905

NURSING

DI VINCENZO MARTINELLI



Il tecnico di Cardiologia (e di fisiopatologia cardiocircolatoria)

Nel giugno 2005 mi trovai col Prof. Paolo Marino, cattedratico dell'Università di Novara, per imbastire il progetto di una nuova figura professionale: il "Tecnico di Cardiologia".

L'obiettivo era di proporre un modo per modernizzare il lavoro, dando agli Infermieri già in servizio nelle Cardiologie la possibilità di acquisire competenze clinico-strumentali al fine di una maggiore autonomia e responsabilità nella gestione del paziente.

Esistevano già da tempo i "Sonographer" per l'Eco, ma noi pensavamo anche ad un Tecnico che leggesse gli Holter, che facesse i Test ergometrici, o i controlli dei Pace

Maker, che supportasse le diverse procedure di Emodinamica o di Elettrofisiologia e che in reparto di degenza seguisse l'evoluzione clinica del paziente sotto la supervisione del medico.

Inizialmente pensammo ad un Master o a un Corso di Specializzazione per Infermieri Professionali di Cardiologia, ma ci scontrammo subito con diverse criticità: innanzitutto il fatto che si sarebbe trattato di corsi decentrati e troppo costosi, e soprattutto non avrebbero avuto una immediata ricaduta operativa tale da renderli appetibili per le Amministrazioni Ospedaliere.

Abbandonammo perciò temporaneamente questo progetto, in atte-

sa di tempi più maturi, che adesso sono arrivati.

Infatti la recente legge 43 del 1° febbraio 2006 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali) ci offre nuove interessanti prospettive.

Questa legge, come definito nel titolo, ha soprattutto lo scopo di indicare le regole per l'istituzione dei nuovi Ordini Professionali in cui potranno confluire i Diplomatici con Laurea breve triennale: Igienisti dentali, Fisioterapisti, Audioprotesisti. Anche l'IPASVI, collegio degli Infermieri, potrà convertirsi in Ordine Professionale.

Ma l'altro punto forte della legge, quello che fa al caso nostro, è l'articolo 5 (*individuazione di nuove professioni in ambito sanitario*) dove sono riportate le modalità per istituire nuove figure professionali "il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale".

Innanzitutto deve esserci una comunione di vedute sull'utilità delle stesse, e la richiesta deve partire da uno o più rappresentanti regionali nell'ambito della Conferenza Stato/Regioni.

"L'individuazione delle nuove figure professionali - specifica il testo - è poi subordinata ad un parere tecnico-scientifico espresso da apposite commissioni operanti nell'ambito del Con-



Paul Cézanne, Mont Sainte-Victorie, 1904-1906

siglio Superiore di Sanità... alle quali partecipano esperti nominati dal Ministero della salute e dalla Conferenza Stato/Regioni...ed i rappresentanti degli ordini delle professioni..."

Naturalmente vanno evitate "...parcellizzazioni e sovrapposizioni con le professioni già riconosciute o con le specializzazioni delle stesse"; inoltre "gli ordinamenti didattici dei corsi di laurea...sono definiti con uno o più decreti del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, di concerto col Ministero della Salute..."

Allora, tornando al progetto del "Tecnico di Cardiologia", ecco che si presenta l'opportunità di istituire uno specifico corso di Laurea, che potrebbe svolgersi negli Ospedali (per venire incontro alle esigenze logistiche degli studenti) e che consentirebbe da un lato agli Infermieri già occupati di far valere l'esperienza lavorativa e la loro cultura professionale come credito formativo, dall'altro potrebbe suscitare anche l'interesse dei neo diplomati di scuola media superiore.

Caratteristica fondamentale del corso dovrebbe essere la connotazione soprattutto pratica del piano di studi, col 75 – 80 % delle ore di apprendimento negli Ospedali accreditati dall'Università, al letto del paziente e durante la normale attività giornaliera (Eco, Cicloergometro, Emodinamica, Reparto, ecc.); la parte teorica – il rimanente 20 – 25 % delle ore – dovrebbe svolgersi in Università o, ancora, negli Ospedali accreditati.

Esami e valutazioni periodiche ovviamente in Università.

Facciamo ora un salto nel futuro: nei prossimi anni ci sarà un rapido ricambio tra i medici, svecchiati da numerosi pensionamenti e, soprattutto, ce ne saranno di meno (basta leggere i dati ENPAM, che parlano chiaro). Tra i giovani alcuni sceglieranno la più lunga facoltà di Medicina, altri potrebbero preferire quella triennale del Tecnico e se i primi conosceranno anche la Dermatologia ed l'Oculistica, a noi servirà in realtà che tutti e due sappiano di Cardiologia.

Ci sarà forse una diversa organizzazione del lavoro per "il" medico (al singolare, perché probabilmente ce ne sarà uno solo in tutto il Reparto – UCIC e Degenza – così come uno solo in Emodinamica, uno in Ambulatorio, ecc.), che sarà un po' meno clinica, ma un po' più di supervisione e coordinamento. Il Tecnico sarà la figura operativa tanto in Reparto, come in Ambulatorio o nelle Sale; dove finora c'erano due persone per un esame ce ne sarà una sola e probabilmente sarà un Tecnico...

Naturalmente ci saranno sempre gli Infermieri che manterranno ruoli complementari a quelli del Tecnico essendo affidata a questo la gestio-

ne del malato, sempre più legata a specifiche competenze tecnologiche e strumentali, a quelli invece l'assistenza del malato.

È peraltro probabile che col tempo possano diventare un'unica figura professionale, in cui convergerebbero tutte queste prerogative.

Senza guardare troppo in là, vediamo che già oggi c'è un'alternativa praticabile: esiste già una Laurea breve per "Tecnico", l'unica in campo cardiologico (Figura 1) quella del Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare. Attualmente il suo impiego è discrezionale e vario, per iniziativa e secondo le esigenze di singoli centri cardiologici.

La Legge 43 ci consentirebbe di darle una connotazione di ruolo valida in tutto il territorio Nazionale, uniformandone i compiti e le responsabilità non sarebbe necessario attivare un nuovo corso di Laurea, perché c'è già. Andrebbe però modificato secondo i criteri su esposti.

Va da sé che il ruolo dell'ANMCO e della SIC sono fondamentali per questo progetto; innanzitutto devono convincersi della sua bontà e delle nuove prospettive che offre; occorre poi inserirlo tra gli argomenti di confronto con le Amministrazioni Regionali per portarlo in sede di Conferenza Stato – Regioni (in Piemonte ad esempio, qualcosa è stato fatto).

È probabile infine che alcuni degli esperti nominati per la commissione chiamata a dare il parere finale verrebbero scelti nell'ambito delle stesse Società Scientifiche.

**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 1

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

DI F. COLIVICCHI, S. URBINATI, M. ABRIGNANI

La "nuovissima" nota 13: istruzioni per l'uso

Pubblicata la nota, poche incertezze interpretative ed un dubbio: si poteva fare di più?

Sono state pubblicate sul *Supplemento Ordinario della G.U.R.I. n. 7 del 10 gennaio 2007* le nuove note AIFA per l'uso appropriato dei farmaci, tra cui la nota 13 (tab. 1) sulla rimborsabilità dei farmaci antidislipidemi.

Le note sono uno strumento regolatorio che tenta di conciliare scelte farmaco-economiche e prove di efficacia per garantire a tutti l'accesso a farmaci ritenuti essenziali.

La stesura delle nuove note è frutto di un percorso di condivisione scientifica e culturale alla luce dei commenti raccolti sulle passate edizioni e dei nuovi dati in letteratura (il prossimo aggiornamento è previsto per giugno 2007).

Le principali novità della nuova nota sono riassunte in tab. 2. La nota consente l'uso:

- di statine, fibrati e omega 3 etilesteri nelle forme familiari o indotte da alcuni farmaci o nell'IRC;
- di statine in soggetti in prevenzione primaria "ad alto rischio" ed in prevenzione secondaria;
- di omega 3 etilesteri nel post infarto.

L'abolizione del piano terapeutico consegue alle perplessità avanzate in quanto, per i farmaci interessati, le modalità di sorveglianza non sono diverse e l'incidenza di effetti indesiderati non differisce sostanzialmente (in termini assoluti di rischio per il singolo paziente) rispetto ai dosaggi inferiori.

Tabella 1: Nota 13

<p>Ipolipemizzanti</p> <p>Fibrati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bezafibrato - fenofibrato - gemfibrozil <p>Statine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - atorvastatina - fluvastatina - lovastatina - pravastatina - rosuvastatina - simvastatina - simvastatina + ezetimibe <p>Altri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - omega 3 etilesteri 	<p>La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dislipidemie familiari <i>bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina, simvastatina + ezetimibe omega 3 etilesteri</i> - ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta <ul style="list-style-type: none"> • In soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore (rischio a 10 anni \geq 20% in base alle Carte di Rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità) (prevenzione primaria) • In soggetti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o pregresso infarto o diabete (prevenzione secondaria) <i>atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina, simvastatina + ezetimibe</i> • In soggetti con pregresso infarto del miocardio (prevenzione secondaria) <i>omega 3 etilesteri</i> - Iperlipidemie non corrette dalla sola dieta: <ul style="list-style-type: none"> • Indotte da farmaci (immunosoppressori, antiretrovirali e inibitori della aromatasi) • In pazienti con insufficienza renale cronica <i>atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina, simvastatina + ezetimibe bezafibrato, fenofibrato, gemfibrozil omega 3 etilesteri</i>
---	---

Tabella 2: le principali novità

- eliminato l'obbligo di un passaggio specialistico (diagnosi e **piano terapeutico**) per i dosaggi da 40 mg di atorvastatina e rosuvastatina e per l'associazione ezetimibe-simvastatina;
- **forniti criteri volti ad agevolare la diagnosi di alcune dislipidemie familiari** (ipercolesterolemia familiare, iperlipidemia familiare combinata e disbetalipoproteinemia) anche da parte del Medico di Medicina Generale senza il ricorso obbligatorio a Centri specialistici;
- possibile prescrivere a carico del SSN statine, fibrati e omega 3 etilesteri nelle **iperlipidemie indotte da alcuni farmaci e nei pazienti con insufficienza renale cronica** (IRC).

Dislipidemie familiari

La nota riconosce che per la diagnosi, in assenza di criteri consolidati molecolari, sono utilizzati algoritmi basati su dati biochimici, clinici ed anamnestici, che vengono forniti per le tre forme familiari più frequentemente associate a cardiopatia ischemica prematura. Scompare quindi il precedente riferimento alla *diagnosi accerata* ed il suggerimento di far ricorso ai *centri specialistici per le iperlipidemie*, che possono però fungere da supporto per le decisioni diagnostico-te-

rapeutiche. È opportuno sottolineare che gli ambulatori ospedalieri di Prevenzione Cardiovascolare, distribuiti capillarmente sul territorio e con competenze non indifferenti (eventualmente migliorabili con opportune iniziative formative), potrebbero porsi come centri di primo livello tra medico di medicina generale e strutture certificate nei molti casi dubbi.

Nuove condizioni di rimborsabilità

È evidenziato che l'IRC richiede un accurato controllo dei valori lipidici. Nei criteri esplicativi si indica per pa-

zienti con IRC grave il trattamento con fibrati per trigliceridi ≥ 500 mg/dL e con statine a basse dosi LDL ≥ 130 mg/dL; resta poco chiaro in verità cosa fare nei soggetti con LDL < 100 mg/dL, trigliceridi ≥ 200 mg/dL e colesterolo non HDL ≥ 130 mg/dL, condizione citata ma non esplicitata. L'efficacia delle statine è suggerita anche nei pazienti vasculopatici e con moderata IRC. La nota tuttavia non identifica nell'executive summary un livello preciso di gravità, per cui è presumibile che la rimborsabi-



Claude Monet, *Lo stagno delle ninfee*, 1899

lità sia valida per tutti i casi di IRC.

Una seconda novità consiste nella rimborsabilità nei pazienti trattati con immunosoppressori (trapiantati), inibitori delle aromatasi (neoplastici) ed antiretrovirali (con infezione da HIV) laddove tali terapie non siano sostituibili e la riduzione dei fattori di rischio non mantenga i valori lipidici "entro i limiti consigliati dalla Carta del Rischio". Tuttavia la Carta in realtà non fornisce livelli consigliati: se il rischio cardiovascolare calcolato è >20%, questi pazienti sarebbero comunque autorizzati alla terapia con statine (ma non con fibrati od omega 3 etilesteri). Sarebbe quindi opportuno un chiarimento, come del resto per i pazienti con IRC, circa i livelli di colesterolo o trigliceridi oltre i quali il trattamento è rimborsabile. Infine questi due nuovi punti sembrano creare disparità di trattamento con altri pazienti affetti da forme secondarie, come i diabetici (per l'ipertrigliceridemia) o i distiroidei.

Statine ed alto rischio

Non vi sono variazioni rispetto alla nota precedente circa il trattamento in prevenzione secondaria o nei soggetti ad alto rischio. In prevenzione primaria si ribadisce l'importanza della valutazione del *Rischio Cardiovascolare Globale*, per la cui stima erano già state introdotte le carte italiane prodotte dall'*Istituto Superiore di Sanità*, che rispetto alle precedenti carte statunitensi descrivono un rischio ridotto pur comprendendo anche gli eventi cerebrovascolari assenti nella carta di Framingham. È finalmente esplicitato che, in alternativa, è possibile utilizzare *l'algoritmo elettronico cuore.exe*, scaricabile dal sito www.cuore.iss.it, che fornisce un rischio puntuale e considera anche la

colesterolemia HDL e la terapia antiipertensiva. È sempre considerato a rischio elevato, e quindi con rimborsabilità, un paziente con rischio $\geq 20\%$ a 10 anni. La scelta di tale valore è stata oggetto di critiche in quanto da più parti si era richiesto una riduzione di tale cut off al 15%, quantomeno in presenza di più fattori di rischio. Molti trial come *l'HPS* o *l'ASCOT*, infatti, hanno dimostrato chiaramente che beneficiano del trattamento sottogruppi di popolazione che le carte escluderebbero.

È già stato segnalato che riservare ai non diabetici l'utilizzo della carta permettendo invece il rimborso a diabetici con rischio <20% può generare una certa confusione in quanto "indebolisce" lo strumento di valutazione. Nella definizione di alto rischio potrebbero essere presi in considerazione, seguendo le linee guida, altri indicatori di rilievo clinico usuale, come ipertrofia ventricolare sinistra, placche carotidee, precedente TIA, sindrome metabolica e proteina C reattiva. Va ricordato che il continuo aggiornamento cui le Carte del Rischio saranno sottoposte attraverso il *progetto RiACE* verificherà nella pratica assistenziale la trasferibilità, i carichi assistenziali e gli esiti della Prevenzione Cardiovascolare allo scopo di modificare, se necessario, i criteri per la rimborsabilità. Il commento sulla "modulazione ver-

so il basso della stima del rischio" è ancora poco chiaro: è pienamente condivisibile affiancare una valutazione clinica al puro calcolo del rischio, ma ciò dovrebbe allora interessare anche la modulazione verso l'alto in presenza di fattori di rischio non corretti (obesità, sedentarietà, sindrome metabolica) o non correggibili (familiarità).

Le carte del *Progetto Cuore* non consentono la valutazione del rischio per i soggetti ultrasettantenni. Il limite di età nello strumento di valutazione non deve tradursi in un limite alla prescrizione, qualora appropriata, ma va tenuto conto che negli anziani gli studi sono relativamente scarsi ed è maggiore l'incidenza di effetti avversi. In questi casi la valutazione del rischio è lasciata al singolo medico che terrà conto anche delle comorbidità (ed ovviamente anche della performance fisica e cognitiva, dell'età biologica, del numero di farmaci già assunti e della compliance). È comunque possibile utilizzare lo strumento: se il rischio è $\geq 20\%$ già a 69 anni, lo sarà maggiormente dopo tale età.

In conclusione, in presenza di alcune criticità ma anche di indiscutibili meriti (tab. 3) va riconosciuto il tentativo, con la nota, di migliorare l'adeguatezza e la continuità della prevenzione primaria e secondaria, purtroppo ancora insoddisfacenti nel nostro paese.

Tabella 3: aspetti positivi della nota 13

- La nota ribadisce che "l'uso dei farmaci deve essere continuativo e non occasionale" (come purtroppo ancora avviene) e "inserito in un contesto più generale di controllo degli stili di vita", da mantenere anche durante la terapia;
- prevedendo la rimborsabilità di tutte le statine (scompaiono i riferimenti alle singole molecole), la nota assume anche il ruolo di **strumento di garanzia** nei confronti di politiche regionali di ripiano della spesa, che introducono differenziazioni nell'accessibilità gratuita dei farmaci di fascia A (che costituisce un LEA) ledendo il principio di unitarietà del sistema.

SCOMPENSO CARDIACO

DI G. DI TANO, N. ASPROMONTE, M. SENNI, F. OLIVA

Scompenso Cardiaco: I Peptidi Natriuretici alla ribalta...

Ulteriori evidenze sul loro ruolo nelle varie fasi della gestione dello Scompenso Cardiaco. In programma un questionario conoscitivo sull'utilizzazione dei Peptidi Natriuretici nella realtà italiana

L'identificazione del ruolo dei Peptidi Natriuretici (PN) nello Scompenso Cardiaco (SC) e la diffusione di metodi di dosaggio altamente affidabili e facilmente disponibili ha stimolato negli ultimi anni un'enorme mole di ricerca clinica e di base, definita da alcuni "a dir poco stupefacente", rendendo la loro introduzione in clinica una delle maggiori "novità" nella gestione dello SC.

Lo studio dell'attivazione e del rilascio, da parte prevalentemente del ventricolo sinistro, dei PN (il BNP - B type Natriuretic Peptide - e la sua frazione terminale - NT-proBNP - suo precursore inattivo), ha determinato una profonda rivisitazione della fisiopatologia cardiaca, dimostrando la complessità della funzione del cuore che appare capace di produrre "ormoni" in risposta a stimoli specifici. L'incremento dei livelli plasmatici dei PN è stimolato non solo da fattori meccanico-emodinamici che provocano un aumento della distensibilità delle camere cardiache e/o l'aumento dello stress e della pressione parietale ventricolare, ma anche dalla esagerata attivazione dei sistemi neuro-ormonale in corso di SC.

Dopo la prima certificazione della F.D.A. nel 2000, limitata all'utilizzazione nella diagnosi clinica e di severità dello SC (e nella stratificazione del rischio nella Sindrome Coronarica Acuta), nel settembre 2005 l'approvazione del sistema "bed-side" si è

estesa anche al cosiddetto "Doctor Office", cioè come ausilio per il medico curante, nella stratificazione prognostica del rischio di eventi nel paziente con SC noto.

Il dosaggio dei PN (con risultati sovrapponibili tra BNP e NT-proBNP) è stato quindi proposto nelle varie fasi della gestione dello SC, dalla diagnosi, anche precoce, alla prognosi, alla monitoraggio clinica e terapeutica.

Dati provenienti da Trial randomizzati (*Breathing Not Properly Multinational Study*: BNP e *PRIDE*: NT-proBNP) sul valore incrementale del dosaggio rapido dei PN nella gestione del paziente con dispnea di origine non nota e nella diagnosi clinica di Scompenso Cardiaco Acuto,

hanno inoltre individuato dei cut-points che, standardizzati in algoritmi incentrati sull'uso dei PN, sono oramai diffusi nella pratica clinica (Figg. 1 e 2). Un'ulteriore significatività in termini costo-efficacia dell'uso del BNP in Pronto Soccorso è stata poi dimostrata negli studi RED-HOT e BASEL.

L'elevato valore predittivo negativo, che varia dal 90 al 100% in studi con prevalenza di SC anche assai variabile (dal 3.8% al 51%), e l'alta sensibilità (in genere >85%) permette, di fronte a valori di PN normali, di escludere la presenza di SC, tanto che il dosaggio dei PN è stato incluso come "rule-out test" nei primi step dell'algoritmo diagnostico delle SC proposto dalle ultime Linee Guida sullo Scompen-

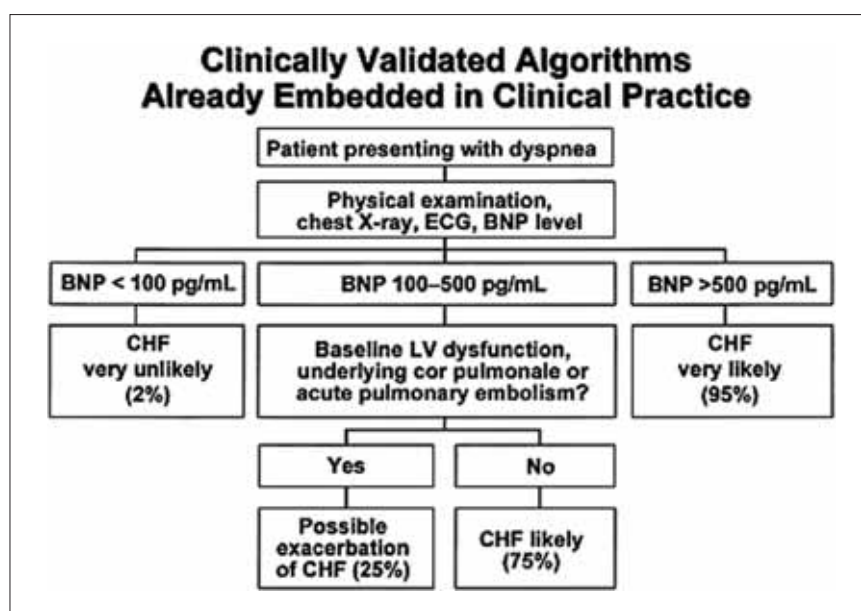


Fig. 1 - Algoritmo per l'uso del BNP in pazienti con dispnea (Maisel A. Rev Cardiovasc Med 2002;3:513).

"Rule in"						
Age strata	Optimal cut-point	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Accuracy
All <50 years (n=183)	450 pg/ml	97%	93%	76%	99%	95%
All 50-75 years (n=554)	900 pg/ml	90%	82%	82%	88%	85%
All >75 years (n=519)	1800 pg/ml	85%	73%	92%	55%	83%
Overall average		92%	84%	86%	66%	93%

"Rule out"						
	Optimal cut-point	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	Accuracy
Rule out	300 pg/ml	99%	62%	55%	99%	83%

Fig. 2 - Cut-points per l'NTproBNP utili alla diagnosi di SC. (Januzzi JL, et al. Am J Cardiol 2005;95:948-54)

so Cardiac Cronico dell'ESC. Nelle stesse Linee Guida, i PN vengono considerati come "strong predictors" nella valutazione prognostica dello SC. Oltre 19 studi hanno dimostrato che in pazienti con SC, elevati livelli di PN si associano ad un aumento del rischio di morte e/o di eventi cardiovascolari. In nove studi i livelli di BNP sono risultati l'unico fattore indipendente, statisticamente significativo, predittivo per il rischio di morte, rivelandosi potenzialmente più utili dei fattori tradizionali utilizzati (età, eziologia ischemica, FE, classe NYHA, valori di creatinina).

I PN nella monitorizzazione della terapia

Infine, sono stati appena pubblicati i dati dello STARS, studio multicentrico randomizzato, disegnato e coordinato dal French Working Group on Heart Failure per valutare l'utilità di una monitorizzazione terapeutica BNP-guidata. Questa strategia, condizionando soprattutto un maggior dosaggio di beta-bloccanti ed aceinibitori, si è rivelata più efficace rispetto a quella clinica tradizionale, comunque adeguata alle correnti

Linee Guida, nel ridurre la mortalità cardiovascolare legata allo scompenso e nel ridurre i ricoveri ospedalieri in un follow-up medio di 15 mesi.

I PN alla ribalta...

Anche per i PN si è assistito alle tradizionali risposte "bimodali" che si verificano spesso in medicina, quando una "novità" viene prepotentemente alla ribalta scientifica: agli entusiasmi di chi senza indugio, avrebbe generalizzato il loro uso, hanno corrisposto atteggiamenti di diffuso scetticismo, condizionati probabilmente dall'attesa di future evidenze scientifiche, considerando comunque imprescindibile l'integrazione del dato laboratoristico con le informazioni cliniche e i test strumentali convenzionali.

Parallelamente all'aumento delle evidenze, in questo ultimo anno è aumentata anche l'attenzione delle Società Scientifiche verso il ruolo dei PN e dei biomarker nello SC.

Uno dei "major topics" del prossimo *Heart Failure 2007* di Amburgo sarà "The expanding role of biomarkers in heart failure" e comprenderà oltre

ad una Main Session, un Dibattito sui PN e una sessione specifica sui nuovi biomarker; inoltre la novità di quest'anno sarà la Key Note Lecture, che occuperà la cerimonia d'apertura del Congresso, affidata ad E. Braunwald intitolata "The future of biomarkers in heart failure".

Si è appena concluso l'importante meeting *Europe-North America BNP Consensus Working Group*, organizzato a Cannes da Alan Maisel e dallo stesso Braunwald, che ha coinvolto tutti i maggiori ricercatori ed esperti internazionali e ha prodotto un documento finale sull'uso clinico del BNP che sarà pubblicato nelle maggiori riviste cardiologiche internazionali.

E in Italia?

Anche se nel 2003 e nel 2005 sono stati pubblicati sull'*IHJ* rispettivamente due documenti di consenso sull'impiego clinico dei PN, non vi sono dati sulla reale diffusione e l'impatto gestionale dell'uso dei PN nel nostro territorio.

L'unica estrapolazione attendibile è quella deducibile dalla *Survey sullo Scompenso Acuto*, che nel 2004 coinvolse 206 Centri, in cui il dosaggio dei PN all'arruolamento era ottenibile soltanto nel 9% dei casi! A confronto con i dati di una recente *Survey del College of American Pathology* in cui si riporta che circa l'83% degli ospedali americani usa un test per il dosaggio dei PN (prevalentemente il BNP), la differenza appare forse eccessiva...

Attualmente, nonostante l'evidenza di una significativa correlazione con parametri clinici, strumentali e prognostici, non è ancora del tutto definito in quali ambiti e scenari clinici la loro misurazione, singola e/o se-

riata, fornisca informazioni aggiuntive e di significativo impatto pratico nel determinismo di percorsi o interventi nel paziente scompensato, ricordando tra l'altro che lo SC non è una singola entità, ma l'esito di una serie di patologie che possono differire notevolmente in termini di patofisiologia, sintomi e terapia.

Un tentativo di razionalizzare nella pratica quotidiana l'uso dei PN, in modo da fornire strumenti adeguati al clinico per la loro utilizzazione, è quindi fortemente auspicabile.

Il 21 giugno è prevista una riunione, indetta dal Centro Studi ANMCO, dei vari gruppi di ricercatori italiani impegnati attivamente in questo ambito per "aggiornare" le prime esperienze e confrontare le future prospettive di lavoro, anche comune, rispetto al contesto internazionale.

Un questionario sull'uso dei PN

Riteniamo che uno dei compiti di una Società Scientifica, o comunque delle sue componenti culturali, sia anche quello di recepire e filtrare le "novità" alla luce dell'evidenza e introdurre metodologie di implementazione utili ad aggiornare abitudini, protocolli e modelli gestionali.

La somministrazione di uno specifico questionario potrebbe essere il punto di partenza per conoscere l'effettiva

diffusione e le reali modalità di utilizzo del dosaggio dei PN nel nostro paese, sia a livello ospedaliero che territoriale, in modo da verificare la disponibilità e l'interesse dei Centri Cardiologici italiani riguardo ad una proposta di studio multicentrico sull'utilizzazione dei PN in uno specifico scenario clinico riguardante comunque la gestione dello Scompenso Cardiaco.

Bibliografia

Maisel AS. The coming of age of natriuretic peptides. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:61
 Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM et

al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:161

Jannuzzi JL, Camargo CA, Anwaruddin S et al. The N-terminal Pro-BNP Investigation of Dyspnea in the Emergency Department (PRIDE). *Am J Cardiol* 2005; 95:948

Maisel A, Hollander JE, Guss D et al. Primary results of the Rapid Emergency Department Heart Failure Outpatients Trial (REDHOT). A Multicenter study of B-type natriuretic peptide levels, emergency department decision making, and outcomes in patients presenting with shortness of breath. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:1328

Muller C, Scholer A, Laule-Kilian K et al.

Use of B-type natriuretic peptide in the evaluation and management of acute dyspnea. *N Engl J Med* 2004;350:674

Doust JA, Pietrza E, Dobson A et al. How well does B-type natriuretic peptide predict death and cardiac events in patients with heart failure: systematic review. *BMJ* 2005;330:625

Maisel A. B-type natriuretic peptide measurements in diagnosing congestive heart failure in the dyspneic emergency department patient. *Rev Cardiovasc Med* 2002;3:S13

Jourdain P, Jondeau G, Funck F et al. Plasma brain natriuretic peptide-guided therapy to improve outcome in heart failure. The STARS-BNP Multicenter Study. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:1733

Gruppo Collaborativo Italiano sul BNP nell'Insufficienza Cardiaca. Documento di consenso. Il peptide natriuretico di tipo B nella realtà clinica cardiologica italiana: esperienze a confronto. *Ital Heart J Suppl* 2003;2:850

Emdin M et al. Raccomandazioni sull'impiego clinico dei peptidi natriuretici cardiaci. *Ital Heart J Suppl* 2005;6:308



Henry Matisse, Pesci rossi, 1911

SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

Sei già Socio ANMCO?

Puoi pagare la quota associativa con la tua **Carta di Credito**; basta compilare il coupon allegato ed inviarlo via fax alla Segreteria ANMCO, che provvederà al prelevamento.

Vuoi diventare Socio ANMCO?

Compila il modello pubblicato nella pagina seguente ed invialo al Presidente Regionale ANMCO della tua Regione per il preliminare visto di approvazione.

Se la richiesta sarà definitivamente accolta dal Consiglio Direttivo, potrai regolarizzare l'iscrizione tramite:

- bollettino di c/c postale (n. c/c postale 16340507 intestato a ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)
- carta di credito (utilizzando il modulo sottoriportato)

L'iscrizione prevede il pagamento di € 10,00 (solo per i Soci Ordinari) come quota di adesione all'Associazione e di una quota sociale annua così differenziata:

- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice / Dirigenti
- € 50,00 per i Soci Aggregati

Il suddetto importo include la somma di Euro 7,50 (sette/50) comprensivo di IVA che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto alla società CEPI S.r.l., con sede a Roma, Via N. Tartaglia n. 3, 00197 Roma, codice fiscale: 00393740584 e partita IVA 00877781005, a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico in lingua italiana della Federazione Italiana di Cardiologia, rivista denominata "Giornale Italiano di Cardiologia" con sottotitolo "Organo Ufficiale della Federazione Italiana di Cardiologia, Organo Ufficiale Società Italiana di Chirurgia Cardiaca" e la somma di Euro 12.00 (dodici/00) che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico in lingua inglese della Federazione Italiana di Cardiologia alla Casa Editrice Lippincott, Wilkins & Williams con sede a Londra (GB), 250 Waterloo Road, London SE1 8RD, rivista denominata "Journal of Cardiovascular Medicine" con sottotitolo "Official Journal of the Italian Federation of Cardiology, Official Journal of the Italian Society for Cardiac Surgery".

Per ulteriori informazioni o chiarimenti la Segreteria rimane a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 16.00 (tel. 055-571798 - fax 055-579334).

Io sottoscritto:

Cognome _____

Nome _____

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ PROV. _____

Autorizzo a prelevare € _____

per la quota associativa dell'anno _____

Socio Ordinario

- € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa
- € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice/Dirigenti
- € 10,00 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

Socio Aggregato

- € 50,00

a mezzo carta credito:

Carta Si Carta Visa Eurocard Master Card

numero carta:

data di scadenza:

firma: _____

PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2006-2008

ABRUZZO - Dott.ssa LAURA L. PICCIONI

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

BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

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

CALABRIA - Dott. ANTONIO BUTERA

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

CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

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

EMILIA ROMAGNA - Dott. GIANCARLO PIOVACCARI

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

FRIULI VENEZIA GIULIA - Dott.ssa DANIELA PAVAN

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

LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

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

LIGURIA - Dott. STEFANO DOMENICUCCI

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

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

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

MARCHE - Dott. DOMENICO GABRIELLI

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

MOLISE - Dott. ALBERTO MONTANO

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

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott.ssa RITA TRINCHERO

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

P.A. BOLZANO - Dott. ANDREA ERLICHER

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

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

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

PUGLIA - Dott. PASQUALE CALDAROLA

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

SARDEGNA - Dott.ssa ROSANNA PES

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

SICILIA - Dott. ALBERTO CARRUBBA

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

TOSCANA - Dott. FRANCESCO BOVENZI

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

UMBRIA - Dott. GERARDO RASETTI

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

VENETO - Dott. DOMENICO MARCHESE

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36

Tel. 055 571798 - Fax 055 579334 - e-mail: soci@anmco.it



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

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Qualifica:

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

In quiescenza:

Non di ruolo:

Non compilare

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

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

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

Sono interessato alla seguente Area:

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

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

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

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

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

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

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

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

Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC – Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina n. 58 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex – France – 2035, Route des Colles – Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/571798.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

Il Presidente Regionale ANMCO _____ della Regione

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

Socio Ordinario Socio Aggregato

Data _____ Il Presidente Regionale _____

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

Il Segretario Generale _____

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36 - Tel. 055/588784 - Fax 055/579334
e-mail: aree@anmco.it

Aree ANMCO chi è interessato?

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

COGNOME _____ NOME _____

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

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ EMAIL _____

Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ EMAIL REPARTO _____

Nome del Primario _____

Sono interessato alla seguente Area:

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

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

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

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

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

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

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

Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC – Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina n. 58 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex – France – 2035, Route des Colles – Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/571798.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

e-mail: sitoweb@anmco.it

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

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____

ABITAZIONE: INDIRIZZO _____ FAX. _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ E-MAIL: _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ TEL. _____

FAX _____ PRIMARIO O F.F. _____

Qualifica:

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

A cura dell'ANMCO

Inviatemi il codice di accesso a mezzo

FAX _____

E-mail _____

POSTA _____

Non compilare

Non compilare

Codice ANMCO _____

Non compilare

Codice unico _____

Codice attribuito

USERNAME _____ PASSWORD _____ Firma Segreteria ANMCO _____

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

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

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

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

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

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

Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC – Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Milano c/o Università Vita-Salute San Raffaele Palazzo DIBIT, Via Olgettina n. 58 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex – France – 2035, Route des Colles – Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede.

ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, quali, ad esempio, la richiesta di aggiornamento o di modificazione dei dati personali, oggetto del trattamento. Per l'esercizio dei predetti diritti è possibile rivolgersi al seguente recapito: Firenze, Via A. La Marmora n. 36, tel. 055/571798.

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

DO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

IL CONFERIMENTO DELLA FELLOWSHIP ANMCO AL XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE

COGNOME	NOME	OSPEDALE	CITTÀ	PROV.
ADORNATO	ELENA	OSPEDALI RIUNITI G. MELACRINO F. BIANCHI	REGGIO CALABRIA	RC
BARLETTA	GIUSEPPE	AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI	FIRENZE	FI
BONANNO	CARLO	OSPEDALE CIVILE	PORTOGRUARO	VE
CERNETTI	CARLO	OSPEDALE CIVILE	MIRANO	VE
CHIATTO	MARIO	PRESIDIO OSPEDALIERO MARIANO SANTO	COSENZA	CS
COMELLA	ALESSANDRO	NUOVO OSPEDALE VERSILIA	LIDO DI CAMAIORE	LU
DE FEO	STEFANIA	CASA DI CURA DR. PEDERZOLI S.P.A.	PESCHIERA DEL GARDA	VR
GALDERISI	MAURIZIO	POLICLINICO UNIV. FEDERICO II	NAPOLI	NA
GREGORIO	GIOVANNI	OSPEDALE SAN LUCA	VALLO DELLA LUCANIA	SA
IACOPINO	SAVERIO	ISTITUTO N. ROSANO CLINICA TRICARICO	BELVEDERE MARITTIMO	CS
MAGLIA	GIAMPIERO	OSPEDALE CIVILE G. JAZZOLINO	VIBO VALENTIA	VV
MARINI	MASSIMILIANO	OSPEDALE SANTA CHIARA	TRENTO	TN
MARIOTTI	EGIDIO	AZIENDA OSPEDALIERA SAN SALVATORE	PESARO	PU
MORALES	MARIA AURORA	ISTITUTO DI FIOLOGIA CLINICA	PISA	PI
PASQUETTO	GIAMPAOLO	OSPEDALE CIVILE	MIRANO	VE
SCARDOVI	ANGELA BEATRICE	OSPEDALE SANTO SPIRITO	ROMA	RM
ZENI	PRISCA	OSPEDALE SANTA CHIARA	TRENTO	TN
ZOPPO	FRANCO	OSPEDALE CIVILE	MIRANO	VE



Foto WEB

DALLE REGIONI

Consigli Regionali ANMCO 2006-2008

ABRUZZO

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

www.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 (Castellammare - NA), Vincenzo Capuano (Mercato San Severino - SA), Pietro Giudice (Salerno), Andrea Malvezzi (Caserta), Rosario Sauro (Avellino), Sergio Severino (Napoli), Osvaldo Silvestri (Napoli), Bernardino Tuccillo (Napoli)

www.anmco.it/regioni/elenco/campania

EMILIA ROMAGNA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/emilia

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/friuli

LAZIO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/lazio

LIGURIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/liguria

LOMBARDIA

Presidente: Antonio Mafri (Milano)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Claudio Cuccia (Brescia), Anna Frisinghelli (Passirana-Rho - MI), Vittorio Giudici (Seriato - 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/a/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 Spedalieri (Larino - CB), Dante Staniscia (Termoli - CB)

www.anmco.it/regioni/elenco/molise

P.A. BOLZANO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

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

www.anmco-piemonte.com

PUGLIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

SARDEGNA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

SICILIA

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

www.anmcosicilia.it

TOSCANA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

UMBRIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

VENETO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

CALABRIA

DI M. CHIATTO E F. PIETROPAOLO

In Calabria un Corso di Cardiologia riabilitativa e preventiva

Inserito nel Piano Annuale Formativo ANMCO un Corso con varie, ambiziose finalità: diffondere la cultura della riabilitazione in Cardiologia, favorire l'integrazione tra ospedale e territorio, mettere a confronto tutte le strutture di Cardiologia riabilitativa esistenti in Calabria, favorire lo sviluppo di una Rete della riabilitazione cardiologica nella Regione dopo avere valutato l'esistente e le esigenze.

Venerdì 13 e sabato 14 aprile presso l'aula Magna del "Valentianum" di Vibbo Valentia si è svolto il Congresso dal titolo "Aggiornamenti in Cardiologia riabilitativa e preventiva". L'evento è stato organizzato dal Dott. Francesco Pietropaolo, Delegato del GICR per la Calabria e dal Dott. Mario Chiatto, Consigliere ANMCO.

Si sono succeduti relatori di rilevanza nazionale, i rappresentanti delle Strutture di Cardiologia riabilitativa della regione ed i Cardiologi impegnati nell'acuto, in Emodinamica ed in Cardiocirurgia. Ha preso parte ai lavori anche l'Assessore Regionale alla Salute.

Il programma è stato impostato in modo da prendere in considerazione,

riguardo alle patologie in questione, il rapporto tra l'Ospedale ed il territorio per mettere in evidenza che queste due realtà devono sempre più integrarsi e collaborare ed anche perché dalle Linee Guida è previsto che proprio le Strutture di Cardiologia riabilitativa debbono fare da ponte fra esse.

Nello specifico la prima sessione è stata dedicata alla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari, in particolare alla Prevenzione secondaria che è di interesse precipuo dei Centri di Cardiologia riabilitativa; la seconda allo Scompenso Cardiaco.

Nella giornata di sabato due sessioni sono state dedicate alla cardiopatia ischemica, dall'acuto alla riabilitazione, ed una – nel pomeriggio – alla Cardiocirurgia.

Si è cercato anche di prendere in

considerazione, riguardo alle patologie in questione, il rapporto tra l'Ospedale ed il territorio per mettere in evidenza che queste due realtà devono sempre più integrarsi e collaborare ed anche perché dalle Linee Guida è previsto che proprio le Strutture di Cardiologia riabilitativa debbono fare da ponte fra esse.

Per questo motivo sono stati coinvolti nel Congresso i rappresentanti dei Cardiologi del territorio e dei Medici di base con le rispettive sigle (ARCA e FIMMG) ed in alcune relazioni che, grazie all'integrazione tra Ospedale e territorio, assistenza specialistica ed assistenza domiciliare, consentano una continuità finalizzata alla migliore assistenza ed alla razionalizzazione delle risorse.

Infine, valutando insieme la realtà dell'organizzazione dell'assistenza

cardiologica nella Regione si è evidenziata la carenza di U.O. di Cardiologia riabilitativa in rapporto allo sviluppo del trattamento degli acuti, dell'Emodinamica e della Cardiocirurgia e si è proposta la razionalizzazione della Rete di Riabilitazione e l'implementazione del numero di posti letto.



Demetrio Cosola, *Giardino (Estate)*, 1879

CALABRIA

DI MARILENA MATTA



Evento Educazionale congiunto ANMCO - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria

In Calabria presso la casa circondariale di Catanzaro il giorno 13 aprile 2007 si è svolta l'iniziativa di carattere formativo ANMCO indirizzata ai detenuti e al personale della Polizia Penitenziaria.

L'evento si è svolto alla presenza di circa 50 detenuti e 10 guardie carcerarie. La presenza relativamente ridotta di detenuti presenti all'evento rispetto al numero globale (circa 400) è dipeso dal fatto che la partecipazione era facoltativa ed inoltre alcune esclusioni sono state necessarie per esigenze di custodia (detenuti isolati, contemporaneità dei colloqui post-pasquali con i familiari, divieti di incontro tra detenuti, incompatibilità tra clan, lavoro all'esterno, ecc.).

Erano presenti oltre ai relatori medi-

ci, i Dirigenti della Casa Circondariale, il Direttore Sanitario dell'A.S. n.7 di Catanzaro, un Magistrato di sorveglianza del Tribunale di Catanzaro, un Giornalista de "Il Quotidiano", il Cappellano della Casa Circondariale e l'Assessore alla Sanità Regione Calabria, On.le Doris Lo Moro.

La stampa locale già nei giorni precedenti all'iniziativa ha dato molta importanza all'evento educazionale sensibilizzando la popolazione regionale sul tema: "detenzione e prevenzione" il cui obiettivo è di fare educazione sanitaria e prevenzione per chi vive dietro le sbarre.

Il programma della giornata ha previsto una introduzione del Dott. Antonio Butera, Presidente Sezione Regionale ANMCO Calabria, e del Diri-

gente della Casa Circondariale; a seguire una sessione in cui sono stati illustrati gli interventi da compiere in caso di un malore cardiaco attraverso un'analisi dei fattori che possono portare verso questo genere di emergenze.

Le relazioni sono state affidate alla Dott.ssa Marilena Matta, Referente "HCF Regione Calabria" che ha relazionato sul tema "Mantieni giovane il tuo cuore"; ai Dottori Ciccone e Tavano che hanno relazionato su "Il Sistema di Emergenza SUEM 118" e al Dott. V. Andreoli per quanto riguarda le "Emergenze Cardiorespiratorie".

Al termine della parte medica è seguita una tavola rotonda nella quale sono stati affrontati i temi della sanità all'interno delle carceri, il ruolo delle istituzioni e dei mass media per favorire l'integrazione dei detenuti con la società.

Nella prima parte del programma i detenuti hanno seguito con interesse le relazioni tenute dai medici e le simulazioni di emergenza-urgenza che gli operatori del 118 di Catanzaro hanno fatto vivere in diretta illustrando come funziona una chiamata di emergenza-urgenza con il coinvolgimento degli operatori della centrale operativa, del medico di ambulanza e della persona che chiede soccorso. Anche il ruolo del primo soccorritore è stato parodiato con slides molto didattiche che hanno preceduto il corso teorico pratico BLS che si è tenuto nelle



Telemaco Signorini, *Il bagno penale di Portoferraio, 1890*

ore pomeridiane. La relazione "Mantieni giovane il tuo cuore" ha rimarcato invece la corretta prevenzione dei rischi cardiovascolari, una corretta alimentazione e l'abolizione del fumo.

Alla parte medica è seguita la tavola rotonda, un confronto a più voci al quale hanno partecipato oltre all'Assessore alla Sanità, rappresentanti regionali, il Presidente ANMCO, amministratori della Casa Circondariale e il

Comandante della polizia penitenziaria. Molto ascoltata la relazione dell'Assessore Doris Lo Moro che ha sottolineato di essere interessata "a capire le condizioni di vita nel carcere, dal momento che queste influiscono sulla salute dei detenuti... Bisogna migliorare queste condizioni, ha aggiunto, anche attraverso la prevenzione, che è fondamentale". Ha rimarcato infatti il concetto che "la sanità deve essere uguale per tutti".

L'Assessore, presente per quasi tutta la mattinata, si è molto congratulata con l'ANMCO per l'iniziativa ed ha ringraziato per l'invito e l'opportunità di poter prendere visione della realtà carceraria nell'ottica della prevenzione cardiovascolare e del primo soccorso in caso di attacco cardiaco. Con soddisfazione è stato sottolineato dal Provveditore regionale che negli istituti della Calabria sono stati raggiunti buoni risultati con il corso di formazione BLS-D dove sono stati formati nel 2005 circa 129 operatori e nel 2006 altri 96, con la presenza di almeno un defibrillatore per ogni istituto.

Le opinioni dei carcerati sulle relazioni tenute nella giornata del 13 aprile, sono state discordanti; infatti alcuni hanno lamentato che in fase di esposizione non si è tenuto in debito conto di alcune realtà all'interno del penitenziario come per esempio le abitudini e lo stile di vita che bisognerebbe osservare per limitare i fattori di rischio; ma risulta evidente che alcune indicazioni generiche (come l'alimentazione, l'attività sessuale e lo stress), seppur valide, sono poco attuabili in regime di detenzione.

I suggerimenti che sono emersi di precisare in che modo per esempio un detenuto possa intervenire sull'alimentazione, sull'attività fisica, sul fumo e lo stress per prevenire un accidente cardiovascolare.

Il medico responsabile delle carceri, a conclusione della giornata, ha informato gli organizzatori che si sta studiando per i detenuti un questionario dove verranno poste alcune domande sulla qualità e validità del Convegno. Sarà interessante pertanto valutare ed elaborare, in seguito, i dati del questionario che ogni detenuto è stato invitato a compilare.

Prevenzione e primo soccorso dell'arresto cardiaco negli istituti penitenziari

Organizzato da:
Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Heart Care Foundation O.N.L.U.S.

Partecipano:
Ministero della Sanità - Tribunale per i Diritti del Malato - Rete Quattre per i Diritti

13 Aprile 2007
Catania - Cagliari - Catanzaro - Roma - Torino - Trieste

Maggio 2007
Ascoli - Bologna - Firenze - Genova - Napoli

programma

Mattino
Ore 10.00 - 13.00

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

Pomeriggio
Ore 14.00 - 19.00

- Corso teorico-pratico ANMCO su Basic Life Support and Defibrillation (BLS-D) con valutazione finale e rilascio certificazione di Provider BLS-D ANMCO

Laerdal

LAZIO

DI FABRIZIO AMMIRATI



Il Rapporto tra ANMCO Lazio ed Istituzioni

Le attività ANMCO Lazio condivise con ASP - Assessorato e ARES 118

L'attività dell'ANMCO Lazio negli ultimi mesi è stata prevalentemente caratterizzata da iniziative condivise con le Istituzioni, in particolare con l'ASP (Agenzia di Sanità Pubblica) del Lazio, l'Assessorato alla Salute della Regione Lazio e l'ARES 118.

Rapporti ANMCO Lazio - ASP

Negli ultimi anni, in particolare dall'inizio del mio mandato, le iniziative condivise tra ANMCO Lazio e ASP sono state molteplici e proficue. È in via di perfezionamento un protocollo di intesa tra ANMCO Lazio ed ASP attraverso cui si intende formalizzare tale collaborazione. Di fatto il protocollo d'intesa rappresenta un riconoscimento per la nostra Associazione come consulente per problemi sanitari di carattere cardiologico.

È in corso l'iniziativa "Cardiologie Sicure" concepita da Quinto Tozzi e recepita dal Consiglio Regionale ANMCO Lazio e dall'ASP. Tale iniziativa è volta alla diffusione della cultura del Risk

Management in ambito cardiologico mediante due fasi: fase educativa e fase operativa.

La **fase educativa** è già in stato di avanzamento con la modalità a cascata. Sono stati infatti effettuati:

- un corso per referenti per il rischio clinico (Cardiologi ed infermieri di Cardiologia) destinato a continuare la formazione nelle varie Cardiologie e al coordinamento della fase operativa;
- 4 corsi aperti a tutte le Cardiologie della Regione per arrivare a formare quanti più Cardiologi ed infermieri possibili al Risk Management e per preparare il personale alla fase operativa (attualmente sono stati formati 400 operatori sanitari).

L'obiettivo di "Cardiologie Sicure" è di introdurre il Risk Management nell'attività quotidiana delle nostre Cardiologie e di operare attraverso tale iniziativa un cambiamento di mentalità nella gestione clinica. In particolare, tale iniziativa ha l'obiettivo di far comprendere che l'errore clinico può essere frequente e

nella maggioranza dei casi dovuto ad errori di sistema. Dunque, in presenza di un errore, non bisognerebbe ricercare solo il colpevole né operare punizioni, ma identificare la causa e mettere in atto procedure che ne consentano la correzione e riducano la possibilità della

sua ricorrenza.

La **fase operativa** ha lo scopo di applicare il Risk Management. Tra le molte potenziali criticità all'interno delle UOC di Cardiologia, per questo progetto, si è voluto concentrare l'attenzione sulla corretta gestione della terapia farmacologica.

È infatti noto come una rilevante quantità di errori attengono alla gestione della terapia farmacologica. In ogni UOC è prevista una *fase osservazionale di rilievo statistico e di tipologia degli errori* (in forma anonima). Successivamente si tenterà di mettere in atto strumenti correttivi tipici del Risk Management.

Tale iniziativa, a nostro parere, rappresenta una grande occasione per operare un cambiamento di mentalità nelle UOC di Cardiologia della Regione e per migliorare la qualità dell'assistenza.

Iniziativa ANMCO - Assessorato - ASP - ARES 118

Sta finalmente prendendo forma la rete territoriale per la gestione dell'emergenza rivolta alle Sindromi Coronariche Acute nel Lazio. Dopo un lungo periodo di proposizione, caratterizzato da numerose riunioni e non poche difficoltà di carattere politico e psicologico dovuto all'immotivata paura dei singoli centri di perdere una parte dell'utenza o di essere estromessi dalla rete, è partita finalmente la fase educativa degli operatori.

Il progetto prevede la partecipazione alla rete di tutte le strutture di ricovero con il modello di HUB-SPOKE. A tal proposito sono stati stabiliti cri-



Mario Mafai, Trinità Dei Monti, 1941

teri molto rigidi e inappuntabili rispetto al riconoscimento dei centri HUB (DEA II – Emodinamica h 24 – Cardiochirurgia prontamente disponibile ecc.) ed è stato chiarito il ruolo dei centri SPOKE.

Deve essere ben chiaro a tutti che la rete dell'emergenza è una risorsa aggiuntiva per tutti gli attori coinvolti, in primis per il paziente che riceverà il miglior trattamento possibile rispetto alla tipologia della sua Sindrome Coronarica Acuta, ma anche per tutti i centri di Cardiologia non HUB che avranno un sistema "automatico" per trasferire i pazienti più gravi ed infine per i centri HUB allertati e pronti a ricevere e a trattare rapidamente i pazienti a maggior rischio.

È stato difficile far comprendere tali ovvie considerazioni a tutti gli interes-

sati, ma il Consiglio Regionale ANMCO Lazio ha svolto un intelligente lavoro diplomatico assicurando tutti ed ottenendo l'avanzamento del Progetto senza ulteriori opposizioni.

A questo punto si prevede di attivare formalmente la rete entro l'anno corrente. L'avanzamento e l'efficacia della rete verrà monitorata da indicatori di qualità secondo la studio INCA2, illustrato più avanti dal Dott. Tozzi.

ANMCO - DAP

Per il Consiglio Regionale ANMCO Lazio è un piacere riscontrare che l'iniziativa svolta lo scorso anno presso le carceri di Rebibbia, di concerto con Emergency, rivolta alla diffusione delle manovre di rianimazione cardiopolmonare ed alla cultura dell'emergenza presso il personale di cu-

stodia e la popolazione carceraria, abbia riscosso tanto successo da essere recepita dal Consiglio Direttivo e riproposta su scala nazionale. In linea con le richieste abbiamo replicato l'iniziativa nel carcere Regina Coeli con successo mediatico e con partecipazione entusiastica dei detenuti e delle autorità del DAP.

Attività in corso

Si è concluso lo Studio REAALTA effettuato dall'ANMCO Lazio con l'ANACE Lazio e l'ASP Lazio sulla persistenza della terapia ed il raggiungimento del goal terapeutico nei pazienti ipertesi ambulatoriali e sull'incidenza della Sindrome Metabolica negli ipertesi. I dati sono conclusi. È in atto la stesura del testo per la pubblicazione.

Progetto Indicatori in Cardiologia-2 (INCA-2)

DI QUINTO TOZZI

È insieme ad Infarto.net e Prevasc, uno dei tre sottoprogetti che costituiscono il Progetto Michelangelo basato su una joint venture tra Regione Lazio e Pfizer.

INCA-2 è sostanzialmente la messa a regime in tutte le Cardiologie del Lazio di un sistema informativo dedicato alla Cardiologia basato su un set di indicatori di processo ed esito relativi allo STEMI. Il sistema è già sperimentato nel contesto organizzativo e normativo del Lazio nel 2003 e 2004 con il precedente progetto INCA-1 cui parteciparono un campione rappresentativo di 21 cardiologie.

Lo scopo del progetto è quello di integrare gli indicatori tratti dalle SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) e attualmente utilizzati dalle istituzioni regionali, ma notoriamente grossolani e poco specifici, con un

set di indicatori cardiologici dedicati che consentano una più precisa e corretta valutazione delle attività cardiologiche. È evidente la grande rilevanza, anche strategica, di un più preciso sistema di valutazione.

È stato scelto lo STEMI per la rappresentatività della patologia e la fortissima evidenza dei suoi indicatori (Circulation published online Jan 3, 2006; vedi Sito ANMCO). INCA-2 è costituito da due bracci: INCA-IN relativo alla valutazione delle attività connesse all'efficienza ed all'efficacia della gestione dei pazienti con STEMI nella fase intraospedaliera (in tale ambito consente anche di valutare la funzionalità e l'outcome della rete regionale hub e spoke gestita da Infarto.net). Il secondo braccio del progetto è denominato INCA-OUT ed è sostanzialmente uno studio osservazionale che segue gli

stessi pazienti con STEMI di INCA-IN, per un anno dalla loro dimissione, dalle cardiologie del Lazio. Vengono raccolti dati, al momento solo supposti e stimati, sui flussi di distribuzione dei pazienti, gli esami strumentali eseguiti e sulla terapia farmacologica effettuata nel corso della finestra di sperimentazione, nonché il livello di adesione alle linee guida e la sua correlazione di questo con l'outcome.

Altra caratteristica peculiare di INCA-2 è che i dati vengono raccolti, a cartella chiusa per la fase IN, e con un follow up telefonico per quella OUT, da un "infermiere sperimentatore" la cui figura è stata appositamente istituita.

L'arruolamento dei pazienti di INCA-2 inizierà dal 1 ottobre 2007 al termine della fase formativa degli infermieri sperimentatori.

LOMBARDIA

DI ANTONIO MAFRICI



Dalla Regione Lombardia

Il Consiglio Regionale ha tenuto con cadenza mensile le sue riunioni, con un'ottima percentuale di frequenza di tutti i nove componenti. In questi mesi sono state avviate e portate ad un buon livello di ideazione o attuazione una serie di iniziative.

È stato costituito da ANMCO e AMD il GLICINE (Gruppo Lombardo per lo studio dell'iperglicemia nelle sindromi coronariche acute) con lo scopo di proseguire, in campo clinico la collaborazione iniziata nel 2005 che ha portato alla realizzazione dell'evento formativo per le UTIC "SCA e diabete: la formazione del team cardio-diabetologico".

Il primo impegno del GLICINE sarà quello di validare uno schema di terapia insulinica infusione nei pazienti diabetici con SCA e troponina positiva, presso dieci UTIC, alcune delle quali già utilizzano un proprio protocollo infusione, mentre altre correggono la glicemia in maniera estemporanea.

Questo studio nasce dalla considerazione che, eccettuato lo studio DIGAMI (che perseguiva un target glicemico relativamente alto ed era rivolto all'infarto con sopraslivellamento ST), tutti gli schemi di terapia insulinica ed in infusione continua, e che perseguono uno stretto controllo glicemico, sono stati validati da un uso nelle terapie intensive generali (ad indirizzo medico o chirurgico) e non nelle terapie intensive cardiologiche. Scopo dello studio sarà pertanto

quello di valutare l'applicabilità dello schema di Yale (adattato in alcuni particolari secondo le esperienze già condotte presso l'Ospedale Niguarda - Cà Granda di Milano e l'Ospedale di Desio) nelle UTIC, verificandone l'impatto organizzativo e gestionale, il raggiungimento e la stabilità del target glicemico previsto, l'incidenza di ipoglicemie sintomatiche e non.

Secondo obiettivo del GLICINE sarà quello di effettuare una ricognizione, presso le UTIC lombarde, dell'incidenza di alterazioni del metabolismo glucidico nei pazienti con SCA.

L'intenzione è quella di eseguire una survey temporalmente limitata, che preveda anche un follow-up (fino al sesto mese), per ottenere una reale fotografia dell'impatto clinico delle alterazioni del metabolismo glucidico (dall'intolleranza glucidica, al diabete mellito tipo 2, attraverso la cosiddetta iperglicemia da stress). Tale dato, impossibile da ricavare attraverso lo strumento amministrativo delle SDO, sarà la base per programmare studi successivi, anche di intervento.

Per questo studio è prevista una partnership con l'Istituto Mario Negri di Milano che, venuto a conoscenza delle iniziative ANMCO in campo diabetologico, ha proposto un'interessante collaborazione, che certamente favorirà il successo scientifico dell'iniziativa.

Al termine di questo percorso, si prevede di poter avviare anche alcuni studi di intervento, ovviamente te-

nendo in considerazione quanto, a quel tempo, si starà facendo in ambito nazionale.

Altro campo di interesse già dichiarato è quello degli anziani.

È quasi definitiva la scheda raccolta dati, caratterizzata dalla presenza di un questionario specifico (dal quale si può dedurre un punteggio) dedicato alle comorbidità: quando si tratta di anziani e di sottoutilizzo dei trattamenti raccomandati, rimane sempre il dubbio che la scelta al risparmio possa essere legata anche alla presenza di importanti elementi clinici o individuali non sempre riconoscibili dalla solita scheda di raccolta dati. In questo caso avremmo a disposizione uno score, validato da specifiche pubblicazioni, alla luce del quale valutare il tipo di decisione terapeutica.

Anche in questo caso l'idea è quella di una survey breve con periodo di follow-up di sei mesi, che dovrebbe essere affiancata, per la valutazione dei dati, dalla disponibilità del dato amministrativo regionale per identificare le caratteristiche e l'outcome dei pazienti anziani non ricoverati nelle UTIC.

Ancora per quanto riguarda le UTIC, la convention regionale, già annunciata, slitterà, per i noti motivi legati alle sponsorizzazioni, al primo trimestre del prossimo anno.

Sempre legata al problema delle sponsorizzazioni, la seconda giornata, dedicata a medici ed infermieri, di



Anselmo Bucci, *Panorama*, 1921

aggiornamento sulla ventilazione non invasiva, l'emofiltrazione e la contropulsazione aortica (lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche con apparecchiature disponibili sul posto) verrà organizzata per la fine del corrente anno o per l'inizio del prossimo.

È stata inoltre fissata la data (13 ottobre 2007) per la Campagna Educazionale Nazionale sulle Reti Interospedaliere e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute. Saranno coinvolte le principali società scientifiche interessate, la SIMEU, il 118 e le autorità regionali, oltre naturalmente tutti quei Centri che già hanno avvia-

to esperienze organizzative e gestionali sull'argomento.

Ma non si è discusso solo di UTIC e SCA. È in cantiere, grazie ad una proposta efficacemente portata avanti dalla Dott.ssa Belotti, una Survey regionale, da condurre assieme alla sezione lombarda dell'AIAC, che ha appena approvato la proposta, sull'utilizzo dei defibrillatori impiantabili in prevenzione primaria. Saranno coinvolte tutte le Cardiologie disponibili, comprese le riabilitazioni, e il periodo di osservazione sarà abbastanza prolungato (circa 3 anni). Razionale e dettagli li potrete trovare nell'articolo seguente della Dott.ssa Belotti.

Come già annunciato in precedenza, è in via di attuazione una sperimentazione, finanziata dalla Regione Lombardia, per l'utilizzo della telemedicina nell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico dimesso dall'ospedale.

L'occasione è sembrata propizia per affiancare l'iniziativa e proporre uno studio che, su numeri decisamente superiori a quelli di altri sin qui condotti, possa dire qualcosa di più preciso sull'utilità della telesorveglianza nella gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico. Lo studio prevede di coinvolgere i medici di medicina generale, che costitui-

ranno una parte attiva e fondamentale nella conduzione della sperimentazione. Il problema della sponsorizzazione per la copertura dei costi aggiuntivi, rispetto al progetto previsto dalla Regione Lombardia, sembra essere in via di favorevole soluzione.

Per quanto riguarda i rapporti con le autorità regionali, la novità è quella relativa al rinnovo della Commissione per l'attuazione del piano per le malattie cardio-cerebro-vascolari.

La precedente commissione, scaduta con la fine del 2006, aveva al suo interno identificato tre gruppi di lavoro (uno per le sindromi coronariche acute, uno per lo scompenso cronico, uno per la riabilitazione e

prevenzione) che avevano completato il mandato loro assegnato con la presentazione di documenti finali che avrebbero fatto parte o avrebbero ispirato eventuali delibere regionali ufficiali.

Questi documenti, comunque, non erano da considerare conclusivi del lavoro, ma propedeutici all'avvio di iniziative pratiche per l'attuazione del piano regionale.

Ovviamente, fino alla rinomina della Commissione (con delibera di Giunta) l'attività dei Gruppi di Lavoro (anch'essi da confermare nella composizione) rimane in stand-by.

Per concludere, un invito, rivolto ai Soci della Regione, a contattarci per comunicarci commenti o proposte

relative a quanto abbiamo messo in programma.

Sono state gettate le premesse per realizzare un circuito regionale di collaborazione a fini scientifici. Inizia ora la parte più difficile, per la quale un'adeguata comunicazione ai Soci, l'azione dei Referenti Provinciali e l'impegno del Direttivo saranno le basi per poter realizzare in concreto questo interessante programma.

Con l'occasione invitiamo anche i Direttivi delle altre Regioni ad esprimere pareri e/o a offrire collaborazioni: sarebbe interessante poter portare avanti esperienze simili in Regioni differenti con un'aggregazione spontanea che venga direttamente dalla periferia.



Filippo De Pisis, La Darsena a Milano, 1943

LOMBARDIA

DI GIUSEPPINA BELOTTI



Survey sulla profilassi primaria della mortalità totale nella cardiopatia con ridotta funzione sistolica globale del ventricolo sinistro in Regione Lombardia

I risultati di diversi studi clinici randomizzati hanno dimostrato la significativa riduzione di mortalità improvvisa e totale, in prevenzione primaria, mediante defibrillatore impiantabile nella cardiopatia (ischemica e non) con ridotta funzione sistolica globale del ventricolo sinistro, rispetto alla terapia farmacologica.

Da questa evidenza sono derivate le indicazioni contenute nelle Linee Guida Nazionali (AIAC) ed internazionali (ESC, AHA e ACC) in base alle quali il clinico può facilmente individuare quali sono i pazienti che possono beneficiare della terapia con defibrillatore impiantabile. L'applicazione di tali Linee Guida è ancora tuttavia ampiamente deficitaria e la maggior parte dei pazienti con indicazione a defibrillatore cardiaco non lo riceve.

Le motivazioni avanzate per spiegare questa importante discrepanza di utilizzo sono molteplici:

- la non conoscenza delle Linee Guida da parte dei clinici dei reparti di medicina o geriatria in cui spesso viene ricoverato il paziente con scompenso cardiaco e ridotta funzione sistolica ventricolare sinistra;
- la presenza di importanti co-morbidità e la ridotta aspettativa di vita per patologie extracardiache è spesso una ragione della mancata applicazione di un defibrillatore cardiaco anche se indicato;
- la complessità gestionale del paziente impiantato (rischi immediati, interventi inappropriati o ripetuti interventi appropriati, controlli per lo scompenso e per il device);

- l'inibizione alla guida di autoveicoli, temporanea o permanente;

- l'impatto dell'elevato costo dei dispositivi, soprattutto quando associati alla resincronizzazione ventricolare, che influisce pesantemente sul budget della struttura complessa e dell'azienda ospedaliera.

Quest'ultimo fattore, che dipende dal meccanismo di gestione delle risorse economiche delle singole aziende ospedaliere, è quello tra i più invocati.

Al momento, tuttavia, non è noto il ruolo di ciascuna di queste motivazioni (e di altre possibili non riportate) e della loro combinazione nell'esito del processo decisionale che porta a prescrivere ed applicare (o non applicare) un defibrillatore cardiaco in prevenzione primaria nella popolazione dei pazienti con scompenso cardiaco e ridotta funzione sistolica del ventricolo sinistro.

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO della Lombardia ha pertanto formulato uno studio osservazionale regionale che si pone l'obiettivo di individuare le caratteristiche della popolazione affetta da cardiopatia con ridotta funzione sistolica globale del ventricolo sinistro (e indicazione, in prevenzione primaria, all'impianto di un defibrillatore) e di conoscere il trattamento praticato (con/senza device), con lo scopo di cercare di individuare e comprendere le motivazioni che determinano l'impianto o meno del defibrillatore. A tale scopo, verranno raccolti dati relativi alla cardiopatia (eziologia, classe NYHA; funzione sistolica ven-

tricolare sinistra, presenza di fibrillazione atriale, ecc.), agli elementi/esami strumentali utilizzati per la stratificazione del rischio (ecocardiogramma, ECG, ECG dinamico sec. Holter, SEF, TWA, HRV, HRT, ecc.), alla terapia farmacologica (molecola e dose) in corso. Nelle schede verranno riportati anche i dati relativi alle co-morbidità (diabete mellito, insufficienza renale moderata o severa, neoplasie maligne, ecc.) ed alla aspettativa di vita stimata. È inoltre previsto un follow-up (fino a tre anni dall'arruolamento) per la valutazione degli eventi, in particolare delle ospedalizzazioni per causa cardiaca, della mortalità, totale e cardiaca.

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO ha ritenuto di coinvolgere in tale iniziativa la sezione lombarda dell'Associazione Italiana di Aritmologia ed Elettrostimolazione (AIAC) che si è mostrata favorevole a tale proposta di collaborazione; pertanto tale iniziativa verrà attuata dalle Società Scientifiche della nostra Regione in modalità congiunta e paritetica.

Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO ritiene che la collaborazione stessa tra le società scientifiche regionali rappresenti di per sé un importante risultato e che tale collaborazione sia presupposto di buona riuscita del progetto, che vedrà coinvolti numerosi centri della Lombardia e da cui emergeranno informazioni importanti non solo per la comprensione del problema, ma anche per la possibilità di pianificazione delle modalità e degli ambiti di intervento.

MARCHE

DI A. DEALES, D. GABRIELLI, M. BELLIGONI

La collaborazione tra Società Scientifica e Istituzioni regionali nella realizzazione della Clinical Governance in ambito cardiologico

L'esperienza della Regione Marche

La realizzazione della Clinical Governance ha come presupposto indispensabile la sinergia di obiettivi e la stretta collaborazione nella loro attuazione tra professionisti, manager ed istituzioni. Nella Regione Marche in ambito cardiologico questo presupposto si è concretizzato in una stretta collaborazione tra ANMCO Marche e Agenzia Regionale Sanitaria. Vengono illustrati i più recenti risultati di questa collaborazione.

Già dal 2003 nella Regione Marche si è avviata una intensa collaborazione e sinergia di obiettivi tra la sezione Regionale ANMCO Marche e l'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche (ARS Marche). Questa collaborazione si è negli anni successivi sempre più consolidata ed ha portato, in particolare nel corso del 2006 e dell'inizio 2007, a progettare, coordinare e realizzare in maniera congiunta una serie di iniziative volte ad implementare la qualità dell'assistenza cardiologica in tutte le strutture della Regione Marche. Le più significative di queste iniziative vengono qui brevemente illustrate.

Implementazione della Rete Cardiologica Marchigiana

Avviata già nell'anno 2003 la Rete Cardiologica Marchigiana ha visto nel Convegno Regio-

nale ANMCO del novembre 2006 "Rete Interospedaliera e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute" un appuntamento importante. In questa giornata, che ha visto la partecipazione di Cardiologi, medici del 118 e dei servizi di Pronto Soccorso, medici di medicina generale e dell'ARS Marche, si è fatto il punto sullo stato di realizzazione della Rete Cardiologica Marchigiana per l'emergenza coronarica, sul livello di implementazione dei profili di assistenza per l'Infarto Miocardico Acuto, sulle criticità tuttora esistenti e sul conseguente

programma di implementazione dei profili e della rete.

Inoltre nel marzo 2007 è stato prodotto un documento regionale di consenso sull'utilizzo della Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) Multistrato nella diagnostica coronarica a firma congiunta delle sezioni regionali ANMCO, SIC, GISE, SIRM, AIFM, AIMN e dell'ARS Marche.

Questo documento è stato realizzato con una altissima integrazione interdisciplinare in quanto, con il coordinamento dell'ARS Marche, nella sua stesura sono stati coinvolti tutti i Direttori delle Unità Operative di Cardiologia, Emodinamica, Radiologia, Medicina Nucleare, Fisica Sanitaria, Ingegneria Clinica della Regione Marche.

Il documento di consenso ha l'obiettivo di fornire agli organismi del Sistema Sanitario Regionale della Regione Marche un punto di consenso multiprofessionale e multidisciplinare relativamente all'introduzione ed alla governance della implementazione dell'utilizzo di tale metodica nella diagnostica coronarica. Le linee di fondo con cui è stato costruito il documento sono:

Approccio evidence based

Sulla base delle evidenze scientifiche disponibili in letteratura sono state selezionate le indicazioni cliniche appropriate



Piet Mondrian, *Mulino al sole*, 1908

per l'utilizzo della TAC Multistrato nella diagnostica cardiologica che andrebbero inserite tra le prestazioni garantite dal SSR all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA); sono state inoltre individuate alcune aree grigie che possono essere oggetto di progetti di ricerca da svolgere in Rete tra le strutture della Regione Marche.

Garanzia per il cittadino di standard elevati ed omogenei di qualità e di sicurezza

Sono stati individuati due ambiti: la competenza professionale degli operatori dedicati ed i requisiti tecnologici delle attrezzature dedicate. Per quanto attiene al primo ambito sono stati definiti, in accordo con la Sezione Nazionale di Radiologia della Società Italiana di Radiologia Medica, un percorso di sperimentazione di criteri di accreditamento professionale per i Radiologi della Regione Marche che saranno dedicati a questa metodica.

Utilizzo corretto delle risorse e visione di rete su scala regionale

Le strutture radiologiche marchigiane accreditate per questa metodica opereranno in una logica di Rete rispetto all'accesso alle prestazioni che avverrà esclusivamente su indicazione delle strutture Ospedaliere di Cardiologia della Rete Cardiologica Marchigiana. Sarà inoltre realizzato un Registro Regionale allo scopo di consentire un monitoraggio dell'effettivo utilizzo della metodica ed una valutazione prospettica dello stesso mediante Audit semestrali.

Implementazione della Prevenzione Cardiovascolare

In coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione Cardiovascolare l'ARS

Marche e l'ANMCO Regionale hanno realizzato la prima edizione di un Corso di formazione su "Il counseling come strumento per i professionisti della salute nella Prevenzione Cardiovascolare secondaria post evento". Con questo Corso si è inteso proseguire nell'opera di supporto formativo ai gruppi multiprofessionali impegnati nella implementazione dei *Profili di Assistenza per l'Infarto Miocardico Acuto* nella Regione Marche come indicato dal Piano Sanitario Regionale.

All'interno di questi profili di assistenza sono previsti interventi di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare di cui l'attività di counselling rappresenta un momento fondamentale. Il Corso è stato realizzato con l'obiettivo di supportare i professionisti delle singole Aziende nella acquisizione di abilità comunicative e relazionali per migliorare l'attuazione dell'attività di counselling.

Il Corso si è svolto ad Ancona nei giorni 11 e 12 marzo con docenti provenienti da Istituto Superiore di Sanità, ANMCO e GICR, ed ha visto momenti di carattere teorico seguiti da momenti di simulazione, role playing e lavori di gruppo.

Hanno partecipato come discenti a questa prima edizione un medico e un infermiere per ciascuna Cardiologia della Regione Marche che hanno manifestato un altissimo gradimento e sono ora impegnati nella attivazione nelle loro unità operative di momenti strutturati di counselling dedicati ai pazienti che hanno avuto un evento ischemico acuto.

All'interno di questi potranno utilizzare un audiovisivo educativo realizzato anch'esso in collaborazione tra Agenzia Sanitaria Regionale, ANMCO Regionale e GICR e messo a disposi-

zione di tutte le Cardiologie della Regione dall'ARS Marche. Una seconda edizione del Corso di formazione è prevista per l'anno 2008.

Implementazione della Consensus Conference sul percorso assistenziale dello Scompenso Cardiaco

Nel febbraio 2007 si è svolto il workshop regionale "I profili assistenziali per lo scompenso: la nuova sfida". Nel workshop sono stati illustrati e discussi la situazione attuale nella Regione Marche in particolare per quanto riguarda i dati epidemiologici e l'utilizzo di servizi da parte dei pazienti affetti da scompenso, i punti essenziali della Consensus Conference ed i punti critici nella sua implementazione. A tale scopo, proseguendo la collaborazione tra sezione Marche dell'ANMCO e ARS Marche, è stato programmato a partire dalla seconda metà del 2007 l'avvio della costruzione dei profili di assistenza per lo Scompenso Cardiaco in tutte le Aziende e Zone territoriali della Regione con l'obiettivo di concluderne la costruzione entro il 2007 ed avviare l'applicazione ed il monitoraggio all'inizio del 2008.

Considerazioni conclusive

L'esperienza in corso nella Regione Marche indica che la collaborazione tra Istituzioni Regionali e Società Scientifiche è fattibile e proficua; l'auspicio è che una sempre maggiore integrazione fra profilo professionale ed istituzioni, pur mantenendo ovviamente ben distinte le precipue peculiarità e responsabilità, possa produrre migliori e più puntuali risposte ai bisogni di salute del cittadino, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili.

PUGLIA

DI M. CUONZO, A. GIORGIO, D. RICCI, P. CALDAROLA

Giornata di studio su Telemedicina ed Home Care

Il 4 maggio scorso si è svolta a Bari la "Giornata di studio su aspetti tecnologici, socio-assistenziali, gestionali, e medico-legali della Telemedicina e Home Care" organizzata dalla Cardes Engineering s.r.l., Lions Club Bitonto-Palo del Colle e Politecnico di Bari, con la partecipazione dell'ANMCO e della SIC Puglia. Il convegno, ha avuto la finalità di definire gli scopi della telemedicina e le sue possibili applicazioni in campo cardiologico.

Ha aperto i lavori il Prof. Stefano Favale (Università degli studi di Bari) definendo gli scenari applicativi della te-

lecardiologia. La relazione ha ampiamente approfondito il tema della telemedicina nell'Emergenza-Urgenza, riportando l'esperienza pugliese.

A tale proposito è stato presentato il "Progetto Leonardo" (coordinatori scientifici: Dott. Italo De Luca e Dott. Gianfranco Antonelli) che in Puglia ha coinvolto ARES, Regione Puglia, CardiOnline, Cardiologi e medici del servizio 118 nella gestione dell'emergenze cardiologiche. Dall'11 ottobre 2004 al 31 dicembre 2006 sono stati refertati per via telematica 50.452 ECG, dei quali 29.507 (58,5%) patologici; in conseguenza di tali

prestazioni sono stati effettuati 12.397 ricoveri per diagnosi di patologie gravi. Tale esperienza ha determinato un incremento del numero di PCI e fibrinolisi eseguite in pazienti con STEMI ed un risparmio di risorse economiche valutato in circa 4 milioni di euro per anno.

Sono stati inoltre presentati altri impieghi della telecardiologia rappresentati da:

1) valutazioni di pazienti in sedi disagiate; 2) consultazioni remote; 3) scambio e raccolta elettronica di dati; 4) educazione sanitaria continua, aggiornamento professionale, teledidattica interattiva.

In particolare sono state descritte nuove applicazioni della telemedicina nel monitoraggio a distanza di pazienti portatori di PM, possibile valutazione a distanza dello stato idrico del paziente mediante PM-ICD dotati di sensore impedenzometrico (Opti-vol), procedure interventistiche a distanza. Il Dott. Vito Marangelli ha presentato ulteriori avveniristiche applicazioni quali telemedicina robotizzata, tele-ablazione, tele-ecocardiografia robotizzata.

La scarsa diffusione di tecnologie informatiche, il mancato riconoscimento formale della telecardiologia da parte di assicurazioni e SSN, il rapporto costo-efficacia difficilmente definibile e spesso non favorevole, i dubbi sull'affidabilità delle metodiche rappresentano le debolezze di queste innovative tecnologie.



O. Martinelli, Fiori secchi su panno rosso, 1942

L'Ing. Dario Ricci ha inteso contestualizzare metodologie proprie del Project Management e della Programmazione strategica nella organizzazione di un servizio di telemedicina. È emersa la necessità di un approccio programmatico per poter gestire al meglio le potenzialità offerte dai supporti tecnologici disponibili. È risultata indispensabile un'accurata pianificazione strategica, con attento studio di fattibilità, delle fonti di finanziamento cui accedere e dell'implementazione del modello progettato, avendo cura di monitorare i processi secondo le tecniche del miglioramento continuo e della qualità integrata (Fig. 1).

È stata definita inoltre una nuova figura professionale, l'ingegnere clinico, cui spetterà non solo il compito di coordinamento intersettoriale e di specifiche progettazioni tecniche, ma anche di far fronte alle problematiche che costituiscono un forte vincolo al modello gestionale proposto (carenze informative, strutturali, infrastrutturali, ecc.). Infine per ridurre gli sprechi e incentivare le sperimentazioni, si è proposto il cosiddetto "modello Toyota", che particolarmente nelle strutture sanitarie in cui è stato applicato, ha avuto riscontri estremamente positivi.

Il Prof. Cosimo Di Nunno e l'Avv. Sabina Giorgio hanno approfondito le problematiche medico-legali della telemedicina. È evidente che lo spostamento delle informazioni tramite un servizio telematico ha importanti implicazioni: definizione della responsabilità professionale per un servizio reso a distanza, trattamento dei dati personali e problematica della privacy, valore giuridico del referto. È emerso che le leggi vigenti sono esaustive relativamente alle



Figura 1

problematiche suddette. Il problema della privacy può essere risolto ottenendo un consenso informato, in cui emergano i vantaggi ed i rischi correlati con la metodica usata. Tale consenso potrà essere sottoscritto dal paziente come atto unico ed i dati trasferiti saranno cancellati,

come da normativa vigente, e difficilmente manipolabili soprattutto in caso di comunicazione in tempo reale. È stato evidenziato che la teleconsulenza secondo la legge ha la stessa valenza di una consulenza "ordinaria" e che il referto medico informatico



Figura 2

può essere validato dalla “firma digitale”.

Nella parte finale sono state valutate le possibilità di applicazione della telemedicina nello Scompenso Cardiaco (Dott. Pasquale Caldarola e Prof. Antonio Capurso). Questa patologia, in controtendenza rispetto alle altre patologie cardiovascolari, fa registrare in questi ultimi anni un incremento dei ricoveri e della spesa sanitaria, interessa in prevalenza po-

polazione anziana che potrebbe trarre notevole vantaggio dalle cure domiciliari e da una migliore conoscenza della malattia. Sono state illustrate le numerose esperienze nazionali ed internazionali su tale argomento, con descrizione dei risultati ed analisi dei costi (Tab. 1).

È emerso che la telemedicina può rappresentare un valido strumento per favorire la gestione integrata di questi pazienti, per migliorare la con-

tinuità assistenziale, per ridurre il tasso delle reospedalizzazioni e i relativi costi e migliorare la compliance al trattamento. Importante per conseguire risultati favorevoli è la selezione dei pazienti, la semplicità degli strumenti utilizzati, il follow-up ravvicinato, il telemonitoraggio dei più importanti parametri vitali (PA, FC, Diuresi, PC), il coinvolgimento dei MMG e dell’infermiere specializzato.

Durante il Convegno è stato inoltre descritto dall’Ing. Agostino Giorgio dettagliatamente il sistema CARDESerenity, sistema modulare PC-Based, concepito e sviluppato da CARDES Engineering s.r.l. per eseguire visite mediche in remoto, in tempo reale. Tale sistema si basa sull’impiego della rete INTERNET, di dispositivi medicali utili a scopi diagnostici e di specifiche soluzioni elettroniche ed informatiche (esempio di interfaccia in figura 2).

I parametri registrabili e le opzioni offerte dal sistema sono riportate nelle tabelle 2 e 3.

Si auspica che, dopo questa giornata di studio si possa dare avvio ad ulteriori sperimentazioni ed applicazioni della Telemedicina in ambito cardiologico in Puglia.

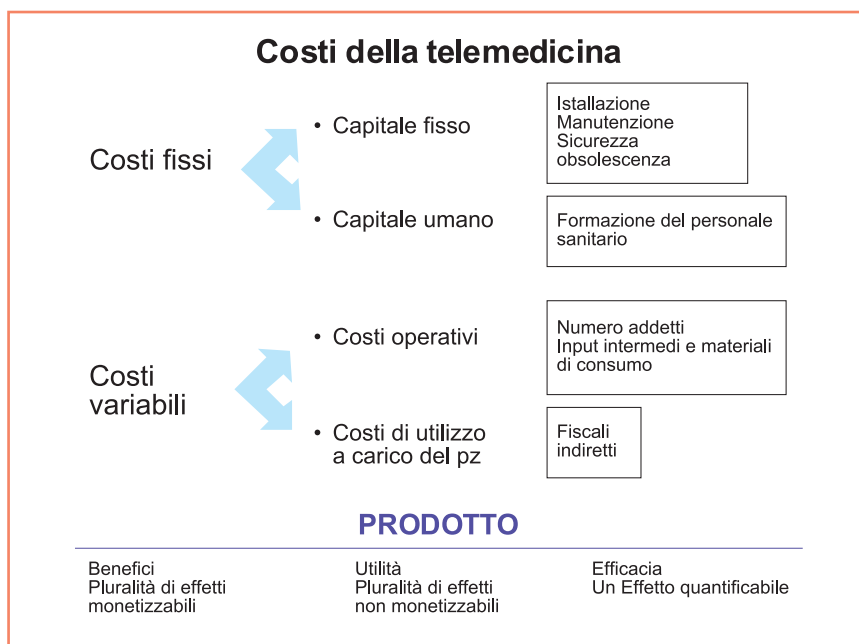


Tabella 1



Tabella 2



Tabella 3



Intervista a Barry J. Maron

di JACOPO OLIVOTTO

Per i frequentatori di quello che si può considerare il ristretto "club" delle cardiomiopatie, Barry Maron non ha bisogno di presentazioni, né di epiteti. In modo affettuoso, viene definito il guru della cardiomiopatia ipertrofica. Più semplicemente, si può dire che Barry è la cardiomiopatia ipertrofica. Nessuno si avvicina alla sua produzione scientifica in questo campo; o alla sua autorità. Ma ha scritto anche sulla Morte Improvisa, sulla commotio cordis, sulla ipertrofia fisiologica dell'atleta, sul takotsubo, sulle cardiopatie congenite; ha firmato innumerevoli editoriali, Linee Guida, capitoli di libro. Eppure, nonostante la mole di questa produzione, non c'è mai niente di affrettato, di tirato

via, di "fatto in serie" nel suo modo di fare ricerca. Il suo è un output di proporzioni industriali prodotto con cura assolutamente artigianale.

Affrontare un progetto con Barry è una impresa che fa tremare i polsi, per il rigore che viene richiesto, per il numero di revisioni e di obiezioni che bisogna essere pronti ad affrontare, per il tempo che ogni pagina viene a costare. Il suo dogma è che ognuno è responsabile di quello che pubblica di fronte ai pazienti, e che per questo un lavoro non è mai solo un pezzo di carta in più sul curriculum.

In contrasto con questo ritratto professionale un po' intimidatorio, Barry Maron offre sul piano umano una immagine assolutamente accattivante, fatta di ironia (ed autoironia), humor finissimo e affetti professionali solidi tendenti al paterno. In questa intervista gli abbiamo chiesto di farci dare uno sguardo attraverso il suo saggio, ironico occhio sul mondo.



Barry J. Maron

UNA PROSPETTIVA PERSONALE

Barry, per prima cosa parliamo di te. Puoi raccontarci della tua formazione e delle principali tappe della tua carriera? Come sei arrivato ad interessarti di malattie del miocardio e di cardiomiopatia ipertrofica?

Mi sono laureato alla Tulane University School of Medicine di New Orleans, nel 1968 e ho trascorso il mio internato e il periodo della specializzazione presso lo Stanford University Medical Center, a Palo Alto, in California. Ho successivamente ottenuto una fellowship in cardiologia pediatrica presso il Johns Hopkins Hospital, a

Baltimore, e finalmente un impiego presso la Cardiologia del National Heart, Lung and Blood Institute presso i National Institutes of Health (NIH). Fino a quel momento, la mia carriera non aveva ancora preso alcuna direzione specifica. Tuttavia, arrivando ai NIH era difficile evitare di imbattersi nei numerosi pazienti con cardiomiopatia ipertrofica che venivano seguiti nell'ambito dei programmi intramurali dell'istituto. Tanto è vero che il mio primo paziente con cardiomiopatia ipertrofica l'ho visitato proprio il giorno del mio arrivo a Bethesda. Da allora, il mio interesse e la mia energia nei confronti di questa malattia non hanno mai smesso di crescere.

Chi consideri il tuo maestro più influente?

Non so se riesco ad identificarne uno rispetto ad altri, perché molti personaggi mi sono stati di grande aiuto nello sviluppo della mia carriera. Richard Rowe, il direttore della Cardiologia al Johns Hopkins, dove ho com-

pletato la mia formazione, mi ha incoraggiato a porre quesiti clinici anche in una fase molto precoce della mia professione... ed a cercare le risposte per mezzo di progetti di ricerca. Nei primi tempi ai NIH, Victor Ferrans è stato un ricercatore con cui ho collaborato strettamente prima di diventare io stesso un full-time investigator, per occuparmi di cardiomiopatia ipertrofica. Devo molte delle mie qualità di scrittore al tempo che ho trascorso con Victor e con William Roberts; quest'ultimo, da lunga data editor dell'American Journal of Cardiology, era a quell'epoca capo del dipartimento di anatomia patologica a Bethesda. Bill era un maestro eccellente per uno come me che voleva capire di più sulle relazioni clinico-patologiche in Cardiologia ... ed è rimasto un collega stimato ed un amico per tutti questi anni.

Qual è il tuo ruolo attuale?

Sono Direttore dell'Hypertrophic Cardiomyopathy Center presso la Minneapolis Heart Institute Foundation. Questo ruolo mi permette di dirigere un programma specificamente dedicato alla cardiomiopatia ipertrofica. Abbiamo pazienti che vengono da noi per una valutazione da tutti gli Stati Uniti e anche dall'estero. In questa fase la mia attività clinica è praticamente focalizzata solo su questa patologia. Questi sono i pazienti che rappresentano il substrato per i nostri progetti di ricerca clinica.

Un breve ritratto della tua famiglia. Sai che sulle famiglie non si scherza, qui da noi!

Sono molto fiero della mia famiglia. Mia moglie, Donna, ed io siamo sposati da 39 anni. Per tutto questo tempo si è sempre mostrata estremamente comprensiva verso le esigenze di una carriera accademica in Cardiologia. Abbiamo due figli che sono eccezionali sotto ogni aspetto. Martin è il maggiore ed attualmente è Assistant Professor of Medicine presso la Cardiologia del Tufts-New England Medical Center, a Boston. Ha maturato un forte interesse per la cardiomiopatia ipertrofica, e dirige un centro dedicato in rapida espansione presso il Tufts, oltre ad essere il capo della Divisione di Imaging avanzato, che gestisce TC di ultima generazione e risonanza magnetica nucleare cardiaca. Marty ed io abbiamo collaborato in diversi progetti: questa interazione è stata molto gratificante e veramente unica per me. Abitualmente si riferisce a me come "the Big Guy".

Bradley è il nostro figlio più giovane, anche lui dedito alla medicina cardiovascolare. Attualmente è impegnato in un post-dottorato di ricerca di base di tre anni presso il laboratorio del Dott. Joseph Lo Scalzo al

Brigham and Women's Hospital di Boston, e si occupa di biologia vascolare. Ha completato due anni di specializzazione in medicina interna, e tra circa un anno inizierà una fellowship in Cardiologia clinica. È autore di un certo numero di lavori... in cui sono coautore anch'io. Quindi, ambedue i miei ragazzi hanno carriere accademiche in evoluzione in campo cardiologico. Bradley e sua moglie Jill Maron mi hanno dato due bei nipoti – Alexis e Jack – rispettivamente di due ed un anno. Alexis mi sembra praticamente pronta per iscriversi alla facoltà di Medicina, mentre è ovviamente ancora un po' presto per Jack.

Cos'è che ti piace fare, quando non scrivi lavori?

Da quando i figli sono fuori di casa, mia moglie ed io abbiamo molto tempo libero. In genere leggiamo molto, e io ho iniziato a giocare a golf.

I tuoi tre libri preferiti di sempre.

È difficile limitarsi a tre, ma proviamo...

"Fiasco" di Thomas Ricks, una revisione critica della disavventura americana in Iraq; "Night" di Elie Wiesel; The Perfect Mile di Neal Bascomb (la conquista del miglio sotto i 4 minuti).

In passato ti sei fatto onore in diversi sport (basket, atletica), e ancora sei un appassionato spettatore di sport in TV e dal vivo. Però il calcio non ti è mai piaciuto. Puoi dirmi perché il calcio non riesce a trovare una vera diffusione negli USA?

È vero, ho fatto sport a livello agonistico e mi piace molto guardare lo sport a livello di college e professionistico. Cosa penso del calcio? Beh, suppongo che sia vero che il calcio ha ancora molta strada da fare per catturare l'immaginazione dei tifosi statunitensi. Uno dei motivi è che non fa parte della nostra eredità culturale, come il baseball, il football e il basket. Questi sono gli sport con cui in genere cresciamo, e ci ritroviamo in famiglia. Quindi il calcio fatica ad inserirsi in un settore che è già piuttosto affollato, anche se recentemente ho osservato un sostanziale progresso in questo senso. Oltre a ciò, gli americani non capiscono appieno tutte le sfumature del calcio e tendono a concepire il divertimento in un gioco largamente (o totalmente) sulla base del risultato finale. Quindi, un gioco o una partita in cui i punti segnati sono molto pochi e in cui la maggior parte del tempo si gioca in difesa non ci attrae molto. Questa tendenza potrebbe naturalmente cambiare in caso di maggior successo della nostra squadra nei prossimi Campionati Mondiali. Gli USA che partecipano a una finale cambierebbero questo scenario in modo drastico.

Come descriveresti il Minnesota a qualcuno che non c'è mai stato? Qual è il momento migliore per visitarlo?

Come sai, abbiamo una bella casa proprio sulle rive di un lago ad ovest di Minneapolis. È stata ribattezzata una volta la "HCM house" a causa della frequente presenza di ricercatori italiani in missione per scrivere lavori scientifici. Il Minnesota è un posto complesso. Sicuramente non è come viene spesso descritto: è vero che a volte fa molto freddo, ma non è sempre così. Le estati sono calde, con un basso tasso di umidità, e il panorama è davvero molto bello. Il territorio è molto pianeggiante, e uscendo dalle Città Gemelle di Minneapolis e St. Paul ci sono immense fattorie. Però è bene stare alla larga dal Minnesota in gennaio e febbraio. I laghi si ghiacciano e ci puoi guidare e camminare sopra... Una volta ci abbiamo camminato insieme, ti ricordi? ma ti dico che quella è stata anche l'unica e non ho più intenzione di rimetterci piede.

HOT ISSUES NELLA CARDIOMIOPATIA IPERTROFICA

La cardiomiopatia ipertrofica non è una malattia rara come ritenuto in passato. Tuttavia, è relativamente infrequente, e molti medici sono a disagio quando si imbattono in un paziente nuovo. Qual è, secondo te, la strategia migliore per risolvere questo problema? Credi che sia meglio puntare su una diffusione capillare della cultura delle cardiomiopatie, o sei più per incoraggiare un invio sistematico ai centri di riferimento specializzati?

Ecco una domanda tosta. Non conosco la situazione in Italia, ma posso dirti che negli Stati Uniti sarebbe difficile creare un sistema di invio, per così dire "semi-obbligatorio" a uno o più centri. Nel nostro paese siamo arrivati ad una situazione di questo tipo solo per quanto riguarda l'invio dei pazienti alla miectomia settale presso i centri con maggiore esperienza, quali la Mayo Clinic a Rochester e la Cleveland Clinic; tuttavia, questo è ben diverso dall'idea di inviare a centri di riferimento la totalità dei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica! È vero che la maggioranza dei pazienti che vengono a Minneapolis per un parere hanno dovuto subire una discreta dose di incomprensione nei riguardi della loro



Una apparizione televisiva

malattia; ma è positivo il fatto che è in genere il loro Cardiologo di fiducia a inviarmi da me. Tutti i pazienti che vengono a trovarci una o più volte devono avere un medico a casa, preferibilmente un Cardiologo, che sia in grado di affrontare i problemi associati alla cardiomiopatia ipertrofica, così da non doverci contattare in ogni occasione.

È retorico chiederti se credi al ruolo dei centri di riferimento?

Credo che i centri che abbiamo creato per la cardiomiopatia ipertrofica in questa epoca più recente abbiano fatto una grossa differenza, particolarmente per quanto riguarda le strategie di trattamento. I pazienti hanno la possibilità di ricevere una valutazione da Cardiologi che si sono dedicati alla loro malattia, che come abbiamo detto non è molto frequente nella pratica medica e cardiologica generale. È inevitabile che quando questi stessi pazienti vengono inglobati in casistiche generali (largamente dominate dalla cardiopatia ischemica) qualcosa possa andare perduto. In questi casi sono i pazienti stessi a pagarne le conseguenze.

Nel corso della tua carriera hai avuto modo di seguire la nascita e lo sviluppo dell'ecocardiografia, della genetica molecolare, della risonanza magnetica cardiaca, dell'alcolizzazione settale, del defibrillatore impiantabile, e molte altre innovazioni. Qual è quella che ti ha impressionato di più? Quale consideri il passo avanti più importante nella gestione dei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica?

Credo che in campo diagnostico il progresso più tangibile lo abbia portato l'introduzione dell'ecocardiografia

bidimensionale. Prima dell'avvento dell'M-mode era estremamente difficile fare diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica basandosi solo sull'ECG e sulla valutazione emodinamica.

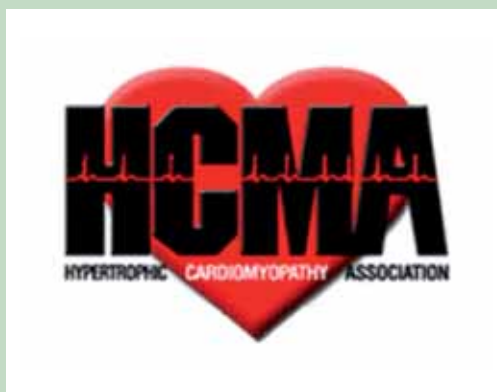
Finalmente, dal 1972, l'ecocardiografia ha permesso una diagnosi non invasiva ed accurata in questi pazienti. La risonanza magnetica cardiaca ha portato un ulteriore, importante contributo, grazie alla possibilità di

ricostruire immagini tomografiche ad alta risoluzione del ventricolo sinistro, nonché di valutare la vitalità del miocardio con l'aiuto del mezzo di contrasto (gadolinio).

Per quanto riguarda il trattamento, il principale passo avanti è probabilmente rappresentato dal defibrillatore impiantabile, che è stato impiegato regolarmente nei pazienti con cardiomiopatia ipertrofica dopo uno jato di circa 20 anni dalla prima introduzione dell'ICD nella pratica cardiologica nel 1980. Il nostro centro si ritiene largamente responsabile della promozione dell'ICD nelle cardiopatie genetiche, e più specificamente nella cardiomiopatia ipertrofica. È stato estremamente gratificante rivedere pazienti giovani la cui vita è stata letteralmente salvata da interventi dell'ICD. Naturalmente, il primo posto dell'ICD non vuole sminuire l'importanza della miectomia chirurgica, inizialmente introdotta dal Dott. Andrew Morrow agli NIH, un intervento che rimane il gold standard per la correzione della ostruzione all'efflusso ventricolare sinistro e delle sue gravi conseguenze.

Nonostante questi progressi, la terapia di molti pazienti con cardiomiopatia ipertrofica si basa ancora su beta-bloccanti, amiodarone e calcioantagonisti: cioè tutti farmaci introdotti alcune decadi fa. Perché secondo te c'è stato così poco sviluppo nel trattamento farmacologico?

I farmaci rappresentano la prima linea di trattamento per i sintomi da scompenso legati a cardiomiopatia ipertrofica. Purtroppo, beta-bloccanti e calcioantagonisti non proteggono dal rischio di Morte Improvisa. Sono d'accordo con te che abbiamo bisogno di nuovi farmaci per il trattamento dei sintomi, e che c'è stata pochissima attività tesa a sviluppare nuove alternative. Suppongo che uno dei motivi sia lo scarso interesse ad organizzare trial clinici rigorosi... che sono particolar-



Il logo della HCMA. L'indirizzo web è www.4HCM.org

mente problematici in malattie relativamente rare come la cardiomiopatia ipertrofica. Molti dei farmaci che potrebbero essere di interesse sono attualmente off-label per la cardiomiopatia ipertrofica, e c'è poco impulso da parte delle compagnie farmaceutiche a sostenere questo tipo di ricerca. C'è poi una mancanza di investigatori con interesse per la ricerca clinica in questo settore. Tutti

insieme, questi fattori hanno contribuito alla generalizzata mancanza di iniziative volte a migliorare la terapia medica della cardiomiopatia ipertrofica, e questo è davvero un peccato. Tuttavia, sono a conoscenza di uno studio randomizzato sponsorizzato dagli NIH che inizierà tra poco e impiegherà lo spironolattone.

Qual è la tua visione dell'attuale ruolo della chirurgia e della alcolizzazione settale per le forme ostruttive di cardiomiopatia ipertrofica? E come immagini i loro rispettivi ruoli tra dieci anni?

Beh, sarei poco onesto se dicessi che non sono rimasto sconcertato dall'euforia che ha circondato l'alcolizzazione settale. Mi ha davvero colto di sorpresa. Come esperto di cardiomiopatia ipertrofica, non posso dire di essere contento del modo in cui l'eccessivo numero di alcolizzazioni (particolarmente in Europa) ha distorto le strategie terapeutiche in questa malattia. Vorrei ricordare ai lettori, tuttavia, che il recente ACC/ESC consensus panel ha ribadito che il gold standard per il trattamento dei pazienti ostruttivi con sintomi marcati e refrattari alla terapia medica è rappresentato dalla miectomia chirurgica. L'alcolizzazione settale viene considerata come una possibile alternativa per quei pazienti che non sono candidati chirurgici a causa di patologie associate ed elevato rischio, che rifiutano l'intervento, o che presentano altri impedimenti di ordine medico o sociale. Riguardo a quello che accadrà tra dieci anni è difficile esprimere una opinione, ma di questo passo c'è il rischio che tutti i pazienti con cardiomiopatia ipertrofica siano stati sottoposti ad ablazione, e non ci sia più motivo per riproporre il dibattito miectomia contro alcolizzazione!

Vedi un ruolo per la genetica nella gestione clinica dei pazienti?

Negli ultimi 15 anni la genetica ha svolto un ruolo di primo piano nel favorire la comprensione della eziolo-

gia della ipertrofia ventricolare sinistra e della cardiomiopatia ipertrofica. Tuttavia, il suo ruolo nella gestione clinica è, ad oggi, molto più limitato di quanto era stato ipotizzato inizialmente. C'è scarsa evidenza che la identificazione della mutazione responsabile della malattia abbia una qualche utilità nel pianificare il trattamento o nel valutare la prognosi del singolo paziente.

Dal punto di vista della diagnosi, invece, lo screening genetico è uno strumento potente e definitivo. Al momento sono disponibili due test genetici commerciali, che analizzano 5 dei 10 geni conosciuti responsabili della malattia. Questi test sono utili per la prima identificazione della mutazione nelle famiglie non genotizzate, ma non sono senza limitazioni, tra cui soprattutto il costo e la possibilità di falsi negativi. Se invece la mutazione presente nella famiglia è conosciuta, è allora possibile confermare o escludere la sua presenza nei membri clinicamente non affetti in modo rapido ed economico.

Sei stato uno dei protagonisti dell'affare Guidant (vedi Steinbrook R., "The Controversy over Guidant's Implantable Defibrillators". N Engl J Med 2005; 353:221-224). In effetti, sei stato proprio tu a portare questo caso all'attenzione pubblica. Che cosa ci ha insegnato?

Penso che si possa affermare che l'affare Guidant ha cambiato per sempre l'industria del defibrillatore

impiantabile. Tutto è cominciato perché un nostro giovane paziente con cardiomiopatia ipertrofica è morto improvvisamente per il mancato intervento dell'ICD durante un arresto cardiaco. Il punto nodale è stato il fatto che Guidant era a conoscenza di un particolare problema di over-sensing elettrico in alcuni apparecchi, e della loro propensione al cortocircuito sui cateteri... ma per diversi anni ha intenzionalmente evitato di informare i medici, i pazienti, e il pubblico in genere. In seguito, la compagnia ha dovuto effettuare un recall sull'80% dei prodotti della linea pacemaker/defibrillatore. Aver reso pubblici questi fatti renderà più difficile che in futuro l'autonomia e la piena informazione dei pazienti possano venire del tutto ignorate. Credo che le compagnie che producono device siano obbligate ad entrare in un'era di maggiore trasparenza nei confronti di Cardiologi, elettrofisiologi e pazienti, per ciò che riguarda qualsiasi rischio connesso ai loro prodotti. Devi credermi, quando sono rimasto inizialmente coinvolto in quello che adesso è conosciuto come il "Guidant Affair", non avevo certo idea che sarebbe evoluto in una controversia di portata nazionale e perfino internazionale, e che avrebbe avuto ripercussioni su tante persone in una industria così grande.

Raccontaci cos'è la Hypertrophic Cardiomyopathy Association (HCMA), e del tuo supporto a questa associazione in questi anni.



Minneapolis - Panorama dal Lago Calhoun

La HCMA è essenzialmente un gruppo di supporto per pazienti che utilizza Internet per facilitare la comunicazione e la trasmissione di informazioni accurate riguardanti la cardiomiopatia ipertrofica. Attraverso la HCMA, i pazienti sono in grado di interagire tra loro, e si creano collegamenti tra pazienti e Cardiologi con competenze specifiche nella loro malattia. La HCMA è presente a tutti i congressi cardiologici nazionali americani (American Heart Association, American College of Cardiology, Heart Rhythm Society, ed altri). Inoltre, l'Associazione organizza ogni anno il proprio meeting nazionale nel New Jersey, a giugno, che vede una folta partecipazione di pazienti e medici-oratori. Tutti questi canali hanno portato ad un miglior livello di comunicazione nei riguardi di una malattia che ha a lungo sofferto di notevoli incomprensioni. È importante ricordare che la cardiomiopatia ipertrofica è di gran lunga la cardiopatia genetica più comune; i nostri dati mostrano che un individuo su 500 nella popolazione generale è portatore della malattia. Una tale prevalenza è decisamente superiore ad altre malattie genetiche che, per qualche ragione, sono molto più radicate nella coscienza del grande pubblico. La HCMA è una grande risorsa per i pazienti con cardiomiopatia ipertrofica ed i loro medici, ed è una realtà in le cui possibilità e la cui influenza sono in costante espansione.

UNA FINESTRA SULL'ITALIA

Barry, hai sempre avuto molte collaborazioni con Cardiologi italiani, ed hai ormai stabilito un legame particolarmente stretto col nostro Paese nel corso degli anni. Come mai, secondo te, così tanti dei miei connazionali guardano a te come loro maestro?

Beh, per rintracciare l'inizio di questa catena di collaborazioni è necessario tornare indietro di circa 25 anni. Tutto è cominciato col Dott. Paolo Spirito, che venne da Genova ai NIH, ed ha lavorato con me, con qualche intervallo, per circa cinque anni, contribuendo a numerosi studi sulla cardiomiopatia ipertrofica. Poco dopo Paolo venne da Firenze il Dott. Franco Cecchi; anche lui ha lavorato all'istituto di cardiologia dei NIH, lavorando con me su vari progetti. Ambedue questi colleghi, ritornando in Italia, hanno fatto nascere importanti centri per la diagnosi e la terapia della cardiomiopatia ipertrofica. Poi, naturalmente, hai cominciato anche tu a lavorare con Franco, a Firenze, ed hai avuto modo di passare del tempo con me a Minneapolis... per imparare a fare ricerca in questo settore. È interessante riflettere sul fatto che da queste prime collaborazioni

iniziate ai tempi di Bethesda, e dalla determinazione di alcuni Cardiologi ad investire del tempo negli Stati Uniti, è derivato un beneficio sostanziale per centinaia se non migliaia di pazienti con cardiomiopatia ipertrofica in Italia, grazie alla competenza sviluppata in seguito nei centri di Genova e di Firenze.

Cos'è che ti resta più difficile da capire del nostro sistema accademico-scientifico? Quali sono le cose che cercheresti di cambiare?

Non vorrei essere così presuntuoso da offrire consigli sul vostro sistema. Non sono nemmeno sicuro di capirlo abbastanza da poterlo fare, nonostante tutti i miei contatti con la Cardiologia italiana. Tuttavia, sono sempre stato sorpreso dalla mancanza di programmi strutturati in modo preciso per quanto riguarda la formazione post-laurea (cioè qualcosa che corrisponda ai programmi di internship, residency, e fellowship negli Stati Uniti). È un po' difficile capire come fanno i Cardiologi italiani a diventare clinici e ricercatori esperti in assenza di un percorso formativo di questo tipo.

Beh, fortunatamente le cose sono cambiate in meglio negli ultimi anni. Speriamo che tu possa apprezzare la differenza nelle nuove generazioni! Passando a cose più amene, qual è il tuo posto preferito in Italia? C'è un ricordo particolare che vuoi condividere con noi?

Naturalmente sono stato in Italia molte volte – non sono sicuro di ricordare il numero – sono stato in molte parti del Paese, ed ogni volta è stata un'esperienza veramente piacevole. Continuo ad essere affascinato da Venezia, anche se ci sono stato 10 o 12 volte. E ci sono molte più cose da vedere nel Veneto di quanto il turista americano sia in grado di apprezzare in una visita di 3-4 giorni. Naturalmente, anche Firenze è una città assolutamente unica.

SULLO SCRIVERE

Sei uno degli scrittori più esperti e prolifici della comunità cardiologica, e un grande tutor per i giovani. Puoi dirci come inizi a scrivere un lavoro, quando hai una nuova idea? So che hai le tue personali Regole Auree; vuoi condividerle con noi?

Scrivo ancora con lo stesso metodo che usavo molti anni fa. Per prima cosa butto giù la prima bozza del lavoro su un blocco, a mano. Poi chiedo alla mia fida segretaria di iniziare a trascrivere quella che sembra essere una serie infinita di revisioni. Non ho mai imparato a usare il computer per scrivere perché mi è sempre sembrato riduttivo. Per apprezzare la scorrevolezza



La Log Cabin, una caffetteria nei pressi di Minneapolis (oggi demolita) dove per oltre un lustro sono stati parloriti alcuni dei più importanti lavori sulla cardiomiopatia ipertrofica

za del lavoro, soprattutto della discussione, ho sempre trovato particolarmente utile avere l'intero testo davanti a me piuttosto che farlo scorrere su e giù sullo schermo per cercare i vari pezzi da spostare e da correggere. In ogni caso, qualunque sia il metodo che si usa, credo che il fattore più importante sia la capacità di scrivere con regolarità al mattino. In quelle ore riesco ad essere più efficiente e lucido; per questo, ogni giorno dedico alla scrittura le ore dalle 6 alle 9. Se provi a scrivere un lavoro quando torni a casa dopo aver visitato pazienti tutto il giorno, non funzionerà. Inoltre, è utile avere un posto in cui ti senti bene quando scrivi, e che ti permetta di concentrarti. Un posto del genere non deve per forza essere perfettamente silenzioso. Per esempio, io in genere scrivo in una specie di caffetteria fuori Minneapolis, oltre che sull'aereo e mentre guardo sport (ma non il calcio!) in TV.

C'è una chimica complessa dietro ad un grande lavoro scientifico: sono necessari una idea originale, dati solidi, una analisi statistica adeguata, ed una scrittura efficace, elegante. In che ordine di priorità metteresti questi elementi?

Come prima cosa, l'idea deve esserci, e deve portare alla formulazione di un quesito clinico importante.

Questo è il presupposto dei lavori più incisivi. Non tutti i lavori in Cardiologia possono naturalmente avere una ripercussione diretta sul trattamento, ma la rilevanza di ciascuno deriva dalla pregnanza della domanda che ci si pone, dalla sua novità, e dalla abilità di esprimere e comunicare l'essenza critica dei dati in un modo chiaro e sistematico. Io dico sempre, e l'ho detto spesso anche a te, che ci vogliono circa 10 lavori "pesanti" (se hai la fortuna di avere un maestro) per iniziare a capire questo processo e a diventare indipendente. Inoltre, non dimentichiamo l'importanza di essere in grado di rispondere in modo esauriente, chiaro e rispettoso ai revisori se il tuo lavoro non è stato rifiutato all'origine!

Negli anni hai contribuito con capitoli di libro a tutti i testi più importanti in Cardiologia, dallo Hurst al Braunwald. Recentemente, ti ho sentito affermare che questa è una "forma d'arte perduta". Perché?

Mi dicono che le vendite di libri sono in netto calo e che i medici, compresi i Cardiologi, si aggiornano sempre più frequentemente da altre fonti che essi ritengono più immediate e facili, in genere attraverso Internet. Per cui, se i libri di testo si avviano a diventare una forma d'arte perduta, questa non è tanto la mia opinione, ma il sostanziale timore delle case editrici.

Credi che la qualità della ricerca clinica sia migliorata in seguito all'avvento dei personal computer e di Internet? Quali sono gli svantaggi dell'era digitale, in rispetto all'inizio della tua carriera?

È ovvio che lo sviluppo dei fogli di calcolo tipo Excel ha fatto una grande differenza, permettendoci di far confluire popolazioni molto ampie di pazienti con cardiomiopia ipertrofica. Siamo diventati capaci di collaborare oltre i confini nazionali ed evitare molti ostacoli grazie a queste nuove potenzialità. Credo che questo avanzamento sia stato critico nel promuovere il grande avanzamento delle nostre conoscenze sulla malattia. In particolare, il concetto che la cardiomiopia ipertrofica è compatibile con una normale longevità è derivata dalla possibilità di accedere a diverse popolazioni di pazienti relativamente non selezionate ed omogenee. D'altra parte, è sempre più facile scrivere lavori quando i tuoi collaboratori sono fisicamente presenti, e tutte le sfumature possono essere trasmesse in modo diretto e probabilmente più chiaro. Questo ormai avviene di rado con la maggior parte dei miei coautori che sono geograficamente lontani... così che in genere queste interazioni devono avvenire per posta elettronica e per fax, un veicolo molto più statico e sterile per un simile tipo di comunicazione.

Hai una esperienza sconfinata con la revisione di lavori, e sei nel board di tutte le riviste più prestigiose. Cos'è che apprezzi di più in un lavoro? Cosa è necessario per avere un giudizio positivo da te su un core journal? Quali sono gli errori e i peccati originali che incontrerai più frequentemente nei lavori che rivedi?

Hai proprio ragione, mi mandano a rivedere un sacco di lavori. Forse la tara più grande, anche in un lavoro ben costruito, è la mancanza di un messaggio che possa influire sulla pratica medica, in termini di terapia o di comprensione dei meccanismi (a livello clinico o



Un classico esempio di ennesima revisione (in questo caso l'ottava) di un manoscritto con la inconfondibile grafia di Barry

di base). Ci dovrebbe sempre essere qualche buona ragione per portare a termine un progetto, raccogliere i dati e scrivere il lavoro ... non solo il fatto che gli autori ritengono "interessanti" i loro risultati...

CONCLUSIONE

Barry, grazie di questa opportunità. Possiamo concludere con alcune speculazioni sul futuro delle cardiomiopatie? Negli ultimi dieci anni, network multicentrici e transatlantici sono diventati uno strumento indispensabile per la ricerca ... ed ora vediamo apparire la Cina

all'orizzonte. Cosa possiamo attenderci da uno sforzo collettivo veramente globale in questo campo così affascinante?

L'impulso maggiore per la ricerca nel corso di quasi 50 anni è provenuto dall'Europa occidentale, dagli Stati Uniti, dal Canada, ed almeno altrettanto dal Giappone. Tuttavia, è sempre più chiaro che la cardiomiopia ipertrofica è veramente una malattia globale. Viene diagnosticata in tutto il mondo, e una volta che ciascun paese ha risolto e stabilizzato le priorità di sanità pubblica più pressanti, vediamo nascere un interesse crescente per le malattie genetiche del cuore, e soprattutto per la cardiomiopia ipertrofica. Hai fatto l'esempio della Cina, ed è un ottimo esempio. I cinesi si stanno muovendo così in fretta nell'ambito delle malattie cardiovascolari, che sicuramente giocheranno un ruolo preminente in questo settore in un futuro non lontano. Dopo tutto, ci sono più pazienti con cardiomiopia ipertrofica in Cina che in qualunque altro paese: la stima è di ben oltre il milione.

Chi vincerà le elezioni presidenziali americane nel 2008?

Il candidato del Partito Democratico vincerà, quasi sicuramente. Non è ancora chiaro chi sarà, ma a questo punto non scommetterei contro i Clinton. Al contrario degli ultimi due candidati Democratici, loro sanno come fare a vincere.

IL DIPARTIMENTO

di Giovanni Gregorio

Non c'è niente di più difficile e pericoloso che introdurre un nuovo ordine di cose, poiché il cambiamento ha per fieri nemici tutti coloro che si trovano bene nelle vecchie condizioni e solo tiepidi difensori tra quelli che si troveranno meglio nelle nuove

NICCOLÒ MACHIAVELLI

Definizione. Il Dipartimento è costituito da strutture aggregate per la specifica tipologia di attività, di organizzazione e di gestione. Le strutture che costituiscono il Dipartimento adottano regole comuni di comportamento assistenziale, di ricerca, etico, didattico, medico-legale, economico ed amministrativo, finalizzate alla efficienza, efficacia ed appropriatezza delle prestazioni. Esse perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo specifici ambiti di autonomia e responsabilità clinico-professionali, scientifiche e gestionali.



FIGURA 1 *Nascita dei Dipartimenti*

Si deve alla Rivoluzione Francese l'introduzione dei dipartimenti, con una legge del 22 dicembre 1789. Il loro numero esatto (all'epoca 83) e i loro confini furono fissati il 26 febbraio 1790 e la loro esistenza divenne effettiva il 4 marzo dello stesso anno.

Il dipartimento aveva una sua assemblea, che designava un presidente e un direttorio esecutivo permanente. I dipartimenti erano suddivisi in distretti, cantoni e comuni (communes).



FIGURA 2 *Giovanni Domenico Cassini*

(Perinaldo 8 giugno 1625 – Parigi 14 settembre 1712) fu astronomo, ingegnere e uomo di scienza. All'indomani della Rivoluzione Francese propose di organizzare la Repubblica in Dipartimenti in sostituzione delle vecchie province. Questa organizzazione mirava a rendere uniforme la struttura organizzativa della Francia, mantenendo una dimensione locale, ma eliminando le specificità che provenivano essenzialmente dai privilegi dell'aristocrazia locale

Escursus storico-legislativo. Il termine “*Dipartimento*” viene utilizzato per la prima volta per indicare una struttura organizzativa nel 1789, quando in piena Rivoluzione francese, con legge del 22 dicembre 1789, il territorio della repubblica veniva organizzato in 83 dipartimenti (Figura 1).

Tale assetto, proposto dall'italiano Gian Domenico Cassini (Figura 2), mirava a rendere uniforme la struttura organizzativa della Francia, conservando le autonomie locali, ma superando le specificità ed i privilegi dell'aristocrazia locale. All'epoca ed in quella realtà i Dipartimenti – *Départements* – rispondevano alla esigenza di assicurare le funzioni amministrative sul territorio in maniera omogenea e razionale.

Analogamente, in sanità, il Dipartimento risponde alla esigenza di omogeneità, di raccordo, coordinamento, ottimizzazione e completezza nella erogazione delle prestazioni. Il problema del governo delle attività sanitarie ha dominato il panorama legislativo per numerosi anni e nonostante una produzione normativa di rilievo ancora non si è raggiunto un assetto organizzativo uniforme e

CRONOGRAMMA NORMATIVO		
Anno	Provvedimento	Contenuto
1789	L. 22 Dicembre 1789	Nasce in Francia il "Dipartimento"
1968	L. 132	Criteri Organizzativi degli Enti Ospedalieri
1969	D.P.R. N°128	Introduzione del concetto di Dipartimento
1975	L. 148	Delega alle Regioni a promuovere il Dipartimento
1976	D.M. 8.11.1976	Indirizzi per l'attuazione dei Dipartimenti
1978	L. N°833	Previsione del modello Dipartimentale
1991	L. N°412	Previsione del modello delle Aree Funzionali Omogenee
1992	D.P.R. 27 marzo 1992	Previsione del Dipartimento di Emergenza
1992-3	D.Lvo 502/D.Lvo 517	Previsione del Dipartimento nelle A.O. di rilievo nazionale Cancellazione della organizzazione ospedaliera prevista dal DPR 128.1969
1999	D.Lvo 229	Previsione del Dipartimento come modello ordinario di gestione operativa

FIGURA 3 CRONOGRAMMA NORMATIVO

Dalla sua nascita nel 1789 come modello di razionalizzazione della organizzazione amministrativa il Dipartimento è diventato modello ordinario di gestione operativa sanitaria alla fine degli anni '90, dopo che una serie di provvedimenti ne avevano previsto la introduzione nella organizzazione sanitaria.

soddisfacente. Il primo riferimento ai Dipartimenti si ha con il DPR 128/69 che introduce la possibilità di individuare in ambito ospedaliero "strutture organizzative a tipo dipartimentale tra divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico". Tutta una serie di provvedimenti ha poi segnato la evoluzione legislativa, sintetizzata nella Figura 3, fino agli anni '90, quando con i D.Lvi 502 e 517 viene cancellata la organizzazione degli ospedali in divisioni, servizi e settori, prevista dal DPR 128/1969.

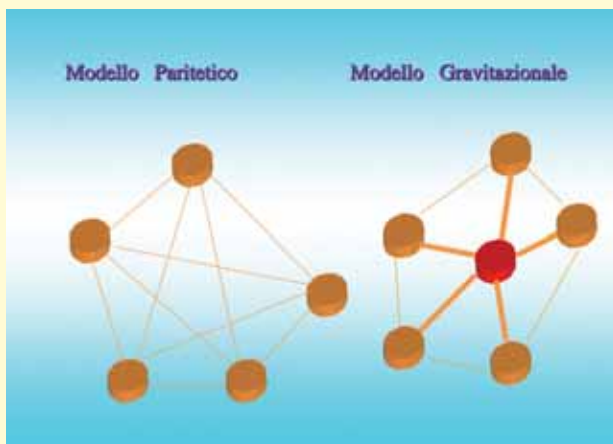


FIGURA 4 ARCHITETTURA DEL DIPARTIMENTO

La filosofia ispiratrice dell'architettura del Dipartimento risale a due modelli fondamentali. Il primo modello, **paritetico**, aggrega Strutture aventi tra di loro relazioni paritarie caratterizzate dalla conservazione dell'autonomia e dalla predominanza degli assetti gerarchici interni nel definire le politiche di azione. Il secondo modello, **gravitazionale** o **gerarchico** si basa su un centro di gravità unico che determina fini e politiche di azione comuni a tutto il sistema.

Il percorso si completa con il D.lvo 229/1999 che all'art. 17 bis espressamente sancisce che "L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie" e che "La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento".

Architettura del Dipartimento.

Si è soliti distinguere tra **Dipartimenti on staff**, con compiti di consulenza e di supporto tecnico-legislativo, e **Dipartimenti on line**, con compiti operativi e di erogatori di prestazioni, tipica funzione dei Dipartimenti Sanitari. La filosofia ispiratrice dell'architettura del Dipartimento fa riferimento a due modelli fondamentali (Figura 4).

Il primo modello, **paritetico**, aggrega Strutture aventi tra di loro relazioni paritarie caratterizzate dalla conservazione dell'autonomia e dalla predominanza degli assetti gerarchici interni nel definire le politiche di azione. Sul piano delle funzioni tutte le strutture aggregate nel Dipartimento svolgono, dal punto di vista della complessità, la medesima tipologia di prestazione.

Dal punto di vista dell'architettura istituzionale, in questo modello il Direttore del Dipartimento svolge essenzialmente compiti tecnico-funzionali di coordinamento, condividendo la responsabilità del governo con il Comitato di Dipartimento, che indica al Direttore Generale il candidato o una rosa di candidati per la Direzione del Dipartimento.

Il secondo modello, **gravitazionale** o **gerarchico**, si basa su un centro di gravità unico che determina fini e politiche di azione comuni a tutto il sistema. In tale modello una delle strutture può assolvere anche funzioni di riferimento per la complessità delle prestazioni erogate. Sul piano istituzionale il Direttore del Dipartimento ha compiti gerarchici nei confronti delle strutture del Dipartimento. Tale assetto si ispira al principio della responsabilità diretta del Direttore del Dipartimento nei confronti della Direzione strategica dell'Azienda. In questo caso il Direttore Generale nomina direttamente il Direttore del



FIGURA 5 INDIVIDUAZIONE DEI DIPARTIMENTI

La previsione del Dipartimento nella organizzazione dell'Azienda Sanitaria, ancorché sancita da una serie di provvedimenti legislativi e/o normativi, nazionali e regionali, trova il suo punto di partenza nell'adozione dell'Atto Aziendale.

Dipartimento ed il Comitato ha solo funzioni di ratifica della Nomina.

Tra i due modelli di riferimento esiste tutta una gamma di modulazioni intermedie che delineano una grande varietà organizzativa.

La articolazione del Dipartimento può essere più o meno complessa a seconda del modello adottato e realizzato in funzione del numero delle Strutture Complesse, delle Strutture Semplici, degli Incarichi di Alta Specialità a valenza strategica per l'Azienda, dalla presenza o meno di Gruppi Operativi Interdipartimentali Permanenti o Temporanei.

Assai variabile è poi l'assetto organizzativo-gestionale del Dipartimento: si passa da situazioni nelle quali il Dipartimento utilizza di fatto le stesse strutture igienico-sanitarie ed amministrative della Azienda, a condizioni nelle quali sono individuate Strutture amministrative e igienico-sanitarie dedicate in parte o in maniera esclusiva al Dipartimento.

Tipologia del Dipartimento

Il Dipartimento può essere:

Strutturale: è il Dipartimento in cui le strutture aggregate possono essere aggregate sia "fisicamente", realizzando continuità e/o contiguità di spazi e di attrezzature, sia dall'essere strutture operanti nella medesima area omogenea. Tale modello di Dipartimento configura il tipico Dipartimento **verticale**.

Funzionale: è il Dipartimento caratterizzato dalla condivisione ed integrazione di competenze specialistiche, finalizzato a consentire una specifica funzione di attività correlate. Nel dipartimento funzionale possono confluire anche strutture appartenenti a Dipartimenti diversi ma che sono collegate dalla complementarità della funzione da svolgere. Tale assetto è proprio del Dipartimento **orizzontale**.

Transmurale: è il Dipartimento che ricomprende attività e funzioni che si svolgono in strutture diverse. Tipici Dipartimenti transmuralesono i Dipartimenti che aggregano Strutture collocate in presidi diversi, che possono essere ospedalieri ed extraospedalieri.

Ospedaliero: è il Dipartimento che aggrega solo strutture ospedaliere.

Extraospedaliero: è Il Dipartimento che aggrega strutture extraospedaliere.

Misto: è un Dipartimento costituito da strutture ospedaliere ed universitarie. Tale modello si ritrova negli ospedali che ospitano strutture della Facoltà di Medicina.

Aziendale: è il Dipartimento che ricomprende Strutture ricadenti in un'unica Azienda

Interaziendale: è il Dipartimento che ricomprende Strutture ricadenti in più Aziende. Il Dipartimento Interaziendale può anche aggregare Dipartimenti di aziende diverse.

Compiti del Dipartimento. I compiti del Dipartimento possono essere i seguenti:

- Clinico-Assistenziali** (prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione, ricovero, day hospital, day service, day surgery, ambulatorio)
- Formazione ed aggiornamento**
- Didattica**
- Ricerca**
- Educazione ed informazione sanitaria.**

Individuazione dei Dipartimenti. La individuazione del Dipartimento nella organizzazione dell'Azienda Sanitaria, ancorché sancita da una serie di provvedimenti legislativi e/o normativi, nazionali e regionali, trova il suo punto di partenza nell'adozione dell'Atto Aziendale (Figura 5).

I criteri per l'aggregazione delle Strutture in Dipartimenti

Criterio	Esempio
Area Omogenea	D. Di Medicina
Specializzazione	D. Di Diagnostica per Immagini
Utenza	D. di Geratria, D. Materno-Infantile
Apparato	D. Del Cuore
Tipologia di Intervento	D. di Accettazione ed Emergenza; D. di Riabilitazione
Area Nosologica	D. Oncologico, D. Cardiologico
Intensità delle Cure	D. Area Critica, D. Riabilitazione
In ottemperanza a leggi	D. Salute Mentale, D. Prevenzione

FIGURA 6 CRITERI PER LA INDIVIDUAZIONE DEI DIPARTIMENTI
 I criteri per l'aggregazione delle Strutture in Dipartimenti sono diversi. Nella figura sono esemplificati alcuni criteri utilizzati per la individuazione dei Dipartimenti con i relativi esempi.

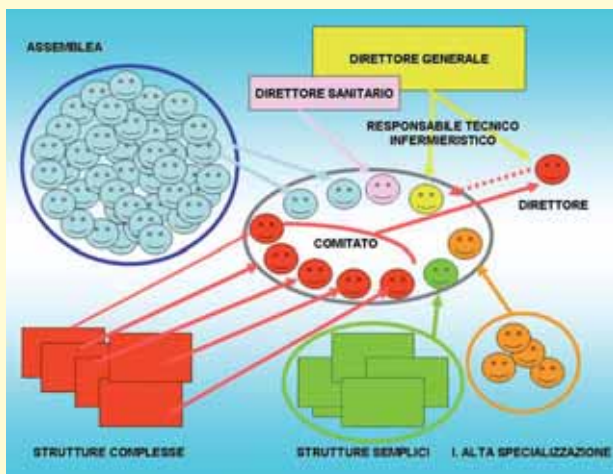


FIGURA 8 ORGANI DEL DIPARTIMENTO
 Gli organi del Dipartimento sono il Direttore, nominato dal Direttore Generale direttamente o su proposta del Comitato, il Comitato del Dipartimento composto dal Direttore del Dipartimento, dal Direttore Sanitario Aziendale o suo delegato, dai Direttori delle Strutture Complesse, da una rappresentanza dei dirigenti responsabili delle Strutture Semplici e dei Dirigenti titolari di incarico di Alta Specializzazione, da una componente elettiva, nominata dall'Assemblea del Dipartimento, costituita dal personale operante nel Dipartimento, e dal Responsabile del Personale Infermieristico e Tecnico operante nel Dipartimento, nominati dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Dipartimento.

sono diversi e sinteticamente riportati nella Figura 6. In termini semplicistici l'Atto Aziendale è lo Statuto o la Carta costituzionale dell'Azienda Sanitaria. Esso, adottato con provvedimento del Direttore Generale ed approvato dalla Giunta Regionale, detta le coordinate entro le quali si muove l'azione dell'Azienda. L'Atto Aziendale stabilisce il numero dei dipartimenti, la composizione e le linee di riferimento della architettura organizzativa oltre che fissare le coordinate per la elaborazione del

Pro	Contro
Determinazione della Direzione Aziendale	Concezione statica dell'organizzazione sanitaria
Cultura Manageriale	Miopia gestionale
Cultura Aziendale	Eccesso di Burocrazia
Coinvolgimento degli operatori	Scelte verticistiche
Corrette scelte Organizzative e Modello Dipartimentale Credibile	Scelta e modello organizzativo non credibile
Rispetto delle Autonomie	Timore di limitazione di Autonomia
Cultura del lavoro di Equipe	Individualismo Esasperato

FIGURA 7 FATTORI FAVORENTI ED OSTACOLANTI LA ATTUAZIONE DEI DIPARTIMENTI
 Nella Figura sono indicati i principali fattori che possono favorire o ostacolare la attuazione dei Dipartimenti.

Regolamento del Dipartimento, che disciplina funzionamento ed attività. Numerosi sono i fattori – i più importanti dei quali sono indicati nella Figura 7 – in grado di favorire o ostacolare la individuazione ed il decollo dei Dipartimenti.

Il Regolamento del Dipartimento. Il Regolamento predisposto dal Direttore e/o dal Comitato del Dipartimento sulla base delle indicazioni dell'Atto Aziendale ed approvato con delibera del Direttore Generale, oltre a definire competenze degli organi di governo del Dipartimento, costituiti di norma dal Direttore, dal Comitato e dall'Assemblea, fissa le regole della vita del Dipartimento.

Organi del Dipartimento. Sono organi del Dipartimento (Figura 8):

- il Direttore di Dipartimento;
- il Comitato di Dipartimento;
- l'Assemblea del Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento. Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale con atto deliberativo motivato fra i dirigenti con incarico di direzione delle Strutture Complesse aggregate nel Dipartimento stesso. Il Direttore del Dipartimento è vincolato all'Azienda da apposito contratto individuale.

Il Direttore del Dipartimento rimane in carica di norma tre anni e comunque non oltre i limiti previsti dall'articolo 15 ter del D.Lgs. 229/1999 ed è rinnovabile secondo quanto previsto dal Contratto individuale.

A seconda che il modello di riferimento del Dipartimento sia di tipo gerarchico o di tipo paritetico, al

Direttore del Dipartimento sono assegnati compiti di direzione gerarchica o compiti di raccordo tecnico-funzionale e/o di indirizzo. Il Direttore del Dipartimento partecipa al Collegio di Direzione Aziendale, presiede i Collegi per la verifica della dirigenza del Dipartimento e costituisce parte trattante per l'Azienda per tutte le problematiche di natura sindacale di competenza del Dipartimento. Le modalità di nomina del Direttore del Dipartimento sono stabilite dall'Atto Aziendale e dal Regolamento del Dipartimento. Nei Dipartimenti ad impronta gerarchica, in cui prevale il principio della responsabilità diretta, la nomina del Direttore del Dipartimento avviene per scelta diretta del Direttore Generale. In tal caso il Comitato di Dipartimento ha solo funzione di ratifica. Nei Dipartimenti ad impronta paritetica il Direttore Generale effettua la nomina sulla base delle indicazioni del Comitato di Dipartimento, che può selezionare una rosa o un solo candidato. Il Direttore del Dipartimento assicura il funzionamento del Dipartimento, attuando modelli organizzativi in linea con la programmazione aziendale, adottando tutti i provvedimenti necessari alla utilizzazione ottimale delle risorse ed alla corretta ed appropriata erogazione delle prestazioni.

Comitato del Dipartimento. È composto dal Direttore del Dipartimento, che lo presiede, dai Direttori delle Strutture Complesse aggregate nel Dipartimento, dai dirigenti o da una rappresentanza dei Dirigenti responsabili di Struttura Semplice o dei titolari di incarico di Alta Specialità, dal Direttore Sanitario dell'Azienda o suo delegato, dal Responsabile dipartimentale del personale infermieristico e tecnico-sanitario (ove previsto) e da una componente elettiva scelta dall'Assemblea del Dipartimento in numero e con le modalità stabilite dal Regolamento. Il Comitato si riunisce su convocazione del Direttore e svolge funzioni di governo o consultiva, a seconda del modello gerarchico o paritetico del Dipartimento.

Assemblea del Dipartimento. È costituita da tutto il personale operante nel Dipartimento, ed è convocata annualmente dal Direttore del Dipartimento per l'esposizione del programma del Dipartimento e per la verifica dei risultati raggiunti.

La Realtà. A fronte di una numerosa produzione normativa la realtà si presenta ancora oggi diversificata nelle varie regioni. Una fotografia abbastanza fedele è quella che emerge da una indagine svolta nel 2004 dall'ANAAO ASSOMED sullo Stato di Attuazione del Dipartimento gestionale e Collegi di Direzione. L'indagine ha coinvolto 244 Aziende su 340. Nel 66,39% delle Aziende sono stati

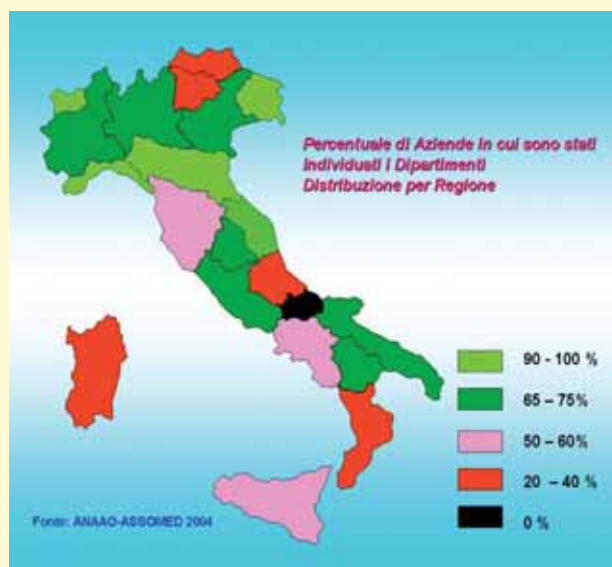


FIGURA 9 STATO DI ATTUAZIONE DEI DIPARTIMENTI IN ITALIA
Secondo una indagine dell'ANAAO-ASSOMED nel 2004 i Dipartimenti erano stati individuati nel 66,39 % delle Aziende Sanitarie con ampie oscillazioni tra le diverse regioni – dallo 0 % del Molise al 100% del Veneto, della Val d'Aosta, della Emilia Romagna, della Lombardia e delle Marche.

individuati i Dipartimenti, con ampie oscillazioni tra le diverse regioni – dallo 0% del Molise al 100% del Veneto, della Val d'Aosta, della Emilia Romagna, della Lombardia e delle Marche (Figura 9).

Solo nel 49,9% dei casi i Dipartimenti sono stati individuati e/o attuati nel rispetto delle leggi vigenti. Come risulta dalla Figura 10 la situazione è ancora lontana dall'aver raggiunto l'equilibrio ed il modello dipartimentale oggi, dopo oltre mezzo secolo dalla sua introduzione, è ben lontano dall'essere il modello ordinario di gestione operativa.



FIGURA 10 I "NUMERI" DEI DIPARTIMENTI
Nella Figura sono riassunti i principali indicatori negativi emersi nell'indagine svolta nel 2004 dall'ANAAO ASSOMED sullo Stato di Attuazione del Dipartimento gestionale e Collegi di Direzione in Italia.

SALVATE LE UTIC SPOKE

"Le UTIC il più importante progresso mai avvenuto nel trattamento dell'Infarto Miocardico Acuto"
(E. Braunwald)

di M. Filice, F. Bovenzi, S. Berti, A. Comella, U. Conti, S. Di Marco, A. Genovesi Ebert, R. Gentilini, C. Giustarini

Sono passati 47 anni da quando Julian presentava la prima descrizione di una terapia intensiva cardiologica alla British Thoracic Society¹. Lo stesso, 2 anni dopo, apriva a Sidney la prima UTIC. Da allora la storia di questi reparti è stata una storia di grandi successi sul piano assistenziale e culturale.

Le UTIC hanno subito una costante evoluzione passando da unità di controllo del ritmo cardiaco (anni '60), al controllo dei fattori che aumentano l'area di necrosi (anni '70), a luoghi deputati al ripristino della perfusione miocardica (anni 80-90).

Ognuna di queste trasformazioni era accompagnata da una consistente riduzione della mortalità intraospedaliera per Infarto Miocardico Acuto².

EVOLUZIONE DELLE UTIC

Anni '60 Unità antiaritmiche: monitoraggio ECG, defibrillazione, rianimazione cardio polmonare

Anni '70 Controllo dei fattori che aumentano l'area di necrosi (vasodilatatori, β -bloccanti, monitoraggio emodinamico, IABP)

Anni '80 Trombolisi

Anni '90 Angioplastica primaria

Oggi, in un clima di forte entusiasmo per il trattamento meccanico dell'Infarto Miocardico Acuto, si sta facendo strada una corrente di pensiero, per il momento ancora un leggero brusio, che sostiene l'obsolescenza delle UTIC senza emodinamica.

L'affermarsi di un tale modo di pensare è carico di conseguenze perché:

- porta ad una estrema semplificazione il modello assistenziale delle Sindromi Coronariche Acute che viene ad essere identificato con l'erogazione di una unica procedura, sia pure di grande rilievo clinico;
- mette in serio pericolo la sopravvivenza di tutte le Unità Coronariche che non sono in grado di svolgere attività interventistica. Queste rappresentano il 65% del totale delle UTIC.
- La delegittimazione delle UTIC senza emodinamica può portare, per effetto domino, alla chiusura dei reparti di Cardiologia ed all'assorbimento delle loro funzioni nei reparti di Medicina Interna che già ricoverano il 40% delle SCA NSTEMI (registro Crusade) ed oltre l'80% dei casi di scompenso (studio EARISA).

Non vogliamo fare una difesa corporativa della Cardiologia ma, se le UTIC senza emodinamica hanno un senso nel percorso assistenziale del paziente cardiopatico, bisogna che l'ANMCO individui le motivazioni forti della loro esistenza e le espliciti prima di tutto ai suoi Associati ed al mondo medico e poi alle autorità regolatorie.

Negli ultimi anni sono intervenuti numerosi cambiamenti che hanno portato ad un vero e proprio terremoto nell'organizzazione dell'assistenza erogata ai pazienti cardiologici e non solo a questi, e mi riferisco a:

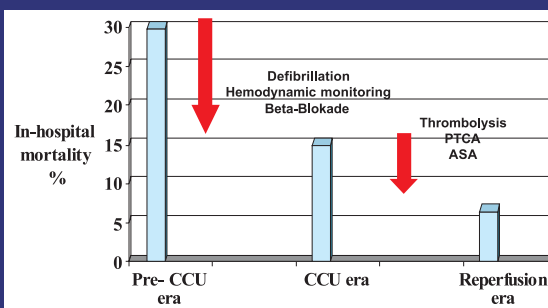
1. Invecchiamento della popolazione:

- 1.1. La popolazione dei nostri ospedali è sempre più anziana e con numerose comorbidità: diabete, scompenso cardiaco, insufficienza renale, persone sottoposte a procedure ripetute di rivascolarizzazione. Si tratta di pazienti a gestione complessa e che richiedono periodi di degenza prolungati.

2. Modifiche dei profili di salute³:

- 2.1. Riduzione dell'incidenza dell'infarto acuto ST sopraslivellato e progressivo aumento delle forme NSTEMI;
- 2.2. Aumento dell'incidenza di SCA in pazienti affetti da diabete mellito;
- 2.3. Incremento delle SCA con presentazioni atipiche.

Riduzione della mortalità correlata all'IMA



Modificata da Braunwald: Heart Disease 2005

3. Progressi tecnico-scientifici: implementazione dell'angioplastica primaria. Questa nuova pratica assistenziale ha come conseguenza:

3.1. La riduzione della mortalità per IMA;

3.2. Una consistente riduzione dei tempi di degenza per i pazienti con Infarto Miocardico Acuto;

3.3. La necessità di garantire uniformità di trattamento per tutti i pazienti, indipendentemente dal luogo di residenza.

Il variabile combinarsi dei fattori elencati sopra ha determinato una importante modifica del case mix nelle popolazioni delle nostre UTIC ed in particolare delle UTIC Spoke, ma non ha certo fatto venir meno i presupposti per la loro esistenza che, al contrario, ne escono irrobustiti e cercherò di dimostrarlo.

Più di un terzo dei pazienti con Infarto Miocardico Acuto non viene ricoverato in UTIC, cioè nella sede più appropriata di ricovero. Considerata la complessità dell'attuale sistema di cure dell'infarto, questo non può non avere conseguenze sulla prognosi.

Il British Medical Journal⁴ ha recentemente pubblicato i risultati di uno studio osservazionale relativo a 88.782 pazienti ricoverati degli anni 2004-2005 per Sindrome Coronarica Acuta negli ospedali inglesi o del Galles.

Table 1 90 day all cause mortality for patients admitted under cardiologists and non-cardiologists and in interventional and non-interventional hospitals (n=76 376). Values are numbers (percentages) unless stated otherwise

	Interventional hospitals			Non-interventional hospitals		
	Cardiologist	Non-cardiologist	Risk ratio*	Cardiologist	Non-cardiologist	Risk ratio*
Age (years):						
<55	26/1498 (1.7)	14/789 (1.8)	0.98	68/3521 (1.9)	122/5511 (2.2)	0.87
55 to 64	63/1673 (3.8)	46/1086 (4.2)	0.89	165/4290 (3.8)	355/7406 (4.8)	0.80
65 to 74	162/1978 (8.2)	189/1607 (11.8)	0.70	535/5446 (9.8)	1175/10360 (11.3)	0.87
75 to 84	289/1789 (16.2)	431/2065 (20.9)	0.77	912/4812 (19.0)	2986/13094 (22.8)	0.83
≥85	145/480 (30.2)	385/1079 (35.7)	0.85	461/1498 (30.8)	2068/5971 (34.6)	0.89
Age missing	1/13 (7.7)	1/3 (33.3)	0.23	15/75 (20.0)	67/332 (20.2)	0.99
ST elevation infarction	370/4162 (8.9)	271/1829 (14.8)	0.60	967/9342 (10.4)	1903/14481 (13.1)	0.79
Non-ST elevation infarction	316/3269 (9.7)	795/4800 (16.6)	0.59	1189/10300 (11.5)	4870/28193 (17.3)	0.67
Total	686/7431 (9.2)	1066/6629 (16.1)	0.57	2156/19642 (11.0)	6773/42674 (15.9)	0.69
Inter-hospital: median (IQR)	9.2 (6.6 to 12.3)	14.0 (8.4 to 22.7)		10.0 (6.7 to 14.3)	14.3 (10.5 to 18.2)	

IQR=interquartile range.

*Unadjusted risk ratios for 90 day all cause mortality in patients admitted under cardiologists relative to non-cardiologists.

Tutte le cause di mortalità erano più basse per i pazienti ammessi in reparti a conduzione cardiologica, sia per gli infarti con ST sopraslivellato che per le forme senza sopraslivellamento del tratto ST.

Giuseppe Di Pasquale, in un articolo recentemente apparso su *Cardiologia negli Ospedali*⁵, riporta un'esperienza di segno analogo relativa ad una casistica di 9.000 persone ricoverate in 11 ospedali romani nel periodo 1997-2000. Il 54% dei pazienti si ricoveravano in UTIC mentre il 46% finiva in altri reparti, nonostante fossero persone più anziane e con maggiori comorbidità, cioè con un profilo di rischio più alto. Questi ultimi hanno presentato una mortalità a 30 giorni del 25% più del doppio della mortalità dei pazienti della terapia intensiva.

Poiché nessuno oggi mette in dubbio che l'UTIC rappresenti la sede più appropriata di ricovero del paziente infartuato, è evidente che il ricovero in reparti diversi è condizionato esclusivamente dalla disponibilità di posti letto.

Sulla base di questi dati non mi sembra che, in Italia, ci siano dei posti letto UTIC da dismettere.

Indicazioni alla rivascolarizzazione meccanica: L'obiettivo terapeutico nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta è quello di riperfondere il miocardio in tempi rapidi e, tra le due strategie di riperfusione, l'angioplastica primaria rappresenta il trattamento più efficace a condizione che venga eseguita con criteri di qualità pari a quelli degli studi randomizzati.

Poiché tutti i cittadini hanno il diritto di ricevere le cure che le conoscenze del momento indicano come migliori, indipendentemente dal luogo di residenza, il ruolo dei laboratori di emodinamica diventa centrale nel trattamento di questi pazienti. Purtroppo però solo il 35%, delle 403 UTIC presenti sul territorio nazionale, è in grado di erogare una prestazione di cardiologia interventista e non è proponibile un modello organizzativo che preveda un laboratorio adeguatamente attrezzato in ogni UTIC.

Questo modello è insostenibile non tanto per motivi economici quanto di appropriatezza e di qualità delle cure, come ci spiega, in maniera magistrale, Giuseppe Steffenino⁶.

La risposta corretta viene da un documento federativo **“Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia”**⁷. Nel documento della FIC si afferma che le UTIC sono:

- la sede unica ed appropriata per la cura e la gestione delle sindromi coronariche acute e di tutte le emergenze cardiologiche;
- il nodo fondamentale di una rete per la gestione dell'Emergenza-Urgenza cardiologica di cui fanno parte anche il 118 ed i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza.

L'accessibilità ad un trattamento invasivo deve essere garantita a tutti i pazienti, sia quelli afferenti ad un ospedale con un centro cardiologico con laboratorio di emodinamica attivo sulle 24 h (centri Hub), come quelli afferenti ad un centro che ne sia privo (centri Spoke). Di conseguenza sorge la necessità di creare una rete tra ospedali a diversa dotazione strumentale. Il documento succitato ufficializza la nuova filosofia della rete Hub e Spoke, introduce un modo nuovo, moderno ed efficace nella gestione del cardiopatico acuto ed assicura uniformità di trattamento a tutta la popolazione.

In questo modello il paziente è al centro del percorso assistenziale, i ruoli di tutti gli attori sono ben distinti e complementari, si danno forza e si legittimano vicendevolmente. Non può esistere l'uno senza l'altro; l'UTIC Spoke non è un semplice fornitore d'opera ma invia il paziente alle UTIC Hub, per l'esecuzione di una procedura per poi riprenderlo in carico per il controllo della fase post acuta, per la stratificazione prognostica, per il follow-up.

Due problemi sono centrali nel modello organizzativo Hub and Spoke:

- La sicurezza del trasporto: sono ormai numerose le evidenze della letteratura internazionale e nazionale in merito (Wermeer e coll.⁸, PRAGUE⁹, DANAMI - 2¹⁰, AIR – PAMI¹¹, PRAGUE – 2¹², Margheri e coll.¹³, Vendrametto e coll.¹⁴, I Musso e coll.¹⁵);
- La tempestività nel trattamento: questa richiede automatismi di collaborazione efficienti e strutturali tra la UTIC, il DEA, il sistema 118, anche ricorrendo a servizi di telemedicina.

L'attenzione della gran parte dei Cardiologi e dei decisori pubblici oggi è concentrata sulla popolazione di pazienti con infarto miocardico ST sopraslivellato. Ma quanti sono i pazienti? Dai numeri del ministero della salute, relativi all'anno 2002, l'incidenza di infarto acuto del miocardio sul territorio nazionale, è stato di 111.298 (pari a 1.900 casi per milione di abitanti). Dall'analisi delle SDO della Regione Lombardia abbiamo 1.400 infarti per 1.000.000 di abitanti.

Ai fini dello svolgimento del nostro ragionamento un dato epidemiologico di grande interesse è quello relativo al numero di infarti STEMI osservati entro 12 ore dall'esordio dei sintomi quindi con indicazione al trattamento riperfusivo immediato. Nei più recenti registri italiani (BLITZ, VENERE, GESTIMA) questi ammontano a 600-800 pazienti/milione di abitanti/anno. Se consideriamo una UTIC con 4-6 posti letto, gli infarti ST sopra rappresenterebbero non più del 30-40% del totale di ricoveri annui.

La restante quota dei casi di infarto ha indicazione al ricovero in UTIC ma non al trattamento riperfusivo immediato; è sufficiente che la coronarografia e l'eventuale PTCA sia eseguita nel giro di 48 ore.

Il numero di pazienti con IMA NSTEMI è superiore rispetto alle forme ST sopraslivellato ed il divario è destinato ad aumentare nel tempo.

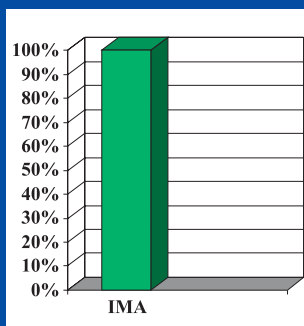
Le UTIC non rappresentano soltanto la sede di cura dell'Infarto Miocardico Acuto ma più in generale dei pazienti cardiologici acuti o critici, di particolare gravità ed impegno assistenziale.



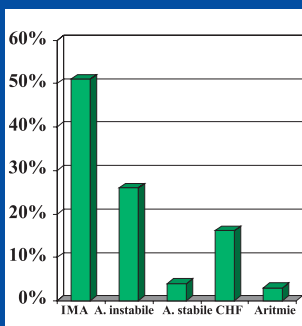
Sir Samuel Luke Fildes, *The Doctor*, 1891

Evoluzione della casistica delle UTIC

Motivo del ricovero in UTIC negli anni 60



Motivo del ricovero in UTIC negli anni 90 (EARISA)



Con una evoluzione culturale condivisa sia dalla comunità cardiologica che dalle autorità sanitarie, l'acronimo UTIC non indica più "Unità di Terapia Intensiva Coronarica" ma "Unità di Terapia Intensiva Cardiologica", non è più il luogo dove accogliere esclusivamente l'IMA, come avveniva negli anni '60, ma vi si ricoverano anche pazienti con aritmie maggiori, tamponamento cardiaco, embolie polmonari con compromissione emodinamica severa, ecc.

Una considerazione privilegiata merita lo scompenso cardiaco che oggi viene ricoverato prevalentemente nei reparti di Medicina Interna ma che, sia per la stratificazione del rischio che per le grandi innovazioni terapeutiche, potrebbe giovare di un ricovero in UTIC.

Questo consentirebbe una gestione più aggressiva

dal punto di vista diagnostico, terapeutico e del counseling infermieristico con benefici indubbi, sulla prognosi, sulla qualità della vita e sulla durata di degenza ospedaliera.

Motivi a sostegno della piena legittimità delle UTIC Spoke ce ne sono a sufficienza. Ma occorre aggiungere che le UTIC si devono adeguare pienamente al nuovo ruolo dettato dal mutare del quadro di riferimento. La diffusione dell'angiografia e delle procedure interventistiche coronariche ha indubbiamente creato un paziente a minore gravità, migliorato la stratificazione del rischio e ridotto la necessità di periodi prolungati di ricovero ma non ha modificato certo il trend attuale che vede



Manuel Jemenez Prieto, *Visita all'ospedale, 1897*

pazienti sempre più anziani con numerose comorbidità quali l'insufficienza respiratoria, il diabete mellito, insufficienza renale, interessamento polidistrettuale della malattia vascolare. I medici delle UTIC devono avere piena consapevolezza che l'esecuzione di una procedura di rivascolarizzazione è solo un momento, sia pure di elevata complessità tecnologica, dell'iter diagnostico terapeutico. I cardiologi intensivisti "...are impelled to establish a long term treatment policy for their patients rather than take care of only the patient's immediate and urgent problem"¹⁶.

Al medico della UTIC sono oggi richieste competenze nuove. Deve essere in grado di interagire con le varie componenti della rete attraverso la conoscenza dei protocolli operativi, dei livelli di coordinamento; deve selezionare i pazienti per i quali è necessario proseguire con la coronarografia e la rivascolarizzazione, dev'essere in grado di affrontare tanti problemi nuovi come quelli legati alle complicanze della procedura (sanguinamento, complicanze in corrispondenza della breccia arteriosa, nefropatia da mezzo di contrasto). La parte più corposa delle nuove competenze richieste al medico UTIC derivano però dalle caratteristiche del paziente: si richiede una buona conoscenza della diabetologia, familiarità con le procedure di ventilazione meccanica non invasiva, confidenza con le procedure di rimozione depurativa (CVWH), conoscenze tecniche ed abilità manuale nel supporto di circolo.

In conclusione, le UTIC Spoke rappresentano uno snodo indispensabile nel percorso assistenziale del paziente con Sindrome Coronarica Acuta. La creazione di un network tra ospedali di riferimento, ospedale di comunità, DEA, sistema del 118 garantisce l'equità di accesso alle procedure invasive, dove ce ne sia l'indicazione. Il ridimensionamento della rete delle UTIC darebbe spazio al concetto perverso che il trattamento dell'infarto miocardico si realizza con una unica procedura, sia pure "high tech". Thomas Aversano¹⁷ in una lettera pubblicata sull'*Italian Heart Journal* afferma "the biggest mistake in primary PTCA care is the focus on the cath lab. Primary PTCA is not a procedure that occurs in the cardiac cath lab: it is a strategy of care that begins in the emergency room, and also involves the cath lab and the coronary care unit".

Il ridimensionamento della rete delle UTIC significherebbe la perdita di un grande patrimonio assistenziale e culturale della Cardiologia italiana. A farne le spese sarebbe l'intera Cardiologia, ma ancora di più il cittadino-paziente. La comunità cardiologica non può accettare una **diminutio** della sua articolazione organizzativa ma, considerando la sempre crescente complessità della nostra disciplina, deve puntare verso un modello che preveda la costruzione di Dipartimenti Cardiovascolari. Questi sono necessari per il peso epidemiologico espresso dalla patologia in argomento, per la necessità di continui aggiornamenti e di competenze specifiche, per l'utilizzo di tecnologie complesse e dedicate, per la necessità di percorsi assistenziali esaustivi ed appropriati, per mantenere l'unitarietà della Cardiologia come disciplina che ha in sé una elevata competenza.

¹ Julian DG. The history of coronary care unit. *Br Heart J* 1987; 57: 497-502.

² Braunwald: Heart Disease 2005 6th edition.

³ Steg PG et al Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *Am J of Cardiol.* 2002; 90: 358-63.

⁴ Birkhead J. et al, on behalf of the National Audit of Myocardial Infarction Project (MINAP) Steering Group. Impact of specialty of admitting physician and type of hospital on care and outcome for myocardial infarction in England and Wales during 2004-5: observational study. *BMJ*, Jun 2006; 332: 1306-1311.

⁵ Di Pasquale G. *Cardiologia negli Ospedali* 2006; n° 152-153: pagg. 91-93.

⁶ Steffenino G. U. Hub, spoke e sindromi coronariche acute. *Giornale Italiano di Cardiologia* 2006. Vol 7 (n° 9): pagg 631-634.

⁷ "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" *Ital. Heart Journal (suppl)* 2003; 4 (11): 881-891

⁸ Prospective randomized comparison between thrombolysis, rescue PTCA, and primary PTCA in patients with extensive myocardial infarction admitted to a hospital without PTCA facilities: a safety and feasibility study. *Heart* 1999; 82: 426-31.

⁹ Widimsky P. e coll. Multicenter randomized trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. *The PRAGUE study. Eur Heart J.*

2000; 21: 823-31.

¹⁰ Andersen HR. e coll for the DANAMI – 2 investigators. A comparison of coronary angioplasty with fibrinolytic therapy in acute myocardial infarction. *N Engl. J Med* 2003; 349: 733-42.

¹¹ Grines CL et al for the AIR – PAMI study group. A randomized trial of transfer for primary angioplasty vs on-site thrombolysis in patients with high-risk myocardial infarction: the Air-Primary Angioplasty in Myocardial Infarction study. *J Am Coll. Cardiol.* 2002; 39: 1713-9.

¹² Widimsky P. e coll. For the PRAGUE – 2 study group investigators. Multicenter randomized trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. *The PRAGUE study. Eur Heart J.* 2000; 21: 823-31.

¹³ Margheri e coll. Transferring patients for direct coronary angioplasty: a retrospective analysis of 135 unselected patients with acute myocardial infarction. *Ital Heart j* 2001; 2: 921-26.

¹⁴ Vendrametto F. e coll. Angioplastica coronarica ed immediato rivasferimento all'ospedale di provenienza nei pazienti con sindrome coronarica acuta. *La nostra esperienza. G. Ital Cardiol.* 2006; 7: 281-6.

¹⁵ Musso P e coll. Trasferimento da spoke a hub di pazienti con sindrome coronarica acuta. *G. Ital Cardiol.* 2006; 7(9): 626-630.

¹⁶ Yonathan Hasin et al Recommendations for the structure, organization and operation of intensive care unit. *Eur Heart J* 2005; 16: 1676-1682

¹⁷ Casella G. Trasporto interospedaliero per angioplastica primaria nei pazienti con infarto miocardico acuto: non è una semplice corsa in taxi! *Ital Heart J suppl* 2003; 4(6): 502-509.

NEL CUORE E NELLA EMOZIONALITÀ LE RISORSE DELL'UOMO POSTMODERNO

di Loredana Giannicola

L'uomo è dove è il suo cuore non dove è il suo corpo

GHANDI

Nell'era del postmoderno, in una realtà sociale in cui tutto appare essere realizzabile grazie ai progressi della tecnologia, l'uomo vive il suo momento di grande solitudine oppresso da una matrice razionale che lo imbriglia all'interno della tecnica e lo priva di quella dimensione emozionale che costituisce la forza di tutta l'esistenza. Il cuore considerato nel passato il luogo dove si annidavano le sensazioni istintive, riappare nel pensiero contemporaneo come lo scrigno prezioso di quegli slanci emotivi che rendono l'uomo migliore e lo guidano a dare forma alle personali aspirazioni. Il cuore come sinonimo di creatività, di pensiero immaginativo, di tensione verso il nuovo e l'inedito, come forma di conoscenza alternativa ad una società dominata dal delirio della tecnica, si configura oggi più che nel passato quale risorsa strategica per costruire un mondo in cui non il dato economico o la prestazione lavorativa rappresentano il target di valutazione del soggetto, ma l'esistenza vissuta all'insegna dell'autentica ricerca del bene. La rinascita dell'uomo del XXI secolo, ha la sua sede nel cuore di ciascun essere umano – come scrive Maria Zambiano, una delle più interessanti filosofe del "900". L'immagine del cuore contemporaneo è quella di un cuore che ha bisogno di ritrovarsi nella confessione e di esprimersi nella compassione. Nello scenario della complessità, dinanzi alle emergenze educative e sociali sorte sulla debolezza della razionalità occidentale, si delinea il bisogno di ristabilire un saggio equilibrio tra cuore e ragione per ridare un senso anche alle utopistiche proiezioni di una possibile pace globale, costruita non sulla linearità della ragione illuministica ma sui battiti di un cuore che si apre alla speranza dell'avvenire ed all'urgenza di garantire un futuro sostenibile alle giovani generazioni.



Nel corso dei secoli la razionalità occidentale, dimenticando che la radice dell'affettività e della tensione umana verso la conoscenza, la scoperta e l'approdo ad orizzonti sconosciuti si genera all'interno del cuore, ha finito per ridurre l'uomo alla sua dimensione biologica esaltando la tecnica fino a farla divenire infrastruttura e senso dell'esistenza. Eppure, è proprio nell'era della massima esaltazione della scienza, del delirio di onnipotenza della biotecnologia che il divorzio tra mente e affetti, tra logos e patos avviato, sin dalle origini del mondo occidentale, nella Grecia antica, tenta di ricomporsi in un'armonica sinfonia che trova nell'uomo postmoderno il bisogno di considerare la centralità delle emozioni e del cuore nella totalità dell'esistenza umana. Il soggetto postmoderno accoglie nella dialettica del suo divenire la vitalità del cuore e l'emozionalità della ragione disponendoli come i motori del suo processo formativo. L'elemento biologico si riappropria della voce del cuore ponendola al centro della progettualità esistenziale, reclamando un ruolo alla stessa idea di felicità come obiettivo vitale della crescita e della autoaffermazione che nasce nell'interiorità e nel profondo dell'animo umano e si espande all'esterno fino a coinvolgere il soggetto e la comunità in una dimensione di benessere profondo. Il cuore ritrova così la sua dimensione di centralità che porta a riconsiderare il carattere razionale e cognitivo degli stati affettivi ed emozionali. U. Galimberti, parlando del rapporto tra cuore ed anima, paragona il cuore al mare poiché "nel cuore c'è quella voglia di terre non ancora scoperte che solo il mare può concedere". Il parallelismo tra il cuore e il mare non è improprio poiché è proprio nella vitalità del mare, nelle sue improvvise intemperanze, nella pacata quiete del suo eterno fluttuare che l'uomo trova la bellezza di ciò che è sconosciuto, inesplorato, misterioso e si incanta innanzi all'estetica del mondo. Ecco perché è ormai opinione condivisa che non la razionalità illuministica può aiutare l'uomo del XXI secolo a ritrovare il senso ed il mistero della propria esistenza, ma l'intelligenza del cuore.

Non è certo un caso che la riflessione sulla nuova visione di cittadinanza planetaria, condivisa da studiosi di diversi orientamenti passa attraverso un sentimento cosmico di appartenenza che nasce e si genera nelle radici del cuore. In essa è racchiusa la persona nella sua interezza. Il cuore è lo spazio metafisico del sentimento, il pudico movimento interiore verso l'alterità, che sa riconoscere in modo autentico, la parte più esposta e vulnerabile dell'uomo: il volto.

ERRORI MEDICI E CATTIVA INFORMAZIONE

Il rischio clinico e la sua gestione: efficienza ed etica dei sistemi sanitari. Tra scarse consapevolezze, inadeguatezze culturali e scorrette comunicazioni

di Gianluigi Rellini

Pochi mesi fa i media nazionali hanno riportato con grande rilievo i dati emersi da un convegno scientifico sui danni causati dagli errori medici (1). A stretto giro sono seguiti commenti e reazioni da parte del mondo sanitario, per lo più critici nei confronti degli allarmanti dati riportati, ma spesso con uno sgradevole e sospetto atteggiamento "difensivista". Non è questo il modo di affrontare, e di comunicare, un problema che pure esiste: l'errore è una componente ineliminabile della condizione e quindi dell'agire umano; compito della struttura è costruire una rete di protezione (formativa, logistica, informativa, organizzativa) che impedisca o comunque ostacoli il compiersi dell'errore, ed eventualmente ne limiti le conseguenze.

Altre strutture complesse si sono dotate di efficaci sistemi di prevenzione dell'errore. È il caso dell'aviazione civile che, sia in Europa che negli USA, ha puntato principalmente, e con ottimi risultati, sulla estensiva spontanea segnalazione non solo degli errori, ma anche delle situazioni fonte di possibile errore, o degli errori "sfiorati", evitati per poco (near miss errors). Le organizzazioni sanitarie, pur consapevoli dell'importanza del problema, sono per lo più lontane da un efficace approccio olistico.

I fatti

In letteratura abbondano stime, commenti e classificazioni tipologiche degli errori, ma sono molto scarsi i dati riportati, e quasi tutti provenienti dal mondo anglosassone. L'ampio rapporto sul Risk Management (RM) divulgato nel 2004 dal Ministero della Salute (2) segnala come bibliografia essenziale appena 5 lavori (3,4,5,6,7) uno dei quali in realtà (il citatissimo *To Err Is Human*) non riporta dati originali ma, prendendo spunto da quelli esistenti si dedica principalmente a suggerire linee strategiche per la prevenzione degli errori. In Italia in particolare non esiste uno studio che organicamente abbia analizzato l'incidenza del rischio clinico, né la frequenza degli eventi avversi attribuibili ad errore medico.

Ne consegue che le "cifre" pubblicate con grande rilievo (90 morti al giorno dovuti ad errori medici, ecc.) sono solo estrapolazioni e proiezioni nella nostra realtà sanitaria di dati raccolti altrove, ed in altri tempi: la serie forse più ampia e documentata riportata in letteratura (3) riguarda 30.195 ricoveri eseguiti nello stato di New York nel 1984. In questa serie la categoria più frequente di eventi avversi è riferita alla terapia farmacologica, sulla quale allora pesavano molto gli errori legati a grafia poco comprensibile delle ricette. Evidentemente, col progredire dell'informatizzazione, questa tipologia di errore già adesso trova molto meno spazio, ed in prospettiva è destinata a scomparire.

Perché pochi dati? È ragionevole pensare a 2 fondamentali motivi:

1. Raccogliere dati sugli eventi avversi in campo medico è difficile. L'approccio amministrativo (es. analisi delle SDO) è grossolano, e può essere utile solo in casi limite (es. percentuali particolarmente elevate di infezioni post-operatorie, o di lesioni da decubito). Un approccio più dettagliato richiede strumenti più analitici, spesso non disponibili: dalle cartelle dei tanti reparti ospedalieri in cui non viene tenuto un diario clinico diventa molto difficile la documentazione di un evento avverso "minore" e quindi non riportato nella SDO; ancor più difficile l'attribuzione di un evento avverso ad errore o negligenza.

2. Raccogliere affidabili dati sugli eventi avversi è costoso. Servono elevate professionalità e competenze, per tempi non brevi. L'industria (farmaci, presidi medicali) chiaramente non ha alcun interesse. Restano i Governi Nazionali (ma finora solo Australia e Nuova Zelanda hanno dedicato risorse in grado di fornire dati significativi) ed il sistema assicurativo, che è stato il primo a finanziare indagini sul rischio clinico e tuttora è fortemente interessato. Con una inevitabile propensione all'enfasi, sia della frequenza degli eventi avversi, che di quelli attribuibili ad errore o negligenza.

Le criticità

Da un'analisi anche sommaria della letteratura emerge con chiarezza il problema della mancanza di un linguaggio comune. Non ci sono definizioni condivise di termini quali "evento avverso" o "evento avverso da farmaci" o "errore o negligenza". Ne consegue ad esempio che reazioni da farmaci indesiderate, ma note e prevenibili, quali diarrea da antibiotici o aplasia midollare da chemioterapici, per alcuni vengono considerate eventi avversi, per altri no.

La confusione non si limita a questo, ma arriva a sovrapporre e confondere situazioni ben differenti, fino ad arrivare all'espressione, illogica ed inaccettabile, di "errori evitabili". Che evidentemente prevede la categoria ossimorica di "errori inevitabili": se inevitabili, che senso ha chiamarli errori?

Altro elemento critico è costituito dalla diffusa scarsa propensione dei professionisti sanitari a comunicare eventi avversi rife-

ribili anche solo in ipotesi ad errore o negligenza. Ciò deriva dall'impostazione culturale tuttora predominante che colpevolizza l'errore: chi sbaglia si sente colpevole, teme conseguenze almeno professionali se non giudiziarie, e cerca di nascondere il proprio errore. Anche se i dati di letteratura negano un ruolo predominante della responsabilità personale nella genesi degli errori medici, la grande maggioranza dei quali (dal 70 al 90%) viene invece riferita a carenze della struttura (logistiche, organizzative, eccessivi carichi di lavoro, ecc.). Interessante sotto questo aspetto l'omogeneità dei dati derivanti da diverse osservazioni, ed in differenti realtà sanitarie, sulla frequenza di eventi avversi (alcuni dei quali molto probabilmente attribuibili ad errore) al variare del rapporto numerico infermieri/assistiti. Invariabilmente risulta che una riduzione del numero degli infermieri comporta un incremento degli eventi avversi.



Frank Lloyd Wright, The Solomon R. Guggenheim Museum

Le prospettive

Appare in primo luogo necessaria una radicale evoluzione culturale riguardante il concetto stesso di errore medico: da colpa a occasione di conoscenza (e soprattutto irrinunciabile passaggio per un'efficace prevenzione di possibili errori futuri, essendo dimostrato che in ogni specifica struttura vi sono tipologie ricorrenti di errori). Tale evoluzione consentirebbe all'errore, che ora si tende ad ignorare e nascondere, di essere valorizzato: riconosciuto, comunicato e condiviso, analizzato nel contesto in cui si è verificato. Ovviamente utilissima sarebbe un'evoluzione legislativa, auspicata dallo stesso Ministero della Salute (2), che abbandonasse l'attuale atteggiamento punitivo nei confronti dell'errore medico, alla stregua di quanto negli ultimi anni legiferato in Australia, Danimarca ed USA: in questi Paesi attualmente gli eventi avversi (inclusi gli errori o potenziali errori) oggetto di segnalazione sono ipso facto depenalizzati: i contenuti delle segnalazioni che giungono alle agenzie di RM, lì restano, e non possono essere utilizzati in procedimenti giudiziari.

Un ulteriore inevitabile passaggio riguarda i finanziamenti (ingenti) di cui necessitano le attività di RM, e che non possono che essere forniti dal Servizio Sanitario Nazionale. Questa soluzione non è utopica, ma ha (al di là delle valenze etiche e deontologiche) una sua razionalità contabile, tenuto conto dell'elevato costo per il SSN degli eventi avversi, valutato in 10 miliardi €/anno, vale a dire l'1% del PIL. Pur se si tratta di una stima, è difficile pensare che la cifra reale se ne discosti di uno o due ordini di grandezza: si tratta comunque di cifre consistenti, e la destinazione di risorse rilevanti alle attività di RM avrebbe quindi il significato, economicamente razionale, di un investimento finalizzato ad un successivo contenimento della spesa. Due brevi considerazioni finali. La prima: la Commissione Ministeriale che ha licenziato il già citato rapporto sul RM (2) non comprendeva clinici, pur presenti come consulenti. Ciò segna nei fatti una distanza tra il mondo sanitario e le tematiche del rischio clinico, distanza non comprensibile sotto il profilo professionale e deontologico e che comporta il rischio, se non la certezza, che ogni attività di RM rimanga burocraticamente e sterilmente scollegata dalla realtà clinica. Di questi temi dovremo riappropriarci: è nostro interesse, ma soprattutto nostro dovere.

La seconda: un'informazione ed una divulgazione imprecisa, o addirittura scorretta, è quanto di peggio si possa fare in questo campo, che coinvolge il delicato rapporto tra paziente e struttura sanitaria, tra paziente e singolo professionista. Dati eclatanti (anche se scientificamente inattendibili) diffusi dai media possono indurre alla sfiducia nella scienza e nell'organizzazione medica, alla ricerca di santoni e "medicine alternative", con risultati deleteri per la salute pubblica.

Bibliografia

1. Lo specialista oncologo: responsabilità e garanzie nell'esercizio della professione. Milano, 23 ottobre 2006. Istituto nazionale dei tumori, AIOM
2. Risk management in Sanità; il problema degli errori. Commissione tecnica sul rischio clinico - Ministero della Salute - Marzo 2004
3. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice study II. Leape et al.; New Engl J Med; 1991; 324(6): 370-84

4. To err is human: building a safer health system. Kohn et al; 1999; Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press, 1999
5. The quality in Australian health care study. Wilson et al.; Med J Aust; 1995; 163: 158-71
6. Adverse events in New Zealand public hospitals: principal findings from a national survey. Davis et al.; 2001; Ministry of health - New Zealand
7. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective records review. Vincent et al.; BMJ; 2001; 322: 517-19

REALTÀ ATTUALI E PROSPETTIVE FUTURE DELLA GESTIONE DEL DOLORE TORACICO ACUTO

Quando e perché è appropriata l'istituzione di una "Chest Pain Unit" in un Ospedale italiano

di P. Tanzi e F. Pelliccia

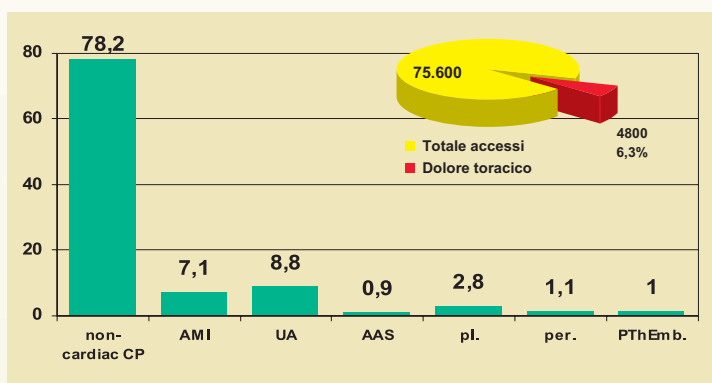
Il dolore toracico acuto: le dimensioni del problema, le possibili cause

Il dolore toracico (DT) è una delle più frequenti cause di accesso in Pronto Soccorso (PS). Le sindromi coronariche acute (SCA) costituiscono fino al 20-30% dei casi, ma non vanno sottovalutate le patologie non-coronariche potenzialmente letali, come la dissezione aortica e la tromboembolia polmonare.

Di seguito sono riportati i dati epidemiologici registrati nell'anno 2005 presso il DEA dell'Ospedale San Camillo di Roma: dei circa 75.600 accessi, 4.800 (6,3%) sono avvenuti per DT. Il grafico evidenzia che nella maggior parte dei casi (80%) si è trattato di dolore non cardiaco, mentre nel 16% dei casi è stata riscontrata un'etiologia coronarica (AMI= infarto acuto del miocardio, 7,1%. UA= Angina instabile, 8,8%). Da non trascurare le altre gravi patologie toraciche: pleuro-pericardite (3,9%), dissezione aortica 0,9%, tromboembolia polmonare (1%).

La valutazione iniziale: il "triage"

La prima valutazione del paziente con DT è affidata ad un "triage" infermieristico che attribuisce un differente codice cromatico di urgenza. Per convenzione, la presenza del DT impone l'attribuzione del codice giallo/rosso e l'esecuzione dell'ECG entro 10 minuti.



Criteri per la diagnosi differenziale e la stratificazione

Contrariamente al passato, oggi si tende ad anticipare definizione diagnostica e stratificazione del rischio alla prima osservazione in PS, in quanto è dimostrato che il livello del rischio costituisce una guida delle decisioni operative ed innesca percorsi accelerati nei casi più gravi.

Le informazioni desumibili dai dati clinici e strumentali possono essere integrate in criteri utili per valutare la probabilità che il 'dolore' sia di natura coronarica e contestualmente il rischio incombente di eventi maggiori.

Lo snodo principale del processo gestionale è quindi la valutazione della probabilità di cardiopatia ischemica, che però richiede grande esperienza e sensibilità, e la capacità di interpretare i dati strumentali iniziali (ECG e marcatori) alla luce dei dati anamnestici e del quadro clinico.

Questo aspetto è trascurato sia nelle linee guida sia nella pratica clinica, dove l'attenzione viene spesso focalizzata sulla lettura dell'ECG o sulla disponibilità dei valori di troponina. La stima della probabilità di cardiopatia ischemica dovrebbe invece rappresentare un perno attorno al quale condizionare qualsiasi scelta operativa in PS. Quando il paziente con DT acuto ha una storia di infarto miocardico, o di rivascolarizzazione miocardica, o se è diabetico o comunque ha una alta probabilità di aterosclerosi coronarica, non è prudente la dimissione, ma è sempre necessario attuare un iter diagnostico 'aggressivo' per escludere con certezza l'origine cardiaca del DT, ovvero altre gravi patologie toraciche.

Appena definita la probabilità di SCA è necessario identificare rapidamente i pazienti ad alto rischio di complicanze maggiori. Questa seconda stratificazione si realizza in modo efficace utilizzando "score" di rischio (TIMI Risk Score od altri).

Partendo dall'osservazione che le varie forme di SCA sono nettamente prevalenti rispetto alle altre patologie gravi, si può ipotizzare un algoritmo decisionale che preveda in primo luogo l'identificazione dei pazienti con Infarto Miocardico Acuto, in secondo la valutazione della probabilità di cardiopatia ischemica e il rischio di eventi acuti nei soggetti senza evidenza di necrosi miocardica e infine la ricerca delle altre patologie non coronariche che richiedono interventi di emergenza-urgenza.

È questo il caso dei pazienti a bassa probabilità di cardiopatia ischemica e senza segni ECG di ischemia, ma con compromissione emodinamica, o perdita di coscienza, o con dolore intenso e protratto, che devono essere valutati con estrema urgenza secondo protocolli accelerati che prevedono l'utilizzo di tecniche di indagine più sofisticate (TC, eco-transesofageo, scintigrafia polmonare, ecc.).



Jackson Pollock, Pali blu, 1953

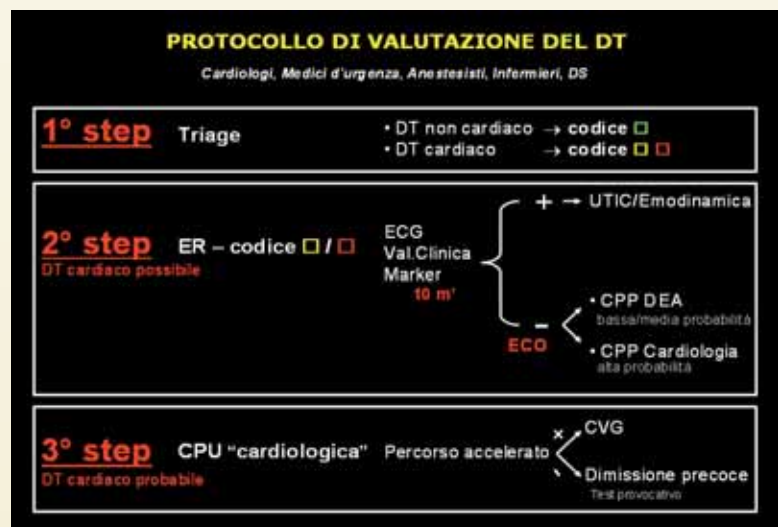
Il sottogruppo che ha una alta probabilità di cardiopatia ischemica (età, fattori di rischio o storia clinica), ma che però all'arrivo in ospedale presenta solo indici di 'basso rischio' di SCA è proprio quello con le maggiori difficoltà ai fini decisionali. Questi pazienti dovrebbero essere osservati in PS, o preferibilmente in un'unità dedicata al dolore toracico con monitoraggio ECG continuo e controllo seriato della curva enzimatica (almeno ogni 6 ore). Se l'osservazione di tali pazienti risulta normale a 12-24 ore, è indicato eseguire un test provocativo di ischemia con la possibilità di dimissione se negativo. Alternativamente, se il follow-up mostra alterazioni cliniche/strumentali indicative di ischemia, i pazienti devono essere trasferiti nel reparto più idoneo a proseguire l'iter diagnostico-terapeutico.

Per codificare e verificare i modelli gestionali stabiliti in ogni singola Istituzione, si sono introdotte le cosiddette "critical pathways" che elencano i parametri clinici e diagnostici da rilevare in ogni caso di DT acuto.

Di seguito riportiamo il protocollo di valutazione del DT attualmente in uso nel DEA dell'Ospedale San Camillo.

Il primo step è costituito dal triage infermieristico in cui viene attribuito il codice di gravità in base ad un semplice questionario anamnestico; solo in caso di dolore chiaramente non cardiaco (giovane età, dolore alla digitopressione, relazione con traumi toracici, ecc.) viene eseguito al triage un ECG ed attribuito, in caso di negatività, il codice verde. In tutti gli altri casi viene attribuito un codice giallo o rosso a seconda del quadro emodinamico e si esegue, entro dieci minuti, la valutazione clinica secondo protocolli predeterminati, l'elettrocardiogramma ed il prelievo per i marker di miocitonecrosi (troponina I, mioglobina e CK massa).

In caso di positività il paziente è avviato al percorso delle SCA, in caso di negatività si esegue un ecocardiogramma e si avvia al percorso "chest pain" nel DEA nei casi a probabilità bassa o intermedia di cardiopatia ischemica, oppure al percorso "chest pain" in area cardiologica. Si tratta di una valutazione rapida che prevede il monitoraggio dell'ECG e la determinazione dei marker al tempo 0 (eseguita in PS), a 4 e a 9 ore dall'esordio dei sintomi. Se si verifica la positivizzazione di parametri monitorati si esegue coronarografia, altrimenti si esegue un test ergometrico tra la 12^a e la 24^a ora, con successiva dimissione e follow-up ambulatoriale in caso di negatività del test.



Le Unità per la valutazione del dolore toracico: le “Chest Pain Unit” (CPU)

Diffusissime ormai negli U.S.A., ma ancora rare in Europa, le CPU sono aree di osservazione, generalmente limitrofe al PS, dotate di sistemi di monitoraggio ECG continuo e di quanto necessario per fronteggiare una rianimazione cardiopolmonare, ma sprovviste delle altre costose e complesse attrezzature delle Unità Intensive. L'obiettivo principale è quello di giungere alla diagnosi definitiva entro un breve lasso di tempo dall'arrivo in PS/DEA (al massimo 24 ore). Numerosi studi hanno dimostrato che le CPU migliorano la qualità e l'efficacia delle prestazioni nei pazienti con DT, soprattutto rispetto alla vecchia politica di ricovero per tutti. Un periodo di osservazione di 12-24 ore è infatti adeguato per stabilire o escludere una diagnosi corretta di infarto miocardico in oltre il 99% dei casi.

Le ‘Chest Pain Unit’ sono davvero necessarie anche in Italia?

L'attivazione di una CPU si può realizzare con fisionomia differente, conservando tuttavia le medesime caratteristiche di efficacia, efficienza e qualità. Più che un luogo, dovrebbe quindi rappresentare un modo di essere e di attendere alla definizione diagnostica dei pazienti con DT acuto. Occorre infatti tenere presente che negli ospedali minori il Cardiologo può essere presente solo in certi orari. Il medico di guardia del PS non sempre ha competenze cardiologiche e/o elettrocardiografiche, per cui c'è il rischio di sovrastimare o di sottostimare sintomi e segni, ricoverando in eccesso nel primo caso o rinviando a domicilio anche pazienti ad elevato rischio nel secondo caso.

Più e prima di discutere di spazi fisici rigidamente attribuiti alla CPU è necessario quindi delineare i percorsi clinici che i pazienti con DT devono seguire e che – nella sostanza – devono essere analoghi in tutti gli ospedali, indipendentemente dalle loro dimensioni. In Italia l'esigenza di migliorare la rapidità e l'efficacia delle decisioni nel DEA si è concretizzata nella creazione da parte delle principali società scientifiche interessate, l'ANMCO e la SIMEU, di una commissione congiunta che ha il compito di affrontare le problematiche comuni di gestione del dolore toracico.

Dolore toracico acuto al PS/DEA: Gli aspetti ancora controversi

Diversamente da quanto successo per le SCA, non si è adeguatamente sviluppata nel nostro Paese la cultura della gestione del dolore toracico attraverso protocolli discussi e condivisi tra le varie componenti del continuum DEA-Divisione di Cardiologia. In particolare, non sono stati affrontati grandi temi, come i percorsi ospedalieri in caso di dolore toracico ‘a basso rischio’ o per il dolore toracico di probabile origine non cardiaca. Restano poi da risolvere numerosi problemi strutturali: basti pensare allo spettacolo vergognoso di pazienti costretti a restare per ore nelle sale di attesa dei PS/DEA durante il necessario periodo di ‘osservazione’ di almeno 6 ore dopo l'iniziale triage per dolore toracico acuto.

Dal punto di vista organizzativo, è ancora ambiguo il ruolo del cardiologo nelle fasi iniziali del percorso nel DEA e nella successiva fase di osservazione per i pazienti a rischio basso-intermedio. E ancora sono da risolvere aspetti medico-legali delicati, come l'identificazione degli esami diagnostici ‘minimi’ cui sottoporre i pazienti giunti per dolore toracico acuto in un qualsiasi PS/DEA. Risposte concrete a tutte queste cruciali problematiche non possono certo scaturire da singoli ‘esperti’ ma devono piuttosto essere date dalle nostre società scientifiche (ANMCO/SIC/FIC).

È certamente ad esse che spetta il diritto/dovere istituzionale di elaborare soluzioni congiunte, portarle all'attenzione dei decisori pubblici e poi vigilare sulla loro attuazione.



Georges Braque, “Le jour”, 1929

ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO IN CARDIOLOGIA: QUALE VALORE NELL'ERA TECNOLOGICA?

di Sabino Scardi

Sono ancora molte le ragioni per promuovere l'insegnamento delle tecniche diagnostiche al letto del malato, quali l'anamnesi, l'esame fisico e l'auscultazione cardiaca: il rapporto costo-efficacia, la possibilità di fare alcune osservazioni seriate non costose, la scoperta precoce di segni clinici critici, la scelta intelligente e ben guidata di tecnologie diagnostiche costose e il valore del rapporto medico-paziente (1)

Introduzione

La medicina oltre che una scienza è un'arte e la Cardiologia è una branca della medicina rivolta a curare coloro che presentano disturbi cardiovascolari. Praticando questa specialità, il Cardiologo deve identificare i problemi, formulare una corretta diagnosi utilizzando appropriate indagini strumentali, prescrivere un'adeguata terapia e stabilire una prognosi il più possibile attendibile a breve e lungo termine, in quanto le informazioni ottenute permettono di valutare lo stato di malattia e la sua stabilità.

Sono tre le fasi classiche di ogni esame clinico compreso quello cardiovascolare: l'anamnesi, l'esame fisico e la formulazione dell'ipotesi diagnostica.

Sebbene lo sviluppo di molti sofisticati esami rappresenti il trionfo della moderna Cardiologia, il loro uso non può soppiantare l'esame clinico, ma deve fornire un supporto complementare. Succede spesso che il Cardiologo moderno richieda esami costosi, a volte dolorosi o noiosi e persino rischiosi, per porre una diagnosi che potrebbe già essere formulata con un'anamnesi dettagliata ed un corretto esame obiettivo. Anamnesi ed esame obiettivo inoltre possono fornire indicazioni anche nel decision making per la selezione intelligente dei numerosi mezzi diagnostici disponibili.

Sicuramente la Cardiologia in questi ultimi anni ha realizzato immensi progressi per la disponibilità di mezzi strumentali e di laboratorio sofisticati ed obiettivi.

È successo però che molti Cardiologi, in particolare quelli più giovani, attratti dalla tecnologia abbiano trascurato gli aspetti umani della malattia, commettendo inoltre l'errore di considerare il cuore "avulso" dall'intero organismo.

Fin dall'epoca di Sir William Osler è stata sottolineata l'importanza dell'insegnamento dell'arte della medicina a letto del paziente (1).

In questi ultimi anni il bedside teaching è andato in declino probabilmente perché considerato insufficiente e nettamente inferiore alle indagini strumentali per formulare una diagnosi cardiologica (2). Viceversa i Maestri europei ed americani della moderna Cardiologia (3-6) sono del parere che anamnesi ed esame obiettivo compresa l'auscultazione cardiaca rappresentano non solo l'unico e più efficace mezzo di comunicazione medico-paziente, ma sono indispensabili anche per la formulazione dell'ipotesi diagnostica se il medico che li pratica ha capacità cliniche ed umane.

Anamnesi

Paolo Bocconcelli (7) ha la sensazione che la vecchia anamnesi centrata sulla malattia stia lentamente scomparendo. Confermiamo, ma ahinoi, con profondo dolore e sconcerto, questa sua impressione.

Una tendenza che si sta sviluppando in Cardiologia è la



Jean Metzinger, Natura morta, 1911

delega a raccogliere la storia clinica del paziente ad uno studente o ad uno specializzando o ad un giovane assistente, e accade spesso in alcuni reparti che si rinunci a raccogliere una buona anamnesi sostituendola con poche righe di notizie generiche ed imprecise.

Ancora più pericolosa la tendenza a trascurare il contatto personale con il paziente per concentrare l'attenzione quasi esclusivamente sui reperti di laboratorio ritenuti superiori per precisione ed obiettività ai fini della diagnosi rispetto ai soggettivi dati clinici.

Viceversa con l'anamnesi si realizza il primo contatto con il paziente e si pongono le basi per un rapporto interumano che può durare nel tempo, senza dimenticare che l'anamnesi rappresenta un elemento indispensabile per stabilire un'ipotesi diagnostica.

La patologia cardiovascolare si manifesta con vari segni e sintomi. L'interpretazione dei sintomi non sempre è cosa facile se l'anamnesi non è stata ben condotta da un medico esperto e dotato di ascolto attento. Infatti sintomi attribuiti ad una patologia cardiaca possono essere secondari a patologie di altri organi ed apparati, al contrario una sintomatologia attribuita a malattia non cardiaca può derivare realmente da una cardiovasculopatia.

Il tipo e l'accuratezza della descrizione dei sintomi sono condizionati anche dalla sensibilità e dal livello culturale del paziente, tuttavia è estremamente importante che, chi raccoglie l'anamnesi, ne faciliti la descrizione con appropriate domande intelligenti atte ad escludere le forme non cardiache, anche se, in una piccola percentuale di casi, la descrizione della sintomatologia è del tutto subdola e la diagnosi differenziale molto difficile anche da parte di Cardiologi molto esperti.

Le risposte dei pazienti, anche se vaghe, non devono essere inficiate da domande pilotate o espliciti suggerimenti, può risultare utile invece guidare il loro ragionamento ed aiutarli a descrivere meglio le caratteristiche dei sintomi.



Albert Gleizes, Paesaggio con figura, 1911

I pazienti ad esempio possono definire in tanti modi le sensazioni del dolore anginoso: avverto un qualcosa che preme, che opprime, che soffoca, che stringe, che scoppia, che brucia, o una fascia attraverso il petto o un peso in mezzo al petto.

In altri casi vengono riferiti equivalenti anginosi come la difficoltà di respiro sotto sforzo localizzata alla zona centrale del petto, malessere alla superficie ulnare del braccio e dell'avambraccio sinistri, alla mandibola, ai denti, al collo e alle spalle (4). Un paziente ci riferì la comparsa di "due bracciali dolorosi" ai polsi che comparivano durante sforzo e regredivano con il riposo.

L'anamnesi rappresenta perciò il mezzo più idoneo per stabilire l'eziologia dei sintomi. Con un'accurata anamnesi ad esempio si può porre un fondato sospetto diagnostico di aritmie parossistiche, di sincope o di dispnea cardiaca. Poiché l'anamnesi viene condotta subito dopo il primo incontro fra il Cardiologo e il paziente, in generale riflette l'interazione che si stabilisce fra i due attori.

Uno di questi, il paziente, richiede il parere del Cardiologo in un clima di ansia e di apprensione mentre il comportamento del medico interrogante rimane fondamentale per il rapporto successivo e, secondo Sir James Mackenzie (8), per la comprensione della situazione cardiovascolare di un paziente è essenziale la valutazione delle sue sensazioni.

In questi ultimi anni, alcuni hanno cercato di sostituire l'anamnesi con l'intervista di un infermiere, la compilazione di moduli e l'uso di questionari computerizzati. Noi pensiamo che questo metodo di iniziare il rapporto con il paziente sia una pratica deplorabile che umilia il carico di conoscenze che la Cardiologia richiede.

Importanti Autori (4-5) hanno sottolineato la chiara superiorità diagnostica della raccolta anamnestica fatta da un medico esperto rispetto a quella raccolta da un giovane medico o da uno studente o da un non medico. La raccolta anamnestica informatizzata permette oggi di ovviare alla scarsa leggibilità di quella scritta a mano. Tuttavia si dovrebbero evitare abbreviazioni e acronimi di non diffuso impiego clinico o di difficile interpretazione da parte di altri colleghi che la leggeranno.

Esame obiettivo

Insieme all'anamnesi, l'esame obiettivo dell'apparato cardiovascolare fornisce ulteriori informazioni per la diagnosi, per stabilire la gravità di una cardiopatia ed indirizzare verso ulteriori indagini strumentali idonee per la sua conferma (9-10). L'esame obiettivo se condotto sulla scorta dei problemi può essere effettuato anche in pochi minuti.

La capacità di integrare i dati dell'anamnesi con i risultati dell'esame obiettivo è parte integrante dell'abilità diagnostica di un Cardiologo che non limita l'esame all'apparato cardiovascolare, ma lo estende a tutto l'organismo in quanto malattie sistemiche possono provocare manifestazioni cardiovascolari così come malattie cardiache possono coinvolgere altri organi ed apparati (5).

Auscultazione cardiaca

L'auscultazione del cuore e dei grossi vasi è un altro momento fondamentale della valutazione clinica del cardiopatico noto o sospetto, richiede però un lungo tirocinio e capacità cliniche non comuni.

In questi ultimi anni però è stato rilevato un progressivo decadimento della valutazione clinica del malato cardiovascolare sostituita dalla moderna tecnologia e in particolare dall'ecocardiografia che ha caratteristiche di una grande precisione e obiettività diagnostica (11). Tuttavia da più parti si reclama che un Cardiologo completo deve saper auscultare il cuore (12) anche se si enfatizza l'uso dell'ecocardiografo portatile (definito stetoscopio ultrasonoro) per integrare l'esame fisico a letto del malato (13), perché sono stati rilevati numerosi errori nell'auscultazione cardiaca anche da parte di Cardiologi esperti (14).

Un'indagine condotta da Mangione (15) ha mostrato negli studenti di medicina un preoccupante calo di un'efficace auscultazione cardiaca, mentre programmi strutturati di addestramento sono presenti solo nel 27% dei programmi formativi di medicina e nel 37% di quelli di Cardiologia (16). L'addestramento strutturato comprende letture, seminari, uso di audiotapes, videotapes, simulatori e l'addestramento clinico al letto del malato (17). È stato proposto anche di utilizzare lo stetoscopio elettronico collegato a computer dotati di specifici software, e perciò un approccio multimediale, al posto del tradizionale fonocardiografo per migliorare l'abilità nell'auscultazione cardiaca (18). In una valutazione eseguita con il simulatore Harvey su un gruppo di discenti però sono state ottenute risposte corrette nel 52% per l'insufficienza mitralica, nel 37% per la stenosi mitralica, e nel 54% per l'insufficienza aortica (19). Pertanto la valutazione obiettiva della capacità di analizzare i segni clinici è deficitaria, così come è modesta l'attitudine dei medici a relazionare con i pazienti. I simulatori infatti non sono in grado di valutare l'abilità clinica e le qualità umane dei medici.

Nella conferenza di Bethesda una task force ha sottolineato l'importanza del bedside teaching nel training in medicina clinica degli studenti e dei medici in formazione (20), pertanto il ripristino della valutazione cardiologica al letto

L'INDISPENSABILE PER UNA CORRETTA AUSCULTAZIONE CARDIACA

- un buon stetoscopio
- usarlo adeguatamente
- eliminare i rumori ambientali
- paziente comodo e tranquillo
- seguire una corretta sequenza
- reperire il primo tono alla punta (S1)
- auscultare il secondo tono (S2) in area polmonare
- valutare lo sdoppiamento fisiologico e non di S2
- rilevare la presenza di un terzo tono (S3) e/o del quarto tono (S4) in area mitralica utilizzando la campana e con paziente in decubito laterale sinistro (aumentano nell'ispirazione)
- rilevare la presenza di clicks protosistolici, mesosistolici o telesistolici
- ricercare, se S1 forte, lo schiocco d'apertura della mitrale in diastole (SA) con la campana
- apprezzare i soffi protosistolici, mesosistolici, telesistolici
- rilevare i soffi protodiastolici e mesodiastolici talora con rinforzo presistolico
- utilizzare alcune manovre (respirazione, sollevare gli arti inferiori, sforzo, squatting) che accentuano alcuni rumori cardiaci

Tabella I

del malato è necessario e imprescindibile per migliorare le loro capacità diagnostiche.

L'auscultazione (Tab I) si pratica su un paziente comodo, a torace scoperto, in un luogo tranquillo e silenzioso, invitandolo ad inspirare e successivamente ad espirare e poi trattenere il respiro o respirare molto dolcemente.

Conclusioni

Si pensava in passato che per formulare una corretta diagnosi, la storia clinica contribuisse per il 70%, l'esame fisico per il 20%, gli esami strumentali per il 10%. Attualmente questa affermazione non è più valida perché sono disponibili test di laboratorio ed esami strumentali estremamente accurati per formulare una corretta diagnosi.

La storia clinica, inclusi l'esame obiettivo e la valutazione della personalità del paziente sono considerati però parte importante dell'intera valutazione al letto del malato.

L'impegno, l'accuratezza di giudizio e il senso di responsabilità, la pazienza, l'intelligenza e l'abilità che si richiedono ad un Cardiologo non sono comuni. La raccolta dell'anamnesi e la valutazione razionale dei sintomi riferiti dai pazienti richiedono però disponibilità di tempo, acume e capacità a stabilire un contatto umano.

Ad un'anamnesi intelligente e ben condotta deve far seguito un accurato esame fisico che può fornire fondamentali informazioni indispensabili per la diagnosi differenziale di alcuni segni o sintomi.

Infine un buon Cardiologo non deve dimenticare che il cuore fa parte dell'organismo, pertanto non può limitare il suo interesse unicamente all'apparato cardiovascolare, altrimenti il suo ruolo si riduce a quello di un tecnico che analizza non un malato ma i risultati di indagini strumentali.

Alla fine del colloquio anamnestico e successivamente con l'esame fisico, un buon Cardiologo possiede le informazioni sufficienti per formulare un'ipotesi diagnostica.

A queste informazioni si aggiungeranno quelle derivate dall'uso appropriato delle moderne tecnologie diagnostiche per formulare una diagnosi definitiva. Se viceversa, non è possibile stilare una diagnosi definitiva, si prenderanno altre decisioni diagnostiche.

La corretta comprensione delle problematiche cardiovascolari di un paziente richiede che il medico stabilisca una diagnosi non solo eziologica ma anche anatomica e fisiopatologica. Successivamente stabilirà lo stato cardiovascolare, lo stato funzionale (in base alla classificazione NYHA o della Canadian Cardiovascular Society), la prognosi e un'adeguata terapia.

In un'epoca, come quella attuale di consumismo sanitario e di linee guida con un'"affollata" esecuzione di esami strumentali e di laboratorio, sospettare correttamente una malattia cardiovascolare permette di escludere alcune indagini superflue con la definizione di un razionale iter diagnostico. Questo può collaborare anche a controllare l'espansione della spesa sanitaria.

Bibliografia

1. Belkin BM, Neelon FA The art of observation: Wiliam Osler and the method of Zadig *Ann Intern Med* 1992; 116:863-866
2. Gale CP, Gale RP, Is bedside teaching in cardiology necessary for the undergraduate education of medical students? *Med Educ* 2006; 40:11-13
3. Wood. P Disease of the heart an circulation, ed 3 JB Lippincott, Philadelphia 1968
4. Braunwald E Heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine, ed3 WB Saunders, Philadelphia 1988
5. Hurst JW. The examination of the heart: the importance of initial screening *Emory University Journal of Medicine* 1991; 5:135
6. Selvini A. Manuale di Cardiologia Ed Ambrosiana Editrice, Milano 1964
7. Bocconcelli P. Il fattore umano: ancora qualcosa su anamnesi ed esame obiettivo *Cardiologia negli Ospedali* 2006; 151:96
8. Makenzie J. Principles of diagnosis and treatment in heart affections Oxford Medical Publication, London 1916
9. Perloff J.K., Braunwald E. Physical examination of the heart and circulation. In Braunwald E., ed. Heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine WB Saunders, Philadelphia, 1997
10. DeMaria AN. Wither the cardiac physical examination? *J Am Coll Cardiol* 2006; 48: 2156-2157
11. Popp RL. The physical examination of the future: echocardiography as part of the assessment *ACC Curr J Rev* 1998; 7:79-81
12. Adolph MJ. In defense of the stethoscope *Chest* 1998; 114:1235-1236
13. Spencer KT, Anderwn AS, Bhargava A et al Physicians performed point-of-care echocardiography using a laptop platform compared with physical examination in the cardiovascular patient *J Am Coll Cardiol* 2001; 37: 2013-2018
14. Kinney EL. Causes of false negative auscultation of regurgitant lesions: a Doppler ecocardiographic study of 294 patients *J Gen Intern Med* 1988; 3:429-434
15. Mangione S, Nieman LZ., Gracely E., Kaye D. The teaching and practice of cardiac auscultation during internal medicine and cardiology training: a nationwide survey *Ann Intern Med* 1993; 119: 47-54
16. Mangione S., Peitzman SJ., Gracely E. et al. Creation and assessment of a structured review course in physical diagnosis of medical residents *J Gen Intern Med* 1994; 9:213-218
17. Ligvoet C., Tijsterborgh H., Kappen L. et al. Real time ultrasonic imaging with a hand-held scanner: Part I. Technical description. *Ultrasound Med Biol* 1978; 4:91-92
18. Woywodt A., Hermann A., Kielstein JT. et al. A novel multimedia tool to improve bedside teaching of cardiac auscultation *Postgrad Med J* 2004; 80:355-357
19. St. Clair EW., Oddone EZ., Waugh RA. et al. Assessing housestaff diagnostic skills using a cardiology patient simulator *Ann Intern Med* 1992; 117: 751-756
20. Gunnar RM., Williams RG., Excerpt from conference program *J Am Coll Cardiol* 1994; 24:275-328

GLI ENIGMI, OVVERO DELLA SAGGEZZA

di Alessandro Ferrini

Quiz, questionari, giochi di domande e risposte fanno parte del nostro quotidiano. La loro soluzione può significare la conquista di un posto di lavoro, la vincita di un premio, la notorietà, comunque sempre abilità, prontezza, intelligenza. Il gusto di mettere e mettersi alla prova attraverso la proposta o la soluzione di indovinelli attraverso trasversalmente tutta la nostra cultura, sia nella tradizione colta che in quella popolare, fino ad oggi.

La produzione di queste prove affonda le sue radici nel remoto passato e, fino da allora, ha accompagnato il cammino dell'uomo, seppure con alcune differenze rispetto ad oggi. Il gioco degli indovinelli, nel mondo antico, assumeva infatti la forma di una sfida fra due campioni che si battevano con le armi della mente invece che con quelle della mano; occorre anche aggiungere che la bravura non si misurava solo nell'indovinare ma anche nel proporre gli enigmi con arguzia e sottili ambiguità.

Molti miti, leggende, racconti fin dai tempi lontani ruotano attorno alla soluzione di enigmi, vere e proprie dispute fra due o più personaggi che consacravano il vincitore al ruolo di eroe e in qualche caso gli salvavano anche la vita.

A questo proposito occorre ricordare che nelle antichissime consuetudini, sia orientali che occidentali, proporre e sciogliere enigmi era considerato dimostrazione di grande sapienza o addirittura di doti soprannaturali, di origine sia divina che magico-demoniaca: colui che riusciva a risolverli riscuoteva grandi onori e spesso riceveva ricchi doni, mentre chi usciva sconfitto non di rado rischiava anche la vita. Innumerevoli gli esempi di questa consuetudine giunti fino a noi; nella *Bibbia* possiamo ricordare l'episodio in cui Sansone, durante il banchetto in occasione delle sue nozze con una filisteo, promise ricchi premi ai commensali se avessero saputo sciogliere un suo indovinello e pretese altrettanto da ciascuno degli altri contendenti nel caso contrario.

Tale costume ebbe grande seguito anche in Grecia, basti pensare alle sibilline risposte degli oracoli, sempre di ardua ed incerta interpretazione, o al mito della Sfinge, il mostro ricordato nella mitologia greca con la faccia di donna ed il corpo di leone alato, inviato da Era a Tebe per vendicarsi contro il re Laio. La leggenda narra che la Sfinge si stabilì su un'alta rupe posta nelle immediate vicinanze della città e da lì cominciò a terrorizzare gli abitanti, fermando tutti i viandanti per proporre loro alcuni indovinelli ed uccidendoli senza pietà se non riuscivano a rispondere; tra questi uno dei più frequenti era:

"Qual è l'essere vivente che la mattina cammina a quattro zampe, a mezzogiorno con due e la sera con tre?" Con ciò alludeva all'uomo che da bambino cammina a quattro zampe, da adulto con due e da vecchio con tre, poiché si aiuta con il bastone. Un'altra leggenda vuole che la Sfinge ponesse un quesito diverso: "Quali sono le sorelle di cui la prima genera la seconda e la seconda di nuovo la prima?". Edipo risponde che il giorno e la notte si susseguono generandosi a vicenda (occorre tener conto che in greco giorno e notte sono femminili). Finalmente Edipo seppe trovare la soluzione e la mostruosa creatura si uccise, gettandosi giù dalla rupe dove era solita stare (fig. 1).

Anche nella vita di Maometto si ricorda che il Profeta dovette confrontarsi a lungo in queste dispute con gli uomini della Mecca che volevano saggiare la sua sapienza. Salomone, prototipo della saggezza antica, non poteva non eccellere in quest'arte: il celebre episodio del giudizio con il quale il re stabilisce quale sia la vera madre del bambino conteso da due prostitute, descritto nella *Bibbia*, può essere ritenuto nient'altro che lo scioglimento di un enigma. La visita della regina di Saba venuta espressamente a Gerusalemme per avere una conferma diretta delle straordinarie capacità salomoniche, suggella definitivamente la grandezza del re in quest'arte. Il *Talmud* ci narra alcuni degli



Figura 1 - Giorgio De Chirico, *Edipo e la Sfinge*, 1968

enigmi proposti dalla regina e brillantemente risolti da Salomone:

“La regina dice a Salomone: Se io ti interrogherò su alcune questioni, tu mi risponderai? - Le risponde Salomone: Dio dà la sapienza. Chiede lei: Sette finiscono e nove iniziano? Due mescono ed uno beve? Risponde lui: - Finiscono i sette giorni di separazione della donna ed iniziano i nove mesi di gestazione.

Le due mammelle porgono il latte ed uno le succhia. Ancora – dice la regina – io ti chiederò questo: una donna dice a suo figlio: tuo padre era mio padre, tuo nonno era mio marito. A costei risponde Salomone: - Certamente erano le figlie di Lot”. Infatti, come narra la *Genesi* (19, 30-38), ciascuna concepì un figlio dal proprio padre.

Oltre che sulla disputa teorica i due si cimentarono anche su risoluzioni pratiche, allorquando la regina volle provare l'abilità di Salomone nel riconoscere il sesso di alcuni giovani da lei appositamente camuffati:

“La regina dopo aver preparato alcuni giovani di bell'aspetto, sia maschi che femmine, con abiti dello stesso genere e con la medesima acconciatura, li presentò a Salomone chiedendogli di riconoscere il sesso di ciascuno. Allora il re comandò loro di lavarsi la faccia, riconobbe in ciascuno la vera natura, poiché i maschi strofinavano energicamente il loro volto, le femmine invece con dolcezza e delicatezza. La regina stupita disse: - Ho visto cose assai più grandi di quanto avessi udito”.

Successivamente la leggendaria sapienza salomonica entra a far parte anche della tradizione cristiana; la troviamo più volte ricordata sia in opere di carattere religioso che laico e continua ad essere al centro di numerosi racconti anonimi durante tutto il periodo medievale; addirittura, dopo tante vicende in cui il saggio re si confronta trionfalmente con illustri personaggi del suo tempo, diventa protagonista di un'opera, il *Dialogus Salomonis et Marcolphi*, di autore anonimo, alle prese con il più umile dei suoi sudditi, Marcolfo.

Al re Salomone, pieno di saggezza e di ricchezze, che siede solennemente sul trono di Israele si presenta uno strano personaggio di nome Marcolfo, rozzo e brutto quanto astuto e loquace. Il re Salomone conosce già di fama la furbizia e la prontezza di parola del singolare individuo e perciò lo invita a sostenere una disputa con lui, promettendogli, in caso di vittoria, di accoglierlo fra i suoi cortigiani (fig. 2). In questo contesto si inserisce una variante importante che avrà largo seguito nei secoli successivi: il potente, spes-



Figura 2 - Marcolfo con la moglie

so il tiranno, si diverte a sfidare un suddito o comunque un personaggio di classe inferiore alla sua per divertirsi. Cambiano i parametri e in un certo senso le regole del gioco. I due contendenti si presentano su piani assai diversi: Salomone nello splendore del suo palazzo, circondato dalla magnificenza della sua corte propone e si cimenta nella disputa per puro diletto, per misurare i

suoi strumenti logico-conoscitivi con quelli di una cultura diversa, per certi aspetti diametralmente opposta alla sua; Marcolfo non è tanto mosso dal puro piacere della disputa, egli si è recato a corte e s'impegna nella discussione animato dalla speranza, poi delusa, di migliorare la sua condizione sociale, di riuscire a placare l'atavica fame che ha sempre angustiato la sua classe sociale; egli spera vanamente di poter cambiare il suo stato, grazie alla sua astuzia, ma si scontra inevitabilmente con il potere che è ben lontano dal permettere al villano di infrangere le rigide barriere imposte da un immutabile ordinamento sociale.

Nel dialogo botte e risposta fra i due protagonisti, costituito da numerosi indovinelli, proverbi, motti, arguzie e sentenze, la sapienza e la dignità del figlio di David si scontrano con l'astuzia e la spregiudicatezza del villano; Marcolfo riesce a risolvere la maggior parte dei quesiti posti dal re e a superare le prove di abilità che gli vengono poste; quando non ci riesce elude il problema cambiando argomento, magari ricorrendo ad un accostamento osceno, oppure contraddice apertamente l'interlocutore mostrando un caso in cui l'affermazione del re si dimostra errata o cerca di sfuggire alla domanda con argomentazioni ambigue. Qualche volta, davanti a quesiti impossibili risponde ricorrendo al paradosso o all'assurdo.

Tuttavia non ottiene il premio sperato. Il motivo della ribellione attraverso le trovate dell'astuto buffone ricorre frequentemente nella fantasia popolare; in questo caso il sapiente dei sapienti si deve misurare con il genio dissacrante ed eversore di un goffo e ripugnante popolano suo suddito, che, alla dottrina salomonica, contrappone l'eversiva violenza delle classi povere, riuscendo, nel corso della vicenda, con la sua spregiudicatezza, a mettere più volte in difficoltà il re ed uscendone, se non vincitore almeno con un risultato di parità.

Nella fase finale il re si dichiara stanco, ma non battuto, e dall'alto del suo potere difende Marcolfo dall'ostilità dei suoi cortigiani invidiosi per il momentaneo successo del villano, gli fa servire un gran pasto, ma si guarda bene dall'ac-

coglierlo a corte fra i suoi dignitari, come aveva inizialmente promesso.

Le volgarizzazioni di questo testo sono moltissime, in varie lingue, e la sua fortuna è indubbia se addirittura lo troviamo stampato a Venezia nel 1502 e successivamente, sempre a Venezia (patria di eccellenti stampatori, uno per tutti Aldo Manuzio) nel 1550.

Proprio una di queste volgarizzazioni offrì lo spunto a Giulio Cesare Croce per l'elaborazione del suo fortunato personaggio, il Bertoldo e del di lui figlio Bertoldino, protagonisti di due celebri opere, *Le sottilissime astuzie di Bertoldo* e *Le piacevoli e ridicolose semplicità di Bertoldino*, composte dallo scrittore bolognese nel 1606, poco prima della morte, e che hanno riscosso notevole fama fino ai giorni nostri. Prendendo spunto dalla favola di Salomone e Marcolfo infatti il Croce ambientò il suo racconto nel medioevo, sostituì il re Alboino al re Salomone e Bertoldo a Marcolfo, cambiò il nome della moglie del protagonista da Policana in Marcolfa, vi aggiunse episodi nuovi e ne modificò altri, insisté sulla satira contro i cortigiani ed esaltò la genuinità e la irriverente astuzia popolare.

Bertoldo, a differenza di Marcolfo, si trasforma alla fine della vicenda in un fedele servitore del potere e, per quanto stravagante e malizioso, sembra accettare l'inamovibile divisione sociale e l'immodificabile distanza fra umili e potenti; nella sua rielaborazione tardo cinquecentesca lo scrittore bolognese smorza l'intransigente beffardaggine di Marcolfo, riadattando il contenuto dell'antica favola e mediandolo con i gusti propri della sua epoca. Ma oltre a Bertoldo numerosi altri eroi della tradizione popolare

hanno un debito di riconoscenza nei confronti di Marcolfo: dal Gonnella al piovano Arlotto, da Papa Galeazze a Giura, da Ferrazzano al Fagiuoli, una schiera di personaggi ribelli, astuti, burloni, sciocchi o semplicemente profittatori sfidano i potenti, animati dalla speranza di modificare il loro stato.

Il trascorrere dei secoli niente ha tolto al fascino derivante dalla disputa attraverso la soluzione di enigmi o la costruzione di ingegnosi dialoghi dove trionfano l'astuzia e la vivacità intellettuali, spesso uniche armi con cui il più debole può confrontarsi con il più forte. In ossequio alle antiche tradizioni, tanto per fare un esempio vicino a noi, basta pensare al film *La vita è bella*; Roberto Benigni (che di cultura popolare se ne intende) nelle vesti del cameriere ebreo Guido Orefice incontra il Dott. Lessing, affetto da una maniacale passione per gli indovinelli: Lessing è un medico tedesco cliente del Grand Hotel dove Orefice lavora come cameriere. I due si pongono in disputa e Orefice risolve i quesiti sempre in maniera brillante. Richiamato in patria per lo scoppio della guerra, il tedesco si congeda da Orefice ponendogli un'ultima prova: "Se fai il mio nome non ci sono più". Il cameriere risponde prontamente: "Il silenzio" (fig. 3).

Qualche tempo dopo, in una situazione ben più drammatica, all'interno del campo di sterminio, Orefice incontra per caso il tedesco nelle vesti di ufficiale medico del campo: sempre appassionato di indovinelli (e in quel luogo la situazione appare grottesca) Lessing fa sperare invano al povero cameriere di cambiare la tragica sorte che attende lui e la sua famiglia.



Figura 3 - Il dottor Lessing e Guido Orefice in "La vita è bella"

a cura della Redazione

“Avrò sempre tempo”... Il tempo della compassione

Nessuno compassionava Ivan Il'ič come a lui sarebbe piaciuto essere compassionato; e ciò particolarmente gli dava pena. A Ivan Il'ič in certi momenti, dopo lunghe sofferenze, sarebbe oltremodo piaciuto [...] che qualcuno lo compassionasse come un bimbo malato. Gli sarebbe piaciuto che l'avessero accarezzato, baciato, che avessero pianto per lui, come appunto si accarezzano e si consolano i piccini. Sapeva di essere un grave magistrato, d'avere la barba grigia, e che perciò la cosa era impossibile, ma pure gli sarebbe piaciuto.



P. Picasso, Scienza e Carità, 1897

Gerasim, portò la seggiola, la posò senza rumore, abbassandola pari pari, e vi mise sopra i piedi di Ivan Il'ič; a questi parve di star meglio, nel punto che Gerasim gli sollevava le gambe.

– Sto meglio quando ho i piedi in alto, – ripeté. – Mettici anche quel cuscino. Gerasim obbedì. Di nuovo gli sollevò i piedi per mettere il cuscino. E di nuovo Il'ič si sentì meglio mentre Gerasim gli teneva i piedi sollevati. Quando glie li riappoggiò gli parve di star peggio.

– Gerasim, – disse – hai da fare adesso?

– Per nulla, – disse Gerasim, che aveva imparato dai domestici di città a parlare coi padroni.

– Che cosa ti rimane da fare?

– Che mi rimane? Niente, ho fatto tutto, solo spaccare la legna per domani.

– Allora tienimi un po' i piedi in alto, puoi?

– Eccome no, si può. – Gerasim gli sollevò i piedi e a Ivan Il'ič parve in questa posizione di non sentire affatto il dolore.

– E la legna?

– Non abbiate paura. Avrò sempre tempo.



G. Klimt, L'albero della vita, 1907

Gerasim – disse Ivan Il'ič con voce debole. [...]

– Che comandate?

– È seccante far questo, no? Mi devi scusare. Non posso diversamente.

– Macchè. – E Gerasim fece vedere i suoi giovani bianchi denti e gli occhi gli brillarono.

– Perché non dovrei farlo? Voi siete malato.

E con mano accorta e vigorosa fece quello che doveva e uscì a passo leggero.

Ivan Il'ič stava tanto bene con lui, che lo trattenne.

– Guarda, accostami per piacere quella seggiola. No, quella là; mettimela sotto i piedi. Sto meglio quando ho i piedi in alto.



P. Picasso, Donna che piange, 1937

TRATTO DA L. TOLSTOJ “LA MORTE DI IVAN IL'IČ”



Arrivederci al
XXXIX CONGRESSO NAZIONALE
di Cardiologia dell'ANMCO



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

