



LUGLIO - OTTOBRE N. 158 / 159 2007

CARDIOLOGIA NEGLI OSPEDALI

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO



mansuet



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

AMICI
DELL'ANMCO

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

XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA DELL'ANMCO

3.500 partecipanti che hanno avuto la possibilità di scegliere tra 8 Simposi satellite e 29 tradizionali, 5 Minimaster, 5 Main Session, 123 Comunicazioni, ed inoltre Poster, Live Session, Movie Session, la giornata Cardiogeneralist e le due giornate del CardioNursing

Infine una novità per i nostri visitatori

il **CONGRESS** News DAILY, il quotidiano del Congresso!



Puoi trovarli online alla pagina del Sito WEB ANMCO

<http://www.anmco.it/pubblicazioni/cnd/>

Arrivederci al XXXIX Congresso Nazionale ANMCO!

30 maggio - 2 giugno 2008, Fortezza da Basso - Firenze

IN QUESTO NUMERO:

DAL PRESIDENTE

2 IL MOMENTO DI RIFLETTERE INSIEME
CONVOCATI IL 21 E 22 SETTEMBRE GLI STATI GENERALI DELL'ANMCO
di Francesco Chiarella

DALLA FIC

5 È ENTRATO IN CARICA IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO FIC 2007-2010
di Giuseppe Di Pasquale

DALLA HEART CARE FOUNDATION

10 HCF NEL MONDO DELLA SCUOLA CON UN AMBIZIOSO PROGETTO PER LA CORREZIONE
DI ALTERATI STILI DI VITA
di Pier Luigi Temporelli

11 LA QUARTA EDIZIONE DI CARDIOLOGIE APERTE
di Roberto Ricci

DAL CENTRO STUDI

13 QUALITÀ DELLA RICERCA HCF/ANMCO
di Marco Gorini

REPORTAGE DAL XXXVIII CONGRESSO NAZIONALE ANMCO

15 ALCUNI SPUNTI DALL'ULTIMO CONGRESSO DI CARDIOLOGIA DELL'ANMCO
*di Matteo Cassin in collaborazione con il Comitato Editoriale
del CongressNews Daily*

22 REPORTAGE SUL MINIMASTER "MODERNA INTERPRETAZIONE DELL'ELETTROCARDIOGRAMMA"
di M. Chiatto e A. Talarico

24 1° CENSIMENTO NAZIONALE INFERMIERISTICO DELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA
CARDIOLOGICA
di G. Scorcu e C. Coletta

DALLE AREE

27 AREA CHIRURGICA MEZZO SECOLO DI CARDIOCHIRURGIA.
ACCADIMENTI E RIFLESSIONI DI UN ADDETTO AI LAVORI
di Pino Fundarò

29 AREA EMERGENZA-URGENZA L'UTIC E LA CARDIOLOGIA CLINICA INTENSIVA
di Gianni Casella

31 AREA INFORMATICA TELECARDIOLOGIA:
DALLA TECNOLOGIA ALLA CLINICA PASSANDO PER IL MERCATO
di Antonio Mantero

33 AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE IL REGISTRO EP-ANMCO: UN IMPORTANTE
STRUMENTO EDUCATIVO - GESTIONALE PER I PAZIENTI CON EMBOLIA POLMONARE
di Andrea Rubboli

37 AREA NURSING CARDIONURSING 2007. IL CONGRESSO, I PROBLEMI, LE SFIDE
di Paola Di Giulio

40 AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE LA "LUNGA MARCIA" DELLA PREVENZIONE E
RIABILITAZIONE CARDIOVASCOLARE IN ITALIA: VERSO UNA "CONVERGENZA" EFFETTIVA
di F. Colivicchi, S. Urbinati, M. Uguccioni e C. Riccio

42 AREA SCOMPENSO CARDIACO AI NASTRI DI PARTENZA L'IMPLEMENTAZIONE
REGIONALE DEL DOCUMENTO DI CONSENSO "IL PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE
CON SCOMPENSO CARDIACO"
di F. Oliva e R. De Maria

DALLE REGIONI

52 BASILICATA RISULTATI DEL PROGETTO SCOLASTICO PORTATO AVANTI NELL'ANNO 2006-2007
DA PARTE DELL'ASSOCIAZIONE AMICI DEL CUORE DI GRASSANO E DELLA SEZIONE REGIONALE
ANMCO BASILICATA
di F. P. Calciano e A. Cardinale

57 CALABRIA I GIOVANI CARDILOGI DELLA CALABRIA. RISULTATI DI UN CENSIMENTO
di A. Butera, M. Elia e F. Megna

59 FRIULI VENEZIA GIULIA FOCUS SULLA QUANTIFICAZIONE DELL'INSUFFICIENZA MITRALICA
di M. Werren, M. Bonin, L. Solinas

61 LOMBARDIA STUDIO REGIONALE DI CONFRONTO TRA IL MODELLO TRADIZIONALE
DI ASSISTENZA DOMICILIARE AI PAZIENTI CON SCOMPENSO CARDIACO ED UNA GESTIONE
BASATA SULLA TELEMEDICINA
di E. Marangoni e G. Belotti

63 PUGLIA UNA CARTA DELL'AUTONOMIA E DELLA RESPONSABILITÀ
DELLA PROFESSIONE MEDICA
di Pasquale Caldarola

FORUM

65 COOPERAZIONE INTERNAZIONALE IN AMBITO RADIOLOGICO.
LA STORIA DI UN GRANDE PROGETTO
di Massimo Chessa

CUORI ALLO SPECCHIO

67 INTERVISTA AD ALESSANDRO BOCCANELLI
di Gian Francesco Mureddu

VIAGGIO INTORNO AL CUORE

70 LO SPERIMENTALISMO MUSICALE DI PRATELLA E RUSSOLO
di Alessandro Ferrini

FIGURARE LA PAROLA

72 GIOCO CON GABBIA CUORI E CATENE
a cura della Redazione



IN COPERTINA

*Manbert, Cuore da passeggio,
legno laccato, 1970*



N. 158/159 - luglio/ottobre 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

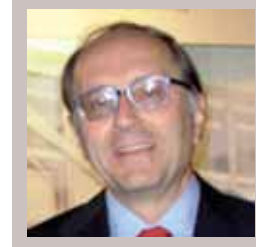
Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze
Tel. 055 588784 - Fax 055 579334
E-mail: segreteria@anmco.it
<http://www.anmco.it>

Direttore Responsabile:
Pier Filippo Fazzini

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

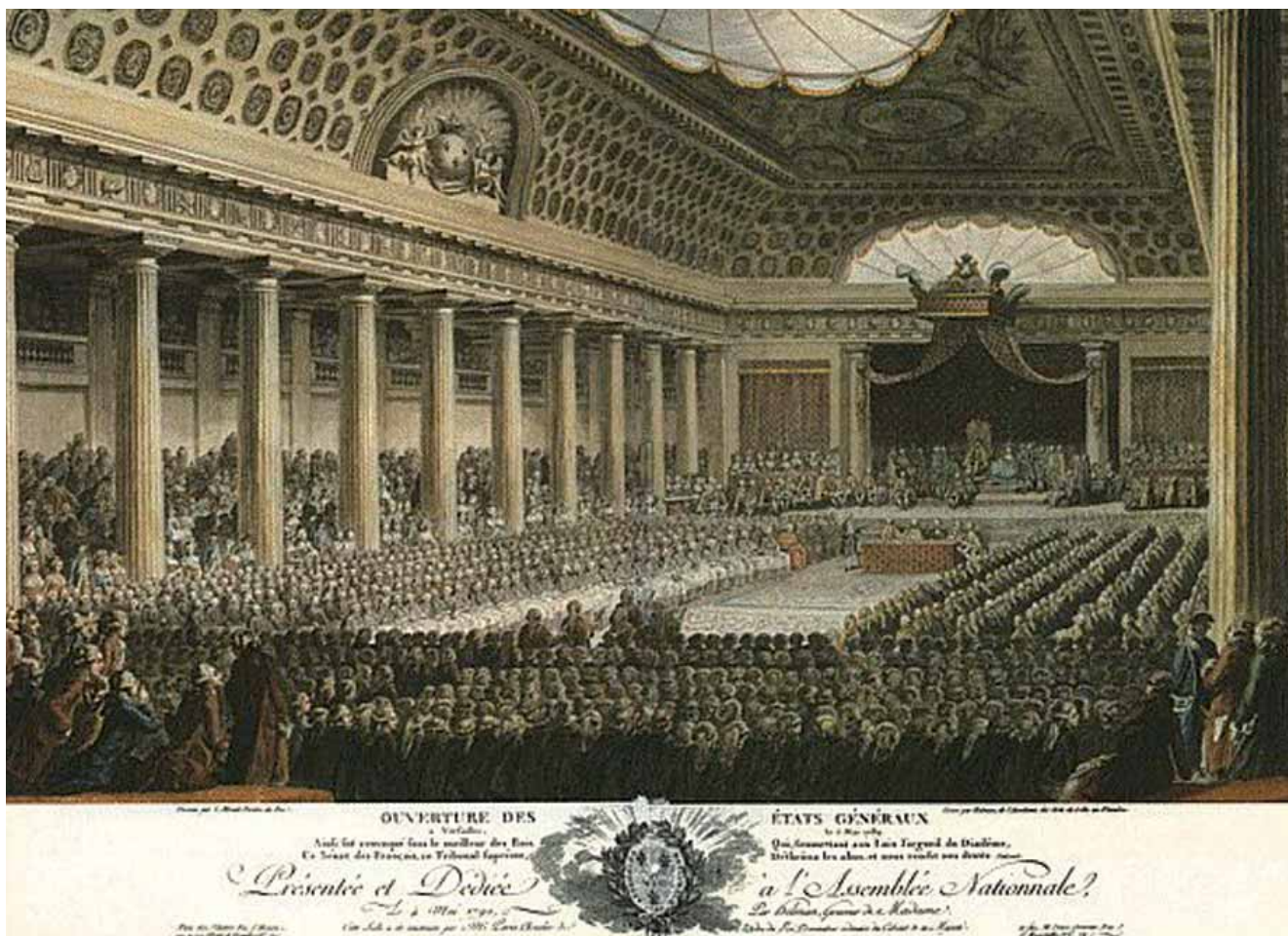
Stampa:
Tipografia Il Bandino - Firenze

IL MOMENTO DI RIFLETTERE INSIEME CONVOCATI IL 21 E 22 SETTEMBRE GLI STATI GENERALI DELL'ANMCO



Occorre che una compagine scientifica complessa ed articolata come l'ANMCO abbia sempre piena consapevolezza della direzione in cui intende muoversi. Nel primo semestre 2007 l'obiettivo al centro dei nostri molteplici sforzi è stato la realizzazione del XXXVIII Congresso Nazionale, in serio pericolo a causa della riduzione del 73% degli investimenti e della cancellazione in 4 mesi di oltre 2.500 convegni rispetto all'anno precedente, dati riportati dal Bollettino AIFA. Mentre si sta delineando per i primi giorni del giugno 2008 il nuovo Congresso Nazionale che si terrà ancora a

Firenze, tutto quello che il recente Congresso Nazionale ha rappresentato - la formula innovativa, l'ampia partecipazione, l'eccellente livello scientifico, il successo degli obiettivi di ordine economico - è ormai alla nostre spalle. Ma nel frattempo dove stiamo andando? Gli eventi di questi ultimi mesi hanno impresso una vivace accelerazione a molte dinamiche. A quasi dieci anni dal suo avvio e dopo la maturazione avvenuta sotto la guida del Prof. Maseri, la Federazione Italiana di Cardiologia ha dal 1° luglio il suo nuovo punto di riferimento nel Presidente indicato dall'ANMCO, il Dott. Giuseppe Di Pasquale.



Gli Stati Generali convocati a Versailles nel 1789

Si ripropongono così, e questa volta in maniera non eludibile, le domande sulla identità dell'ANMCO, sulla mission della Federazione Italiana di Cardiologia, sul presente e sul futuro della Cardiologia in Italia. Quale ruolo giocheranno le Società generaliste, quale le Società di settore? Quale le Cardiologie del territorio, dell'ospedalità accreditata, dei Gruppi ultraspecialistici? Come vogliamo procedere? Che cosa significa Federazione? Federazione o fusione? Vogliamo numerose Società Scientifiche o intendiamo muoverci verso una sola grande Società? Con quali connotati? A quale prezzo? In quali tempi?

Questi gli interrogativi che ci poniamo e che poniamo a tutti. Le risposte non sono scontate, tocca a noi valutare il significato di una storia fatta di uomini, di lavoro, di generosità e di slanci, di consapevolezza delle caratteristiche della Cardiologia Ospedaliera italiana, del suo valore, delle sue peculiarità, delle sue ricchezze, della sua forza aggregativa, del suo valore scientifico ed organizzativo, testimoniato da splendide realizzazioni, da HCF al Centro Studi. Tocca a noi scegliere che cosa tenere e che cosa lasciare, che cosa valorizzare e che cosa sacrificare.

Nelle pagine successive di "Cardiologia negli Ospedali" troverete le Linee Programmatiche della FIC per il prossimo triennio preparate dal Presidente Di Pasquale ed offerte alla discussione di tutti. Le dinamiche possibili si colgono nelle righe e tra le righe.

È il momento di riflettere, di approfondire, di condividere, di scegliere. Da questa esigenza è nata l'idea di anticipare la convocazione degli Stati Generali affinché nell'adeguata cornice istituzionale, con il contributo di tutti e senza fretta ci si possa orientare sulla strada da prendere, sulla possibile reingegnerizzazione associativa, sul desti-

no delle Aree, sulle eventuali modifiche dei nostri Regolamenti e forse dello stesso Statuto.

L'annuncio è quindi che il 21 e 22 settembre 2007 si terranno gli Stati Generali dell'ANMCO, chiamando al lavoro il Consiglio Nazionale, i componenti del Consiglio Direttivo 2004-2006, il CdA di HCF ed alcune altre personalità di spicco della nostra realtà associativa. Sarà bene che sul programma presentato da Di Pasquale si cominci a discutere da parte dei Consigli Direttivi Regionali, dei Comitati di Coordinamento delle Aree, del Comitato Scientifico o secondo altre libere modalità aggregative. Ci vogliamo preparare ad un passo che merita di essere fatto bene. Agli Stati Generali del 21 e 22 settembre 2007 si giocherà una partita importante.



Peter Paul Rubens, *L'unione di Terra e Acqua*, 1618

CONSIGLIO DIRETTIVO ANMCO BIENNIO 2006-2008

PRESIDENTE FRANCESCO CHIARELLA

Dirigente II Livello - U.O. di Cardiologia - Ospedale Santa Corona
Via XXV Aprile, 128 - 17027 Pietra Ligure (SV) - Tel. 019/6234349-6232693
E-mail: francesco.chiarella@ospedalesantacorona.it

PRESIDENTE DESIGNATO SALVATORE PIRELLI

Dirigente II Livello - U.O. di Cardiologia - Istituti Ospitalieri
Largo Priori, 1 - 26100 Cremona
Tel. 0372/405111-332-323 - Fax 0372/433787
E-mail: pirelli.s@libero.it

PAST-PRESIDENT GIUSEPPE DI PASQUALE

Dirigente II Livello - U.O. di Cardiologia - Ospedale Maggiore
Largo Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna
Tel. 051/6478202-6478318 - Fax 051/6478635
E-mail: giuseppe.dipasquale@ausl.bo.it

SEGRETARIO Generale

GIUSEPPE PALAZZO

Dirigente I livello - U.O. di Cardiologia - Ospedale Cannizzaro
Via Messina, 821 - 95126 Catania - Tel. 095/7262563 - Fax 095/7262588
E-mail: gipalace@yahoo.it

VICE-PRESIDENTE LUIGI OLTRONA VISCONTI Attività Culturali

Dirigente II Livello - U.O. di Cardiologia - A.O. Universitaria S. Martino
Largo Rosanna Benzi, 10 - 16132 Genova
Tel. 010/5552892 - Fax 010/5556846
E-mail: loltrona@tiscalinet.it

VICE-PRESIDENTE GENNARO SANTORO

Attività Organizzative e Gestionali
Dirigente I livello - U.O. Cardiologia 2 - A.O. Careggi
Viale Morgagni, 85 - 50139 Firenze - Tel. e Fax. 055/4277414
E-mail: cardiologia2@ao-careggi.toscana.it

TESORIERE

GIOVANNI GREGORIO

Dirigente II livello - U.O. UTIC - Cardiologia Osp. San Luca
Via F. Cammarota - 84078 Vallo della Lucania (SA)
Tel. 0974/711272-711237 - Fax 0974/717340
E-mail: giovannigregorio@libero.it

CONSIGLIERI

MATTEO CASSIN

Dirigente I livello - U.O. di Cardiologia - A. O. S. Maria degli Angeli
Via Montereale, 24 - 33170 Pordenone
Tel. 0434/399277-438 - Fax 0434/399197
E-mail: matteo.cassin@aopn.fvg.it

MARIO CHIATTO

Dirigente I livello - Servizio di Cardiologia - Presidio Osp. Mariano Santo
Contrada Muoio Piccolo - 87100 Cosenza
Tel. 0984/6811 - Fax 0984/681720
E-mail: compama@libero.it

ALESSANDRA CHINAGLIA

Dirigente I livello - U.O. di Cardiologia - Ospedale Maria Vittoria
Corso Tassoni, 44 - 10149 Torino
E-mail: chinaglia@fastwebnet.it

GIAN FRANCESCO MUREDDU

Dirigente I livello - U.O. di Cardiologia - Ospedale San Giovanni
Via Amba Aradam, 9 - 00184 Roma
Tel. 06/77055710-77055385-77055909 - Fax 06/77055438
E-mail: gfmureddu@hsangiovanni.roma.it

ZORAN OLIVARI

Dirigente I livello - Emodinamica-Cardiol. Interventistica - Osp. Ca' Foncello
Piazza Ospedale, 1 - 31100 Treviso
Tel. 0422/322776 - Fax 0422/322662
E-mail: zolivari@ulss.tv.it

GIAMPAOLO SCORCU

Dirigente I livello - U.O. di Cardiologia - A.O. G. Brotzu-S. Michele
Piazzale A. Ricchi, 1 - 09134 Cagliari
Tel. 070/539512-539515 - Fax 070/531400
E-mail: giampaoloscorcu@aob.it



Una icona riprodotte Silvestro I e Costantino. L'imperatore offre al Papa la tiara imperiale, simbolo del potere temporale. Dalle pareti dell'Oratorio di San Silvestro, Roma

È ENTRATO IN CARICA IL NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO FIC 2007-2010

In data 1 luglio 2007 ha preso l'avvio il nuovo Consiglio Direttivo della Federazione Italiana di Cardiologia così costituito: Giuseppe Di Pasquale (Presidente), Francesco Fedele (Vice Presidente), Savina Nodari (Segretario), Francesco Chiarella (Tesoriere), Matteo Di Biase e Salvatore Pirelli (Consiglieri). L'attuale Consiglio Direttivo della FIC che ho l'onore di presiedere costituisce il quarto Consiglio Direttivo dalla costituzione della Federazione e resterà in carica per tre anni. In data 17 luglio si è svolta a Bologna la prima riunione del nuovo Consiglio Direttivo nella quale si è realizzata un'ampia ed articolata discussione su tutti i temi principali della FIC. Tutto questo si è svolto in un clima gradevole, improntato alla lealtà ed alla volontà di collaborazione.

Molte le cose che sono state realizzate fino ad oggi, molti i progetti messi in cantiere nel precedente triennio sotto la leadership carismatica di Attilio Maseri, ma molto è quello che resta da realizzare affinché la FIC diventi una realtà sempre più concreta e vero referente unitario della Cardiologia nazionale. Gli obiettivi federativi potranno tuttavia essere realizzati soltanto attraverso un sistematico processo di comunicazione e di condivisione che si estenda dal ristretto ambito del Consiglio Direttivo della FIC a quello del Consiglio Federale, dei Consigli Direttivi dell'ANMCO e della SIC e della base più ampia degli Associati di ANMCO, SIC e delle altre Società Federate. Diversamente il rischio è quello di elaborare progetti e strategie condivise soltanto a livello del vertice.

In questo momento la FIC è una realtà poco conosciuta, anche tra i Soci dell'ANMCO e della SIC. È necessario pertanto migliorare la comunicazione e per questo i principali strumenti saranno l'implementazione del sito web della FIC (www.federcardio.it) e la periodica pubblicazione di aggiornamenti sulla FIC nelle Riviste di ANMCO e SIC: "Cardiologia negli Ospedali" e "SIC et Simpliciter". Ringrazio i Presidenti di ANMCO e SIC e gli Editor delle loro Riviste per questa ospitalità, che mi auguro possa diventare uno spazio fisso in ogni numero.

Insieme alla comunicazione è necessario che gli obiettivi strategici della Federazione trovino uno spazio di am-

pie discussione a livello dei Consigli Direttivi e Consigli Nazionali dell'ANMCO e della SIC. Le due Società madri della Federazione dovrebbero assicurare un feed-back costante al Consiglio Direttivo della FIC relativamente alla condivisione in "periferia" degli obiettivi federativi. La velocità nella attuazione degli obiettivi potrà essere in funzione dei tempi di recepimento degli stessi da parte della base associativa.

Di seguito i principali obiettivi sui quali lavorare nei prossimi tre anni.

Revisione dello Statuto della FIC

La prima revisione dello Statuto emanata nel maggio 2004 introduceva il nuovo Organo del Consiglio Federale, con l'obiettivo di fare diventare la FIC la casa comune della Cardiologia italiana con l'ingresso delle Società cardiologiche generaliste del Territorio, dell'ospedalità privata accreditata e del settore subspecialistico.

Il Consiglio Federale nel triennio appena trascorso è stato purtroppo sostanzialmente inattivo per la richiesta delle Società Federate di procedere ad una nuova revisione dello Statuto, rappresentando con vigore la richiesta di avere un ruolo maggiormente propositivo e deliberativo all'interno della FIC.

Una Commissione per la Revisione dello Statuto FIC costituita nel 2005, coordinata da Gaetano Thiene, ha formulato delle proposte sulle quali non è stato ancora raggiunto un accordo. Il nodo cruciale era costituito dalla composizione del Consiglio Direttivo, per il quale è stata a lungo discussa la possibilità di un allargamento ad altre componenti oltre ANMCO e SIC, e dal ruolo del Consiglio Federale. L'orientamento finale emerso nel Consiglio Federale è stato quello di lasciare inalterata la composizione del Consiglio Direttivo. Questo assetto organizzativo tuttavia non impedisce che le altre Società Scientifiche federate non-ANMCO e non-SIC abbiano attraverso il Consiglio Federale un forte ruolo propositivo e deliberativo.

È ferma intenzione del nuovo Consiglio Direttivo FIC per-



venire in tempi brevi ad una conclusione delle proposte della Commissione che in data 17 luglio 2007, con il nuovo coordinamento del Presidente FIC, ha ripreso i propri lavori. Nel nuovo Statuto verranno ridefiniti con chiarezza compiti e poteri del Consiglio Direttivo e del Consiglio Federale e regolamentati i relativi rapporti. L'obiettivo è quello di rinforzare il ruolo del Consiglio Federale in modo che si possa presto iniziare a lavorare su temi concreti di specifico interesse e competenza delle Società di Cardiologia del Territorio, di Settore e dell'Ospedalità privata accreditata.

Società Europea di Cardiologia

La politica unitaria nei confronti della ESC costituisce una delle finalità statutarie della FIC ed avere iniziato a fornire un'immagine di unitarietà della Cardiologia italiana nei rapporti con la ESC ha finalmente dato i suoi frutti. L'elezione del candidato italiano Roberto Ferrari, fortemente sostenuto dalla FIC, a President Elect della ESC va considerata come un successo internazionale della Federazione e non solo un riconoscimento degli elevati meriti scientifici e professionali e della credibilità internazionale del Prof. Ferrari. La ESC per molti Cardiologi rappresenta ancora un'entità distante e poco conosciuta. Molti sono gli italiani che hanno incarichi all'interno dei "Constituent Bodies" (WG, Associations e Council della ESC, ma quasi sempre la loro cooptazione è avvenuta a livello personale e non in funzione di una rappresentatività societaria. È pertanto necessario che la FIC rinforzi il proprio collegamento con la ESC che tra l'altro offre opportunità che sono solo in parte note ai Cardiologi italiani. La presidenza di Roberto Ferrari offre sicuramente l'occasione per rinforzare le interazioni con la ESC, facendo assumere alla FIC un ruolo rilevante anche a livello europeo. La condizione indispensabile per contare all'in-

terno della ESC è quella di costituire a livello della Federazione delle interlocuzioni unitarie nei confronti dei "Constituent Bodies" della ESC, realizzando quanto più possibile una simmetria e specularità organizzativa. Presentandoci uniti a livello europeo, la Cardiologia italiana riuscirà ad esprimere candidati autorevoli per posizioni rilevanti all'interno di WG, Association e Council della ESC.

Convergenza Aree ANMCO - Gruppi di Studio SIC

La rappresentanza unitaria nei confronti della ESC comporta la necessità di condividere un percorso di convergenza delle Aree ANMCO e dei Gruppi di Studio SIC. Non nascondiamoci che questo è un percorso difficile e faticoso, anche perché il peso relativo delle corrispettive Aree ANMCO e Gruppi di Studio SIC è in alcuni casi molto diverso. Anche per questo obiettivo è stata costituita una Commissione Paritetica SIC-ANMCO, coordinata da Gaetano Thiene, che ha svolto alcune riunioni ed elaborato proposte che dovranno essere al più presto discusse



Peter Paul Rubens, Romolo e Remo, 1616

ed eventualmente approvate dai Consigli Direttivi di ANMCO e SIC.

Il primo obiettivo, più facile da condividere, è stata la individuazione di un referente unitario italiano per ciascuno dei WG/Association della ESC. Laddove esiste come corrispettivo italiano una Società Federata il referente per la ESC è stato individuato nel Presidente della Società di Settore (vedi SICI-GISE, AIAC, SIEC, ecc.). Negli altri casi sono state identificate persone autorevoli di provenienza ANMCO o SIC in rapporto equilibrato. Questo è già un primo passo importante che dovrebbe essere condiviso e messo a conoscenza della base associativa di ANMCO, SIC e delle Società Federate.

Molto più difficile è il secondo obiettivo, quello della reale convergenza di Aree ANMCO e Gruppi di Studio SIC. La Commissione Paritetica SIC-ANMCO ha elaborato possibili modalità di convergenza e relativi tempi di realizzazione. Tutto questo per poter diventare attuativo richiede un'ampia ed articolata discussione all'interno dei rispettivi Consigli Direttivi di ANMCO e SIC, non potendo essere un'operazione di vertice.

È evidente che questa operazione, che non è finalizzata soltanto ai rapporti con la ESC, non dovrà portare ad una dispersione delle risorse culturali e organizzative di settore presenti nell'ANMCO e nella SIC ma ad una loro confluenza e valorizzazione all'interno dei costituenti Working Group della FIC.

Rapporti con le Istituzioni

Da diversi anni è stato deciso che l'ANMCO e la SIC affidino alla FIC le interazioni con le Istituzioni Sanitarie Nazionali. Di fatto, diversi Cardiologi fanno parte di Organismi e Commissioni del Ministero della Salute e dell'ASSR a titolo personale e non in rappresentanza della FIC. La FIC dovrebbe formalmente richiedere la presenza di un proprio rappresentante a livello dei vari Organismi nazionali: AIFA, CUD, Commissione LEA, CCM. È inoltre da perseguire un coinvolgimento della FIC come referente scientifico della Cardiologia italiana a livello dell'ASSR nel Piano Nazionale Linee Guida.

La situazione è più complessa a livello regionale, dove non esiste un referente/Presidente Regionale FIC. Dovrà essere pertanto perseguita una stretta collaborazione tra i Presidenti Regionali ANMCO e SIC con l'obiettivo di stabilire un rapporto diretto con gli Assessorati e le Agenzie Sanitarie Regionali per l'attuazione dei Piani Sanitari e l'organizzazione delle funzioni cardiologiche.

Già durante la presidenza Tavazzi e nell'ottobre 2005 du-

rante la presidenza Maseri è stata inviata una lettera a tutti gli Assessorati Regionali per esplicitare la volontà della FIC di istituzionalizzare in ogni regione una referenza cardiologica unitaria rappresentata dai Presidenti Regionali di ANMCO e SIC. Questa decisione verrà ribadita e rinforzata, precisando che gli interlocutori regionali FIC (Presidente ANMCO e SIC) devono coinvolgere in caso di specifiche problematiche o scelte tecniche di programmazione, quali ad esempio l'emodinamica e l'aritmologia invasiva, i referenti federali di settore (es. SICI-GISE e AIAC) della propria Regione.

Nell'interazione collaborativa con le Istituzioni sanitarie a livello nazionale e regionale la FIC dovrebbe avere un ruolo propositivo anche attraverso la produzione di Documenti di programmazione sanitaria periodicamente aggiornati. A tale proposito è il momento di pensare ad una riedizione del Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" prodotto dalla FIC nel 2003.

Politica unitaria della Formazione post-Laurea

Tra le finalità della FIC enunciate nell'articolo 2 dello Statuto esiste quella della politica unitaria di formazione con il coinvolgimento dei Cardiologi ospedalieri e delle relative Strutture cardiologiche nelle Scuole di Specializzazione in Cardiologia. La collaborazione tra ANMCO e SIC per la Scuola di Specialità è stata considerata un punto qualificante dello Statuto federativo. In realtà questo obiettivo federativo ha trovato finora attuazione in modo disomogeneo ed il coinvolgimento della Cardiologia Ospedaliera nella formazione degli specializzandi è stato prevalentemente limitato all'attribuzione di contratti di insegnamento.

Un reale coinvolgimento delle Strutture cardiologiche ospedaliere nella formazione degli specializzandi non è finora avvenuto. Il limitato numero di posti ministeriali a disposizione delle Scuole di Specializzazione non può essere una giustificazione per un mancato coinvolgimento degli ospedali, a meno che non si voglia considerare gli specializzandi soltanto come "forza lavoro" e non delle risorse umane per le quali prevedere una formazione a 360 gradi.

Journal of Cardiovascular Medicine e Giornale Italiano di Cardiologia

La realizzazione di una Rivista unitaria della FIC a superamento di quelle storiche di ANMCO e SIC è stato uno dei passi importanti compiuti dalla Federazione. Altrettanto

importante e vincente è stato il passo successivo della scelta di internazionalità del Journal of Cardiovascular Medicine con la conservazione della rivista in Italiano, con un eccellente lavoro svolto dai suoi Editor Gianluigi Nicolosi e Giuseppe Ambrosio che hanno sempre lavorato in stretta sinergia.

Obiettivi a breve termine della FIC in questo settore sono i seguenti:

- 1) Ampliamento del numero di pagine del Journal of Cardiovascular Medicine per poter accorciare i tempi di pubblicazione degli articoli che oggi, nonostante un "rejection rate" di oltre il 70%, sono inaccettabilmente lunghi. Questo obiettivo è condizionato dall'acquisizione di nuovi finanziamenti aggiuntivi rispetto alla quota che viene oggi versata per i Giornali da ANMCO e SIC (13 € per JCM e 7.50 € per GIC per ogni singolo Socio).
- 2) Confluenza nel Giornale Italiano di Cardiologia in una serie di sezioni specifiche delle riviste delle Società di Settore. Questo comporta per le Società Federate il sacrificio a rinunciare alla propria Rivista, limitandosi eventualmente alla pubblicazione di una newsletter, cartacea oppure on-line sul proprio sito, ma offre numerosi vantaggi. Le Società Federate raggiungerebbero in questo modo una audience molto più vasta di quella raggiungibile dalla propria rivista e tutti i Cardiologi italiani che ricevono il Giornale Italiano di Cardiologia verrebbero costantemente informati riguardo alle attività delle varie Società Cardiologiche Nazionali. Un altro vantaggio, non meno importante, sarebbe quello di recuperare risorse finanziarie che potrebbero essere utilmente utilizzate per altre finalità.

Iniziative Formative - Congressuali

La FIC si impegnerà a promuovere l'organizzazione di eventi formativi e congressuali unitari (ANMCO-SIC e più in generale ANMCO-SIC – altre Società di Settore) a livello regionale e nazionale.



Raffaello, Le tre Grazie, 1501

A livello regionale l'obiettivo è quello della realizzazione di Convegni congiunti ANMCO-SIC, con l'auspicabile coinvolgimento delle altre Società federate, sotto l'egida della FIC. È evidente che questo percorso non è sempre facile in relazione alle diverse situazioni regionali. Esistono comunque già degli esempi di fattibilità come il Convegno regionale Puglia-Basilicata che si svolgerà in ottobre e quello Tosco-Umbro FIC che si svolgerà in novembre. È inoltre opportuno che, laddove si riesca già per il 2007-2008 a realizzare i Congressi Regionali FIC, questi dovranno diventare sostitutivi e non aggiuntivi ai Congressi Regionali ANMCO e SIC.

Riteniamo che numerosi siano i vantaggi di questo processo: (1) promuovere a livello periferico lo spirito federativo e l'immagine della FIC quale realtà non "virtuale"; (2) offrire un'immagine di unitarietà della Cardiologia di fronte alle Istituzioni Sanitarie Regionali; (3) fornire un contributo concreto alla riduzione della pletera degli eventi congressuali che da più parti viene oggi criticata; (4) rendere disponibili i budget locali delle Industrie Farmaceu-

tiche ed Elettromedicali per altre finalità (studi clinici, borse di studio, ecc.) che non siano solo congressuali.

A livello nazionale nel 2006 è stata costituita una Commissione Federativa Congiunta per Progetti Formativi e Iniziative tipo "Consensus", coordinata da Francesco Chiarella, che ha proposto lo sviluppo di alcuni progetti formativi da svolgere a livello macroregionale e la stesura di un Position Paper sul nuovo imaging coronarico.

L'obiettivo è quello di dare concreta attuazione a questi progetti

con la rinuncia da parte di ANMCO e SIC e delle altre principali Società Cardiologiche di Settore a svolgere annualmente una quota del proprio Piano Formativo "storico", decidendo di svolgerne una parte a livello congiunto federativo. Gli eventi formativi federativi dovrebbero pertanto diventare non aggiuntivi (con il rischio di inflazione delle iniziative cardiologiche), ma sostitutivi di eventi formativi autonomi di ANMCO-SIC - Società di Settore.

Dal momento che la FIC ha rinunciato a produrre Linee Guida nazionali autonome, facendo proprie quelle della ESC, è opportuno proseguire nella progettualità della stesura di Documenti di Consenso per l'implementazione e la contestualizzazione nazionale delle Linee Guida europee. Dopo la positiva esperienza della Consensus sull'IMA STE del 2005 il Consiglio Direttivo FIC ha condiviso il progetto di una nuova Consensus nazionale sulle Sindromi Coronariche Acute NSTEMI da realizzare entro la primavera del 2008.

Le Risorse

È un punto strategico prioritario per la realizzazione degli obiettivi federativi. Le fonti storiche di finanziamento della FIC provengono dalle quote versate annualmente dall'ANMCO e dalla SIC. A queste si sono aggiunti negli ultimi anni alcuni contributi liberali provenienti da Industrie



Jacopo da Empoli, Nozze di Maria de' Medici con Enrico IV re di Francia, 1600

Farmaceutiche di entità non rilevante. È necessario ricercare nuove fonti di finanziamento prevalentemente attraverso diverse modalità: estensione della partecipazione contributiva, oggi a carico solo di ANMCO e SIC, da parte delle Società Federate; acquisizione di un "overhead" attraverso i progetti formativi finanziati da Industrie Farmaceutiche o Elettromedicali; ricerca di finanziamenti istituzionali finalizzati (es. Ministero della Salute).

Per quanto riguarda il progetto molto più ambizioso di un fund

raising autonomo federativo finalizzato alla Ricerca, attraverso la costituzione di una Fondazione della FIC, è opportuna al momento una pausa di riflessione. È comunque evidente come un fund raising svolto dalle singole Società Scientifiche è destinato ad avere limitate probabilità di successo per la scarsa credibilità che avrebbe a livello dei cittadini e per la dannosa competizione che si creerebbe tra i diversi soggetti-Fondazioni collegati alle Società Scientifiche. Un fund raising federativo destinato alla Ricerca cardiovascolare, sul modello di AIRC e di Telethon, come ipotizzato da Attilio Maseri e dal precedente Consiglio Direttivo della FIC, avrebbe invece elevate probabilità di successo dando grande visibilità alla Cardiologia italiana. In questo ambito sarebbe molto proficua una sinergia d'azione con le Associazioni dei pazienti (CONA CUORE) con cui sono state già svolte iniziative congiunte.

Concludo ringraziando l'ANMCO per la fiducia accordata indicandomi come Presidente della FIC e la SIC per l'approvazione di questa indicazione. Il mio personale impegno e quello del Consiglio Direttivo FIC per il raggiungimento degli obiettivi della Federazione sarà massimo. Saranno tuttavia ANMCO e SIC a condizionarne in definitiva i tempi e le modalità di attuazione. L'auspicio personale è che in questo triennio dei significativi passi avanti nel percorso federativo possano essere fatti e condivisi.

HCF NEL MONDO DELLA SCUOLA CON UN AMBIZIOSO PROGETTO PER LA CORREZIONE DI ALTERATI STILI DI VITA

La prevenzione cardiovascolare nel mondo della scuola



L'adozione di uno stile di vita corretto, basato su una più sana alimentazione, sull'abitudine alla regolare attività fisica e sull'astensione dal fumo, è essenziale per ridurre l'incidenza della malattia cardio-cerebrovascolare nei paesi industrializzati.

I risultati di studi scientifici e di grandi trials sulla prevenzione primaria sono concordi nell'affermare che la correzione di alterati stili di vita deve essere iniziata nelle fasi più precoci della vita (infanzia, adolescenza) perché possa incidere positivamente sulla conservazione della integrità strutturale e funzionale della parete arteriosa. La Scuola rappresenta di fatto 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. Nel contempo, il coinvolgimento dei genitori, in quanto responsabili in prima persona della nutrizione dei figli, potrebbe facilitare la correzione degli errati stili di vita dei giovani.

In linea con le proprie finalità HCF ha recentemente presentato al Ministero della Salute, in collaborazione con autorevoli partners a carattere nazionale quali Federconsumatori e Coldiretti, e con l'appoggio di Federalimentare, la richiesta di finanziamento di un ambizioso progetto su scala nazionale da implementare nel mondo della scuola per l'anno scolastico 2008-2009 dal titolo: "Giovani consumatori: una corretta educazione alimentare ed una buona attività fisica oggi, per un futuro più sano".

L'obiettivo è quello di incidere positivamente sulle abitudini alimentari e contrastare la sedentarietà dei giovani studenti. Il progetto prevede di identificare una classe di ogni ordine e grado (infanzia, primaria, secondaria di I° e II° ordine) per ogni provincia italiana (in totale circa 400 classi) che costituiranno la rete nazionale e si sviluppa attraverso quattro fasi attuative: a) formazione del personale docente sulla Prevenzione Primaria prima dell'avvio dell'anno scolastico ad opera di Cardiologi

(ANMCO) esperti nel settore; b) insegnamento agli alunni della Prevenzione Primaria da parte del corpo docente durante l'anno scolastico come parte integrante del loro programma formativo; c) contemporanea sensibilizzazione dei genitori (da parte di esperti di Federconsumatori); d) analisi dei risultati sul cambiamento dello stile di vita attraverso questionario dedicato. Nell'ambito delle scuole che aderiranno verranno identificate alcune classi che costituiranno il gruppo controllo e per le quali non è prevista né la formazione degli insegnanti o l'insegnamento durante l'anno scolastico, né la sensibilizzazione dei genitori.

In attesa di una risposta da parte del Ministero della Salute in merito alla copertura economica, condizione indispensabile per l'attuazione del progetto, grazie anche all'entusiastico supporto di un gruppo di insegnanti e di Cardiologi con documentata esperienza in programmi di educazione alla salute HCF ha comunque programmato per l'anno scolastico 2007-2008 uno studio pilota su una piccola casistica, comunque rappresentativa della realtà nazionale, per verificare la fattibilità del progetto generale. Nel frattempo, la stessa collaborazione lavorerà alla stesura del manuale "Mangio per star bene" in continuità naturale con quello già a disposizione "Mi muovo sto bene" che, oltre a costituire un ulteriore elemento qualificante per HCF, serviranno da base educativa per gli studenti nelle scuole che aderiranno al progetto.

In coda a quanto riportato ci piace citare iniziative simili già attuate in piccole realtà locali. In particolare, grazie alla stretta collaborazione tra personale insegnante, Associazioni Amici del Cuore e Cardiologi ANMCO della Regione Basilicata, nell'anno scolastico 2006-2007 è stato brillantemente condotto un progetto di corretta alimentazione in alcune scuole della provincia di Matera i cui positivi risultati sono riportati in una piacevole pubblicazione dal titolo "Stile di Vita e Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari" curata dai colleghi Dott. Francesco Paolo Calciano e Dott. Antonio Cardinale, di cui si parla in maniera più diffusa nel loro articolo a pagina 52.



LA QUARTA EDIZIONE DI CARDIOLOGIE APERTE

La quarta edizione di Cardiologie Aperte si svolgerà Domenica 30 settembre e coinciderà anche quest'anno con la Giornata Mondiale per il Cuore 2007. Lo slogan scelto per la manifestazione di quest'anno è:

**QUANDO UN CUORE È FORTE
NULLA LO PUÒ SCALFIRE**

**"SE TIENI AL TUO CUORE,
TIENILO SOTTO CONTROLLO"**

volendo focalizzare in particolare l'attenzione sull'importanza sia della prevenzione primaria intesa come stile di vita salutare e correzione dei fattori di rischio che del tempestivo riconoscimento/trattamento dell'attacco cardiaco. Nella realizzazione del materiale promozionale di Cardiologie Aperte 2007 ci siamo avvalsi del contributo gratuito della prestigiosa agenzia McCann Erickson con l'obiettivo di riuscire a coinvolgere soprattutto i cittadini "sani" che più difficilmente possono essere intercettati con successo dalle tradizionali forme pubblicitarie. Lo slogan, il logo e le immagini che verranno usati in anteprima per Cardiologie Aperte 2007 sono appunto frutto di una selezione delle varie proposte formulate dalla McCann Erickson e dovrebbero costituire, nell'intenzione del CdA di HCF, una sorta di tormentone pubblicitario da utilizzare in diverse altre occasioni nel corso del 2007-2008, in modo da far familiarizzare con HCF un numero sempre maggiore di cittadini.

In merito al programma della giornata, come nelle passate edizioni, HCF ha proposto un formato standard che ogni Cardiologia può modificare a secondo della propria realtà locale e capacità organizzativa anche alla luce delle risorse disponibili. Il programma suggerito, pertanto, prevede il counselling finalizzato alla sensibilizzazione alle problematiche connesse al Rischio Cardiovascolare Globale, e al pronto riconoscimento e trattamento dell'attacco cardiaco.

Come sempre si ricorda che HCF, dovendosi rivolgere a differenti realtà cardiologiche ospedaliere, non può, anche nelle diverse azioni pubblicitarie che saranno intraprese fino al 30 settembre 2007, caratterizzare oltremodo il programma della manifestazione.

È lasciato, quindi, alle singole U.O. di Cardiologia l'importante compito di personalizzare in modo quanto più possibile il programma e renderlo particolarmente accattivante (proponendo per esempio la misurazione della pressione, della glicemia e del colesterolo, o l'esecuzione di visite o elettrocardiogrammi, o realizzando eventi sociali, ecc.).

Poiché sulla base delle esperienze precedenti, è assodato che il successo dell'iniziativa, in termini di partecipazione attiva dei cittadini e di ricaduta sui mezzi di informazione, dipende essenzialmente dalla visibilità locale che si riesce a realizzare, è necessario che ogni U.O. di Cardiologia Ospedaliera si attivi tempestivamente per pubblicizzare l'evento nel territorio di competenza.

A tale proposito si consiglia di diffondere l'iniziativa:

- presso gli studi dei MMG e le Farmacie
- presso i mezzi di comunicazione e giornali locali

30 Settembre 2007 4ª Giornata Nazionale delle
CARDIOLOGIE APERTE

**SE TIENI AL TUO CUORE,
TIENILO SOTTO CONTROLLO**

Da ogni stile di vita e il migliore allestimento del tuo cuore. Se non puoi, meglio se non esplicitamente o passivamente con attività. E' bene spiegare il rischio di infarto al cuore. Anche se il tuo cuore è in ottima forma, puoi comunque prenderti cura di lui in un giorno speciale: il prossimo 30 settembre nella quarta giornata delle "Cardiologie Aperte".

Nella 30ª cardiologia ospedaliera che aderisce all'iniziativa potrai rivolgerti a specialiste cardiologiche e cardiocardiologi con gli oltre 2000 cardiologi e 1000 infermieri professionisti presenti che ti aiuteranno il tuo rischio cardiovascolare. Il giorno della manifestazione che parteciperai all'iniziativa è insostituibile sul sito www.infoccuore.it. Il tuo cuore lavora per te tutti i giorni. Per un giorno, lavora per noi.

Domenica 30 SETTEMBRE 2007
In cardiologia aperta la porta ai cittadini

Heart Care Foundation
O.N.L.U.S. - Promozione Aperta per la Salute

www.infoccuore.it

QUANDO UN CUORE È FORTE NULLA LO PUÒ SCALFIRE.

SE TIENI AL TUO CUORE, TIENILO SOTTO CONTROLLO.

Un sano stile di vita è il migliore alleato del tuo cuore. Se non fumi, mangi in modo equilibrato e pratici un'attività fisica regolare, il rischio di infarto si riduce. Ma anche se il tuo cuore è in ottima forma, puoi prenderti cura di lui in un giorno speciale: il prossimo 30 settembre, nella quarta giornata delle "Cardiologie aperte". Nelle 260 cardiologie ospedaliere che aderiscono all'iniziativa potrai raccogliere materiale informativo e confrontarti con oltre 1000 cardiologi e 1000 infermieri professionali volontari che valuteranno il tuo rischio cardiovascolare. L'elenco delle cardiologie che partecipano all'iniziativa è consultabile sul sito www.tuttocuore.it. Il cuore lavora per te ogni giorno. Per un giorno, lavora tu per lui.

30 SETTEMBRE 2007. QUARTA GIORNATA DELLE CARDIOLOGIE APERTE.

l'organizzazione dell'evento alle differenti Associazioni di Volontariato presenti sul territorio.

Pertanto per assicurare un buon successo di Cardiologie Aperte 2007 è necessario che ogni U.O. di Cardiologia Ospedaliera si attivi per tempo per pubblicizzare localmente l'evento e personalizzarne il programma.

L'esperienza degli anni precedenti ci induce a ritenere che il successo locale dell'iniziativa è strettamente connesso alle energie e risorse dedicate non solo nel giorno dell'evento, ma anche e soprattutto nei giorni precedenti per la accurata preparazione dello stesso.

I primi dati di Cardiologie Aperte 2007 sono molto confortanti: hanno aderito alla manifestazione 256 Cardiologie, con un incremento di circa il 10% rispetto al 2006; il Piemonte, la Calabria, il Friuli Venezia Giulia, la Lombardia e l'Emilia Romagna sono le regioni con la più alta adesione in relazione al numero di richieste di partecipazione inviate.

Inoltre è estremamente importante il dato che oltre il 50% delle Cardiologie aderenti ha partecipato alle ultime 3 edizioni consecutive su 4, a testimonianza del fatto che Cardiologie Aperte è una manifestazione consolidata, che va incontro alle aspettative del mondo scientifico e al tempo stesso dei cittadini e che rappresenta un momento unitario della Cardiologia Ospedaliera italiana.

Buon lavoro a tutti!

QUALITÀ DELLA RICERCA HCF/ANMCO

Il Punteggio di Qualità per valutare l'attività di ricerca dei Centri: primi sviluppi ed applicazioni



Punteggio di Qualità

Nell'ambito della Certificazione di Qualità ISO 9001:2000 che Heart Care Foundation (HCF), ha ottenuto per la ricerca scientifica il 22 dicembre 2005 - n° 5929-A rilasciata da CERMET (www.cermet.it) -

HCF/ANMCO ha deciso di definire un metodo di attribuzione di punteggio, per valutare la qualità del lavoro svolto dalle unità operative che partecipano ai propri progetti di ricerca.

Per ciascuno dei 5 ambiti clinici verso cui è rivolta la ricerca HCF/ANMCO (Scopenso Cardiaco, Sindromi Coronariche Acute, Aritmie, Prevenzione primaria e secondaria, Tutti i restanti) a ciascun centro che partecipa ad almeno un progetto di ricerca coordinato dal Centro Studi ANMCO, viene annualmente attribuito un punteggio compreso tra 0 e 10.

Gli indicatori usati, già pubblicati su Cardiologia negli Ospedali n° 152/153 pag. 33 (www.anmco.it/cardiologiaospedali), sono i seguenti:

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

Comunicazione ai Centri

Per la prima volta il punteggio è stato calcolato nell'anno 2006 e quindi attribuito per il 2005, analoga operazione è stata ripetuta nel 2007 per il 2006.

Scopenso Anno 2005

Punti	Reparto-Ospedale-Città	Responsabile	Studio/Referente
10/10	SPC - CARDIOCENTRO TIGNO - LUGANO	Prof. TUDANO MOCETTI	GISSA-HF, Dott.ssa Maria Grazia Rossi
	DIVISIONE DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE CARLO BORELLA - GIUSSANO	Dott. ALBERTO VOLPI	GISSA-HF, Dott. Jones Norman
9.5/10	SEZIONE DI CARDIOLOGIA CON TIM - OSPEDALE VALDICHIANA SANTA MARGHERITA - CORTONA	Dott. FRANCO COSMI	GISSA-HF, Dott. Franco Cosmi
	DIVISIONE DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE C.G. MAZZONI - ASCOLI PICENO	Dott. LUCIANO MORETTI	GISSA-HF, Dott. Luciano Moretti
8.5/10	U.O.C. DI CARDIOLOGIA E UTIC - OSPEDALI RIUNITI ALSANO-GENZANO ALBANO LAZIALE	Dott. GIUSEPPE PAJES	GISSA-HF, Dott. Paolo Mùs

ANMCO Research Center

SCA Anno 2005 (*)

Punti	Reparto-Ospedale-Città	Responsabile	Studio/Referente
10/10	U.O.A. CARDIOLOGIA - OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO - CAMPOSAMPIERO	Dott. ALDO ANTONIO ZAMPERO	IN-ACS outcome, Dott. Francesco Conterese
	U.O. DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE SANTA GORDINA - PIETRA LIGURE	Dott. FRANCESCO CHIARELLA	IN-ACS outcome, Dott.ssa Francesca Rossi
	U.O. DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE CIVILE SAN MASSIMO - PENNE	Dott. ANGELO VACIS	IN-ACS outcome, Dott.ssa Antonietta De Fina

(*) nell'anno 2005 il punteggio è stato assegnato solo a 5 centri e di questi solo 3 superavano 8/10

ANMCO Research Center

Heart Care Foundation
Certificata UNI EN ISO 9001:2000

Aritmie Anno 2005

Punti	Reparto-Deposito-CRIS	Responsabile	Studio/Riferenza
8-870	DIVISIONE DI CARDIOLOGIA - ISTITUTO DENTALE DI CROCIANA	DR. SALVATORE PINELLI	8700-AP, DR. Andrea Spina
	U.O. CARDIOLOGIA E UTIC - OSPEDALE CIVILE DI BAMPORGNA (ARONA) - ASP. SIRTORI	DR. PAOLO PULVETELLI	0200-AP, DR. Luigi Andrea Messori
8-870	U.O. DI CARDIOLOGIA E UTIC - OSPEDALE CIVILE AUS. SAN. FA. PUGLIA - PISTONOTTE MATTEI	DR. ROSSANO BATTISTI	0200-AP, DR. Andrea Maria De Franceschi
	U.O. DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE S. PIACENTINO - SAN BERNARDO	DR. NICOLA PIZZINI	0200-AP, DR. Francesco Turchetti
8-870	SEZIONE DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE CIVILE SAN MASSIMO - SUDASO	DR. ANTONINO PASQUA	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
	ISTITUTO COMPLESSO DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE DI SALAZARO - PALMARIANA - USM - PALMARIANA	DR. ANTONINO PASQUA	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
8-870	U.O. DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE MAGGIORE MOLISANO	DR. GIUSEPPE DE PASQUALE	0200-AP, Dott. Andrea Montemonte IS. Neri
	SEZIONE DI CARDIOLOGIA CON IRI - OSPEDALE S. LUIGI MARIA SANTA MARINELLA - CASTELLANA	DR. FRANCESCO COZZI	0200-AP, DR. Pietro Cozzi

ANMCO Research Center

Heart Care Foundation
Certificata UNI EN ISO 9001:2000

Prevenzione Anno 2005

Punti	Reparto-Deposito-CRIS	Responsabile	Studio/Riferenza
8-870	TRUSSARDI S. ACCORNA - OSPEDALE CIVILE S. RUSSO (SACCONO) VILLA - CIVITA' DELLA PACE	DR. GIUSEPPE BENEDETO	CARDIO-80, DR. Roberto Galabardi
	DIVISIONE DI CARDIOLOGIA - RIABILITATIVA - FONDAZIONE S. ANTONIO S. MARINO	DR. PIETRO DANIELI	ICORPEL, DR. Pier Luigi Targioni
8-870	CARDIOLOGIA E UTIC - OSPEDALE SAN LUIGIPOLO MARINO - MARATE	DR. PIETRO DANIELI	ICORPEL, DR. Pier Luigi Targioni
	U.O. CARDIOLOGIA - PRESIDIO OSPEDALIERO ALTO DIAMICO (SUDASO) - SUDASO	DR. ANTONINO PASQUA	ICORPEL, DR. Andrea Stefano Neri
8-870	U.O. SERVIZIO CARDIOLOGIA - EN CARDIOLOGIA S. ROCCO - PERUGIA	DR. PIER PAOLO MARCONI	ICORPEL, DR. Andrea Stefano Neri
	CARDIOLOGIA RIABILITATIVA - AZIENDA OSPEDALIERA MATER DOMINI (S. MARINO)	DR. ANTONINO PASQUA	ICORPEL, DR. Andrea Stefano Neri

ANMCO Research Center

Heart Care Foundation
Certificata UNI EN ISO 9001:2000

Scadenza Anno 2006

Punti	Reparto-Deposito-CRIS	Responsabile	Studio/Riferenza
8-870	IRCC - CARDIOCENTRO TOSCANO - LUIGIANO	DR. TOSCANO MOCCHETTI	0200-AP, DR. Maria Teresa Rossi
	U.O. ATTIVITA' RIABILITATIVA VILLA MARTELLI - OSPEDALE NERUNDA - MILANO	DR. ALDO SACCHERO	0200-AP, DR. Luciano Serebri
8-870	SEZIONE GENERALE - OSPEDALE S. BERNARDO - SONDRIANO (MANTOVA)	DR. ANTONINO PASQUA	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
	U.O. CARDIOLOGIA - SANTA MARIA DELLA PIETROTTA - VERONA	DR. PAOLO PINOTTI	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
8-870	CARDIOLOGIA - UTIC - IRI - IRI - CANTONIERE F. FERRARI - CANTONIERE	DR. GIACINTO PETTINATI	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
	SEZIONE DI MEDICINA INTERNA - OSPEDALE CIVILE MASSIMO - MANTOVA	DR. NICOLA PECORELLI	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
8-870	DIVISIONE DI MEDICINA INTERNA - OSPEDALIERO - BORGHO CALABRO	DR. LUIGI MARINO	0200-AP, DR. Luigi Anselmi
	SERVIZIO DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE S. MARINELLA - MANTOVA	DR. FRANCESCO ANTONIO MOCCHETTI	0200-AP, DR. Domenico Scarpato

ANMCO Research Center

Heart Care Foundation
Certificata UNI EN ISO 9001:2000

SCA Anno 2006

Punti	Reparto-Deposito-CRIS	Responsabile	Studio/Riferenza
8-870	CARDIOLOGIA E UTIC - OSPEDALE S. BERNARDO - SONDRIANO (MANTOVA)	DR. ANTONINO PASQUA	IN-ACCE, DR. Andrea Stefano Neri
	U.O. DI CARDIOLOGIA - IRI - IRI - CANTONIERE F. FERRARI - CANTONIERE	DR. GIACINTO PETTINATI	IN-ACCE, DR. Andrea Stefano Neri
8-870	U.O. CARDIOLOGIA - UTIC - IRI - IRI - CANTONIERE F. FERRARI - CANTONIERE	DR. GIACINTO PETTINATI	IN-ACCE, DR. Andrea Stefano Neri
	U.O. CARDIOLOGIA - OSPEDALE S. MARINELLA - MANTOVA	DR. NICOLA PECORELLI	IN-ACCE, DR. Andrea Stefano Neri
8-870	U.O. SERVIZIO CARDIOLOGIA - EN CARDIOLOGIA S. ROCCO - PERUGIA	DR. PIER PAOLO MARCONI	IN-ACCE, DR. Andrea Stefano Neri
	CARDIOLOGIA RIABILITATIVA - AZIENDA OSPEDALIERA MATER DOMINI (S. MARINO)	DR. ANTONINO PASQUA	IN-ACCE, DR. Andrea Stefano Neri

ANMCO Research Center

Heart Care Foundation
Certificata UNI EN ISO 9001:2000

Aritmie Anno 2006

Punti	Reparto-Deposito-CRIS	Responsabile	Studio/Riferenza
8-870	IRCC - CARDIOCENTRO TOSCANO - LUIGIANO	DR. TOSCANO MOCCHETTI	0200-AP, DR. Maria Teresa Rossi
	DIVISIONE DI CARDIOLOGIA - IRI - IRI - CANTONIERE F. FERRARI - CANTONIERE	DR. GIACINTO PETTINATI	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
8-870	U.O. CARDIOLOGIA - AZ. OSPEDALIERA UNIVERSITARIA CAPODOLCI (S. MARINO) - TRIVENTO	DR. GIACINTO PETTINATI	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
	U.O. CARDIOLOGIA TERRITORIALE - AZIENDA IRI - IRI - CANTONIERE F. FERRARI - CANTONIERE	DR. ANTONINO PASQUA	0200-AP, DR. Andrea Stefano Neri
8-870	U.O. DI CARDIOLOGIA - OSPEDALE S. PIACENTINO - SAN BERNARDO	DR. NICOLA PIZZINI	0200-AP, DR. Francesco Turchetti

ANMCO Research Center

È stato quindi deciso che nel corso del mese di maggio di ogni anno, tutte le unità operative che hanno partecipato a progetti di ricerca HCF/ANMCO, riceveranno una comunicazione, indirizzata al Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa stessa, in cui è riportato il punteggio assegnato al centro in ogni categoria e la media nazionale della categoria.

Nel mese di maggio 2007 sono state inviate, a mezzo posta prioritaria, le comunicazioni relative agli anni 2005 e 2006.

Premiazione dei Migliori Centri

A partire dall'anno 2007 il HCF/ANMCO ha deciso di premiare con un Attestato di Merito i 5 migliori punteggi, per ciascun ambito clinico, che abbiano almeno raggiunto un punteggio di 8/10 (compresi eventuali ex-aequo). Gli attestati saranno consegnati nel corso della Cerimonia Inaugurale del XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO.

Al Congresso ANMCO 2007 sono stati consegnati gli attestati per gli anni 2005 e 2006.

A questo è dedicata anche una pagina sul Web ANMCO (<http://www.anmco.it/CentroStudi/qualita/>).

ALCUNI SPUNTI DALL'ULTIMO CONGRESSO DI CARDIOLOGIA DELL'ANMCO

Dal ricco ed articolato (quasi frenetico) Programma del Congresso ANMCO 2007 ho riportato una breve sintesi di alcuni dei più significativi Simposi.

La terapia elettrica in Cardiologia: quali soluzioni per quali pazienti

La sessione è iniziata mostrando i dati di attività, in particolare delle procedure di ablazione e di impianto di ICD, in Italia ed Europa. Per quanto riguarda l'Italia vi è un costante incremento sia delle ablazioni che dell'elettrostimolazione e impianto di ICD. In particolare, per quanto riguarda le procedure di ablazione con radiofrequenza, si è passati dalle 159 procedure/milione di abitanti nel 2001, alle 205/milione nel 2004. Relativamente alla tipologia si evidenzia un lieve incremento nel tempo delle procedure di ablazione per WPW e tachicardia ventricolare, un calo delle procedure di ablate and pace e un più deciso incremento delle procedure di ablazione della fibrillazione atriale (258 nel 2001, 2.868 nel 2004, ma un trend in lieve calo nel 2005). Per la fibrillazione atriale si nota anche un incremento delle complicanze legate alla procedura: 1.9% nel 2004 e 6% nel 2005. Per quanto riguarda il tasso di impianto di ICD in Italia vi

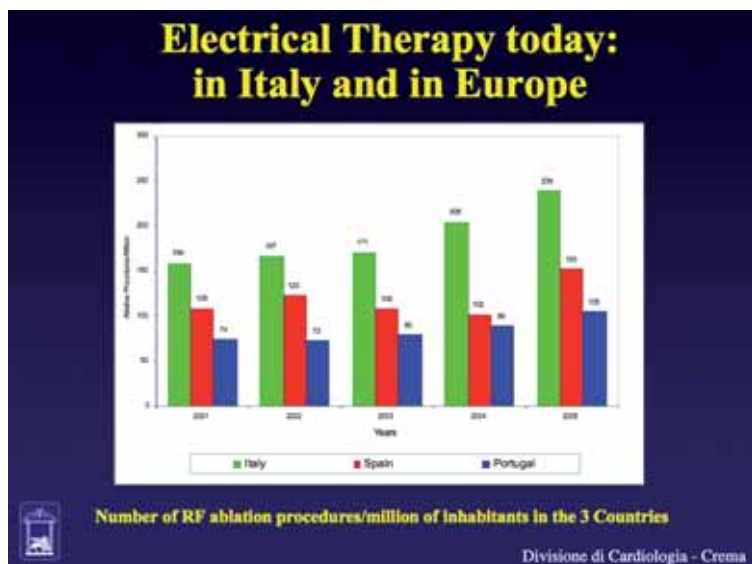
di Matteo Cassin
in collaborazione con il
Comitato di Redazione
del "CongressNews Daily"

Daniela Innocenti
Simona Marcora
Massimiliano Mariani
Francesco Meucci
Elena Pedemonte
Marco Vaghetti
Annamaria Vianello

è un trend di progressivo incremento, 30% per anno (6.231 impianti/2003 e 13.016 impianti/2006). L'Italia si situa al terzo posto, dopo USA e Germania, sfiorando il 200 impianti/milione di abitanti nel 2005.

Nello specifico delle indicazioni alle procedure di ablazione transcateretere è emerso che, grazie alla tecnologia attuale, al maggior utilizzo dell'approccio transsettale per raggiungere l'atrio sinistro, e all'uso del mappaggio tridimensionale, qualsiasi aritmia, con l'eccezione della fibrillazione atriale, può essere ablata con un successo superiore all'80-90%.

Relativamente all'elettrostimolazione permanente il punto importante oggi è la necessità di personalizzarla, adattandola al singolo paziente e alle sue necessità, armonizzando il device al ritmo e al paziente. Una stimolazione sempre più "fisiologica". Per quanto riguarda il device è importante considerare le funzioni aggiuntive per la gestione delle problematiche cliniche, per la sicurezza, per aumentare la durata, e per il follow-up. La combinazione di queste funzioni consente di "individualizzare" la terapia con pace-maker. Per quanto riguarda il ritmo è stato approfondito il problema della stimolazione atriale nella prevenzione della fibrillazione atriale; l'indicazione principale è la fibrillazione atriale recidivante in pazienti con malattia del nodo del seno sintomatica, con indicazione al pacing antibradicardico, mentre la stimolazione cardiaca permanente non è indicata in caso di fibrillazione atriale senza associata una bradicardia spontanea o indotta da farmaci. Per il paziente è necessario selezionare la stimolazione più "fisiologica" compatibilmente con lo stato clinico ed aritmico, e quindi scelta e programmazione del device e scelta del sito di stimolazione, considerando che l'apice del ventricolo dx non è il sito migliore per il paziente. Un elemento rilevante è quindi quello di considerare siti alternativi di pacing, quali il tratto di efflusso del ventricolo dx, il setto alto del ventricolo dx, e in particolare la stimola-



zione diretta del fascio di His che ha dimostrato di non indurre dissincronia ventricolare diversamente dalla stimolazione convenzionale dell'apice del ventricolo dx.

Riguardo alla resincronizzazione cardiaca (per quali pazienti, con quali device, quali professionalità), le Linee Guida la indicano per migliorare la morbilità o la mortalità in pazienti con FEVS \leq 35%, QRS $>$ 120 ms, classe NYHA III-IV in terapia medica ottimale. Evidenze recenti dimostrano che anche in pazienti con classe NYHA II, la CRT migliora la funzione ventricolare sinistra e induce il "reverse remodelling" con ricadute favorevoli sulla progressione della malattia e sulla prognosi, anche se modifica poco la capacità funzionale. Le stesse evidenze al momento non si hanno per la CRT in pazienti con QRS stretto rispetto al QRS largo. La CRT nei pazienti con fibrillazione atriale migliora la capacità funzionale e la funzione ventricolare sinistra come nei pazienti in ritmo sinusale; inoltre l'ablazione del nodo AV in associazione con la CRT sembra essere la strategia ottimale. Sono stati anche discussi gli aspetti riguardanti la terapia combinata ICD e CRT (la scelta migliore sembra quella di CRT con funzione ICD semplificata).

Nella relazione conclusiva (ICD: indicazioni certe e possibili tra Linee Guida e pratica clinica) è stato sottolineato il fatto che, nonostante l'efficacia dell'ICD sia supportata da numerosi trial randomizzati e controllati, i cui risultati hanno generato Linee Guida solide con chiare indicazioni all'impiego di questo mezzo terapeutico, in Italia il numero di impianti di ICD è decisamente inferiore rispetto al numero dei potenziali candidati (gap tra Linee Guida e pratica clinica). Ne deriva la necessità quindi di rimuovere tutti gli ostacoli che non consentono un pieno utilizzo di questa terapia, quali corrette campagne di informazione e di sensibilizzazione della classe medica, opinione pubblica e decisori della spesa sanitaria e verifiche interne periodiche allo scopo di verificare il grado di aderenza alle Linee Guida nei singoli centri.

L'Infarto Miocardico con ST sopraslivellato

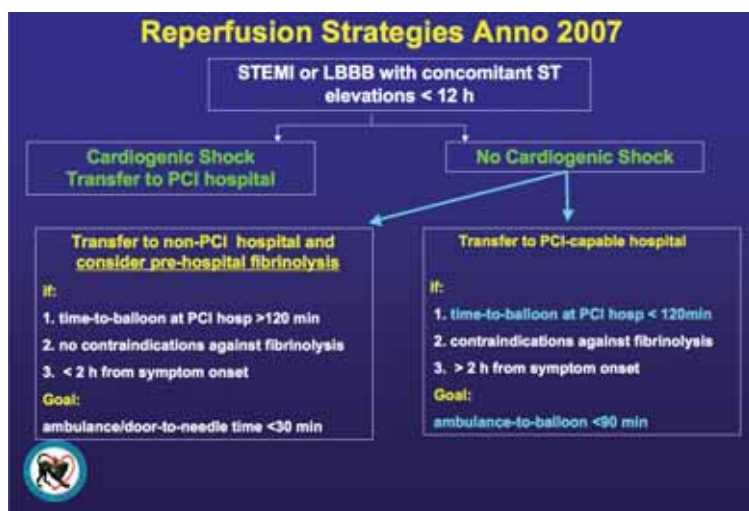
Per quanto riguarda la condotta terapeutica alla luce degli studi più recenti, sono stati trattati gli aspetti relativi alla selezione della strategia di reperfusion (angioplastica primaria, trombolisi, trombolisi preospedaliera, trattamento pre-PCI) e alla terapia antitrombotica da associare. Relativamente alla selezione della strategia di reperfusion è importante valutare il tempo dall'inizio dei sintomi, il tempo richiesto per il trasporto ad un

centro dotato di emodinamica interventistica attivo 24/24 e 7/7, il rischio legato allo specifico STEMI e infine il rischio emorragico. Parlando di presentazione precoce, questa è un periodo "golden" anche per la PCI primaria; inoltre la superiorità della PCI primaria rispetto alla trombolisi è evidente sino ad un ritardo correlato alla PCI di 120'. I dati a disposizione, inoltre, evidenziano il vantaggio del trasferimento immediato ad un centro PCI anche dei pazienti con STEMI trattati con trombolisi, in particolare preospedaliera. Per quanto riguarda la PCI facilitata c'è evidenza di un beneficio clinico dell'Abciximab in particolare dipendente dal profilo di rischio del paziente.

Sono stati esposti quindi i dati relativi alla terapia anti-trombotica aggiuntiva nei pazienti trombolisati: Enoxapirina (EXTRACT-TIMI 25), Clopidogrel (CLARITY e COMMIT), Fondaparinux (OASIS 6).

Infine è stato riassunto l'algoritmo delle strategie di reperfusion utilizzabili oggi: nei pazienti con shock cardiogeno è mandatario il trasferimento ad un ospedale-PCI. Nei pazienti senza shock è necessario considerare la possibilità di trombolisi pre-ospedaliera o l'eventuale trasferimento ad un ospedale non-PCI se il tempo alla PCI $>$ 120', se non vi sono controindicazioni alla fibrinolisi e se la sintomatologia è esordita da meno di 2 ore. Bisogna considerare invece il trasferimento ad un ospedale-PCI se il tempo alla PCI è inferiore a 120', se ci sono controindicazioni alla trombolisi e se la sintomatologia è insorta da più di 2 ore.

Per quanto riguarda la condotta terapeutica nel paziente anziano con STEMI bisogna considerare che il 33% dei pazienti con STEMI ha più di 75 anni e che il 60% dei morti è in questa classe di età. A questo maggior rischio si associa una minore possibilità di trattamento, in particolare riperfusivo.



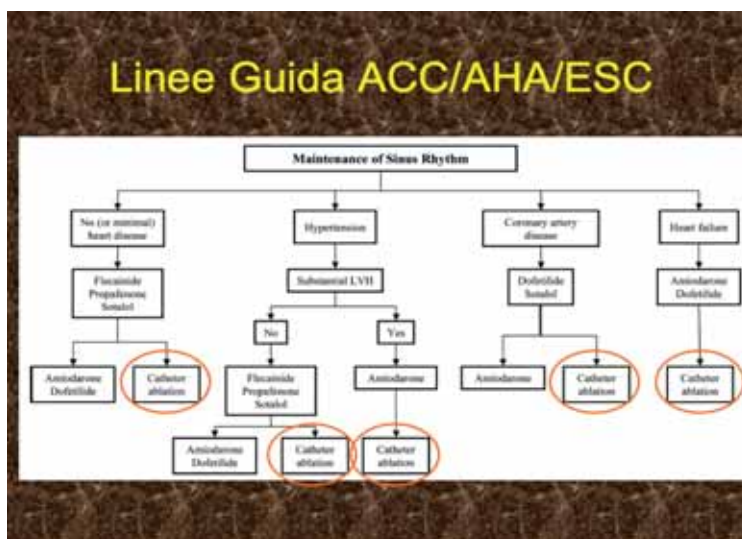
Questo nonostante l'evidenza di un beneficio della trombolisi, nei confronti della non riperfusione, per quei pazienti anziani senza controindicazioni sino a 85 anni, tenendo presente che la riduzione della dose dell'eparina minimizza il rischio emorragico. Inoltre, sempre negli anziani, il rapporto rischio-beneficio è a favore della PCI primaria rispetto alla fibrinolisi, anche se i dati relativi a pazienti ultraottantenni sono scarsi. È comunque importante valutare l'insieme della malattia acuta, dello stato funzionale e delle comorbilità del singolo paziente.

Per la condotta terapeutica nel paziente con STEMI multivasale (51% dei pazienti con STEMI, con prognosi peggiore rispetto al monovasale) rimangono dubbi relativamente alla tecnica di rivascularizzazione preferibile (PCI della sola arteria responsabile, PCI dell'arteria responsabile e non responsabile nella stessa procedura, PCI dell'arteria responsabile, quindi intervento programmato di quella non responsabile). Sebbene nel contesto di uno STEMI la rivascularizzazione completa sembra essere sicura, una procedura graduale può essere più utile specie in presenza di condizioni cliniche concomitanti. I Cardiologi interventisti dovrebbero eseguire una valutazione funzionale nella prospettiva di eseguire una rivascularizzazione completa solo se necessario.

Relativamente all'angioplastica di salvataggio i dati di una recente meta-analisi dimostrano che la PCI rescue è associata ad un miglioramento complessivo dell'outcome clinico (significativa riduzione del rischio di eventi come scompenso cardiaco e reinfarto, trend di riduzione, non significativa, di mortalità) ma con un incremento del rischio di stroke e sanguinamenti minori. Questi benefici devono quindi essere interpretati nel contesto dei potenziali rischi. Daltra parte, la ripetizione del trattamento fibrinolitico non è associata ad un significativo miglioramento clinico, e può essere associata con un incremento del rischio.

La gestione del paziente con fibrillazione atriale

In questo Simposio sono stati toccati vari punti delle problematiche che interessano i pazienti con fibrillazione atriale, a partire dal ruolo della terapia farmacologica. Le opzioni terapeutiche oggi disponibili sono molteplici, ma complessivamente i farmaci (di classe IC o sotalolo come prima opzione in pazienti senza cardiopatia strutturale e amiodarone nei pazienti con ipertrofia ventricolare sinistra, cardiopatia ischemica o scompenso



cardiaco) sono solo moderatamente efficaci nel mantenere il ritmo dopo cardioversione, con recidive di fibrillazione atriale nel 42-67%. Oltre a questo è necessario tener presenti le problematiche associate all'utilizzo di farmaci di classe I e III, del rischio di torsione di punta del sotalolo e gli effetti collaterali dell'amiodarone. Da non trascurare i betabloccanti che possono essere utili nel mantenimento del ritmo sinusale in pazienti con cardiopatia post-infartuale, scompenso cardiaco e ipertensione. I farmaci antiaritmici sono quindi uno strumento moderatamente efficace nel controllo della fibrillazione atriale, ma vanno scelti in modo appropriato, tenendo conto del profilo di rischio del paziente.

Nei pazienti non responsivi e in quelli nei quali vi è un rapporto rischio/beneficio sfavorevole occorre considerare opzioni alternative, quali il controllo della frequenza cardiaca o l'ablazione. Inoltre, nei pazienti con patologia cardiaca, vanno considerati farmaci agenti sul substrato ("upstream therapy" sia nel campo della prevenzione primaria che secondaria della fibrillazione atriale) con farmaci quali sartani, ACE-inibitori, statine, omega3. Dagli studi clinici randomizzati (AFFIRM) non emerge un reale vantaggio del ripristino del ritmo sinusale rispetto al controllo della frequenza cardiaca, anche se potenzialmente migliore la prima scelta se si disponesse di farmaci più efficaci, con minori effetti collaterali, o farmaci atriospecifici o agenti sul "substrato".

Per quanto riguarda l'ablazione transcateretere, non esiste un approccio standard per l'ablazione della fibrillazione atriale ed è necessario riconoscere nel singolo paziente l'approccio più adatto in sala di elettrofisiologia. È accertato il ruolo dominante nei meccanismi di innesco e mantenimento da parte dei firing con origine nelle vene

polmonari. La possibilità di accedere all'atrio sinistro consente l'identificazione ed eliminazione dei foci trigger e la modifica del substrato nel singolo paziente limitando il numero di erogazioni di RF. L'eliminazione del trigger richiede spesso l'isolamento elettrico delle vene polmonari. Esistono anche meccanismi di rientri multipli, per gestire i quali emergono nuovi protocolli stereotattici di ablazione.

L'approccio "ablate and pace" è efficace nel controllo della frequenza cardiaca, nel miglioramento dei sintomi, della FEVS (in caso di tachi-cardiomiopatia), nel ridurre i ricoveri, non peggiora la mortalità e non necessita di farmaci antiaritmici però è gravato da una maggior incidenza di complicanze legate alla procedura, oltre che alla necessità di impiantare un PM. Inoltre non sono noti i risultati a lungo termine della procedura, che comunque implica un danno irreversibile. Infine permane la necessità di proseguire la terapia anticoagulante orale. Le Linee Guida riservano questa opzione a pazienti anziani con FA parossistica/persistente o FA cronica refrattaria alla terapia farmacologica, responsabile di sintomi importanti quali cardiopalmo, dispnea, angina, sincope e a pazienti anziani affetti da malattia del nodo del seno tipo bradi-tachi, già portatori di PM, con episodi sintomatici frequenti di FA ad alta frequenza ventricolare, non sensibile a terapia farmacologica.

È stata fatta poi un'analisi delle Linee Guida ACC-AHA 2006, valutando gli aspetti positivi e negativi e il grado di aderenza alle stesse nella pratica clinica routinaria.

Dai dati dell'Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation, il cui scopo era quello di valutare prevalenza e outcome dei diversi tipi di FA e l'adesione nella vita reale delle Linee Guida, si evince che questa è legata all'età dei pazienti con limitazioni dell'assistenza cardiologica ai pazienti molto anziani. Inoltre anche la terapia anticoagulante orale è sottoutilizzata negli anziani. Infine la durata della degenza e la mortalità aumentano con l'età dei pazienti.

La valutazione dell'appropriatezza in Cardiologia tra Linee Guida, protocolli e limitatezza delle risorse

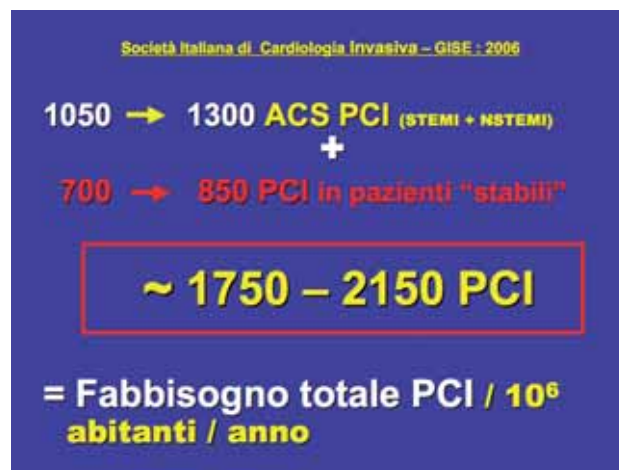
Il Simposio "federativo" ha visto la partecipazione, oltre che di ANMCO e SIC, anche delle Società di settore della FIC, cioè SIEC, GISE, AIAC. Si parte dal concetto che è necessario, per ridurre il rischio di errore, razionalizzare e semplificare il sistema utilizzando linee di condotta corrette ed uniformi. Per questo gli strumenti più utilizzati sono il metodo scientifico e l'utilizzo di conseguenti modelli comportamentali. Per quanto riguarda il rapporto rischio/beneficio è appropriata quella prestazione per

cui i benefici per il paziente superano i rischi in misura tale da giustificare l'erogazione. L'appropriatezza è l'espressione della distanza che intercorre tra un comportamento osservato ed un comportamento atteso in base alle conoscenze scientifiche. Essa esprime il grado di utilità di un intervento sanitario in relazione alle conoscenze scientifiche disponibili e alle possibilità tecnico-organizzative del contesto (collegamento con il mondo reale). In sintesi l'appropriatezza è la cosa giusta, al soggetto giusto, al momento giusto, da parte dell'operatore giusto, nella struttura giusta, nel modo giusto. L'appropriatezza deve sempre essere rapportata al contesto strutturale, organizzativo e tecnologico in cui si opera.

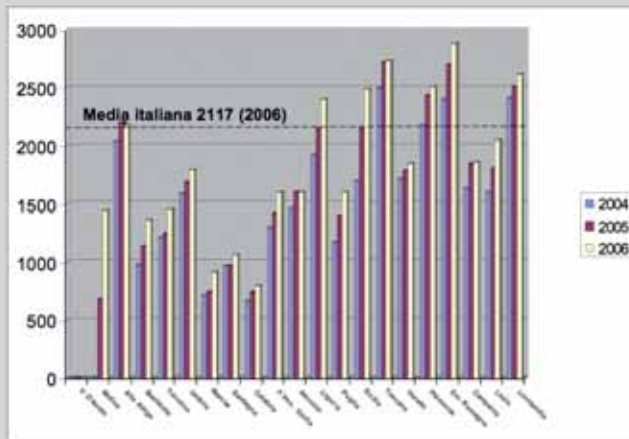
A partire da questi concetti sono state svolte le relazioni dal punto di vista delle prestazioni ambulatoriali, della Cardiologia interventistica, dell'elettrofisiologia e dell'ecocardiografia.

Per quanto riguarda l'elettrofisiologia ed in particolare l'impianto di ICD in Italia, solo il 15% dei pazienti clinicamente eligibili, secondo i criteri degli studi randomizzati disponibili, ricevono un ICD (9.636/66.576 nel 2005). Da dati dei registri si può dire in generale che in Italia vi è un sottoutilizzo dei device e delle procedure ablativie ma vi è anche una loro distribuzione disomogenea e vi sono aree di probabile uso eccessivo ed inappropriato di risorse.

Per quanto riguarda l'emodinamica interventistica è stata stimata la necessità in Italia di 500-650 PCI nei pazienti STEMI/milione/anno, di 550-650 PCI nei pazienti NSTEMI/milione/anno e di 700-850 PCI nei pazienti stabili/milione/anno (totale 1.750-2.150 PCI/milione abitanti/anno). Questo dato atteso è sostanzialmente in linea con il numero medio di PCI eseguite nel 2006 (dati GISE: 2.117 PCI/milione abitanti/anno). Anche in questo caso emerge una notevole variabilità tra le varie Regioni. In ogni ca-



N. PCI /milione di abitanti



so per garantire appropriatezza ed efficacia delle procedure di PCI è necessario promuovere studi di outcome (Studio OSCAR), definire standard dei laboratori di emodinamica (attualmente è giustificabile e accreditabile il laboratorio di emodinamica che esegua almeno 400 PCI/anno con pronta disponibilità 24/24h, 7/7giorni) e garantire l'affidabilità degli operatori (curriculum and syllabus for interventional cardiology subspecialty training in Europe).

Gestione integrata dei pazienti con Dolore Toracico

Durante il Simposio è stato ufficialmente presentato il Documento di Consenso Position Paper "Percorso di valutazione del Dolore Toracico" elaborato dopo 2 anni di lavoro dalla Commissione Congiunta ANMCO-SIMEU coordinata per la componente ANMCO da Filippo Ottani e per la componente SIMEU da Nicola Binetti.

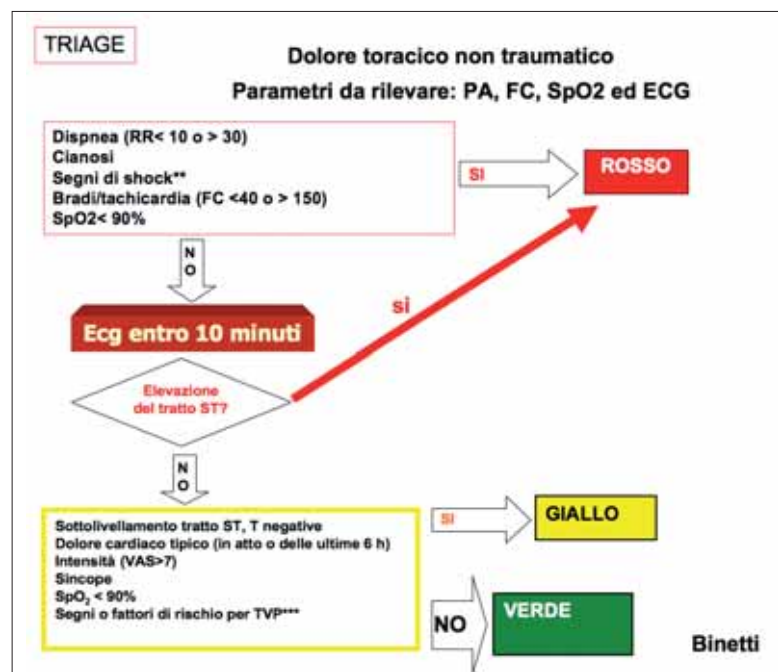
All'inizio sono stati esposti gli aspetti critici della gestione di questo tipo di pazienti visti dal punto di vista del Medico d'Urgenza.

In seguito è stata trattata la valutazione di primo livello: l'importanza della metodologia del triage all'arrivo, il valore dell'anamnesi e la standardizzazione della raccolta dati (chest pain score), l'esame obiettivo, la rapida esecuzione ed accurata interpretazione (da parte di un Medico esperto) dell'ECG, il preferenziale utilizzo di un marcatore di danno miocardico altamente sensibile e specifico, quale le troponine. Il paziente che ha o ha avuto un dolore toracico deve essere sottoposto ad ECG entro 10' dalla pre-

sentazione in PS. In caso di ECG normale, il dato anamnestico è molto importante per stratificare la probabilità di dolore toracico ischemico e quindi di SCA. La troponina è il marker biochimico da dosare. La sua elevazione, se consona al contesto clinico, aiuta nel fare la diagnosi. In caso di ECG e troponina persistentemente normali e probabilità bassa di malattia il paziente può essere dimesso.

In caso di probabilità di malattia intermedia o alta il paziente deve essere sottoposto ad esami di 2° livello. Si è parlato del valore diagnostico e prognostico aggiuntivo di esami come ecocardiogramma, scintigrafia miocardica e in particolare del test da sforzo. Per quanto riguarda quest'ultimo c'è da tener presenti alcune considerazioni: il test da sforzo è utile nel rilevare stenosi coronariche fisse, ma è ovviamente meno adatto nel rilevare situazioni di-

namiche, in particolare la placca aterosclerotica complicata con trombosi sovrapposta che per definizione è un processo evolutivo. Inoltre l'accuratezza diagnostica del test dipende dalla prevalenza della cardiopatia ischemica nella popolazione testata: l'efficacia ottimale si ha nei pazienti con probabilità pretest intermedia. Ancora bisogna considerare che molti dei pazienti con dolore toracico acuto che si presentano nei PS sono anziani, con copatologie e non sono in grado di eseguire un esercizio fisico adeguato. Inoltre spesso l'ECG basale è alterato (azione farmacologica, ipertrofia, ritardo di conduzione i-v, pregressa necrosi miocardica) e non si presta quindi



Position Paper Percorso di valutazione del Dolore Toracico (PDT)

Struttura del position paper:

1° parte: revisione "evidence-based" della letteratura specifica (anamnesi, clinica, ECG 12D, Biomarcatori, "Imaging" etc.).

FINALITA':

fornire l'evidenza per l'inclusione nel PDT

2° parte: modello generale di percorso di valutazione del dolore toracico (con definizione dei requisiti minimi) da adattarsi alle singole realtà.

FINALITA':

1) identificazione intero spettro SCA (STEMI e NSTEMI) per intraprendere, prima possibile, la riperfusione negli STEMI ed iniziare percorso specialistico adeguato per NSTEMI;

2) identificare le emergenze cardiovascolari non coronariche (EP o dissezione aortica)

3) valutare la probabilità di SCA NSTEMI in pazienti con ECG non diagnostico o normale

Ottani

Convention delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica: la gestione del paziente acuto non coronarico

La Main Session è stata aperta dall'analisi delle motivazioni che hanno portato all'evoluzione dal modello storico di Unità Coronarica a quello attuale di Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC), struttura essenziale di riferimento per il cardiopatico critico e interfaccia per l'emergenza/urgenza cardiologica delle strutture sanitarie del territorio (UTIC spoke) o delle UTIC dello stesso bacino di utenza per i casi ad alto rischio, con alta intensità di cura (UTIC hub). La dotazio-

ne strumentale delle UTIC ad alta intensità di cura deve prevedere la dotazione di 1 IABP/3-6 posti letto, 1 sistema CPAP/2 posti letto, 1 sistema ultrafiltrazione/struttura. Il razionale di questa evoluzione è legato al tipo di approccio invasivo precoce delle SCA, alla strategia multi-competenza prolungata dello scompenso cardiaco acuto e alle copatologie, spesso multiple, associate (insufficienza renale acuta, insufficienza respiratoria).

I dati del Censimento delle strutture cardiologiche 2005 (v. immagini a pagina 21) evidenziano sostanzialmente un numero medio sufficiente di UTIC in Italia (1 UTIC/136.577 abitanti; 1 UTIC con EMO-PCI/290.845 abitanti), sebbene con relativa carenza di UTIC con EMO-PCI nel Sud e con una carenza generale (ma più evidente al centro-sud) di dotazioni Hi-Tech in UTIC (CPAP nel 47%, IABP nel 49%, Ultrafiltrazione nel 26% dei centri ospedalieri).

Il cambiamento della tipologia dei pazienti ricoverati in UTIC, affetti spesso da problematiche multidisciplinari necessita da una parte di standard organizzativi specifici, con un numero di Cardiologi e di Infermieri adeguato ai livelli essenziali di assistenza e dall'altro competenze sia mediche che infermieristiche dedicate. Da qui la necessità di corsi specifici per la formazione del Cardiologo intensivista; una buona autonomia culturale in settori non specificamente cardiologici è importante, specie per i tempi rapidi nei quali bisogna adottare soluzioni utili ai pazienti critici.

Anche il lavoro ed il ruolo professionale degli Infermieri delle UTIC sta cambiando ed anche in questo contesto è necessario un approccio formativo specifico, anche a fronte di una carenza di personale che rende sempre più critica la situazione assistenziale ospedaliera.

Si è entrati poi nel dettaglio della sindrome da bassa portata nell'insufficienza cardiaca avanzata ("un campo do-

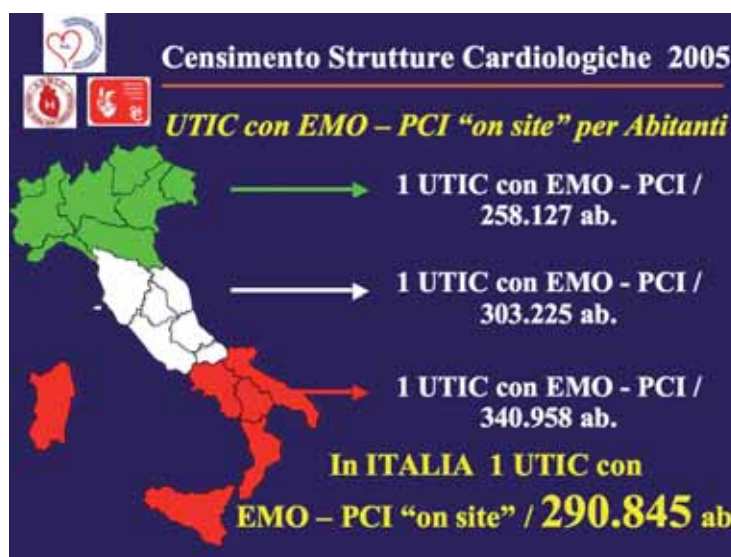
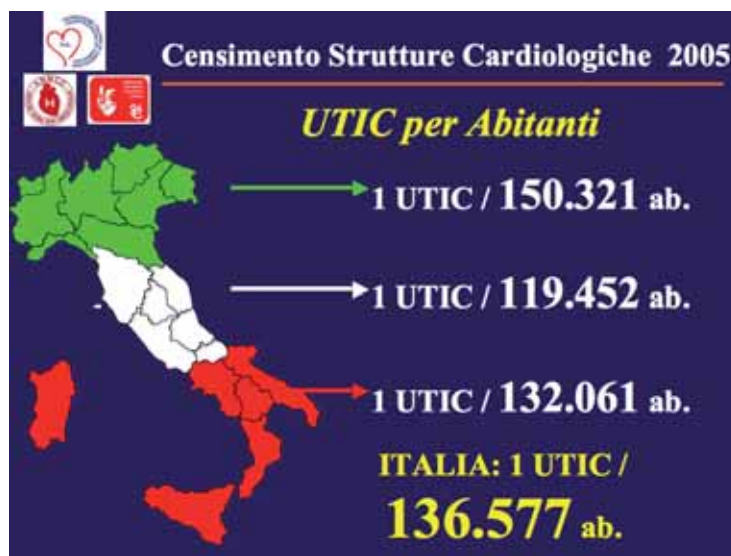
ad una adeguata interpretazione durante il test.

Infine è stato presentato il documento congiunto, sottolineando l'importanza della collaborazione tra Cardiologi e Medici dell'Urgenza che ha portato all'elaborazione del percorso condiviso.

La struttura del Documento è in due parti, la prima è costituita dalla revisione della letteratura specifica e la seconda propone il modello generale di percorso di valutazione del dolore toracico, con la definizione dei requisiti minimi, che sono il triage, la valutazione clinico-anamnestica, l'ECG a 12 derivazioni e il dosaggio dei biomarcatori. Inoltre nel Pronto Soccorso ci deve essere un'area di osservazione (Osservazione Breve Intensiva) con possibilità di monitoraggio continuo dei parametri vitali. Per quanto riguarda la prima valutazione dell'ECG, questa è espletata dal Medico dell'Urgenza, ma è fortemente auspicato il ricorso alla "lettura congiunta", in particolare quando si implementi ex novo un protocollo sul dolore toracico e in caso di elevato turn over dei medici. Per quanto riguarda l'utilizzo dei biomarcatori viene sottolineato con forza che il marcatore di necrosi di riferimento deve essere la troponina. Nel Documento vengono infine dettagliati i percorsi ospedalieri in relazione alla probabilità di SCA, stressando l'importanza dell'osservazione breve.

Se il periodo di osservazione è "normale" a 12 ore, può essere indicato eseguire un test provocativo di ischemia, previa consulenza cardiologica. Alternativamente, se durante il periodo di osservazione compaiono alterazioni cliniche/strumentali indicative di ischemia, i pazienti devono iniziare un percorso specialistico cardiologico o, in assenza temporanea di recettività cardiologica, monitorati clinicamente e strumentalmente in Medicina d'Urgenza (in conformità ad un protocollo d'intesa fra le due strutture).

ve la Cardiologia diventa veramente terapia intensiva”), valutando le potenzialità del trattamento farmacologico con inotropi adrenergici, inibitori delle fosfodiesterasi e Levosimendan. La scelta dell’inotropo deve essere basata su un’attenta valutazione del quadro clinico, emodinamico e dei trattamenti concomitanti (in particolare beta-bloccanti), sulla possibilità di associazioni e con obiettivi a breve termine. Si è poi parlato dei possibili vantaggi dell’utilizzo dell’ultrafiltrazione rispetto alla terapia diuretica ev (UNLOAD Trial) e dell’utilizzo del contropulsatore aortico in UTIC (shock cardiogeno, complicanze meccaniche dell’IMA, bridge al trapianto cardiaco, PCI a rischio). Infine dei sistemi di assistenza circolatoria quali Impella e Levitronix. Sono stati affrontati quindi due problemi clinici sempre di grande attualità, l’embolia polmonare e la dissecazione aortica diversi tra loro ma accomunati dall’elevata mortalità, dall’efficacia di un intervento tempestivo, da alcuni sintomi d’esordio simili e da una certa difficoltà nelle scelte diagnostiche e terapeutiche. Infine è stato focalizzato il tema della gestione multispecialistica delle comorbidità nella visione integrata della cura del paziente acuto. La comorbidità può essere del paziente all’esordio, ma può essere anche indotta, ad esempio dall’approccio aggressivo alle malattie con possibilità di insufficienza renale, complicanze emorragiche e altro. La visione integrata si contrappone alla gestione frammentata delle conoscenze, dei processi e dell’organizzazione ed è di competenza del professionista, del gruppo di lavoro medico-infermieristico e dei gruppi di lavoro multispecialistici. Comporta sintesi delle complessità senza arrivare al riduzionismo, tempestività di diagnosi e gestione del paziente acuto. Visione integrata è globalità e personalizzazione dei bisogni. La visione integrata deriva da un impegno di formazione continua anche in settori non strettamente cardiologici, quali nefrologia, pneumologia, ematologia, infettivologia e altri. È patrimonio del singolo professionista e del gruppo multidisciplinare con cui interagisce e condivide le scelte. Nella realtà delle UTIC una buona autonomia culturale in settori non cardiologici è irrinunciabile per i tempi rapidi nei quali adottare soluzioni utili ai pazienti critici. Ne deriva la necessità di accreditamento del Cardiologo intensivista come momento di specifica caratterizzazione professionale e miglioramento della qualità delle cure dei pazienti.



Censimento Strutture Cardiologiche 2005

Hi-Tech in UTIC

	Ospedale	Università	Strutture Accreditate
CPAP	47 %	65 %	78 %
IABP	49 %	89 %	82 %
ULT.	26 %	52 %	74 %

REPORTAGE SUL MINIMASTER "MODERNA INTERPRETAZIONE DELL'ELETTROCARDIOGRAMMA"

Il Minimaster "Moderna interpretazione dell'elettrocardiogramma" si è svolto con la moderazione di Mario Chiatto e di Michele Gulizia. In considerazione del tema trattato e della qualità delle esposizioni ha riscosso un grande successo. I presenti erano circa 180. La partecipazione dei colleghi è stata particolarmente evidente nella discussione dei temi trattati, con scambio di esperienze, in virtù delle varie realtà rappresentate dai relatori quindi dei partecipanti alla discussione stessa.

I relatori si sono avvicinati esprimendo, nello spirito dello stesso Minimaster, uno spaccato della loro attività quotidiana dandone esempio nella tipologia delle varie esposizioni: chiare, con immediata ricaduta pratica, risultando utili, stimolanti anche per i colleghi generalisti-internisti presenti in sala.

Andando in ordine di esposizione la prima relazione è stata del Dott. Rossillo di Mestre che ha parlato della possibilità di fare diagnosi di sede dei blocchi <a-<v già dall'ecg di superficie mostrandone, ovviamente i limiti, ma anche esprimendone le grandi potenzialità in casi particolari senza ricorrere, all'approccio invasivo, seppur necessario in termini decisionali in molti contesti clinici.

La seconda relazione, ha avuto come compito quello di evidenziare l'importanza dell'ecg nell'iter diagnostico della sincope. I punti fondamentali di tale relazione sono stati nella sostanza i seguenti: l'ecg spesso nel paziente sincope è normale esprimendo una bassa probabilità di origine cardiaca della sincope stessa; viceversa quando è indicativo di patologia cardiaca strutturale rappresenta un indicatore prognostico indipendente.

Nei casi in cui l'ecg evidenzia delle alterazioni non immediatamente indicative di patologia strutturale, è emerso che partico-

lare importanza riveste il contesto clinico, l'esperienza dell'esaminatore e soprattutto l'interazione di più figure professionali che spesso nella diagnosi di sincope interagiscono. Particolarmente utile, considerando l'attenzione dei partecipanti, è stata la esposizione di numerosi esempi di tracciati ecgrafici appartenenti a vari quadri diagnostici e non di pazienti afferiti al dipartimento di emergenza per sincope.

La relazione del Dott. Pergolini ha evidenziato tutte le insidie che vi sono nell'analisi elettrocardiografica in termini di diagnosi differenziale tra i vari tipi di Flutter striale. Ha mostrato le belle immagini dei vari sistemi di mappaggio utilizzati nello studio prelibare all'ablazione del substrato aritmico concludendo con i risultati del centro che ha rappresentato.

Particolarmente stimolante, non solo sul piano semantico ma con ovvie ricadute operative è stata la relazione di Mureddu che ha affrontato l'ostico terreno delle diagnosi differenziali delle tachicardie sopraventricolari esponendo i vari passaggi metodologici dell'analisi ecgrafica con i correlati spunti di trattamento delle varie tachicardie. La relazione di De Ponti ha mostrato le potenzialità dell'ecg nella localizzazione della sede di



origine delle tachicardie ventricolari.

Tale aspetto potrebbe sembrare superfluo, quasi banale, in un'epoca in cui si dispone e si disporrà a breve di sistemi di mappaggio sempre più affinati ma costosissimi. La sua relazione chiara, compito già arduo parlando di un argomento non sempre di immediata comprensione, ha dimostrato la correlazione spaziale con l'attenta analisi ecgrafica con spunti metodologici di indubbio valore pratico.

La seconda parte del minimaster è iniziata con la relazione tenuta dalla Dott.ssa Carinci che ha esposto in modo completo, attuale, chiaro quello che per tutti noi Cardiologi ha rappresentato una delle ultime problematiche che ci siamo trovati ad affrontare, in ordine temporale, ovvero il fenomeno-Sindrome di Brugada. È chiaro per tutti cosa rappresenta trovarsi di fronte ad un giovane, ai genitori di un giovane, portatore di un ecg che mostra alterazioni da Brugada. La Dott.ssa Carinci in verità ha espresso in modo chiaro e metodologicamente ineccepibile i vari passaggi da compiere dando grande importanza alla cautela con la quale muoversi sia nella fase diagnostica che, soprattutto, in quella decisionale.

In una sessione dedicata all'elettrocardiogramma come elemento diagnostico, per certi versi chiave dell'iter decisionale aritmologico, non poteva mancare la relazione

della Dott.ssa Mancuso sulla utilità del TDS in tale contesto. Riportando l'ampia casistica del centro che ha rappresentato, ha dimostrato come il TDS entri a pieno titolo nella valutazione del paziente "aritmico". In discussione peraltro è emerso come nel paziente con cardiopalmo, nella fase iniziale della sua valutazione, non si può prescindere da un'iter cosiddetto non invasivo prima di passare ad un approccio "aggressivo" per alcuni proposto invece come primo approccio, suscitando, ovviamente non poche critiche.

La conclusione del minimaster è stata progettata con l'esposizione di un caso clinico particolare proposto dal Dott. Elia. Come succede sempre in occasione della discussione di un caso clinico, i moderatori hanno dovuto dare dimostrazione delle loro capacità di coordinare gli interventi che sono stati numerosi, pertinenti e che hanno rappresentato un momento, come era d'altra parte nell'intento degli organizzatori, di confronto e di crescita.

Dovendo tracciare un bilancio, crediamo si possano fare i complimenti al Direttivo ANMCO nell'aver scelto tale tipo di articolazione di argomenti e non in ultimo per la scelta dei relatori a cui sono stati affidati i temi da trattare. Deve rappresentare un esempio per il futuro anche se è difficile migliorare qualcosa che già ha funzionato bene.



1° CENSIMENTO NAZIONALE INFERMIERISTICO DELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CARDIOLOGICA

Da sempre siamo stati consapevoli della decisiva importanza del lavoro infermieristico ma al riguardo, le nostre conoscenze sono state sempre molto limitate. Mai abbiamo potuto disporre di dati che permettessero di analizzare e comprendere la realtà infermieristica nell'area intensiva cardiologica. In un momento in cui la evoluzione della organizzazione sanitaria, il differente approccio gestionale alle patologie cardiovascolari, la riqualificazione professionale degli infermieri determinano una mutazione dei processi assistenziali, questo vuoto di conoscenze appariva poco giustificabile.

Questo vuoto, almeno in parte, oggi è stato colmato: durante la sessione plenaria che ha inaugurato il Cardionursing 2007, sono stati presentati i risultati del censimento infermieristico delle UTIC. Per la prima volta una ricognizione del lavoro infermieristico ci consegna la fotografia dettagliata di un sistema in profonda evoluzione cogliendo gli aspetti virtuosi e le criticità, in rapporto a variabili che vanno dalla tipologia delle strutture alla organizzazione assistenziale, dai carichi di lavoro alla attività formativa.

Sono stati raccolti dati di 349 Unità di Terapia Intensiva Cardiologica che costituiscono il 90,6% delle UTIC ospedaliere italiane. Ciò che maggiormente caratterizza questa elevata risposta è la uniforme ed omogenea distribuzione per area geografica, così che ne scaturisce una corretta interpretazione non solo a livello di macroarea ma a livello nazionale (Immagine 1).

Un risultato lusinghiero che conferma la puntuale e fattiva collaborazione dell'area infermieristica, che va comunque interpretato in tutte le sue sfaccettature: il chiaro entusiasmo per il coinvolgimento in una ricerca nazionale ma anche la necessità di segnalare, ove presenti, i disagi e le difficoltà quoti-

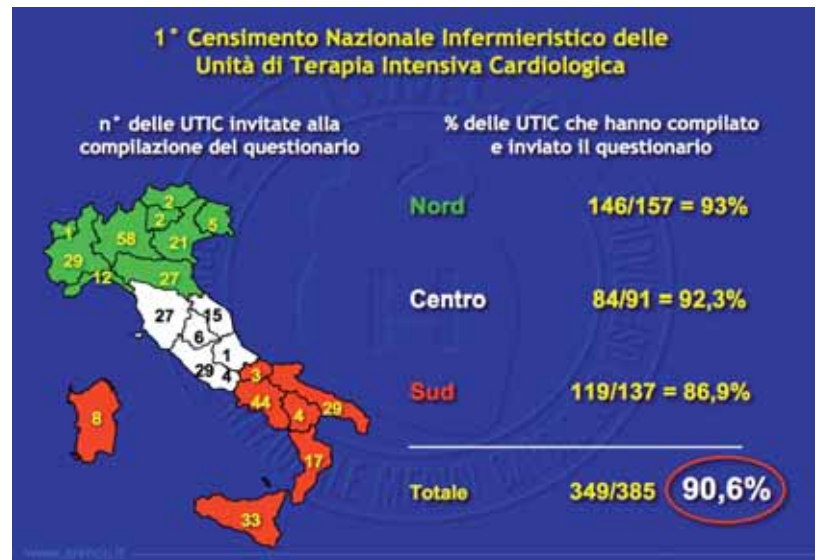


Immagine 1

diani che si incontrano nella gestione assistenziale delle UTIC.

E per capire dove nascono i disagi è sufficiente considerare i dati relativi al personale in servizio: circa il 60% delle UTIC, ognuna con una media di 6 posti letto, ha una



Immagine 2



Immagine 3

dotazione organica incompleta (Immagine 2). Solo due UTIC su dieci dispongono di personale infermieristico esclusivamente dedicato e ben il 70% non sostituisce il personale per assenze superiori ad un mese. In questo panorama non stupisce l'ampio ricorso al lavoro straordinario in oltre il 95% dei casi (Immagine 3). Il lavoro straordinario comunque non è solo la logica conseguenza della carenza di personale. Il suo ricorso, seppure in misura minore, si verifica anche in UTIC con do-

N° di letti per infermiere nei turni di servizio (notte) (nelle UTIC con infermieri esclusivamente dedicati)

	Fino a 5 letti	Da 6 a 8	Oltre 8 letti
Elevata	2,4	3,3	2,8
Media	2,5	3,6	3,7
Standard	2,6	3,1	3,3

Immagine 4

tazione organica completa, a testimonianza del fatto che l'alta complessità assistenziale lo rende uno strumento spesso inevitabile.

Sempre in ambito di dotazione organica il censimento ha evidenziato un rapporto spesso sfavorevole tra numero di posti letto di terapia intensiva e numero di infermieri presenti in servizio specie nei turni del pomeriggio e della notte (Immagine 4).

Considerando la sempre maggiore complessità dei casi clinici questo aspetto non può non sollevare preoccupazione e sollecitare una attenta analisi da parte del decisore istituzionale al quale in prima istanza spetta il compito di affrontare il problema.

Nonostante i disagi le Terapie Intensive Cardiologiche riescono ad operare con

ottimi standard di qualità delle cure e gli infermieri si adoperano per offrire la migliore assistenza possibile: lo dimostra la sempre maggiore attenzione alla documentazione infermieristica, fondamentale per il passaggio delle informazioni. È sempre più diffuso l'utilizzo di cartelle infermieristiche e cartelle integrate; diffusissimo il ricorso a protocolli assistenziali condivisi tra infermieri e tra infermieri e medici; oltre il 50% delle UTIC aderiscono a progetti di Risk Management: in otto casi su dieci per iniziativa aziendale, in due su dieci per iniziativa di reparto.

Aver delineato gli aspetti di interesse infermieristico assume oggi una importanza decisiva; il censimento si è rivelato lo strumento giusto per evidenziare le criticità e riaffermare le virtù del mondo infermieristico. Costituisce una banca dati interpretabili ed utilizzabili per tutte le esigenze di valutazione, programmazione e formazione relative all'area cardiovascolare sia in ambito locale che nazionale e pone le basi per progetti di ricerca mirati ed orientati a dare indicazioni, indirizzi per la stesura di linee guida o standard assistenziali. In questa ottica deve essere considerato non il punto di arrivo bensì la linea di partenza di un percorso che mira a soddisfare in modo più completo l'esigenza di qualità delle cure.

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 Bongarzone (Milano)
Iolanda Enea (Caserta)
Loris Roncon (Rovigo)
Oscar Serafini (Cosenza)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

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

www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING

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

www.anmco.it/aree/elenco/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

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

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO

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

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso

CHIRURGICA

DI PINO FUNDARÒ



Mezzo secolo di Cardiocirurgia
Accadimenti e riflessioni di un addetto ai lavori
 Alla svolta del nuovo millennio, la Cardiocirurgia (CCH) rimane una esperienza professionale assolutamente straordinaria e affascinante

Come eravamo (il sogno e la giovinezza)

Alla fine degli anni '60, per i neolaureati in medicina (la mia generazione), la CCH era un vero e proprio sogno ad occhi aperti. Christian Barnard sbalordiva il mondo con il primo trapianto di cuore ("il sabato ero un chirurgo sudafricano poco conosciuto, lunedì il mio nome era famoso in tutto il mondo", così lo stesso Barnard), schiudendo nuovi esaltanti orizzonti nella sfida contro malattie cardiache sempre più gravi e complesse. Fortissima era l'attrazione verso una professione dai privilegi molto ambiti: appartenenza ad una comunità medica prestigiosa ed esclusiva, rango sociale assai elevato. John Kirklin, faro della Cardiocirurgia alla prestigiosa Mayo Clinic, Rochester (USA), sosteneva che il Cardiocirurgo è "a surgeon and something more". Al momento di lasciare, Lawrence I. Bonchek, altro grande della CCH, così si interrogava: "Is there life after the operating room?". Il prezzo per giocare la partita, pur assai elevato (impegno e dedizione illimitati, apprendistato di esasperante lunghezza), veniva solo marginalmente considerato. Di aspettative di ordine economico non ve ne erano: anzi, solo a parlarne, si era guardati con diffidenza. La CCH dunque come sublimazione della vocazione incompressibile dell'uomo alla sfida e al rischio: ma l'entusiasmo della giovinezza altro non ammetteva

che la magia del sogno, la grande illusione del lieto fine.

Dagli anni '70 ai nostri giorni (l'abbattimento delle liste d'attesa operatorie)

Cancellati antichi tabù e superata di slancio la fase pionieristica, la CCH viveva una stagione di esaltanti progressi, consacrando disciplina di assoluto prestigio, accessibile solo a pochi eletti. I centri in attività, nel nostro Paese, erano ancora pochi e alla CCH veniva riconosciuta nel contesto ospedaliero una trainante funzione di volano culturale. Era riconosciuta una distinzione di livello fra gli Ospedali che avevano la CCH e quelli che non l'avevano.

Il numero dei pazienti da operare crebbe vertiginosamente in pochi anni con le inevitabili conseguenze di un allungamento angoscioso delle liste d'attesa operatorie e dei

drammatici viaggi della speranza verso i centri più accreditati. Procedendo a rilento, negli Ospedali pubblici, l'istituzione di nuovi centri, la chirurgia "a cuore aperto" trovò nuovi spazi nelle case di cura private. Si arriverà all'abbattimento delle liste d'attesa verso la fine degli anni '90 grazie allo sviluppo incontrollato della sanità privata-accreditata: l'entrata in vigore dei DRG ("diagnosis related groups"), aveva fatto della CCH un investimento finanziario molto remunerativo. Oggi, in Italia, i centri in attività sono più di 100: un numero eccessivamente elevato che genera meccanismi perversi legati alla esasperata competitività.

Gli scenari del nuovo millennio (il malato da "paziente" diventa "cliente")

A dispetto delle tante difficoltà che affliggono il sistema sanitario, alla CCH italiana va riconosciuto il merito di aver saputo conquistare e mantenere, nel panorama scientifico internazionale, apprezzamenti e considerazione. Penso che a questo lusinghiero risultato, conseguito in una stagione di dilagante disaffezione da parte della classe medica, non sia estranea la magia del sogno, alla CCH indissolubilmente legata. Ma vi sono anche evidenze di segno contrario. Con l'inevitabile ampliamento dei ranghi, quella che non molti anni fa era una ristretta e invidiata élite chirurgica, è oggi diventata una comunità allargata impoverita di qua-



lità e ricca di conflittualità. Segni di impoverimento della professionalità sono riconoscibili nella propensione incontenibile al protagonismo, nella competizione scientifica meno rigorosa e leale di quanto sarebbe auspicabile, nell'esercizio fazioso e arrogante del potere, senza riguardo per meriti e capacità altrui. Ma, in un sistema sanitario sempre più "aziendalizzato" e condizionato dal profitto, quello che deve in tutti i modi essere contrastato è il subdolo mutamento di atteggiamento in atto nei confronti della persona-paziente. Oggi il malato che si affida ad una struttura sanitaria trova sempre meno riconosciute le sue prerogative di *paziente*, cioè di persona afflitta dalla sofferenza (il destino che tutti ci accomuna), verso la quale, come medici, abbiamo solamente dei doveri. Per contro va sempre più diffondendosi la caratterizzazione del malato come *cliente*, cioè come soggetto-oggetto di un evento (la malattia) da gestire in ordine alle inflessibili regole del profitto. Se fra i tanti mali della sanità pubblica, mi si chiedesse di individuare il più perverso, risponderci che questo male, a mio avviso, andrebbe in primo luogo ricercato nella aziendalizzazione degli ospedali. Questo nuovo corso – che ha consegnato alla politica il potere assoluto in Sanità e che i medici hanno avuto la colpa di subire troppo passivamente – bene ha fatto a focalizzare l'attenzione su costi e bilanci, ma non è lecito ignorare che fra il bino-

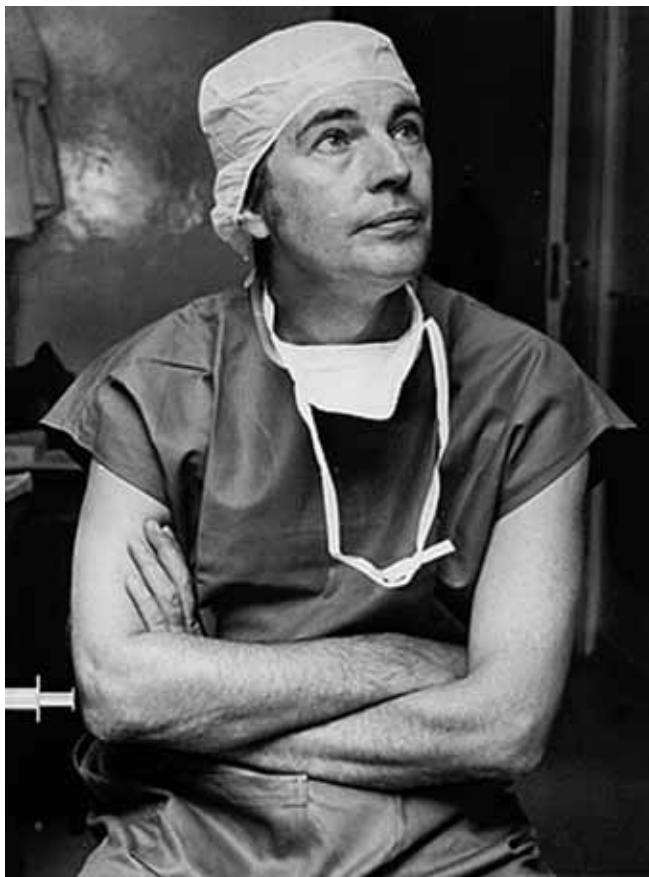


Immagine WEB - Un'intensa espressione di Christian Barnard

mio contenimento dei costi-aumento della produttività (interesse dell'azienda) e qualità delle prestazioni (interesse del malato) accordi che penalizzano il paziente non sono possibili.

Bilanci e consuntivi

Quella del 3° millennio sarà una CCH profondamente diversa, dettata dagli sviluppi della ipertecnologia. Nei confronti di ogni possibile innovazione scientifica, non sono giustificate preclusioni immotivate. Debbono invece essere osteggiati drasticamente atteggiamenti di tolleranza o di assuefazione verso trasgressioni riguardanti l'etica e la dignità della professione medica. Lo spirito dei tempi impone di ribadire che fare il medico è soprattutto ten-

sione morale, orientata costantemente a vantaggio del malato. Tentando di decifrare, alla ricerca del senso della vita, gli accadimenti della mia lunga attività professionale, mi piace pensare che saremo giudicati non dal successo ottenuto ma dalla causa che abbiamo servito e da come l'abbiamo servita. Personalmente ho speso il meglio delle mie energie cercando di rimanere dalla parte che mi sembrava più giusta. Dalla mia professione ho avuto in cambio tanto: mi ha particolarmente gratificato l'aver potuto appurare che, in colleghi più giovani, qualcosa è rimasto del mio modo di essere Cardiochirurgo.

Dalla fortuna mi è toccato in sorte il sogno che, in tanti anni, mai mi ha abbandonato. Continuare a sognare è l'unico modo per insegnare a sognare: se ai nostri figli non sapremo insegnare il sogno avremo un futuro che non sarà migliore. Un carissimo amico, Cardiologo, ritrovato di recente dopo lunga lontananza, mi ha scritto: "Penso vi sia molto più fortuna che merito e per te e per me se in quello che è oggi il nostro operare possiamo riconoscere tuttora il profilo dell'originario disegno; se cioè quello che si è realizzato somiglia ancora a quello che era nei desideri. Per molti – che abbiano avuto o meno fortuna professionale – non è stato così". Pur non senza rimpianti, se, precluso il sogno, mi fosse concessa un'altra opportunità, sceglierei senza esitare di rifare tutto allo stesso modo.

EMERGENZA-URGENZA

DI GIANNI CASELLA



L'UTIC e la Cardiologia Clinica Intensiva

È sotto gli occhi di tutti l'evoluzione che le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) hanno vissuto dalla loro fondazione negli anni Sessanta. Queste strutture oggi non rappresentano più il luogo dove sono osservati i pazienti con infarto acuto, ma un reparto dinamico, altamente tecnologico, dove viene affrontato in modo aggressivo ed efficace il trattamento dei pazienti. La notevole evoluzione nella diagnosi e nel trattamento delle sindromi coronariche acute ha molto contribuito a questo cambiamento, ma la moderna UTIC non accoglie solo questi pazienti! Infatti in queste strutture oggi sono ricoverati pazienti con infarto, scompenso avanzato, shock cardiogeno, severe valvulopatie scompensate, bradi o tachiaritmie maggiori, dissezione aortica, embolia polmonare massiva, miocardite, complicazioni di procedure invasive, ecc. Sempre più spesso queste cardiopatie non sono isolate, ma accompagnate da altre impegnative patologie mediche.

Questo fa sì che la distinzione tra un'UTIC ed una Terapia Intensiva Medica sia sempre più sfumata e che emerga prepotentemente il concetto di Cardiologia Clinica Intensiva per definire queste nuove attività. Del resto sempre più spesso il Cardiologo è il primo medico chiamato in emergenza ad assistere un paziente complesso con molteplici gravi patologie. È infatti naturale pensare

che la rapida soluzione dei suoi problemi cardiovascolari può avere un'importanza decisiva nella fase iniziale del trattamento anche di gravi patologie extra-cardiache! Senza dimenticare che i pazienti ricoverati in UTIC hanno le stesse problematiche mediche o complicanze iatrogene dei soggetti seguiti nelle Terapie Intensive Mediche. Per questo motivo i Cardiologi dell'UTIC devono acquisire abilità nel gestire le infezioni nosocomiali, la ventilazione prolungata e lo svezzamento dal ventilatore, la terapia sostitutiva renale, il diabete mellito, le emorragie del tratto gastrointestinale, lo shock settico e molto altro ancora.

Tutto questo non rispecchia concetti teorici, ma esigenze pratiche dei nostri pazienti! La popolazione delle UTIC è cambiata. Certamente prevalgono ancora le sindromi coronariche acute, ma ogni anno i pazienti sono sempre più anziani, crescono le co-morbidità o le patologie acute non coronariche. Proprio durante la recente Convention delle UTIC questo concetto è emerso in modo sostanziale. Purtroppo questa sensazione non è rafforzata da dati inconfutabili ed è stridente la scarsità di informazioni disponibili sul tipo e le caratteristiche dei soggetti con patologie acute non coronariche ricoverati nelle UTIC italiane e sul diverso impegno di risorse che essi richiedono. Questa lacuna deve essere rapidamente risolta per poter ribadire

con forza il peso del nostro lavoro e l'unicità delle nostre competenze!

È evidente che questi concetti rafforzano la necessità di sviluppare e potenziare una nuova figura professionale, quella del Cardiologo clinico intensivista. Egli deve possedere, accanto ad un'ottima preparazione cardiologica, una buona autonomia culturale in settori non strettamente cardiologici. Questa competenza è irrinunciabile visti i tempi oltremodo rapidi con i quali occorre spesso adottare provvedimenti terapeutici utili per questi pazienti critici.

Questa breve riflessione amplia i temi della competenza clinica del Cardiologo UTIC che l'Area ha accolto come obiettivo primario di questo biennio, ma deve essere estesa anche alla ricerca clinica.

Parlare di ricerca clinica in un ambiente come l'UTIC, dove il massimo dell'attenzione è posto all'assistenza, non è sbagliato. La lunga esperienza maturata in questo campo dall'ANMCO fin dagli studi GISSI ne è un chiaro esempio. L'incontro tra competenze cardiologiche e terapia intensiva non ha effetti importanti solo sull'assistenza, ma può avere un ruolo molto positivo anche sugli sviluppi scientifici. La Cardiologia è sempre stata molto vivace nella ricerca clinica ed un suo maggior coinvolgimento nel trattamento e nello studio di pazienti più complessi o con molteplici co-morbidità può essere estremamente positivo. Ad

... l'UTIC nel 2007

UTIC-PCI



Cardiologia
"clinica"
intensiva



esempio, malattie cardiovascolari e trattamenti intensivi hanno un peso rilevante sulla spesa sanitaria e quindi le UTIC possono diventare luoghi dove effettuare interessanti studi di costo-efficacia. I pazienti ricoverati in UTIC sono trattati in modo intensivo ed hanno un alto numero di eventi; questo facilita la valutazione di trattamenti complessi su patologie non strettamente cardiologiche. Lo studio Sweet-ACS, che valuterà gli effetti di un trattamento intensivo multifattoriale dell'iperglicemia nei pazienti con sindrome coronarica acuta, ne è un esempio. Certamente non possiamo chiedere a medici ed infermieri già così impegnati nell'attività assistenziale e con organici

spesso sottodimensionati, vedi il recente censimento dell'Area Nursing, di dedicare molto tempo a queste attività. Dobbiamo pensare ad un nuovo modo di far ricerca! Normalmente la raccolta di dati scientifici ed amministrativi è completamente svincolata dalla pratica clinica; richiede tempo e risorse aggiuntive, spesso non disponibili. In condizioni ideali, pratica clinica e raccolta dei dati dovrebbero coincidere per trarne il massimo beneficio. Quest'ultima circostanza è sicuramente un'utopia, ma perché non studiare nuove soluzioni che portino ad una maggior sovrapposizione di questi momenti? In fin dei conti anche la pratica clinica è fatta

di momenti in cui si raccolgono dati (anamnesi, stesura di referti o della relazione conclusiva) e da questi punti comuni forse si dovrebbe partire. Oggi il percorso delle UTIC ha raggiunto un bivio dove si deve scegliere se concentrare risorse e ricerche sulle sindromi coronariche acute o ampliare il campo d'interesse a tutta la Cardiologia clinica intensiva (e a molte altre patologie mediche critiche che vi si associano). Questo significa sviluppare, migliorare ed aggiornare le nostre competenze e studiare un nuovo modello di ricerca clinica. Una sfida che accogliamo volentieri per la crescita delle nostre UTIC!



Telecardiologia: dalla tecnologia alla clinica passando per il mercato

Dopo molte esperienze pilota è indispensabile scrivere le regole del gioco

La telecardiologia è in una fase critica. È necessario spostare l'attenzione dei Cardiologi dalla tecnologia alla clinica predisponendo requisiti minimi di qualità dei servizi offerti e stimolando l'acquisizione di dati sui risultati nell'uso nelle varie situazioni cliniche.

Introduzione

Con il termine telemedicina si identificano numerose attività a distanza che si avvalgono della telematica applicata alla medicina. Si tratta di una tecnologia che nasce alla fine degli anni '50 negli Stati Uniti ove si sviluppa concretamente a partire dal 1974. Per lunghi anni solo il Giappone, che ha un territorio meno esteso ma con una configurazione particolare, coglie l'importanza della metodica e l'utilizza in modo significativo. In questi due Paesi la telemedicina si dimostra in grado di coniugare la qualità, l'accessibilità e l'efficienza dell'assistenza al contenimento della spesa. Nasce in quel periodo, da una costola della Telemedicina, la Telecardiologia.

Uno sguardo al nostro Paese

La situazione della telecardiologia italiana è in una fase critica. La percezione diffusa è di una metodica interessante, di cui non si può parlar male per non essere assimilati alla generazione precedente, poco incisiva sulla qualità dell'assistenza ai cardiopatici e dalle potenzialità oscure.

La maggior parte delle esperienze descritte in letteratura sono incentrate sull'uso della lettura a distanza dell'ecg o sull'allargamento della cosiddetta "banda". Estendendo la ricerca al web utilizzando come parole chiave "telemedicina", "telecardiologia", "telesoccorso", "telemonitoraggio", troviamo segnalazioni classificabili in due macro-categorie: commerciali o di esperienze pilota. Appare innegabile in questo scenario lo squilibrio tra le proposte del mondo industriale, ben organizzato per muoversi sul mercato con il legittimo scopo di incrementare i profitti aziendali, e la mancanza di regole scritte dai clinici.

Telecardiologia e assistenza concreta ai cardiopatici

È necessario comprendere che con la telecardiologia dovremo confrontarci per due ordini di ragioni: contenere la spesa della sanità pubblica e migliorare la qualità dell'assistenza ai cardiopatici.

In questo momento la parte pubblica, nonostante le vuote parole di centralità del malato pronunciate con l'occhio attento alla inquadratura della telecamera, sembra essere decisamente più interessata al contenimento dei costi. Non si può dire che manchino dei buoni motivi: la spesa della Sanità Italiana, dal 1983 al 2003, è cresciuta di 4 volte e nel periodo 2000-2006 è aumentata in media del 7,8% l'anno. Il problema è ge-

nerale; basti ricordare che l'incidenza dei costi della salute, rapportato al PIL, in Italia è dell'8%, nel resto dell'Europa del 9% e negli Stati Uniti del 14%. Come si vede il fenomeno ha molte cause ognuna con la sua possibile soluzione.

Nel nostro Paese un primo rimedio parziale potrebbe essere quello del decentramento dell'assistenza del quale si parlava già, con enfasi da ultima spiaggia, nella Legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Se guardiamo al risultato dopo 29 anni appare evidente che l'unico polo di riferimento di tutte le problematiche assistenziali, avvertito come credibile dalla popolazione, è l'ospedale. È storia di tutti i giorni la via crucis dei cardiopatici cronici con varie patologie associate che, non trovando un'adeguata assistenza domiciliare o decentrata in strutture idonee, entrano, escono e rientrano in ospedale varie volte nel corso dell'anno.

Il clinico percepisce queste problematiche, le avverte come più grandi di lui e le identifica come di altrui competenza. Per questo è certamente più appassionato al miglioramento della qualità dell'assistenza nella propria realtà e spende le sue energie realizzando esperienze pilota apprezzabili ma inefficaci a risolvere i problemi complessivi.

In questo scenario appare forte il ritardo della comunità cardiologica,

specie se confrontato con l'efficacia della comunità delle Aziende. Noi dobbiamo ancora stabilire le regole del gioco mentre le Aziende, con il solo vincolo di rispettare il codice penale, si sono mosse e si muovono con disinvoltura sul mercato.

Telecardiologia: dalla tecnologia alla clinica

È oramai indispensabile spostare il centro dell'attenzione da ciò che è facile a ciò che è complesso.

La parte tecnologica della telecardiologia è oggi un dato acquisito. In termini un po' provocatori potremmo dire: è facile. La connessione e la trasmissione delle informazioni sono codificate ed offerte da numerose Aziende sul mercato. La parte difficile della telecardiologia "vera" è quella clinica ed è imperativo denunciare con forza che, in assenza di regole e definizioni, su questo termine, c'è molta confusione.

Un esempio per tutti: le situazioni di emergenza-urgenza nelle quali il servizio di telecardiologia si limita alla consulenza di un Cardiologo che, per contratto, deve refertare un elettrocardiogramma (ecg). In questi casi lo scenario vede da una parte un cardiopatico con un dolore toracico più o meno tipico con vicino un medico che cerca di prestargli la corretta assistenza e dall'altra, lontano in tutti i sensi, il Cardiologo seduto in centrale. I due non si conoscono. Prima della firma del contratto di telecardiologia non c'è stata alcuna verifica delle capacità di raccogliere e di trasmettere una corretta anamnesi, di eseguire il semplice ecg in modo adeguato, di predisporre un protocollo operativo semplificato delle procedure essenziali delle situazioni cliniche più frequenti. Il co-

siddetto servizio di telecardiologia si limita quindi ad un referto nel quale, se non ci troviamo di fronte ad un macroscopico quadro di infarto acuto, la palla viene ributtata al collega premettendo le difficoltà legate alla imperfetta esecuzione tecnica e liquidando la parte contrattuale dell'assistenza di telecardiologia con il ricorso a fantasiosi aggettivi riferiti alla fase della ripolarizzazione. In questi casi, che costituiscono la stragrande maggioranza degli attuali servizi di cosiddetta telecardiologia, l'incremento di informazioni derivante dalla consulenza è, per il medico vicino al malato, prossimo allo 0.

Come passare dalla tecnologia alla clinica passando per il mercato

È giunto il momento di spostare l'interesse dalla tecnologia alla clinica stabilendo delle regole. Un primo passo potrebbe essere il tentativo di raggruppare le problematiche cliniche in modelli di complessità crescente per cercare di stabilire dei requisiti minimi del servizio in ognuno di questi scenari.

Proposta di classificazione

Pazienti clinicamente stabili: "tele-elettrocardiografia" quando viene offerto un servizio di refertazione in condizioni di stabilità clinica ad esclusivi fini di screening o medico-legale; consulenza su loop recorder; teleconsulenza aritmologica (holter o loop recorder); teleconsulenza su esami di imaging complesso (ecocardiogramma, risonanza magnetica, TAC); teleconsulenza tra centri di II e di III livello tra Cardiologo e Cardiocirurgo.

Pazienti cronici clinicamente stabili e pazienti in fase di post dimissione pre-

coce: scompensati cronici, postinfarto recente, operati di Cardiocirurgia.

Pazienti in condizioni di urgenza emergenza presunta o reale:

Sospetto attacco cardiaco, sospetto infarto acuto, scompenso acuto, sincope/aritmie minacciose.

Requisiti Minimi e responsabilità

Per le situazioni cliniche in elezione sarà relativamente facile stabilire le regole del gioco. Già nei pazienti di complessità clinica intermedia, sarà invece necessario stabilire periodi di addestramento e protocolli ad hoc per la gestione di ogni situazione clinica concreta.

Il problema maggiore rimane però quello di una consulenza in condizioni di urgenza-emergenza ove non è accettabile il contratto: "io ti assicuro la lettura dell'ecg per 24 ore e per 365 giorni l'anno; tutto il resto è affar tuo". La soluzione è oggettivamente difficile con evidenti problematiche medico legali da sciogliere: come identificare le competenze? Chi è responsabile di quanto accade da una parte e dall'altra del filo?

A mio parere la risposta dovrebbe essere: "tutti gli attori come se tutti fossero presenti accanto al malato". Sarebbe la rivoluzione copernicana: non ti referto solo l'ecg ma, essendo corresponsabile, ti devo conoscere prima e devo stabilire a priori le forme di interazione clinica corretta ed i protocolli operativi.

In una parola: dobbiamo scrivere le regole del gioco. Solo così stimoleremo tutti a parlare meno di analogico, digitale, ADSL, fibra ottica, UMTS e satelliti per spostare tutta l'attenzione sulla ricerca di nuove soluzioni per curare i cardiopatici, anche a distanza, con la telecardiologia "vera".

MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

DI ANDREA RUBBOLI



Il Registro EP-ANMCO: un importante strumento educativo-gestionale per i pazienti con Embolia Polmonare

Per la diffusione della conoscenza e della gestione ottimale della malattia tromboembolica venosa, ancora oggi gravata da eccessiva mortalità e morbilità

L'Embolia Polmonare continua ad essere inevitabile interesse di tanti, ma specificità culturale e gestionale di pochi. Tra gli strumenti e processi auspicati per diffonderne la conoscenza e la sua gestione ottimale, il Registro EP-ANMCO sviluppato dall'Area Malattie del Circolo Polmonare rappresenta un'importante occasione da non perdere. Una parte di responsabilità va sicuramente attribuita a Renè Laennec! Fu lui infatti a focalizzare l'attenzione sulle conseguenze polmonari del tromboembolismo venoso nella prima descrizione della malattia prodotta nel suo

De l'auscultation mèdiante ou Traitè du diagnostic des maladies des poumons et du coeur pubblicato nel 1819.

Se invece di denominarla "apoplessia polmonare" avesse scelto una definizione che ne ponesse in primo piano le ripercussioni a livello cardiaco (quale ad esempio "cuore polmonare acuto", come sostiene da tempo Pietro Zonzin, promotore e primo Chairman della nostra Area), forse la situazione sarebbe oggi diversa. Invece, l'Embolia Polmonare (EP) continua ad essere inevitabile interesse di tanti (data la sua incidenza in pazienti di pertinenza della maggior parte delle specia-

lità mediche e chirurgiche), ma specificità culturale e gestionale di pochi. Tra questi pochi è indispensabile vi sia la comunità cardiologica date la centralità del coinvolgimento cardiaco nelle ripercussioni fisiopatologiche e cliniche della malattia, e la competenza del Cardiologo nella gestione e trattamento intensivi del malato critico. In realtà, mentre altre competenze proprie del Cardiologo, quale ad esempio quella relativa alla cardiopatia ischemica, sono pressoché ubiquitarie sul territorio nazionale, quella relativa all'EP (ricordiamolo, di rilevanza epidemiologica inferiore solo all'i-



Immagine WEB - Arruolamento nelle Aviotruppe

MA ed allo stroke per quanto riguarda la mortalità cardiovascolare!) è appannaggio di pochi e selezionati centri. Strumenti e processi volti a diffondere la conoscenza di questa patologia e la sua gestione ottimale sono pertanto necessari ed auspicati, e la comunità cardiologica, forte della sua cultura ed organizzazione, deve farsi carico di questo sforzo.

Il Registro EP-ANMCO rappresenta un'importante iniziativa promossa in questa ottica dall'Area Malattie del Circolo Polmonare. Esso nasce dalla tenacia e competenza di Franco Casazza dell'Ospedale S. Carlo Borromeo di Milano, che ne ha promosso la realizzazione e ne ha infaticabilmente seguito lo sviluppo fino alla raggiunta piena operatività attuale. Il Registro EP-ANMCO, il cui Comitato di Coordinamento è attualmente costituito, oltre che dal Chairman Franco Casazza, da Amedeo Bongarzone, Iolanda Enea, Loris Roncon, Andrea Rubboli e Oscar Serafini, è aperto alla partecipazione di tutti e le sue finalità, disegno e modalità di adesione possono essere visionate all'indirizzo web www.registroep.org.

Gli obiettivi del Registro EP-ANMCO sono essenzialmente tre: 1. formativo-educazionale, volto a fornire al medico un approccio sistematico, sintetico ma completo, dell'EP, nei suoi vari aspetti clinico-strumentali, terapeutici e prognostici; 2. di raccolta dati sulla epidemiologia, la gestione e l'outcome dell'EP nella variegata realtà ospedaliera italiana; 3. scientifico, derivante dall'analisi statistica dei dati afferenti al Registro. La popolazione ammessa al Registro comprende tutti i pazienti con diagnosi di EP ricoverati nei reparti ospedalieri aderenti, indipendentemente dal quadro clinico iniziale.

I PARTECIPANTI

regione	città	ospedale
Calabria	Cosenza	Annunziata
Campania	Caserta	S. Anna e S. Sebastiano
Campania	Napoli	Monaldi
Campania	Salerno	San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona
Campania	Sarno (SA)	Presidio Ospedaliero di Sarno
Emilia Romagna	Bologna	Maggiore
Emilia Romagna	Modena	S. Agostino Estense
Emilia Romagna	Reggio Emilia	S. Maria Nuova
Lombardia	Milano	San Carlo Cardiologia
Lombardia	Treviglio	AO Treviglio e Caravaggio
Lombardia	Brescia	Pollambulanza
Lombardia	Esine	Vallecamonica
Lombardia	Brescia	Spedali Civili
Lombardia	Milano	San Carlo Medicina d'Urgenza
Lombardia	Milano	Niguarda
Lombardia	Cremona	Istituti Ospitalieri Cremona

Registro Embolia Polmonare

Figura 1

I PARTECIPANTI

regione	città	ospedale
Lazio	Roma	S. Camillo Forlanini
Liguria	Genova Sestri	Padre A. Micone
Puglia	Bari	Ospedale di Venere
Puglia	Casano (Lecce)	F. Ferrari
Sardegna	Nuoro	S. Francesco
Sardegna	Sassari	SS Annunziata
Toscana	Firenze	Careggi
Toscana	Cecina	Ospedale di Cecina
Trentino	Rovereto	S. Maria del Carmine
Umbria	Perugia	AO Silvestrini
Veneto	Rovigo	Ospedale di Rovigo
Veneto	Venezia	SS Giovanni e Paolo
Veneto	Asiago	Ospedale di Asiago

Registro Embolia Polmonare

Figura 2

L'inclusione dei pazienti avviene con modalità prospettica, osservazionale e multicentrica sul territorio nazionale, ed i risultati attesi comprendono la descrizione dell'epidemiologia clinica, dell'iter diagnostico, del trattamento, dell'outcome intraospedaliero e a distanza dell'EP, ai fini del mi-

glioramento della pratica clinica. L'attivazione del Registro EP-ANMCO risale all'autunno scorso e vede al momento attuale 30 centri pienamente operativi (17 al Nord, 6 al Centro e 7 al Sud) (Figg. 1 e 2), rappresentati da 21 Unità Operative di Cardiologia, 8 di Medicina e 1 di Pneumologia. I primi

risultati, anch'essi visionabili all'indirizzo web www.registroep.org, sono relativi ad un campione di 166 pazienti (69 maschi e 97 femmine), per lo più distribuiti nelle fasce di età più avanzate. In accordo con quanto noto dalla Letteratura, anche in questa popolazione la dispnea rappresenta il sintomo d'esordio più frequente, per lo più insorto entro la settimana precedente il ricovero (Fig.3). Relativamente alla metodologia diagnostica, l'ECG conferma la sua elevata sensibilità, risultando normale solo nel 23% dei casi, a fronte tuttavia di alterazioni di cui è nota la subottimale specificità. Considerazioni analoghe possono essere fatte per l'Ecocardiogramma (Fig.4), che comunque è risultato l'esame di *imaging* iniziale nell'80% dei casi. Tra gli altri esami diagnostici, oltre l'impiego dei dosaggi di D-



Figura 3



Figura 4

dimero e Troponine in circa il 75% dei casi, l'Ecodoppler venoso e l'Angio TC polmonare sono risultati quelli maggiormente utilizzati (Fig.5). La diagnosi di EP è stata ottenuta mediante Angio TC Polmonare nel 74% dei casi e mediante Ecocardiogramma nel 18% dei casi, mentre nei restanti pazienti sono state necessarie/sufficienti la scintigrafia polmonare, l'Ecodoppler venoso, il solo esame clinico o l'indagine autoptica. Considerazioni di interesse scaturiscono anche dalle modalità terapeutiche adottate in questa popolazione iniziale del Registro EP-ANMCO. La terapia anticoagulante con eparina non frazionata per via endovenosa si conferma il trattamento di elezione, a scapito di un impiego di oltre la metà inferiore della sola eparina a basso peso molecolare sottocute (nonostante l'efficacia e sicurezza notoria-

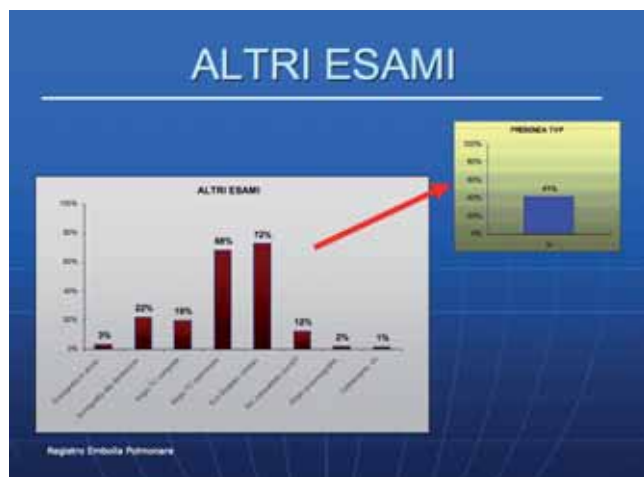


Figura 5

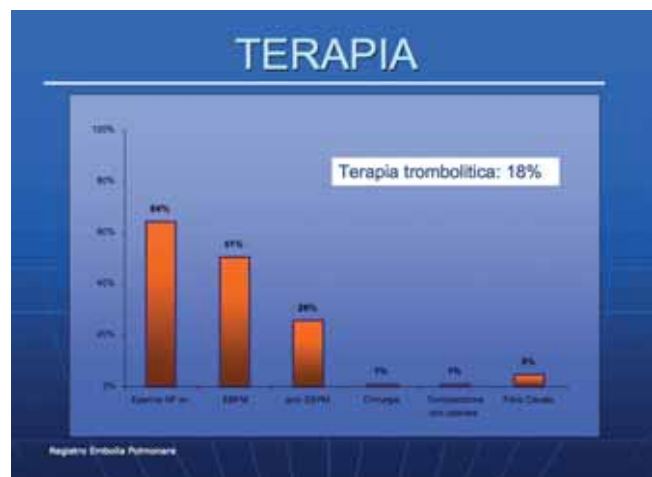


Figura 6

mente sovrapponibili) (Fig.6).Minimo, e verosimilmente compatibile con la scarsa diffusione del relativo *know-how*, è risultato invece l'impiego di metodiche invasive o chirurgiche (Fig.6).Di rilievo è anche il ridotto ricorso alla terapia trombolitica, che è stata effettuata solo nel 18% della popolazione esaminata.Tale proporzione è pressoché sovrapponibile alla percentuale di pazienti con EP clinicamente massiva (17%) (Fig. 7), per i quali il trattamento raccomandato dalle Linee Guida internazionali è effettivamente rappresentato dalla somministrazione di trombolitici. Questi tuttavia, devono/possono es-

sere presi in considerazione anche nei pazienti con EP submassiva (Fig. 7), i quali, nonostante un quadro clinico all'esordio apparentemente rassicurante, vanno incontro frequentemente e precipitosamente a deterioramento emodinamico che richiede manovre aggressive di disostruzione dell'albero polmonare in emergenza. Va rilevato peraltro che tale subdola modalità di presentazione dell'EP risulta la più frequente (43%) (Fig. 7) nella casistica iniziale del Registro EP-ANMCO, giustificando senz'altro la fervida attività scientifica attualmente in corso proprio in questo ambito. I dati presentati, pur nella loro esi-

guità, risultano già di notevole interesse, e soprattutto fanno intravedere le enormi potenzialità del Registro. Lo sforzo compiuto dall'Area Malattie del Circolo Polmonare nel mettere a disposizione della comunità cardiologica nazionale un prezioso strumento formativo-gestionale potrà però essere coronato da un successo pieno solo se l'adesione e l'inserimento dei pazienti saranno i più ampi possibili. In accordo con quanto affermato da un celebre epidemiologo "In Dio crediamo, gli altri portino numeri", uniamoci tutti per rendere sterminato il numero dei pazienti arruolati nel Registro EP-ANMCO!

RISULTATI CLINICI

GRAVITA' EP	N° PAZIENTI	%
non inserito	4	3%
non massiva	51	35%
sub massiva	62	43%
massiva	24	17%
non valutabile	3	2%
TOTALE PAZIENTI	144	

EP NON MASSIVA: assenza di 1) shock, 2) $PA \leq 100$ mm Hg, o riduzione di almeno 40 mm Hg della PA sistolica abituale 3) dilatazione del VD e/o gradiente $VD/AD > 30$ mm Hg all'ECO

EP SUB MASSIVA: come EP non massiva ma dilatazione del VD e/o gradiente $VD/AD > 30$ mm Hg all'ECO

EP MASSIVA: presenza di shock o $PA \leq 100$ mm Hg o riduzione di almeno 40 mm Hg della PA sistolica abituale

Registro Embolia Polmonare

Figura 7

NURSING

DI PAOLA DI GIULIO



Cardionursing 2007 Il Congresso, i problemi, le sfide

Pur concentrato nello spazio di due sole giornate, particolarmente interessante e vivace è stato quest'anno il Cardionursing 2007, nell'ambito del quale sono stati presentati in prima assoluta i risultati del I Censimento Nazionale Infermieristico delle UTIC, i cui dati hanno rappresentato una fotografia in tempo reale della situazione organizzativa nei nostri reparti di terapia intensiva.

Come è ormai tradizione, nelle giornate del 4 e del 5 giugno si è tenuta, presso la bella cornice della Fortezza

da Basso a Firenze, la VI edizione del Cardionursing, un po' più breve rispetto agli altri anni (due giornate invece di tre) per le note vicende legate all'industria farmaceutica, ma non per questo meno interessante e stimolante.

I numeri sulle presenze e sui corsi ed i minimaster testimoniano l'importanza di un appuntamento diventato ormai tradizione ed uno dei principali appuntamenti per gli infermieri di Cardiologia italiani. Tale partecipazione rimane elevata nonostante le crescenti difficoltà determinate

dalle aziende, che limitano sempre di più la partecipazione ai convegni, e dai budget disponibili, sempre più ristretti.

I partecipanti sono stati complessivamente 811, e sono state organizzate 21 sessioni nelle quali sono stati presentati gli aggiornamenti su tematiche sia cliniche che organizzative, e di importante rilevanza per l'assistenza.

Sono pervenuti complessivamente 104 abstracts, dei quali 82 sono stati accettati dai revisori. Di questi, 41 sono stati presentati come comunica-



Il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing

zioni orali e 41 in formato poster. Le sette migliori comunicazioni, come da tradizione, sono state inserite in una sessione dedicata e premiate con un attestato dell'ANMCO.

I Minimaster quest'anno sono stati tre, aventi come argomento l'elettrocardiogramma e le criticità assistenziali, la prevenzione nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare e infine l'assistenza infermieristica nel laboratorio di ecocardiografia. Tutti gli eventi hanno registrato un lusinghiero successo sia come numero di iscrizioni che come partecipazione attiva dei discenti alle lezioni e alle esercitazioni pratiche.

Le Main Sessions

Il Congresso si è aperto con la presentazione dei dati di un'indagine che ha coinvolto la grande maggioranza delle UCC italiane: il Censimento Nazionale Infermieristico delle UTIC. Sono stati presentati, e commentati dal punto di vista medico ed infermieristico i dati su organizzazione dell'assistenza, distribuzione ed utilizzo del personale infermieristico di 347 su 382 UTIC italiane. Ne è emersa una realtà interessante e in parte inattesa, dove circa 1/3 fa spesso ricorso ai letti bis, senza incrementare il personale, un infermiere è responsabile in media dai 2 ai 3 pazienti (posti letto), con punte di 4 pomeriggio e notte; dove nel 95% dei casi si fa ricorso allo straordinario (frequentemente nella metà delle UTIC). In quasi la metà delle UTIC al paziente viene consegnata una lettera di dimissione infermieristica, e nel 40% dei casi gli infermieri partecipano ad attività di ricerca. Il tempo limitato e la mole di dati presentata ha purtroppo tolto lo spazio alla di-

scussione, che sicuramente non mancherà quando saranno pubblicati i dati completi e definitivi. Le premesse, i risultati e i commenti relativi al Censimento delle UTIC sono presentati in dettaglio nell'articolo di Scorcu e Coletta sempre presente in questo numero di *"Cardiologia negli Ospedali"*.

Nell'ambito della Main Session in comune con il Congresso dei medici – l'ormai tradizionale "Convention delle UTIC" – è stata discussa la difficile sfida per l'infermiere di coniugare competenze tecniche e relazionali, nel quotidiano dell'assistenza in terapia intensiva cardiologica.

La terza main session, che ha chiuso il Cardionursing, è stata dedicata ai nuovi aspetti del trattamento dell'infarto miocardico acuto, di competenza sia medica che infermieristica. Particolare attenzione è stata posta al tema della gestione dello STEMI in ambito territoriale, in particolare alla scelta fra approccio medico e approccio interventistico, e ai moderni aspetti di assistenza infermieristica in UTIC. Nell'ultima relazione, infine, sono stati trattati i nuovi aspetti relativi al follow-up post-dimissione, con particolare riguardo alla differente tipologia clinica della popolazione post-infartuale, ormai prevalentemente composta da pazienti sottoposti a rivascolarizzazione meccanica, in fase acuta o post-acuta.

Le Sessioni

Le sessioni hanno offerto una ampia panoramica dei temi di interesse per l'infermieristica cardiologica italiana. Come da tradizione si è dato risalto agli aspetti clinico-assistenziali, in particolare con la discussione dei casi clinici (la malattia del tronco comune, lo scompenso cardiaco congestizio),

e con il dibattito che ha accompagnato le controversie (il trasferimento di un paziente acuto in emodinamica di altro ospedale senza medico; defibrillare senza medico: come e quando) e l'incontro con l'esperto (cardiochirurgia: nuovi dispositivi per l'assistenza cardiovascolare; oltre le immagini angiografiche per la valutazione della malattia coronarica).

Pari attenzione è stata riservata anche agli aspetti organizzativi, che hanno occupato l'altra metà dello spazio congressuale. Dalla cartella infermieristica integrata in Cardiologia all'appropriatezza dei percorsi assistenziali nel paziente acuto, dalla responsabilità ed autonomia infermieristica nei diversi aspetti dell'assistenza clinica alla competenza ed autonomia decisionale in ambito diagnostico-strumentale. A questo proposito sono stati discussi i peculiari aspetti di responsabilità e competenza legati alla esecuzione del test da sforzo, dell'ecocardiogramma, e alla lettura dell'holter, e le possibili insidie relative alla perdita del rapporto umano con il paziente, essenziale per un corretto e globale approccio alla malattia.

Le Comunicazioni

La qualità della presentazione dei contenuti delle comunicazioni, che sono lo specchio principale della qualità del lavoro nelle UTIC e cardiologie e della ricchezza di interessi ed esperienze è stata di buon livello. Principali temi trattati sono stati lo scompenso cardiaco e le esperienze di gestione di tale patologia sia a livello ospedaliero che territoriale, la Cardiologia interventistica in tutti i suoi aspetti, la riabilitazione cardiologica. Le comunicazioni premiate (ma altre ancora avrebbero meritato il premio)



testimoniano la capacità di identificare temi interessanti e portare a termine progetti. Lo sviluppo della ricerca è uno degli obiettivi che l'Area Nursing ha sempre cercato di perseguire e di promuovere, anche mettendo "in vetrina" la migliore produzione delle nostre UTIC e cardiologie.

L'Assemblea degli Iscritti

La partecipazione all'Assemblea di quest'anno è stata particolarmente numerosa, e vivace. Erano presenti nella sala Cavaniglia oltre cento di iscritti e la maggior parte dei referenti regionali di Area, che non hanno fatto mancare i suggerimenti e critiche costruttive. I programmi dell'Area per il biennio 2007-2008 sono stati presentati dal Chairman Dott. Colletta, con particolare riferimento al rinnovamento del Sito WEB ANMCO, ai risultati del censimento delle UTIC, all'attività di formazione nella ricerca infermieristica e al possibile riassetto organizzativo del board di Area, finalizzato a dare maggiore spazio deci-

sionale alla componente infermieristica del board stesso.

Uno degli aspetti che ha sollevato la discussione è stata la riflessione sulla necessità di creare una figura di tecnico, che affianchi l'infermiere nel suo lavoro, in modo da liberarlo da mansioni improprie, e consentirgli di dedicare più tempo all'assistenza (e alleviare, anche se parzialmente) la carenza di infermieri. Sono intervenuti alla discussione sia tecnici che infermieri, ed il dibattito è ancora aperto. In particolare sono state sollevate obiezioni sulla delicatezza di creare una frattura tra competenza tecnica ed assistenziale; sulla necessità di avere una conoscenza profonda del paziente, anche per eseguire un intervento tecnico; e sulla effettiva necessità di creare una nuova figura, in un panorama di eccessiva ricchezza di profili professionali.

Il Cardionursing 2008

Concentrare in due giornate un programma che ormai da più di 5 anni si

dipandava su tre giornate ha richiesto di selezionare temi e sessioni, e questo ha aumentato la qualità delle presentazioni. Per rendere più interessante il prossimo Cardionursing, invitiamo tutti gli iscritti e i simpatizzanti dell'Area a inviare suggerimenti e proposte di argomenti da affrontare nell'ambito del Congresso Nazionale ANMCO 2008. L'organizzazione è complessa ed i tempi, purtroppo, strettissimi, pertanto le proposte dovranno essere inviate entro la fine di agosto. Tutte verranno attentamente esaminate dai componenti del board, sulla base di criteri di interesse, originalità, valenza scientifica e didattica. Collaborazione e partecipazione sono il segreto per lavorare bene nelle nostre UTIC e nei nostri reparti, ma anche per progettare un Congresso sempre più vicino, per il taglio ed i temi affrontati, ai bisogni ed ai desideri di chi è impegnato tutti i giorni con i pazienti.

Arrivederci al prossimo Cardionursing!

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

DI F. COLIVICCHI, S. URBINATI, M. UGUCCIONI E C. RICCIO

La “lunga marcia” della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare in Italia: verso una “convergenza” effettiva

A Firenze durante il Congresso Nazionale ANMCO 2007 si è tenuta la prima Assemblea Congiunta tra Area Prevenzione ANMCO e GICR

Aviato il processo di convergenza effettiva tra le diverse componenti nazionali della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare in Italia. Durante il Congresso ANMCO 2007 si è tenuta la prima Assemblea Congiunta degli Iscritti di Area Prevenzione ANMCO e GICR.

Dopo una lunga fase preliminare, il processo di “convergenza” delle diverse anime italiane della preven-

zione e della riabilitazione cardiovascolare sembra essersi, infine, felicemente avviato. Durante il nostro Congresso Nazionale, grazie all’impegno dell’Area Prevenzione ANMCO e del Gruppo Italiano di Cardiologia Preventiva e Riabilitativa (GICR) sono stati fatti, a nostro giudizio, alcuni piccoli, ma significativi, passi in avanti. Domenica 3 giugno, intorno alle ore 10.00, si è infatti tenuta per la prima volta un’Assemblea Con-

giunta degli Iscritti dell’Area Prevenzione e del GICR. Erano presenti all’evento oltre 100 Cardiologi italiani. Il numero è di assoluto rispetto se si considera che si trattava del primo tra gli impegni congressuali. Nel corso di questo incontro straordinario, il Comitato di Coordinamento dell’Area Prevenzione Cardiovascolare ed il Consiglio Direttivo del GICR hanno voluto disegnare congiuntamente i possibili scenari di un



Marcia AVIS, 1958

processo di integrazione e di crescita comune, certamente difficile, ma assolutamente necessario. In effetti, il mondo della Prevenzione e della Riabilitazione Cardiovascolare richiede ormai una rappresentanza unitaria presso la Federazione Italiana di Cardiologia (FIC), come pure presso la Società Europea di Cardiologia (ESC).

Rispetto a questo problema, da tempo dibattuto, gli Istituti dell'Area Prevenzione Cardiovascolare e del GICR hanno ormai una sicura identità di vedute e ritengono ineludibile procedere in un cammino comune. Riteniamo che sia auspicabile prevedere che il percorso si concluda con la formazione di un nuovo soggetto, fortemente rappresentativo di tutte le diverse componenti nazionali. In particolare, l'obiettivo a breve termine dovrebbe essere quello di integrare ed armonizzare le attività di ricerca, aggiornamento e formazione in campo di Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare.

Nel medio periodo si potrà invece verificare la fattibilità di costituire una rappresentanza unitaria presso FIC ed ESC, sul modello dell'European Association on Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR).

Questa associazione, diretta articolazione della ESC, raccoglie attualmente tutte le diverse realtà europee indirizzate alla prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, incluse l'epidemiologia clinica cardiovascolare e la Cardiologia dello sport.



Un'immagine della storica ritirata dell'Armata Rossa denominata "La Lunga Marcia" (1934)

Siamo consapevoli che il cammino è sicuramente lungo e complesso. Tutte le diverse componenti dell'articolato e ricco panorama nazionale (istituzioni di epidemiologia clinica e riabilitazione, università, ospedali, strutture cardiologiche accreditate e di Cardiologia ambulatoriale), dovranno essere attivamente partecipi nel processo ed assumere un ruolo da protagonisti in questo cammino comune di crescita e sviluppo.

Proprio per queste ragioni, nel corso dell'Assemblea, su suggerimento di Carlo Schweiger, è stata proposta la costituzione di un gruppo di coordinamento provvisorio, che rappresenti nel modo più ampio possibile tutte le diverse forze nazionali dell'epidemiologia, prevenzione e riabilitazione cardiovascolare.

Questa struttura temporanea, volendo usare le parole di Diego Vanuzzo, potrebbe essere definita come un "coordinamento organizzativo provvisorio per la costituzione della Sezione Italiana dell'EACPR". Alla formazione di questo soggetto dovranno concorrere uomini di buona volontà, i quali saranno chiamati nei prossimi mesi a delineare le

proposte di massima per avviare un processo di convergenza effettiva.

La volontà di procedere è forte. Infatti, l'Assemblea Congiunta dell'Area Prevenzione e del GICR, anche se priva di specifiche prerogative decisionali, ha ritenuto necessario concludere la propria attività con una votazione. I convenuti hanno quindi approvato all'u-

nanimità la proposta di costituzione di una struttura di coordinamento provvisorio, che guidi le future iniziative di integrazione e convergenza.

Siamo certi che questa prima Assemblea Congiunta abbia rappresentato un evento importante. In un momento in cui assistiamo spesso al prevalere di particolarismi, la decisione di avanzare insieme verso un traguardo di rappresentanza forte ed unitaria può dare maggiore credibilità a tutte le componenti della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare del nostro paese. La particolare e specifica forma di questa struttura dovrà essere definita nel dettaglio con il concorso di tutte le diverse componenti.

Al contempo, riteniamo, tuttavia, che la nostra Associazione non sia chiamata a rinunciare ad un'Area di importanza vitale, ma dovrà certamente concorrere alla guida di questo processo di sviluppo, favorendone la conclusione più felice.

Crediamo, infatti, che, ancora una volta, la Cardiologia Ospedaliera possa indicare la strada maestra e governare il cambiamento.

SCOMPENSO CARDIACO

DI F. OLIVA E R. DE MARIA

Ai nastri di partenza l'implementazione regionale del documento di consenso "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco"

Un'esperienza che ha arricchito tutti, una novità importante a livello europeo, un modello di innovazione assistenziale

Con l'inizio del 2007 il processo di traslazione nella realtà clinica nazionale dei principi esposti nel documento di consenso "Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco", promosso dalle Aree Scompenso Cardiaco e Management & Qualità dell'ANMCO, pubblicato nello scorso giugno sul Giornale Italiano di Cardiologia [G Ital Cardiol (Rome). 2006 June;7(6):387-432. Italian.], è diventato un progetto della Federazione Italiana di Cardiologia.

Dopo questo passo, strategicamente cruciale per rappresentare sotto una veste unitaria la Cardiologia italiana nella sua interazione con le altre Società Scientifiche che hanno partecipato alla Consensus Conference, il progetto di implementazione regionale parte a pieno ritmo. Dal confronto in ambito europeo in occasione della presentazione di questa esperienza italiana durante il recente Congresso HF2007 (disponibile alla pagi-

na WEB www.anmco.it/aree/elenco/scompenso/Attivitalniziative/consensus.html), abbiamo tratto motivo di profonda soddisfazione per il lavoro svolto.

La Consensus Conference sul percorso assistenziale del paziente con SC si pone infatti nel panorama europeo come una novità di rilievo per la capacità che una Società Scientifica

cardiologica ha dimostrato di cogliere l'importanza dell'integrazione fra competenza cardiologica e ruoli assistenziali degli altri operatori sanitari per migliorare la qualità globale dell'assistenza nello Scompenso Cardiaco.

L'esperienza della Consensus ha arricchito tutti, rappresentando una vera sfida a mettersi in gioco attraverso



Vladimir Pajevic, La partenza degli Argonauti, 1980

il superamento di tante resistenze e punti di vista preconcepiuti per integrare le posizioni in un'ottica veramente multidisciplinare.

La riflessione sul confronto delle volontà espresse durante l'anno di lavoro e sulle sue positive ricadute può essere così sintetizzata.

I Cardiologi ospedalieri hanno riconosciuto di non curare che una parte dei pazienti con Scompenso Cardiaco, e spesso una tipologia di paziente particolare, di non poter prescindere da un più stretto rapporto collaborativo con la medicina interna e la medicina generale, perché il loro intervento specialistico si attivi sempre al livello appropriato e nella maniera più efficace.

I Cardiologi extraospedalieri hanno con forza rivendicato una progettualità di interazione in rete territoriale con la medicina generale per una patologia cronica complessa.

I Medici di Emergenza-Urgenza si sono detti pronti ad attivarsi per modalità di osservazione breve dei pazienti che accedono al pronto soccorso, in collaborazione con gli ambulatori ospedalieri per una presa in carico del paziente che può essere stabilizzato e seguito al di fuori di un ricovero ordinario.

Gli internisti e i geriatri hanno preso coscienza che, se la loro visione d'insieme è preziosa nella gestione del paziente complesso, l'input cardiologico è altrettanto necessario per cogliere al meglio le opportunità terapeutiche individualizzate.

I Medici di medicina generale si sono detti ricettivi a cogliere la sfida di una vera centralità nell'assistenza territoriale e nel governo clinico del paziente con scompenso, rifiutando sia la delega allo specialista che l'autogestione spinta.

Gli specialisti di cure palliative hanno dimostrato la volontà di interagire con la Cardiologia per poter assicurare anche a quei pazienti con scompenso terminale, molto diversi dal consueto orizzonte per lo più oncologico delle cure palliative, di vivere con dignità nell'ambiente familiare le ultime fasi della vita.

Indubbiamente aver raggiunto una tale condivisione di posizioni rappresenta un risultato di grande rilievo. Tuttavia la vera sfida dell'innovazione assistenziale va affrontata nelle dinamiche della diffusione sul campo dei principi informativi esposti nel documento. Lo sviluppo di questo progetto sarà coordinato da un Comitato Nazionale, presieduto da Andrea Di Lenarda per l'ANMCO e Marco Metra per la SIC, con un ruolo di indirizzo e monitoraggio delle attività.

La carta che si è scelto di giocare è la creazione per ogni Regione di un nucleo propulsore, il Comitato Regionale, costituito dai rappresentanti locali designati dalle Società Scientifiche che hanno partecipato alla Consensus, cui è affidato il compito di analizzare le specifiche realtà organizzative, individuando le criticità ma anche le aree più favorevoli alla promozione del cambiamento. I Comitati Regionali si insedieranno entro il mese di settembre 2007.

Per uniformare i processi e la raccolta e trasmissione delle informazioni è stata predisposta una griglia di lavoro che include:

- un'analisi conoscitiva sulla rete ospedaliera, la struttura dell'assistenza territoriale e lo stato dei database amministrativi;
- il censimento dei progetti di assistenza integrata in essere nella Regione;
- l'analisi dei piani sanitari regionali

per l'assistenza alle patologie croniche;

- la progettazione di modalità di interazione e coinvolgimento delle istituzioni locali, poiché regia e supporto istituzionale sono punti critici per l'avvio e l'implementazione dei percorsi locali.

Questa prima fase si concluderà entro il primo trimestre del 2008 con l'organizzazione di seminari formativi a carattere regionale in cui verranno esposti i risultati dei lavori che verranno poi riportati al Comitato Nazionale e analizzati in occasione del Congresso della SIC nel dicembre 2007.

Accanto a questo schema di lavoro comune, che consentirà di comporre un vero e proprio atlante dell'assistenza ai pazienti con scompenso in Italia, ogni Comitato Regionale attiverà proprie modalità di adattamento dei principi fondanti del documento alle esigenze locali. Un'altra modalità di implementazione del percorso assistenziale sarà la partecipazione delle realtà più avanzate nelle diverse regioni a progetti promossi su base nazionale con la connotazione di "practical clinical trials" a finanziamento prevalentemente istituzionale. L'orizzonte temporale di questi progetti si estenderà al triennio 2008-2010.

L'idea fondante di tutta la cascata di implementazione locale e che il Comitato Regionale possa fungere da catalizzatore per coinvolgere coloro che vogliono sperimentare il cambiamento. L'autorevolezza dei referenti regionali per lo scompenso della nostra Società rappresenta un capitale umano prezioso in questo contesto.

Tutti sono quindi invitati a partecipare con il loro contributo di idee e di azioni a questa sfida stimolante.

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 13,00 (tredici/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, antomatrici@libero.it

MARCHE - Dott. DOMENICO GABRIELLI

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

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 <input type="checkbox"/> FAX _____ <input type="checkbox"/> E-mail _____ <input type="checkbox"/> POSTA _____	<table border="1"><tr><td>Non compilare _____ _____</td><td>Non compilare Codice ANMCO _____</td></tr><tr><td>Non compilare _____ _____</td><td>Non compilare Codice unico _____</td></tr></table>	Non compilare _____ _____	Non compilare Codice ANMCO _____	Non compilare _____ _____	Non compilare Codice unico _____
Non compilare _____ _____	Non compilare Codice ANMCO _____				
Non compilare _____ _____	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 _____

Intervista al Prof. Maseri

Al termine del suo mandato come presidente della Federazione Italiana di Cardiologia, che bilancio può tracciare della sua esperienza?

Ho accolto questo incarico inatteso nel 2004 e mi ci sono dedicato con passione, perché sono convinto delle enormi potenzialità di una cardiologia italiana unita. La Federazione sta iniziando a unificare le molteplici forze della cardiologia italiana nel Consiglio federale e sono convinto che fra qualche anno tutti potranno esserne soddisfatti. Mi resta il rimpianto di non essere riuscito ad accelerare questo processo di unificazione in modo da aumentare l'impatto della cardiologia italiana nei rapporti con le istituzioni nazionali e locali a livello assistenziale, formativo e scientifico. Sono stato colpito positivamente dallo spirito di amicizia e collaborazione che hanno sempre animato le riunioni del Consiglio direttivo, dove in tutte le occasioni si è sempre votato all'unanimità.

Qual è lo stato della ricerca nel settore cardiovascolare? Da dove vengono i maggiori contributi?

Col progressivo allungarsi della vita media, le malattie cardiovascolari stanno raggiungendo una dimensione epidemica nel settore delle malattie coronariche dello scompenso. In questi campi vedo due filoni di ricerca principali ispirati da filosofie diverse. Il filone attualmente prevalente è indirizzato a scoprire trattamenti efficaci a ridurre il rischio medio cardiovascolare in termini statisticamente significativi. Questo approccio però ha un limite: è come se noi cercassimo in un campione di persone la loro calzata media. Se scoprissimo che è il 42 e dessimo a tutti scarpe n° 42, andrebbero bene a molti, ma non certo a tutti. Analogamente, se un campione di pazienti con determinate caratteristiche presenta un rischio cardiovascolare del 30% e noi trattiamo tutti, possiamo, per esempio, ridurre il rischio del 50%. Così solo il 15% svilupperà eventi ma non sappiamo perché il restante 15% non risponde al trattamento. Inoltre avremo trattato inutilmente il restante 70% di persone che non avrebbero sviluppato eventi comunque. Intervenire su tutti, per ora, è l'unica possibilità per ridurre il rischio medio ed è questa la ricerca clinica giustamente più finanziata dall'industria medica perché corrisponde a larghe fette di mercato. Tuttavia la sfida del futuro è quella di riuscire a distinguere quelli che beneficiano del trattamento da quelli che non ne beneficiano e da quelli che non lo necessitano perché sono già naturalmente protetti da "angeli custodi" ancora sconosciuti.

Il secondo filone?

Il secondo filone della ricerca è indirizzato a identificare i vari meccanismi ambientali e genetici che sono responsabili della vulnerabilità e della protezione verso queste due grandi sindromi ed a ricercare fattori causali ancora ignoti. Infatti lo scompenso e le malattie coronariche sono grandi sindromi cliniche come l'anemia: le cause che determinano la riduzione dei globuli rossi e dell'emoglobina sono molteplici, ambientali e genetiche. Personalmente è questo l'aspetto che mi affascina di più: capire perché un individuo sviluppa la malattia ed un altro non lo fa è una sfida che porterà ad identificare sottogruppi omogenei di pazienti nei quali la causa della malattia è la stessa e che sono quindi tutti vulnerabili agli stessi meccanismi di malattia e rispondono tutti agli stessi trattamenti. Dovremmo così rendere possibile una terapia ed una prevenzione specifica "personalizzata": il paziente potrà avere non più la calzata media uguale per tutti, ma scegliere tra una serie di taglie quella che meglio si adatta ai suoi piedi.

Gli angeli custodi?

C'è sempre qualche individuo al di fuori della media. Su qualche migliaio di fumatori ce n'è qualcuno che pur fumando due pacchetti al giorno, a 80 anni sta benissimo. Io vorrei studiare queste eccezioni per scoprire quali sono i loro angeli custodi. Una volta mi capitò un paziente che prendeva da vent'anni due compresse al giorno di amiodarone, senza manifestare alcun effetto collaterale. Oggi sarebbe utilissimo studiare un paziente così, ma allora non presi nota di come si chiamava. È importante che in futuro queste occasioni non sfuggano perché ritengo che la farmacogenomica, sarà una branca di ricerca interessante nei prossimi dieci anni. Non possiamo solo continuare a fare quello che abbiamo fatto finora: cercare il trattamento efficace "in media": dobbiamo riempire la metà vuota del bicchiere.

Il bando di concorso Sanofi Aventis per l'assegnazione di due contributi per la ricerca scientifica riguarda farmaci relativamente "vecchi". Va quindi visto in quest'ottica?

I farmaci vecchi possono regalare ancora grandi novità se studiati da angoli di visuale nuovi. L'amiodarone, per esempio è un farmaco potente che merita ancora svariati approfondimenti, per esempio per quanto riguarda la sua efficacia nelle aritmie ventricolari. Si tratta allora di effettuare studi per individuare i responders dai non responders, e quelli predisposti a sviluppare effetti collaterali.

Credo che in generale, per questi farmaci, si potrebbe studiare sia la risposta in termini di efficacia della cura in varie patologie e in vari stadi della malattia, sia le manifestazioni degli effetti collaterali seguendo la filosofia esposta in precedenza. Si dovrebbero isolare i soggetti con risposte estreme: quelli che rispondono benissimo alla cura e quelli che non rispondono affatto. Quelli che non manifestano alcun effetto collaterale e quelli che invece ne risentono in misura eccessiva. Per esempio, studiare i casi più estremi di disfunzioni della tiroide a causa dell'assunzione di amiodarone, o perdita di potassio dovute al furosemide. Ma queste sono solo alcune idee. Sono certo che ce ne sono di altrettanto valide e mi auspico che possano emergere grazie al generosissimo bando Sanofi Aventis.

Sono obiettivi raggiungibili?

Dobbiamo ragionare in un'ottica di medio-lungo periodo, ossia cinque, dieci anni. Quello che è essenziale, per dare linfa a questo tipo di ricerca, è prima di tutto creare una banca dati, una struttura organizzata per cui ciascun cardiologo o medico generico che trovi un paziente che ha comportamenti diversi, e quindi interessante, uno di quei casi estremi, possa chiamare un numero verde, o entrare in un sito internet e immetterci i dati e raccogliere campioni biologici ed immagazzinabili centralmente. Mi auspico che la Federazione possa lavorare in questo senso, per poi sensibilizzare su queste tematiche cardiologi e medici di base. È certo una sfida molto impegnativa e occorrono non solo finanziamenti, ma anche energie, tempo e coraggio di intraprenderla. Ma la Cardiologia Italiana, come è riuscita a fare il GISSI, così ha più probabilità di vincere simili sfide che le altre Cardiologie.

La Fondazione Aventis, facente parte del Gruppo sanofi-aventis, nell'ambito delle sue attività di supporto alla ricerca, sotto l'egida della Federazione Italiana di Cardiologia indice un bando di Concorso per

2 CONTRIBUTI PER LA RICERCA SCIENTIFICA DI € 40.000,00 (QUARANTAMILA/00) CIASCUNO

destinati a progetti di ricerca scientifica connessi alle seguenti tematiche:

- **Aritmologia: fibrillazione atriale e amiodarone**
- **I diuretici nello scompenso cardiaco: furosemide e spironolattone**

Il bando è aperto a tutti i Cardiologi affiliati alla Federazione Italiana di Cardiologia. Il contributo sarà erogato all'Istituzione ove ciascun progetto vincente sarà svolto sotto la responsabilità scientifica diretta del Cardiologo (il Responsabile Scientifico).

Le domande di ammissione al Concorso dovranno pervenire alla Segreteria Scientifica della Federazione Italiana di Cardiologia (e-mail segreteria@federcardio.it; www.federcardio.it) entro e non oltre il 30 ottobre 2007 corredate dai seguenti documenti:

- Curriculum vitae del Responsabile Scientifico
- Relazione sul progetto da attuare, controfirmata dal responsabile dell'Istituzione nel cui ambito la ricerca si svolgerà
- Consenso scritto del Responsabile Scientifico al trattamento dei suoi dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di Privacy)

Una Commissione di esperti, costituita da 3 Componenti, valuterà i progetti di ricerca in base ai seguenti criteri:

- qualità scientifica
- chiarezza della formulazione degli obiettivi e delle strategie adottate
- risultati attesi e l'impatto previsto sul contesto scientifico, economico e sociale
- originalità ed innovatività della ricerca proposta
- curriculum del Responsabile Scientifico
- sostenibilità finanziaria della ricerca proposta e congruità tra contributo e piano finanziario complessivo
- disponibilità di tutte le attrezzature necessarie per condurre la ricerca
- esperienza maturata dal gruppo di ricerca nell'ambito specifico;

Il giudizio della Commissione è insindacabile.

Il presente bando viene lanciato in occasione del 38° Congresso Nazionale dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, che si terrà a Firenze dal 3 al 5 giugno 2007.

L'attribuzione formale dei finanziamenti e delle targhe avverrà nel corso del 68° Congresso Nazionale della Società Italiana di Cardiologia che si terrà a Roma dal 15 al 18 dicembre 2007.

*Il Presidente FIC
Attilio Maseri*

*Il Presidente Fondazione Aventis
Elio Fontana*

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 (Crotona),
Maria Teresa Manes (Cosenza),
Virgilio Pennisi (Reggio Calabria),
Saverio Salturi (Rossano - CS)

www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA

Presidente: Marino Scherillo (Benevento)
Consiglio Regionale: Luigi Caliendo (Castellmare - 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 (Seriate - BG),
Maddalena Lettino (Pavia),
Egidio Marangoni (Lodi),
Enrico Passamonti (Cremona),
Alessandro Politi (Como)

www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia

MARCHE

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

web.infinito.it/utenti/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 Piloni (Campobasso),
Costanzo Spedalieri (Larino - CB),
Dante Staniscia (Termoli - CB)

www.anmco.it/regioni/elenco/molise

P.A. BOLZANO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO

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

www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE EVALLE D'AOSTA

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

www.anmco-piemonte.com

PUGLIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/puglia

SARDEGNA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

SICILIA

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

www.anmcosicilia.it

TOSCANA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/toscana

UMBRIA

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

www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

VENETO

Presidente: Domenico Marchese (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

BASILICATA

DI F.P. CALCIANO E A. CARDINALE

Risultati del progetto scolastico portato avanti nell'anno 2006-2007 da parte dell'Associazione Amici del Cuore di Grassano e della Sezione Regionale ANMCO Basilicata

Modificare un comportamento codificato per quanto difficile è possibile, se s'impone un lavoro costante, condiviso e partecipato. Alimentazione ed attività fisica sono due cardini importanti di un corretto stile di vita.

Oggi tutti si occupano di questi aspetti, ponendoli come elementi prioritari, anche i responsabili della salute ai massimi livelli, invitando i cittadini a scelte salutari per loro stessi.

Dopo il Progetto pilota su alimentazione ed attività fisica portato avanti nell'anno scolastico 2005-2006 - progetto che aveva evidenziato la difficoltà di operare cambiamenti nei ragazzi coinvolti su questi aspetti - abbiamo proposto ad alcune terze classi di istituti superiori una nuova sollecitazione: elaborare un progetto alimentare con un'attiva collaborazione, progetto che contemplasse anche consigli inerenti l'attività fisica per poi provare a mettere in pratica questi consigli per quattro settimane.

Il progetto ha interessato anche le famiglie, perché non si può parlare d'alimentazione "a prescindere" dai genitori, da chi va a fare la spesa, da chi deve cucinare.

Fra l'altro una proposta per i ragazzi non poteva essere limitata a loro stessi, ma diveniva una proposta per la famiglia. Per questo le scelte dovevano essere spiegate e confrontate,

pena il fallimento dell'iniziativa. Questi i presupposti iniziali del progetto (Immagine 1).

Una notevole attenzione è stata prestata agli input culturali nella scelta alimentare: il ruolo dei mezzi



**ASSOCIAZIONE
AMICI DEL CUORE
ONLUS
ADERENTE AL CONA-Cuore
GRASSANO**



ANMCO Basilicata

Progetto pilota educazione alla salute: alimentazione ed attività fisica. Anno scolastico 2006-2007

Progetto da portare avanti nell'anno scolastico 2006-2007 con 3 o 4 interventi (ottobre, dicembre, marzo e maggio), in orari da concordare.

Progetto teso a preparare un lavoro di classe finalizzato ad un testo finale che partendo dalle tradizioni locali (la cultura contadina e l'alimentazione di quegli anni), possa offrire una proposta d'alimentazione attuale e condivisa dai ragazzi e dalle famiglie. Coinvolgere nel progetto anche le famiglie con incontri periodici in orario scolastico ed inviando loro anche materiale divulgativo.

Elaborare e stampare al termine un opuscolo con le ricette tipiche comunali della cucina mediterranea ed infine raccogliere il giudizio dei ragazzi sull'iniziativa, e sulla modifica o meno delle singole abitudini alimentari.

Temi da affrontare:

- lezione introduttiva su stile di vita: alcol e guida, fumo e benefici nello smettere di fumare, alimentazione ed attività fisica.
- illustrazione dei fondamenti della dieta mediterranea
- alimentazione e salute
- la preparazione degli alimenti
- come mangiavano i nostri nonni (gli orari ed il ritmo del lavoro; scelta o necessità?)
- è possibile alimentarsi oggi seguendo quelle indicazioni?
- implicazioni psicopedagogiche nella scelta degli alimenti
- formulare insieme una dieta seguendo il ritmo delle stagioni, aggiornando la dieta mediterranea
- muoviamoci insieme: mezz'ora al giorno a passo svelto

Materiale scientifico: materiale da preparare insieme, coinvolgimento eventuale anche d'altri Istituti. Progetto esemplificativo: per un mese prendere nota di cosa si mangia a metà mattinata a scuola registrando i comportamenti alimentari usuali, per poi iniziare a proporre alternative e verificare la fattibilità e la rispondenza a queste sollecitazioni.

Valutare la fattibilità futura di un confronto con altre nazioni (dieta mediterranea verso dieta del Nord Europa) da sviluppare tramite mezzi di comunicazione informatica ed eventuale scambio culturale delle classi).

Soggetti interessati: Dirigente scolastico, Insegnanti che devono condividere il progetto, Associazione Amici del Cuore, Cardiologi, Esperti in psicopedagogia, altri soggetti che possano condividere e partecipare attivamente al progetto.

Immagine 1



collabora

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"
I FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
DIPARTIMENTO DI PEDIATRIA
POLICLINICO UMBERTO I
CENTRO PER LO STUDIO DELLE DISLIPIDEMIE
INFANTILI

Responsabile: Prof. Francesco Martino



SCHEDA RACCOLTA DATI PER LO SCREENING SUL COLESTEROLO

A01	ETÀ (in anni compiuti ad oggi)	
A02	SESSO	(barrare la risposta scelta) Femmina Maschio
A03	CONOSCI IL TUO VALORE DI COLESTEROLEMIA ?	(barrare la risposta scelta) SI NO

Se la risposta precedente è <SI>
riportare nel seguente riquadro B i risultati delle ultime analisi del sangue
oppure lasciare le caselle vuote:

B01	Data prelievo (gg/mm/aaaa)				
B02	Colesterolemia totale (mg/dL)				
B03	Colesterolemia HDL (mg/dL)				
B04	Colesterolemia LDL (mg/dL)				
B05	Trigliceridemia (mg/dL)				
B06	Glicemia (mg/dL)				
C01	Padre	in apparente buona salute	malato	deceduto	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
C02	Nonno Paterno	in apparente buona salute	malato	deceduto	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
C03	Nonna Paterna	in apparente buona salute	malata	deceduta	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
C04	Zii Paterni	assenti	n. _____	in apparente buona salute	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
D01	Madre	in apparente buona salute	malata	deceduta	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
D02	Nonno Materno	in apparente buona salute	malato	deceduto	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
D03	Nonna Materna	in apparente buona salute	malata	deceduta	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
D04	Zii Materni	assenti	n. _____	in apparente buona salute	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
E01	Fratelli	assenti	n. _____	in apparente buona salute	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete
E02	Sorelle	assenti	n. _____	in apparente buona salute	<input type="checkbox"/> ictus <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina <input type="checkbox"/> diabete

BARRARE LA CASELLA CON LA RISPOSTA SCELTA

Immagine 2



di comunicazione, di internet, della comunicazione "passa parola" tra ragazzi e la comunicazione familiare. Questo aspetto ha interessato molto le classi.

Abbiamo avuto sollecitazioni ulteriori dalla collaborazione del Prof. Francesco Martino, responsabile del Centro per lo studio delle dislipidemie infantili del Dipartimento di Pediatria - Policlinico "Umberto I" (Università degli Studi di Roma "La Sapienza", I facoltà di Medicina e Chirurgia).

Il Prof. Martino ci ha ulteriormente stimolati, proponendo un questionario sulla raccolta di dati anamnestici per il colesterolo e per le malattie cardiovascolari a livello familiare. (Immagine 2).



ANALISI DEI RISULTATI DEL QUESTIONARIO

98% non conosce il valore del colesterolo, il **2%** sì (1 F di anni 16).

Padre in app.b.s. **45** (92%); malati **3** (6%), deceduti **1** (2%)

Malattie: **1** diabete, **1** infarto, **1** altro

Cause decesso: **1** altro

Nonno paterno: app.b.s. **13** (27%); deceduti **30** (61%); malati **6** (12%)

Malattie: **3** diabete, **2** ictus, **6** altro

Cause decesso: **3** ictus, **2** infarto, **25** altro

Nonna paterna: app.b.s. **23** (47%); decedute **12** (24%), malate **14** (29%)

Malattie: **6** diabete, **2** ictus, **2** altro

Madre: **49** (100% app.b.s.)

Nonno materno: app.b.s. **22** (45%); deceduti **18** (37%); malato **8** (16%); non indica **1** (2%)

Malattie: **6** diabete, **1** infarto, **1** altro

Cause decesso: **2** infarto, **16** altro

Nonna materna. app.b.s. **32** (66%); decedute **6** (12%); malate **11** (22%)

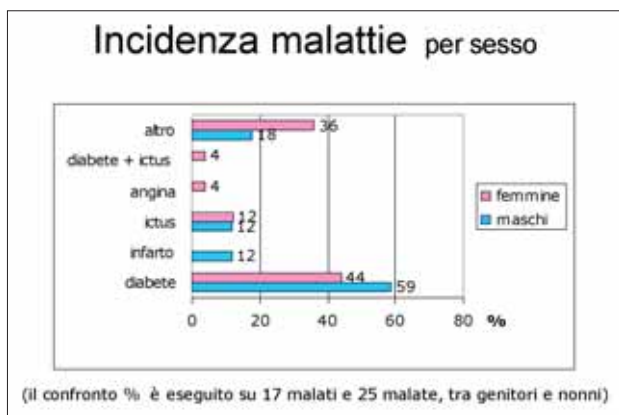
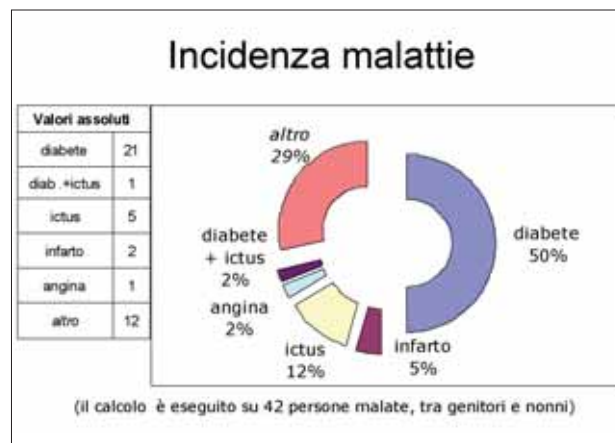
Malattie: **5** diabete, **1** angina, **1** ictus, **1** diabete + ictus, **3** altro

Cause decesso: **1** ictus, **5** altro

RIEPILOGO PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI PRESENTI A LIVELLO FAMILIARE E CAUSE DI DECESSO SEMPRE PER PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI

MALATTIE valori assoluti	
diabete	21
diab.+ictus	1
ictus	5
infarto	2
angina	1
altro	12

CAUSE DECESSO valori assoluti	
Ictus	5
Infarto	4
Infarto add.	1
altro	57



Non sono segnalate patologie tra fratelli e sorelle, solo una zia o uno zio è infartuato/a.

I dati del campione, pur ristretto, indicano una percentuale di apparente buona salute più alta nelle donne rispetto agli uomini, con una condizione globale migliore per il sesso femminile anche in tema di morbidità e mortalità.

Vari gli incontri che abbiamo avuto con i ragazzi ad iniziare da temi "forti", quali l'alcol ed il fumo.

Nel primo caso abbiamo posto l'attenzione su "alcol e

pericoli nella guida, mentre nel secondo abbiamo parlato dei benefici per l'organismo nello smettere di fumare. I ragazzi hanno gradito quest'impostazione e vi è stato un confronto aperto e partecipato.

Abbiamo analizzato i comportamenti alimentari dei ragazzi, chiedendo loro informazioni sugli alimenti più graditi.

Risultati e proposte

Colazione: una parte non la fa, chi per fretta, chi perché si sveglia in ritardo, altri per abitudine.

Abbiamo discusso di questo cercando di far "recuperare" la colazione, possibilmente quella nostrana con latte e biscotti o pane, che tra l'altro risulta tra le preferite insieme a cappuccino con cornetto.

Il break scolastico è gradito dai più, con scelte varie, dalla pizza, alle patatine, ai salatini, al panino con insaccati, alle brioches; quasi nessuno sceglie la frutta.

Anche su questo - e sulla merenda - abbiamo impostato una discussione, cercando di far accettare un consumo maggiore di frutta, ottenendo da parte dei ragazzi un impegno a provarci.

A pranzo siamo italiani nelle scelte: fra i primi piatti più graditi troviamo la pasta con sugo fresco, al ragù, al forno e le lasagne; non molti gradiscono un primo con i legumi.

Anche di questo abbiamo discusso con i ragazzi perché introducessero nella dieta i legumi, magari più volte la settimana, eventualmente come contorno; molte sono state le resistenze visto che alcuni preferiscono solo i fagioli, altri solo le lenticchie, e pochi ceci, fave e cicerchie.

In alcuni casi siamo arrivati a far sostituire il primo di legumi con un primo di verdure o ad ottenere una timida apertura alla prova, anche se non rispettando le quantità da noi indicate.

Modificare un comportamento non è una pratica che si attua dall'oggi al domani, soprattutto quando le abitudini sono consolidate.

Proporsi piccoli passi, cambiamenti anche minimi ma costanti, è sempre un elemento positivo.

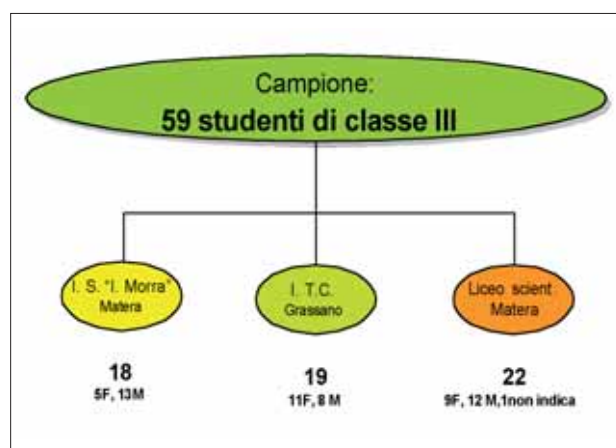
Fra i secondi prevalgono bistecca, cotoletta e pesce al forno o alla griglia, con contorni di patatine fritte o al forno ed insalata.

I ragazzi ci hanno chiesto di poter alternare le carni, favorendo magari la cotoletta di pollo.

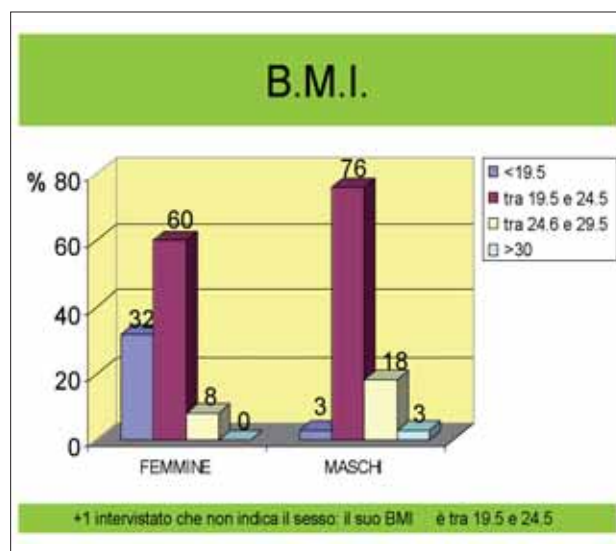
Il problema con i secondi si è posto soprattutto per il pe-

sce. La nostra proposta è stata di consumarlo tre volte la settimana, favorendo il consumo di pesce azzurro e salmone (anche congelato).

Abbiamo accordato anche l'opzione del filetto di merluzzo impanato, ricordando di optare per la cottura al forno. Le proposte della cena hanno trovato meno problemi, perché prevedono spesso bruschetta, focaccia, pizza, toast: cibi usualmente consumati dai ragazzi.



Indice di massa corporea:



Il 60% delle donne ed il 76% degli uomini rientrano nella norma

Il 32% delle donne ed il 3% degli uomini con < 19.5

L'8% delle donne ed il 18% degli uomini tra 24.6 e 29.5

Il 3% degli uomini > 30



Tra coloro che hanno risposto alla domanda, il 63% risponde affermativamente, con varie motivazioni: voglia di provare, convinzione, abitudini familiari, ed ancora, per curiosità, regolare/correggere l'alimentazione, per provare se era efficace, perché fa bene alla salute, perché basata sulla dieta mediterranea...

Il 27% di coloro che hanno risposto non indica come motivazioni: il fattore organizzativo, gli alimenti non sono graditi, le abitudini familiari, ed ancora, perché rimango spesso a scuola, mangiano quello che cucinano a casa, ritengono l'alimentazione già sana, preferiscono per snack merende e biscotti alla frutta...

Il giudizio sul progetto è stato positivo, anche da parte di coloro che, per vari motivi, non lo hanno seguito. Vi sono stati vari suggerimenti di vario tipo:

- la proposta è da estendere a tutti i cittadini, soprattutto agli adolescenti, agli obesi, ai genitori ...;
- il progetto è da ripetere; bisogna favorire gli incontri con le famiglie.

Attività fisica

La proposta consegnata alla fine ai ragazzi indicava anche alcuni consigli per quel che riguarda sedenta-

rietà ed attività fisica, con l'invito a diminuire il tempo trascorso davanti al televisore o al computer, per favorire passeggiate a passo svelto con coetanei e/o compagni di classe, e le attività sportive in genere, in base alle proprie preferenze.

Il progetto si è concluso con una manifestazione a Grassano il 14 aprile 2007, alla quale hanno partecipato le classi interessate al progetto, insieme ai ragazzi dell'Istituto Tecnico Commerciale di Grassano e ad una delegazione della Scuola Media Statale e della Scuola Elementare di Grassano sul tema "In-

sieme. L'attività fisica è salutare! Una piacevole mattinata iniziata con una passeggiata per le strade del paese e proseguita prima sulla pista d'atletica del Campo Sportivo, con le gare dei 100 m e dei 400 m, successivamente presso il "Palazzotto", dove si sono disputate le gare di calcetto, e presso la Palestra dell'Istituto Tecnico Commerciale per le gare di Pallavolo. Un progetto non teorico, ma pratico quindi, con una partecipazione attiva da parte dei ragazzi, che hanno intervistato i nonni per farsi raccontare quali erano le loro abitudini alimentari e raccogliendo ricette tipiche e storiche, non sempre "salutari in senso stretto"!

Il lavoro è stato pubblicato nella Collana Editoriale SMDR - edizioni, Il Foglio di Piombino.



**ASSOCIAZIONE
AMICI DEL CUORE
ONLUS
ADERENTE AL CONA - Cuore
GRASSANO**



ANMCO Basilicata

Martedì 8 maggio 2007 alle ore 11.30, presso il Liceo Scientifico Statale "D. Alighieri" in Viale delle Nazioni Unite a Matera, presentazione dei dati finali del:

**Progetto educazione alla salute
anno 2006 - 2007**

Saranno presentati i dati del questionario sul colesterolo e sull'incidenza delle malattie cardiovascolari, l'adesione alla proposta d'alimentazione e d'attività fisica. Sarà presentato il libro:

**Stile di vita: Alimentazione ed attività fisica
Le ricette e la dieta dei nonni lucani**

Interverranno:

**A. M. Agresti, professoressa Liceo Scientifico Matera
M. Bamundo, direttrice Collana Editoriale SMDR
L. Bolettieri, presidente Associazione Amici del Cuore Grassano
N. Benevento, vice preside Liceo Scientifico Matera
F.P. Calciano, responsabile medico Associazione Amici del Cuore Grassano
A. Cardinale, responsabile angiologia Ospedale "Madonna delle Grazie" Matera
T. Scandiffio, direttore U.O. Cardiologia-UTIC Ospedale "Madonna delle Grazie" Matera
N. Schiavone, dott.sa in Scienze della Formazione
F. Sisto, presidente ANMCO Basilicata
C. Tortorelli, professoressa Istituto Superiore I. Morra Matera
M. T. Vignola, professoressa Istituto Tecnico Commerciale Grassano**

Locandina di presentazione dei dati finali del progetto di educazione alla salute anno 2006-2007

CALABRIA

DI A. BUTERA, M. ELIA, F. MEGNA

I giovani Cardiologi della Calabria.
Risultati di un censimento

Uno dei primi atti del Consiglio Regionale ANMCO della Calabria nel 2006-2008 è stato quello di fondare il Gruppo Giovani Regionale. L'incarico della fondazione del Gruppo è stato Fabio Megna, avendo come Referente nel Consiglio Regionale Massimo Elia e lo stesso Presidente Antonio Butera. Il Gruppo di Lavoro Giovani Cardiologi è nato con l'intento di dare visibilità alle giovani leve della Cardiologia italiana, di contribuire alla loro crescita formativa e culturale e di favorirne l'inserimento post-specializzazione nel mondo del lavoro.

L'istituzione di questo Gruppo di Lavoro ha avuto anche come obiettivo, l'avvicinamento dei giovani Cardiologi all'ANMCO, in considerazione dell'invecchiamento generazionale dei Soci e di uno stentato ricambio dei Cardiologi più attivi e più motivati ad un'adesione convinta alla nostra Associazione.

Preliminarmente ad iniziative di tipo culturale e convegnistico "dedicate", si è pensato di effettuare un censimento dei "giovani" Cardiologi calabresi.

L'indagine si è svolta su tutto il territorio regionale attraverso contatti telefonici o accesso diretto alle Strutture Sanitarie. Sono stati censiti tutti i



Santuario delle Armi - Cerchiara di Calabria - Cosenza

colleghi di età inferiore a 40 anni, gravitanti in Strutture Cardiologiche pubbliche o accreditate, specializzati o specializzandi in Cardiologia, ed includendo anche alcuni colleghi specialisti in Medicina Interna inseriti in Strutture Cardiologiche o interessati precipuamente ad attività cardiologiche.

I dati raccolti nella ricerca hanno riguardato:

1 Numero globale; 2 Sesso; 3 Tipo di Specializzazione (acquisita o in corso di acquisizione); 4 Principali campi di interesse; 5 Status lavorativo; 6 Società Cardiologiche di appartenenza; 7 Rapporto tra Iscritti ANMCO totali ed Iscritti della fascia giovanile.

Risultati

Sono stati individuati 33 colleghi di età inferiore a 40 anni. In grafico vengono riportati i risultati ottenuti.

Considerazioni

Nel grafico 1 è immediatamente evidente la maggiore rappresentazione numerica delle donne. La nostra è una fotografia molto parcellare ma verosimilmente "universalizzabile" del viraggio della composizione di tutte le

classi professionali "intellettuali" da una forte caratterizzazione maschile ad una più precipuamente femminile. È probabile che questo fenomeno, nei prossimi decenni, provocherà una vera e propria mutazione antropologica di tutto il mondo del lavoro e delle professioni con ricadute non prevedibili sull'assetto generale della società, la qual cosa non implica ne-

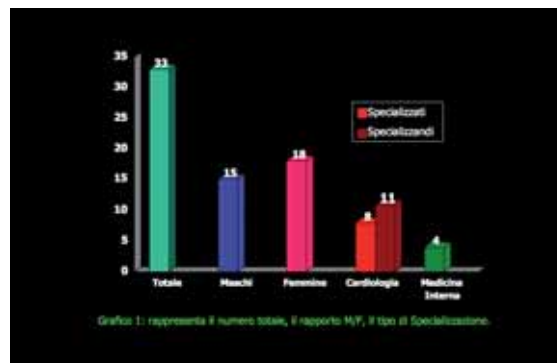


Grafico 1: rappresenta il numero totale, il rapporto M/F, il tipo di Specializzazione.

Grafico 1

cessariamente una valutazione negativa del fenomeno, anzi...

Il grafico 2 dimostra il grande interesse per la Cardiologia Interventistica in genere e tutto lascia pensare che possa trattarsi di un fenomeno in crescita non soltanto locale. Tra emodinamica ed elettrostimolazione si raggiunge circa il 50% dei campi di interesse (in una Regione con pochissimi centri di emodinamica). Sarebbe auspicabile – passateci la venalità – che l'interesse per l'“idraulica” e l'“elettricità” non vada a discapito dell'“ingegneria” e dell'“architettura” (leggasi Cardiologia Clinica), con inevitabile scadimento, a nostro parere, dell'umanizzazione, dell'arte e della scienza medica.

Il grafico 3 riporta le condizioni di lavoro dei colleghi che, per quanto definiti “giovani”, in gran parte hanno superato i 30 anni. Come si può vedere tutti i colleghi in qualche modo risultano fruitori di una fonte di reddito

ma, escludendo gli 11 assistenti in formazione (Specializzandi), soltanto 3 su 22 (13.6%) si ritrovano in una posizione stabilizzata. Ciò dimostra come, per lo meno in Calabria, la difficoltà di inserimento e la precarietà del lavoro giovanile non risparmia neanche individui con qualificazione professionale elevata.

I grafici 4 e 5 devono costituire per l'ANMCO un motivo di interesse e di riflessione. Intanto si può vedere come la totalità dei colleghi risulta iscritto anche a più di una Società Scientifica Cardiologica (indice di interesse all'associazionismo), ma appare subito evidente come la SIC, facendo iscrivere anche gli specializzandi, supera di gran lunga l'ANMCO con un rapporto di 3/1.

Tra tutti gli Iscritti all'ANMCO in Calabria soltanto il 2,9% è costituito da giovani leve. Che fare? Basteranno dei convegni dedicati? Non bisognerebbe correre ai ripari proponendo qualche tipo di iniziativa che possa attrarre verso l'ANMCO i Giovani Cardiologi? Una qualche forma di tramite associazionistico per l'inserimento nel mondo del lavoro? Un'attività di ricognizione centralizzata, con creazione di un database presso la Sede Centrale dell'ANMCO delle offerte di lavoro per Cardiologi con accesso agli Iscritti? Sicuramente l'ANMCO non può

diventare un'agenzia di collocamento, ma non può neanche esimersi dall'esplorare e perseguire aspetti meno “elevati”, ma più concreti e più “attraenti” di quelli culturali.

Conclusioni

A nostro parere sarebbe auspicabile che un analogo censimento venisse effettuato in tutte le altre Regioni italiane in quanto, se i dati emersi nella nostra Regione fossero confermati al livello nazionale, l'ANMCO può e deve mettere in campo tutte le iniziative possibili per venire incontro alle esigenze culturali, di aggiornamento e di visibilità dei giovani colleghi ma anche per contribuire alle loro necessità di inserimento nel mondo del lavoro. Tale duplice azione sarebbe sicuramente proficua per l'ANMCO in quanto aumenterebbe l'attrattiva e la fidelizzazione verso la nostra Associazione con maggiore spontaneità e fiducia.

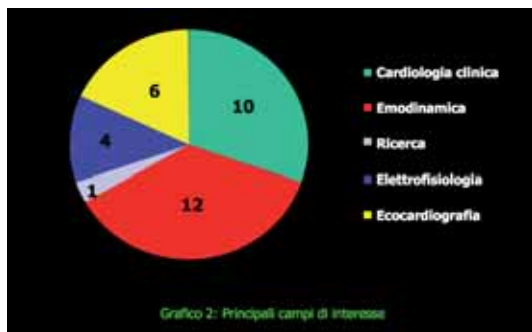


Grafico 2

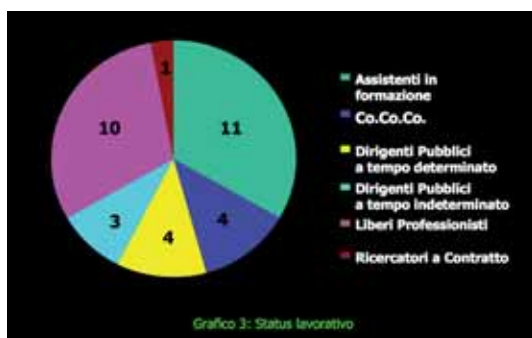


Grafico 3

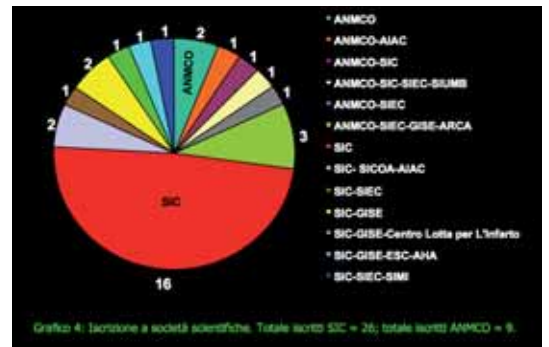


Grafico 4

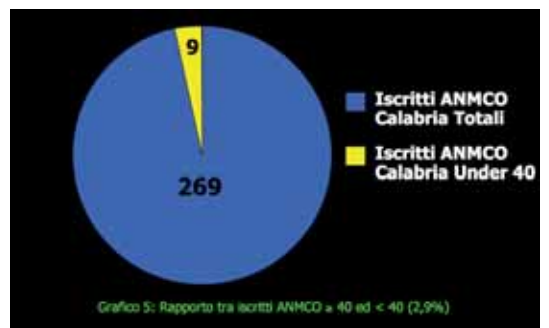


Grafico 5

FRIULI VENEZIA GIULIA

DI M. WERREN, M. BONIN, L. SOLINAS

Focus sulla quantificazione dell'insufficienza mitralica**Il segreto per preparare un buon cocktail non sta tanto nel procurarsi buoni ingredienti, ma nel saperli miscelare nelle giuste dosi**

Una quantificazione accurata e affidabile dell'insufficienza mitralica non può prescindere da una valutazione integrata delle diverse modalità ecocardiografiche a nostra disposizione.

Il 9 marzo scorso si è svolto presso l'Ospedale San Antonio Abate di Tolmezzo (Udine) un focus sulla quantificazione dell'insufficienza mitralica (IM).

L'incontro è stato organizzato allo scopo di armonizzare i criteri utilizzati per quantificare l'IM presso i diversi laboratori di ecocardiografia della nostra Regione, il Friuli Venezia Giulia, e di valutarne l'affidabilità ed i limiti.

L'incontro prosegue nella tradizione, ormai consolidata in Regione, di incontrarci fra Cardiologi e di dar vita ad eventi basati sull'interazione e sulla discussione fra Soci, piuttosto che sulle sole "classiche" relazioni ex cattedra.

Inoltre, nell'ottica di una strategia regionale relativamente più recente, questi incontri vengono organizzati anche nei centri "periferici" in modo tale da dare voce e supporto anche alle problematiche del territorio.

Nella prima parte dell'incontro sono stati presentati alcuni casi clinici di "quantificazione controversa" che hanno aperto il dibattito, Dal confronto è emersa molto chiaramente l'inaffidabilità in assoluto del singolo parametro ecocardiografico e l'importanza di una "valutazione poliparametrica", un mixing integrato dei vari parametri semi- e quantitativi per ottenere una stima accurata e affidabile dell'entità del-

l'IM. Di seguito riassumiamo gli elementi emersi dall'incontro.

Quali "ingredienti" mettere nel nostro "cocktail"?

L'ecografia bidimensionale ci offre informazioni indispensabili sull'anatomia della valvola, dell'apparato sottovalvolare e quindi sul meccanismo dell'IM, nonché sulle dimensioni, la cinetica e la funzione del ven-

tricolo (VS) e dell'atrio sinistro (AS). In molti casi può anche suggerire indirettamente la gravità del rigurgito mitralico. Per esempio un flail della valvola mitrale è di per sé indicativo di un'insufficienza di grado severo. E ancora: un'AS di dimensioni normali o solo lievemente aumentate difficilmente si associa ad un IM severa, a meno che l'IM non sia acuta.

L'ecocardiografia transesofagea e l'ecocardiografia tridimensionale (laddove disponibile), possono fornire ulteriori vantaggi in termini di accuratezza e riproducibilità rispetto alla 2D. Esse si sono rivelate particolarmente utili nella pianificazione preoperatoria.

Il color-Doppler è la me-



Immagine WEB

toдика che consente di scoprire la presenza di un rigurgito mitralico e di iniziare a stimarne la severità. L'area del jet come valore assoluto o come rapporto con l'area dell'AS è stata per anni il parametro su cui l'ecocardiografista si è basato per stabilire l'importanza del rigurgito (area < 4 cm² = lieve; area tra 4 e 8 cm² = moderato; area > 8 cm² = severo/grave). Tuttavia il color-Doppler non evidenzia il volume di rigurgito vero e proprio ma la velocità dello stesso ed è quindi fortemente dipendente dalle pressioni di riempimento atriale e ventricolare, dal setting della macchina, dalla direzione del jet ecc., motivo per cui tende spesso a sovrastimare il rigurgito (jets stretti e veloci) e talvolta a sottostimarli (jets eccentrici - effetto Coanda).

L'M-mode del color-Doppler del rigurgito mitralico ci consente di stabilire la durata dell'IM rispetto alla sistole. *Per esempio un'IM protosistolica o telesistolica non è compatibile con un rigurgito severo.*

La velocità max dell'onda E del flusso transmitralico anterogrado al Doppler Pulsato (PW) identifica un'IM severa quando supera 1,2 m/s (sensibilità 86% - specificità 86%). Attenzione però alla presenza concomitante di alterato rilasciamento VS o di insufficienza aortica. *Un rapporto E/A < 1 in ogni caso esclude un'IM severa.*

Il flusso delle vene polmonari nell'IM severa mostra un pattern patognomonico (specificità 85-92%), rappresentato dall'inversione del flusso sistolico. Tut-

tavia l'assenza di tale parametro non esclude un'IM severa (sensibilità 60%).

La pressione polmonare non correla direttamente con la severità dell'IM ma può essere utile nel valutare complessivamente il quadro clinico ed emodinamico. In assenza di altre possibili cause di ipertensione polmonare la presenza di pressioni polmonari elevate rafforza il sospetto di un'IM severa.

La vena contracta è la zona più stretta dell'orifizio rigurgitante sul versante atriale della valvola. Essa va misurata in parasternale long-axis con zoom sull'area di interesse (o in TEE). Una vena contracta < 3 mm identifica un'IM lieve, mentre una vena contracta > 7 mm un'IM severa con una buona specificità.

Il metodo PISA (Proximal Isovelocity Surface Area) calcola l'area dell'orifizio di rigurgito (**ERO**) sulla base del raggio dell'emisfera di aliasing pre-orifiziale e della velocità del jet rigurgitante. Il PISA è teoricamente uno dei metodi più accurati e affidabili, poiché quantizza il difetto, ed ha dimostrato capacità prognostica sia in pazienti con IM organica che in pazienti con IM funzionale. Tuttavia essa presenta

molto limiti (area di aliasing preorifiziale non sempre emisferica, incertezza nel definire la sede dell'orifizio, variabilità dell'orifizio durante la sistole). La planimetria diretta dell'ERO con il color Doppler 3D potrebbe consentire una quantizzazione diretta della gravità dell'insufficienza.

Il **Volume rigurgitante (VR)** e la **Frazione rigurgitante (FR)** sono parametri che quantizzano l'entità del sovraccarico di volume. Il **VR** viene calcolato moltiplicando l'ERO per l'integrale velocità/tempo del jet rigurgitante. Esso può essere applicato nei casi in cui la curva dell'integrale è ben definita e il PISA è attendibile. Il calcolo della **FR** (rapporto tra il flusso rigurgitante e flusso transmitralico anterogrado) è più complesso e laborioso e per tale motivo non viene usato nella pratica clinica.

Come miscelare i vari ingredienti? Nella valutazione dell'insufficienza mitralica nessun parametro può essere considerato da solo, rischio la sovrastima o la sottostima del rigurgito stesso. Solo una valutazione integrata (vedi tabella) delle diverse modalità ecocardiografiche consente una diagnosi accurata e affidabile.

STEP 1 (valutazione B-mode e Doppler)	STEP 2 valutazione semiquantitativa	STEP 3 valutazione quantitativa
Capire il meccanismo del rigurgito	Vena contracta	ERO
Valutare la propagazione e la direzione del jet	Volume Rigurgitante	
Valutare la durata del rigurgito (M-mode del color-Doppler)(Frazione rigurgitante)		
Valutare le dimensioni e la funzione del VS e dell'AS		
Valutare l'onda E mitralica		
Valutare il flusso nelle vene polmonari		
Misurare la pressione polmonare		

LOMBARDIA

DI E. MARANGONI E G. BELOTTI

Studio regionale di confronto tra il modello tradizionale di assistenza domiciliare ai pazienti con Scompenso Cardiaco ed una gestione basata sulla telemedicina

Il numero di pazienti affetti da Scompenso Cardiaco è in progressivo incremento, principalmente come conseguenza dell'incremento dell'età media della popolazione; le frequenti re-ospedalizzazioni per la riacutizzazione dello scompenso si traducono in un rilevante e crescente onere economico per il sistema sanitario.

Negli ultimi anni sono stati imple-

mentati diversi modelli gestionali per lo Scompenso Cardiaco, basati sull'assistenza infermieristica domiciliare e sulla creazione degli ambulatori dello Scompenso Cardiaco con figure professionali mediche ed infermieristiche con una specifica competenza in tale patologia. Nonostante questi tentativi di ottimizzazione della gestione dello Scompenso Cardiaco, al momento attuale la maggior parte

di questi pazienti è seguita dai Medici di Medicina Generale che, spesso, devono decidere da soli se e quando ospedalizzare il proprio assistito.

La telemedicina sembra uno strumento utile per migliorare l'assistenza domiciliare di questi pazienti, poiché permette di riconoscere precocemente le instabilizzazioni e di guidare l'intervento terapeutico migliorando l'appropriatezza degli accessi



Immagine WEB - Telemedicina

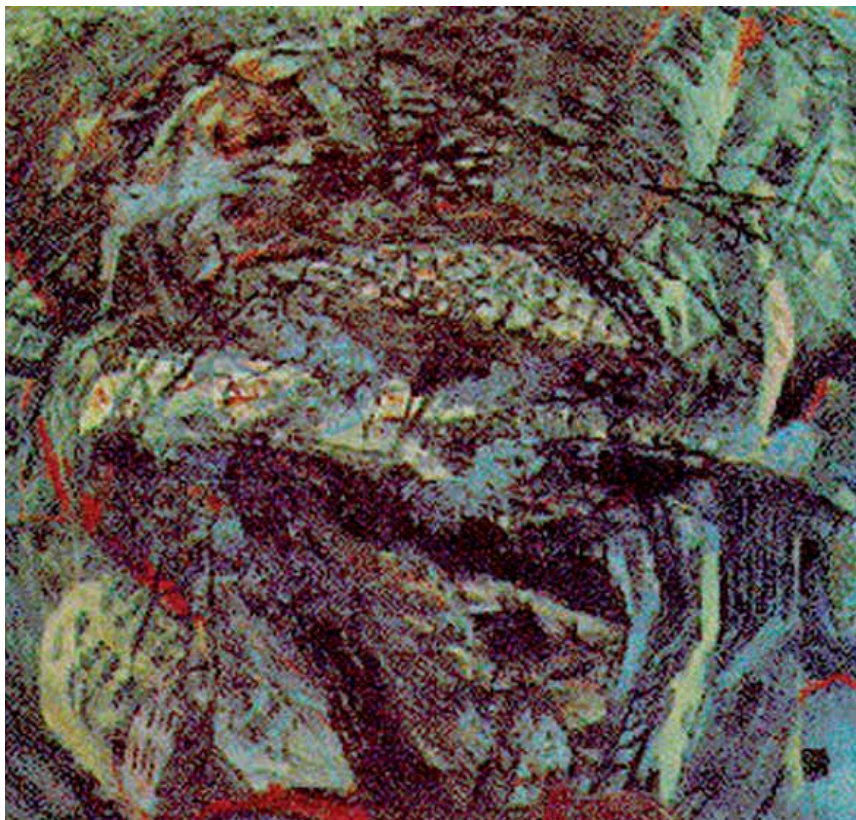
al Pronto Soccorso e delle re-ospedalizzazioni.

La telemedicina fornisce un'assistenza infermieristica e medica telefonica, basata su un Centro Servizi a cui il paziente comunica eventuali sintomi e trasmette periodicamente parametri come il peso corporeo, la pressione arteriosa o tracce elettrocardiografiche; le informazioni raccolte e messe a disposizione di medici e infermieri permettono di effettuare le valutazioni periodiche

dei pazienti con scompenso e di individuare precocemente i segni di instabilizzazione clinica.

Diversi studi controllati, ma con casistiche di bassa numerosità e non randomizzati, hanno mostrato che la gestione domiciliare dei pazienti con Scompenso Cardiaco attraverso la telemedicina permette una riduzione delle re-ospedalizzazioni e dei costi assistenziali.

In questo scenario, allo scopo di valutare l'efficacia dell'approccio con telemedicina rispetto all'approccio convenzionale basato sulla gestione da parte del Medico di Medicina Generale, la sezione lombarda dell'ANMCO ha formulato un progetto di studio clinico controllato e randomizzato che coinvolge numerosi Centri Cardiologici della Lombardia, oltre ad un elevato numero di Me-



Carlo Carrà, *La stazione di Milano, 1911*

dici di Medicina Generale.

L'occasione si è presentata per l'approvazione, da parte della Regione Lombardia, di un progetto di assistenza domiciliare basato sulla telemonitoraggio dei pazienti con Scompenso Cardiaco per il quale è previsto l'arruolamento di circa 1.500 pazienti. Lo studio ANMCO nasce come integrazione di tale progetto con lo scopo di effettuare una validazione del metodo della telemonitoraggio nel follow-up dei pazienti con Scompenso Cardiaco cronico; pertanto si è deciso di affiancare al gruppo dei pazienti gestiti con telemonitoraggio, un gruppo "controllo" di pazienti seguiti con metodo convenzionale dal Medico di Medicina Generale.

Il disegno dello studio prevede che i pazienti in classe funzionale avanzata (III-IV classe NYHA), dimessi dopo una

fase di instabilizzazione dello scompenso, vengano randomizzati (1:1) alla gestione tradizionale effettuata dal Medico di Medicina Generale o alla gestione mediante "telemedicina"; quest'ultima modalità prevede la trasmissione almeno settimanale di una traccia ECGrafica, la disponibilità (h 24) di un call-center per assistenza in caso di nuovi sintomi, e visite domiciliari periodiche di un infermiere professionale (almeno due in sei mesi).

La durata prevista dello studio è di sei mesi, al termine dei quali verranno valutati il numero di re-ospedalizzazioni e di accessi al Pronto Soccorso (end-point primari) e la mortalità totale (end-point secondario).

Oltre alla rilevanza scientifica ed alle implicazioni pratiche ed organizzative delle informazioni che scaturiranno dallo studio, si ritiene che si tratti di una importante occasione di collaborazione tra i Cardiologi Ospedalieri ed i Medici di Medicina Generale, che verranno informati dai Cardiologi Ospedalieri e dal Centro Servizi di quanto rilevato sui loro pazienti mediante la telemonitoraggio, e che, d'altra parte, saranno impegnati in prima persona nell'arruolamento, nella randomizzazione e infine nella raccolta e spedizione dei dati dei loro pazienti appartenenti al gruppo controllo.

PUGLIA

DI PASQUALE CALDAROLA



Una carta dell'autonomia e della responsabilità della professione medica

Il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco mette insieme Sindacati Medici e Società Scientifiche per una discussione sui grandi temi della professione

Il presidente della FNOMCeO Amedeo Bianco si è fatto promotore di una iniziativa, rivolta alle più importanti organizzazioni sindacali mediche e le Società Scientifiche più rappresentative, al fine di incentivare un processo di vasto confronto all'interno della professione medica per ricomporre le caratteristiche civili, etiche e tecnico-scientifiche, che oggi rischiano di essere travolte dalle grandi trasformazioni sociali economiche e culturali. Il 18 luglio presso la sede della FNOMCeO a Roma si è tenuto un primo incontro cui hanno partecipato rappresentanti delle organizzazioni sindacali dei medici dipendenti e convenzionati (ANAAO-ASSOMED, CIMO, SUMAI, FIMG, SNA-MI, SIRM) e delle società scientifiche (ANMCO, AURO, SIMG, FISM).

"Si tratta di creare un forum, una casa

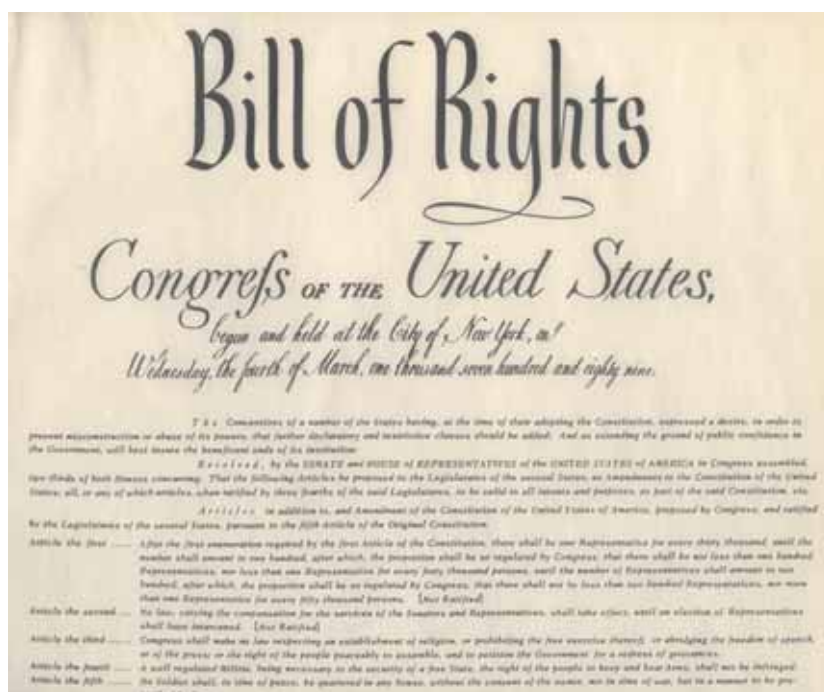
comune, un punto di incontro dove calibrare gli approcci alle grandi questioni della professione, nel rispetto dei diversi ruoli e delle diverse identità", ha chiarito Amedeo Bianco; la FNOMCeO potrebbe rappresentare la sede idonea per mettere insieme soggetti diversi alla ricerca di un percorso comune, di un "filo d'Arianna" per ritrovare soluzioni adeguate a problemi comuni, per cercare di far fare un passo avanti alla professione, per evitare il processo di marginalizzazione dei medici dai ruoli e dalle responsabilità che loro competono, per affermare, in una visione moderna, il paradigma Autonomia-Responsabilità.

Diversi i temi in campo:

- 1. Modelli organizzativi e gestionali** correlati al moderno esercizio professionale ed innovazioni ad essi connesse (ruolo degli ospedali, assistenza territoriale, esercizio libero-professionale, nuovo modello di cure primarie, le contrattazioni sindacali, i rapporti di lavoro pubblici e privati, le risorse);
- 2. Rapporti con le professioni sanitarie non mediche** in relazione a: riserve di attività, catene della responsabilità, possibili conflitti tra le autonomie, modelli organizzativi allineati alle autonomie e alle differenti responsabilità;



James Madison "Padre della Costituzione" degli Stati Uniti e primo autore della Bill of Rights



Un'immagine della Bill of Rights degli Stati Uniti

3. **Rapporti con le industrie farmaceutiche e biomedicali** in materia di formazione, informazione, ricerca, editoria, marketing;
4. **Appropriatezza tecnico-professionale e autorevolezza tecnico-scientifica**, il ruolo delle linee guida tecnico-professionali ed organizzative, i sistemi di valutazione, gli audit professionali e civici;
5. **Welfare professionale**, ovvero la promozione e la tutela di un grande sistema con funzioni sussidiarie dello Stato nell'ambito della tutela assistenziale e previdenziale lavorativa e post-lavorativa;
6. **Ruolo di garanzia della professione sul piano della tutela dei diritti civili in ambito bioetico** (inizio e fine vita, medicina predittiva) in relazione con l'ambiente ed i nuovi determinanti di salute;
7. **Sostenibilità della medicina** nell'epoca dei desideri e delle disuguaglianze, le nuove disuguaglianze;
8. **Medicina e tecnica**: quanto e come la tecnologia influenza la prassi assistenziale e l'organizzazione sanitaria, gli strangers at bedside;
9. **Le sfide della medicina moderna**: il riduzionismo specialistico, la transizione demografica, il paziente "esigente", il progresso della tecnica; la sfida delle medicine non convenzionali;
10. **La cura è ancora strumento di salute?** Rimanere giovani, prevenire, personalizzare la cura, il cyber paziente, la cura informatica, le nanotecnologie, curare la "possibilità" di ammalarsi;
11. **La definizione di atto medico**

ed il rapporto tra responsabilità professionale e responsabilità gestionale, la prevenzione e la gestione del rischio clinico;

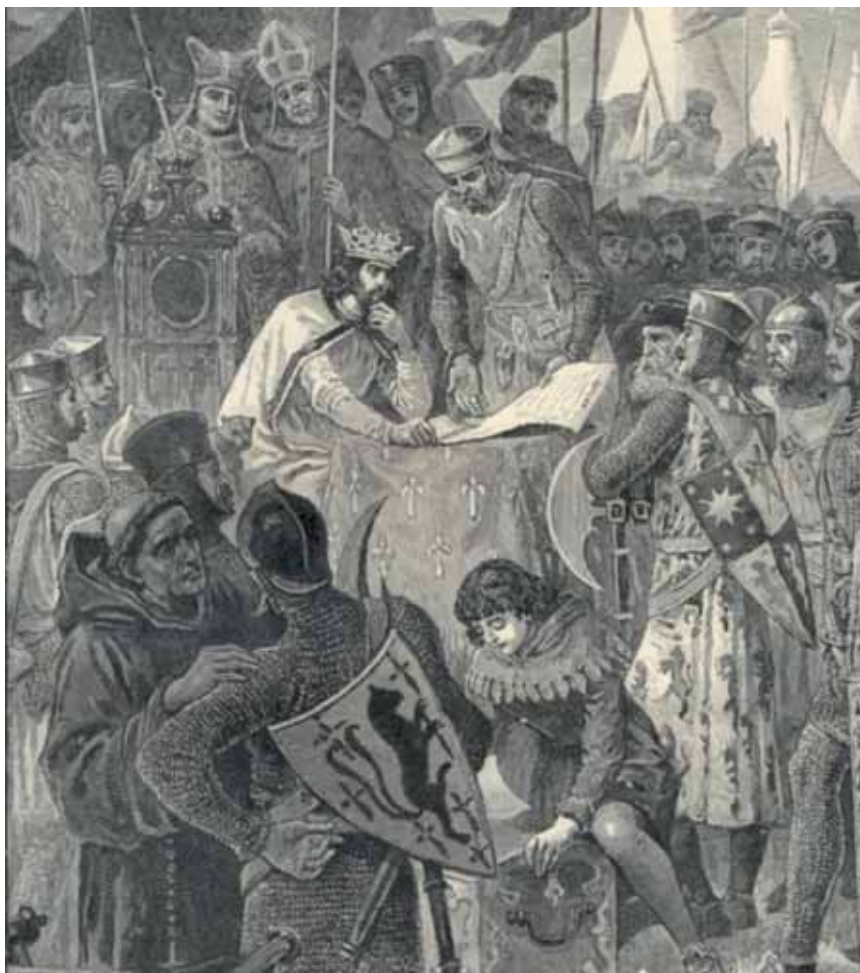
12. **Una scheda sulla "Paideia" relativa**, cioè, all'educazione che il laureato in medicina debba ricevere per essere adeguato alla esigenza dei pazienti, dei familiari e della società in genere, l'esplosione del neumanesimo nella pratica clinica, le distanze ed i conflitti tra sistema formativo e sistema professionale ed assistenziale.

Delegato dal Consiglio Direttivo a rappresentare l'ANMCO, ho espresso adesione, così come peraltro hanno

fatto tutti i presenti, all'iniziativa ed apprezzamento per il discorso di ampio respiro, di gran cultura, prodotto da Amedeo Bianco, proponendo di aggiungere ai temi in discussione i Rapporti con la Stampa ed i Media e di coinvolgere nell'iniziativa anche i rappresentanti dei cittadini.

L'appuntamento è a metà settembre per approfondire in differenti gruppi di lavoro le varie tematiche, opportunamente raggruppate, e produrre documenti condivisi.

Obiettivo finale è quello di presentare ai cittadini e alle Istituzioni una "Carta dell'Autonomia e della Responsabilità del Medico".



Re Giovanni di Inghilterra, firma la Magna Carta
Illustrazione tratta da Cassell's History of England (1902)

COOPERAZIONE INTERNAZIONALE IN AMBITO CARDIOLOGICO LA STORIA DI UN GRANDE PROGETTO

di Massimo Chessa

Dal 2001, le patologie cardiovascolari e in particolare la patologia ischemica, lo stroke e lo scompenso, sono diventate la causa principale di morte anche nei Paesi con un reddito procapite basso o medio-basso, così come già avviene per i Paesi industrializzati (Mathers 2001; WHO 2002).

In ambito pediatrico la patologia cardiovascolare congenita è la patologia congenita più importante e rappresenta una causa significativa di morbilità e mortalità nei paesi in via di sviluppo.

Si calcola (ma sono stime chiaramente in difetto) che almeno 800.000 cardiopatici congeniti nascono annualmente nei paesi in via di sviluppo.

Il problema fondamentale, considerando le altre cause di mortalità in età pediatrica, è cosa fare, se vale la pena fare e come fare qualcosa per affrontare questo problema.

Storicamente, nei Paesi in via di sviluppo, si è sempre preferita una politica che privilegiasse la quantità dei servizi offerti rispetto alla qualità degli stessi; tuttavia fin dalla fine degli anni '90 si è fatta sempre più strada la consapevolezza che il miglioramento della salute delle popolazioni di questi Paesi doveva necessariamente passare attraverso un miglioramento della qualità.

Il deficit di qualità è spesso imputabile alla carenza di cultura medica specifica, all'uso inappropriato di tecnologia disponibile, all'incapacità gestionale-amministrativa e alla scarsa capacità di programmazione.

Utilizzando la definizione dell'Institute of Medicine del 2001, la qualità è "il grado a cui i servizi sanitari offerti ai singoli individui e alle popolazioni aumentano la probabilità di risultati desiderati compatibilmente con le competenze dei professionisti della salute".

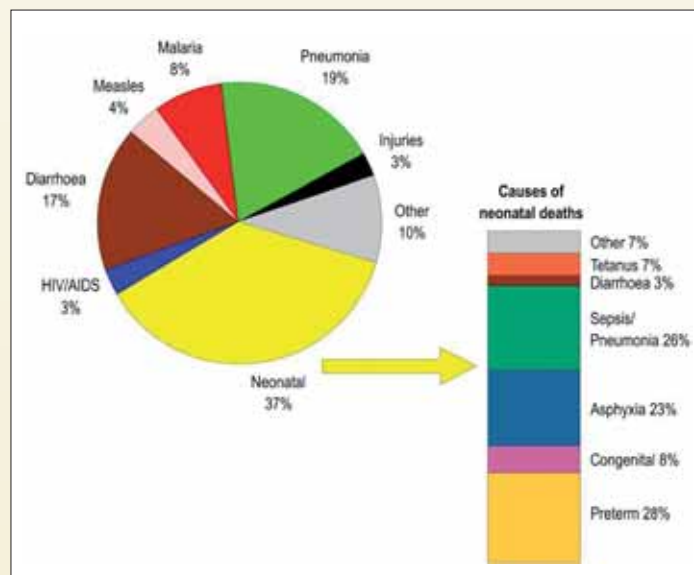
Gli elementi della qualità sono fondamentalmente tre: 1) le infrastrutture; 2) i processi interattivi tra medico e paziente, che portano a strutturare comportamenti assistenziali; 3) i risultati misurati come stato di salute e mortalità.

La qualità nei Paesi in via di sviluppo varia molto da paese a paese e, all'interno dello stesso paese, in relazione al fatto che il centro sia di riferimento e di formazione (ospedale universitario) o semplice presidio medico.

Contrariamente a quanto comunemente si pensi, la carenza di risorse finanziarie non è necessariamente la sola o fondamentale variabile che influenza la qualità assistenziale; uno studio di Supratikto del 2002 in Indonesia mostra come il 60% delle morti perinatali sia da attribuire a scarsa capacità organizzativo-gestionale del neonato e solo per il 37% sia attribuibile a problemi economici delle famiglie o delle strutture.

La globalizzazione delle conoscenze, ancor più che l'aumento del reddito procapite, ha migliorato la qualità assistenziale. È di fatto vero soprattutto il contrario, e cioè che il miglioramento dell'assistenza sanitaria può favorire l'aumento del reddito procapite, sia attraverso il miglioramento della produttività del singolo, sia aumentando qualitativamente e quantitativamente la forza lavoro della società.

Partendo da questi presupposti e rafforzando i propri convincimenti sulla base di queste evidenze, è nata a Milano nel 1994 l'Associazione Bambini Cardiopatici nel Mondo, grazie ad una intuizione di Alessandro Frigiola (cardiochirurgo) e Silvia Cirri (anestesista e rianimatore), che si è fortificata negli anni, grazie all'apporto di tanti colleghi che utilizzando parte del loro tempo libero e professionale, hanno contribuito a creare una forma di sostegno allo sviluppo sanitario, che ha nella qualità il suo "goal".



Source: Bryce J. et al., Lancet, 2005

Il sistema di intervento può essere riassunto utilizzando una espressione anglosassone in: Plan-Do-Study-Act cycle. Un team specifico (in genere composto da un cardiopediatra, un cardiocirurgo e un anestesista) disegna un progetto di intervento volto a migliorare la qualità in una realtà specifica (Plan), l'impegno professionale dei membri dell'Associazione implementa il progetto in piccola scala (Do); a questo punto si valutano i risultati (Study) e si modifica migliorando il meccanismo d'azione (Act).

In tutte le tappe del progetto la formazione del personale del luogo tramite stages in Italia è fondamentale per rendere i centri autonomi.

Tra i vari progetti quelli che meglio descrivono questo approccio al problema sono: 1) il progetto Camerun, che dal 2001 ci vede impegnati nella costruzione di un Centro Cardiovascolare per il bambino e l'adulto, la cui inaugurazione è prevista per il marzo 2008;

2) il progetto Siria, con la creazione di un centro cardiovascolare dedicato al congenito in fase terminale;

3) il progetto Perù, che dal 2003 ad oggi ha permesso di ridurre drasticamente la mortalità operatoria di un centro già esistente, creando anche una rete di piccoli presidi diagnostici di primo e secondo livello, e gettando le basi per la creazione della "Red Latina", una rete di centri nel continente sudamericano.

L'Associazione (ONLUS, senza fini di lucro) vive delle proprie capacità di found-raising ed ha come obiettivo futuro quello di creare, sia a livello nazionale che internazionale, una rete di professionisti (in parte già esistente) che, rendendosi disponibili per periodi più o meno brevi, partecipino a vari progetti sia offrendo la loro professionalità sia creando situazioni di found-raising.

Il modello di Cooperazione Internazionale della Regione Lombardia è definito dagli esperti "Modello Aperto" per sottolineare la capacità di inglobare progetti diversi che partendo dal basso trovano sostegno istituzionale; la nostra Associazione si inserisce perfettamente in questo spirito di attività cooperativa decentrata che partendo dai sogni di pochi uomini e donne, ha varcato i confini di quasi tutti i continenti del nostro piccolo mondo sempre più globalizzato dalla Solidarietà.



Bambina post intervento in Perù



Intervista ad Alessandro Boccanelli

di GIAN FRANCESCO MUREDDU

Alessandro Boccanelli nasce a Guarcino nel 1947. Dopo la laurea e la specializzazione in malattie dell'apparato cardiovascolare, ha lavorato presso l'ospedale Lancisi di Ancona dove si è occupato principalmente di Cardiologia pediatrica, approfondendo la materia presso il Karolinska Institute di Stoccolma negli anni 1977-78. Nel 1979 si è trasferito all'



l'Ospedale San Camillo di Roma dove si è occupato prevalentemente di ecocardiografia e di scompenso cardiaco. Sempre a Roma è stato primario Cardiologo presso l'Ospedale Forlanini dal 1993 al 1996 e quindi nello stesso ospedale San Camillo dal 1996 al 1998, prima di approdare alla direzione della Cardiologia del San Giovanni-Addolorata di Roma dove è anche coordinatore del Dipartimento di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare. È autore di oltre 300 lavori scientifici nazionali ed internazionali. È stato Presidente dell'ANMCO dal 2002 al 2004. Lo incontro nel suo studio, in ospedale, e mi invita a sedermi di fronte a lui con il suo solito accogliente sorriso.

Da dove nasce la tua passione per la Cardiologia? C'è qualcosa che colpiva il tuo immaginario già da bambino o la scelta di diventare medico e successivamente Cardiologo è maturata più tardi? Quando hai avuto la consapevolezza che questa sarebbe stata la tua strada?

A 18 anni siamo come cellule staminali: dove ci mettono, così ci differenziamo. Quello che cercavo era soprattutto un terreno di applicazione del ragionamento logico (storia e filosofia mi piacevano molto) con possibilità di slanci creativi: Architettura era stato il mio primo pensiero, ma anche Medicina andava bene. Cardiologia? Bel terreno, dove bisogna far quadrare una organizzazione complessa, di centro e di periferia, di meccanica, idraulica ed elettricità, di fornitura e spesa di energia, con necessità costante

di ragionare sul modo migliore di far funzionare il sistema. Imboccai questa strada già al terzo anno di Medicina, predestinandomi al mestiere di "Cardiologo". Una volta vidi un annuncio funebre in cui, dopo il nome e cognome, figurava, con pari dignità grafica, "tappezziere", come se il tipo di lavoro svolto facesse parte

dell'anima del defunto: come si fa ad avere un'anima da tappezziere o da Cardiologo? Non dico mai "sono cardiologo", ma "faccio il cardiologo".

L'incontro con Pier Luigi Prati è stato credo uno dei momenti centrali della tua crescita professionale. Come ricordi adesso quegli anni?

Con Pier Luigi Prati ho lavorato quasi 25 anni, prima come apprendista, poi come aiuto e poi come "collega" Primario. Inutile dire l'affetto che ho per lui.

Ancona anni '70: c'erano tutte le condizioni per entusiasmare un giovane laureato. Il Lancisi era nuovo di zecca, il primario era giovane e pieno di voglia di fare, non c'erano realtà simili da Bologna a tutta la fascia adriatica fino alla Puglia, io avevo 26 anni ed ero appena sposato quando fui assunto e nessuno dei colleghi aveva più di 35 anni, tranne il primario che ne aveva pochi di più. Devo ai 7 anni passati ad Ancona il nucleo della mia formazione. Sapevamo fare tutto grazie ad un sistema di rotazione interna molto rigoroso, per cui c'è stata una fase della mia vita in cui potevo tranquillamente fare un cateterismo cardiaco ad un neonato con cardiopatia congenita complessa, impiantare un pacemaker, fare una guardia in Unità Coronarica, lavorare nel laboratorio di Ecocardiografia. Impegno, qualità del lavoro e produzione scientifica erano le leggi da cui lasciavamo regolare volentieri la nostra vita. E poi fuori c'era il mare luminoso.

A Pier Luigi Prati devo soprattutto il rigore nel ragionamento clinico. Dopo Ancona, lo seguii al S. Camillo di Ro-

ma, dove appresi di dover gettare alle ortiche la mia esperienza di Cardiologia Pediatrica, per rimbocarmi le maniche ed aiutare il mio primario a far girare una macchina più complessa, in un ambiente più difficile e competitivo. Erano gli anni '80, nacque il "Centro studi per la Cardiopatia Ischemica", poi "Centro per la lotta contro l'infarto", la mostra itinerante "Cuorevivo", "Conoscere e Curare il Cuore" e tante altre iniziative. Con il Prof. Prati ho condiviso entusiasmi, preoccupazioni, programmi e ho tratto moltissimo da questo sodalizio.

Forse non tutti sanno che nella tua formazione c'è stato un periodo di apprendistato all'estero, in Svezia. Cos'eri andato a fare là? A imparare l'ecocardiografia?

Ho passato quasi un anno al Karolinska di Stoccolma nel 1976-77. Ero andato in Cardiologia Pediatrica per approfondire le tecniche di cateterismo neonatale. Fu una esperienza umana formidabile: il lavoro, il clima, le amicizie, la città.

Molti credono che tu sia un ecocardiografista probabilmente a causa di una fortunata pubblicazione degli anni Ottanta, un libro su cui molti giovani Cardiologi dell'epoca hanno studiato, ma la tua cultura spazia a 360° su tutta la Cardiologia. Addirittura nei primi tempi in cui ti ho conosciuto ho avuto l'impressione che nutrissi quasi un'avversione per questa metodica. Boccanelli ecocardiografista è dunque il frutto di un colossale equivoco?

A cavallo del trasferimento da Ancona a Roma conobbi Giancarlo Gambelli, che mi propose di scrivere insieme un libro di Ecocardiografia. Perché no? Conoscevamo bene la metodica, sapevamo scrivere in italiano e ci divertimmo, non immaginando che il trattato che ne venne fuori avrebbe avuto tanto successo, al punto da farci qualificare come "ecocardiografisti". L'ecocardiografia mi ha appassionato e la ho molto usata, ragionandoci sopra e rallegrandomi per la sua evoluzione, che mi consentiva progressive semplificazioni della valutazione della struttura e funzione di pompa del cuore. Ne ho fatto quindi uno strumento di lavoro che non ho mai cessato di apprezzare; ma, come sopra, non mi piace dire "sono un ecocardiografista", ma "faccio ecocardiogrammi".

Scompenso cardiaco "mon amour": è nato come passione per la gestione clinica o più come interesse per i risvolti più strettamente fisiopatologici e



Stoccolma - La Città Vecchia

spesso complessi di questa condizione clinica?

Mi piace l'essenza delle cose, anche se apprezzo i ricami dal punto di vista estetico. Il cuore è fatto per pompare il sangue e, se ho deciso di fare il cardiologo, devo sorvegliare che questo avvenga nel migliore dei modi. In questo senso interpreto la prevenzione e la cura delle diverse malattie che possono condizionare la funzione di pompa del cuore. Non riesco a pensare ad una rivascolarizzazione indipendentemente dal suo effetto sul miocardio. In questo senso vorrei reimpostare il lavoro di Emodinamica e Unità Coronarica, partendo dalla considerazione della salvaguardia della funzione di pompa e non della riapertura delle coronarie, anch'essa strumento e non fine. In questo senso, riprendo il discorso sulla centralità dell'ecocardiografia come strumento di indagine e guida alle scelte. Un termine irritante è "scompensologo": tu, cardiologo, se non sai curare lo scompenso, che cardiologo sei?

Le Linee Guida in medicina sembrano sempre più piccoli vangeli (o corani) tascabili e le indicazioni sempre meno suggerimenti e sempre più obbligo per noi medici. C'è spazio ancora per un'interpretazione personale della "evidence based medicine" nella pratica clinica quotidiana oppure è meglio attenersi alle indicazioni desunte dai "mega-trials" anche se spesso ricavate da popolazioni ed in contesti molto differenti dai nostri?

Un libro bellissimo, che per me ha costituito motivo di profonda riflessione, è "L'Unité de l'homme" (chi voglia indicazioni me ne può chiedere), dove si sottolinea la sintesi fantastica rappresentata dall'uomo vivente, in termini di pensiero, biologia, collocazione ambientale e sociale. A questo splendido essere noi possiamo applicare delle istruzioni per l'uso rappresentate dalle Linee Guida, che occorre conoscere bene soprattutto per derogarne al fine di adattare le nostre scelte al bene complessivo dell'uomo vivente, nei cui confronti non dobbiamo stancarci di applicare tutta la nostra curiosità.

Come Presidente ANMCO non hai mai trascurato

L'aspetto ludico del nostro Congresso, ne tantomeno quello divulgativo soprattutto promuovendo i rapporti con la stampa. È più importante la forma o la sostanza, quello che si è o come si appare?

Gian Francesco, che domanda mi fai? Non sono capace di fare una fine disquisizione filosofica su forma e sostanza, ma credo che sulle cose serie si debba e si possa scherzare se serve per portarle a buon fine. Ci sono molti modi per dire una verità dura ad un malato, ma credo che prima di dire qualsiasi cosa il malato vada conosciuto e vadano previste le sue reazioni. Quando ho fatto il Presidente dell'ANMCO ho intravisto alcuni obiettivi che mi sembravano strategici, ed in particolare quello di fare attribuire alla nostra Associazione un ruolo di consulente qualificato relativamente alla programmazione sanitaria cardiologica in Italia. Per ottenere questo risultato occorre:

- conoscere la realtà (i registri)
- collegarsi con organi tecnici pubblici in ambito sanitario (i rapporti con l'Istituto Superiore di Sanità e con le Agenzie di Sanità Regionali)
- farsi conoscere dal grande pubblico come organizzazione che fa cose buone in ambito di assistenza, formazione e ricerca, perché questo genera richiesta da parte della gente ai politici e riconoscimento dell'Associazione come referente per migliorare la qualità dell'assistenza (si pensi allo sviluppo delle reti e della cultura ormai diffusa in materia). Questo è lo scopo di un buon Ufficio Stampa e Pubbliche Relazioni. Perché una industria farmaceutica deve avere gli addetti ai rapporti con le Istituzioni ed efficienti Uffici Stampa e l'ANMCO no? Come facciamo a fare lobby?

Il rapporto con la politica condiziona spesso anche la gestione ospedaliera. Qual è a tuo parere la strada da seguire per uscire da questa impasse? Maggiore voce delle associazioni scientifiche? Corporazione sindacale della Cardiologia ospedaliera nazionale? Oppure la speranza è morta e rimarremo per sempre ostaggi della cattiva politica sanitaria?

Sto cercando di analizzare il ruolo che la gestione politica media attuale ha nei difetti di funzionamento della nostra Sanità, per non cadere nel genericismo e nell'"occorrismo". Il termine che più spesso mi viene in mente per qualificare certi comportamenti è "cialtroneria". Laddove esiste una classe politica cialtrona, le cose, compresa la Sanità, vanno male (vanno male significa cattiva o assente programmazione, investimenti sbagliati, scelte clientelari e così via). Laddove il caso (e dico il caso) ha fatto sì che chi deve dare indirizzi è competente, le cose funzionano meglio. Il fatto è che il nostro sistema tende a selezionare una classe politica cialtrona quando non corrotta, che si è data gli strumenti per autoconservarsi, per cui scalzare i cattivi programmatori non è facile. Costoro sostengono il primato della politica non interpretandolo come difesa dell'interesse generale, ma piuttosto come invasione ca-

pillare della politica di tutti i settori e assorbimento di tutte le risorse idonee alla autoconservazione. Il rimedio? Un movimento vasto di opinione, la denuncia, la rinuncia al servilismo opportunistico, la disubbidienza civile. Credo che in questo momento di minimo storico della credibilità politica una società scientifica così bene organizzata come l'ANMCO potrebbe farsi promotrice di un movimento per la liberazione degli Ospedali (procedure concorsuali, governo clinico, sviluppo delle reti e tanto altro). Le cardiopatie rappresentano la principale patologia nel nostro Paese: una alleanza con la Oncologia, la Diabetologia e le altre Società più forti potrebbe essere opportuna.

Da quando ti conosco, uno degli aspetti che mi fanno maggiormente riflettere e che destano – devo riconoscerlo –, la mia sincera ammirazione, è la tua capacità di affrontare le situazioni più complesse, da quelle cliniche a quelle che investono i rapporti professionali e gestionali, sempre con estrema lucidità, ma allo stesso tempo con assoluta calma ed eleganza. Questo tuo self-control, questo equilibrio costante derivano da una raggiunta pace interiore? A questo proposito sei religioso?

Credo che avere molti figli aiuti: i bambini hanno sentimenti e comportamenti elementari e facilmente interpretabili: la gelosia, l'invidia, la gioia e la tristezza, la captatio benevolentiae, l'ostentazione di sicurezza, i bluff e molto altro: questo insegna a districarsi nel mondo apparentemente più complesso degli adulti, a procedere per diagnosi e a mantenere il distacco necessario per gestire le situazioni. Questo vale nella grande maggioranza dei casi della vita: il turbamento vero è quando vengano colpiti gli affetti più cari: tutto sta a non includere negli affetti più cari il denaro e, in modo più generale, la "vana gloria". Considero l'antipatia sentimento da contrastare e se qualcuno risulta antipatico cerco di contestualizzarlo e oggettivarlo in possibili tipologie umane. Quello che più apprezzo è la normalità delle reazioni, degli artisti apprezzo l'opera, ma tendo a non sopportarli come persone, anche se mi penso quando ho un moto di antipatia nei loro confronti.

I problemi stimolano la creatività e mi diverto ad affrontarli per cercare soluzioni anche fantasiose: ne sappiamo qualcosa nella gestione della vita ospedaliera.

Il metodo analitico è frutto della educazione e lo applico a vasto raggio. Aborrisco il lamento, adoro le sfaccettature della realtà e, in ultima analisi, la vita. Se sono religioso? Non prego, ma sono ancora così ingenuo da credere che dietro l'ordine delle cose ci sia qualcuno a cui sono grato.

Finiamo con un piccolo esame di coscienza. C'è qualcosa che ti eri ripromesso di fare da giovane, un sogno che non hai realizzato, un'avventura che hai mancato, una missione che hai tradito?

Non so come sarebbe stata la mia vita senza un eccessivo senso del dovere e senza sensi di colpa: forse mi sarei divertito di più. Ma mi accontento.

LO SPERIMENTALISMO MUSICALE DI PRATELLA E RUSSOLO

di Alessandro Ferrini

Il panorama musicale degli inizi del Novecento si presenta estremamente variegato, scosso dalle profonde inquietudini che avevano sconvolto tutte le precedenti concezioni artistiche, dando luogo alle nuove poetiche del Decadentismo. L'artista, anche nel campo della musica, è alla ricerca di una sua poetica senza accettarla passivamente dalla tradizione, i cui valori non sono sentiti più consoni ad una realtà sfuggente e sempre meno dominabile dalla forza della ragione. Dalle lacerazioni profonde presenti nella società, dalla crisi dei modelli borghesi, dalla consapevolezza del definitivo tramonto di valori assoluti prendono vita una pluralità di stili musicali e di linguaggi di avanguardia.

Già alla fine dell'Ottocento Debussy e Mahler avevano avvertito la crisi della tradizione classico-romantica e il logoramento del sistema tonale, sul quale si era sempre basata la composizione musicale. Specialmente Mahler, pur rimanendo legato al meccanismo tonale dell'armonia classica e romantica, elabora le sue sinfonie con un'ampiezza di nuovissima concezione, senza rimanere condizionato ad uno schema prestabilito, ed apre la strada alle esperienze di Schonberg e della musica dodecafonica.

Nell'ottica di una più esasperata ricerca innovativa si pone il contributo di Edgar Varèse e di John Cage; essi scoprono il suono e il rumore svincolati da ogni costruzione preconstituita e cercano di ricomporre, con l'uso di materiali sonori anche estranei a quelli tradizionali, il senso di una esistenza istintiva e vitalistica nella quale l'uomo entra in diretto contatto con la percezione degli eventi provenienti dal mondo esterno.

Le istanze futuriste si inseriscono in questo quadro con la consueta e dirompente aggressività, caratteristica peculiare del movimento in tutte le sue manifestazioni.

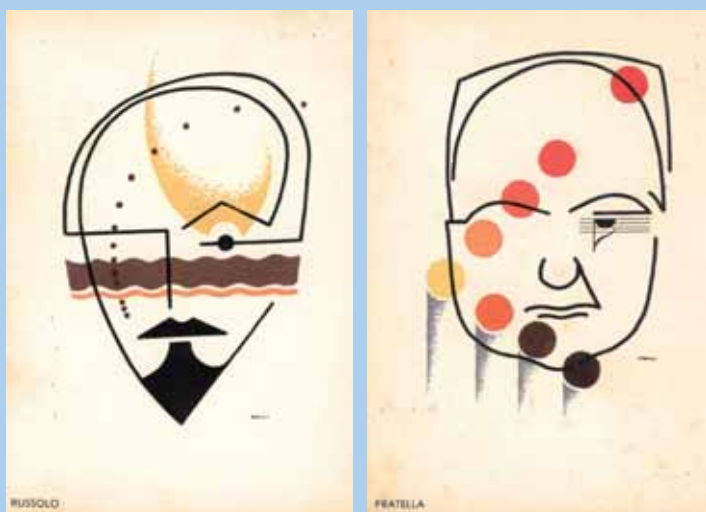
L'11 gennaio 1911 viene pubblicato il *Manifesto dei musicisti futuristi* stilato da Francesco Balilla Pratella, cui segue nel marzo dello stesso anno *La musica futurista*, manifesto tecnico.

Il primo dei due manifesti si rivolge ai giovani e dopo i generici appelli contro il passatismo musicale, i Conservatori e le Accademie, dopo aver proclamato che «Arte è disinteresse, eroismo, disprezzo dei facili successi», contiene alcuni punti conclusivi nei quali l'autore invita a «liberare la propria sensibilità musicale da ogni imitazione o influenza del passato. Sentire e cantare con l'anima rivolta all'avvenire, attingendo ispirazione ed estetica della natura, attraverso tutti i suoi fenomeni presenti, umani ed extraumani; esaltare l'uomo-simbolo rinnovantesi perennemente nei vari aspetti della vita moderna e nelle infinite sue relazioni intime con la natura». Indicazioni tecnicamente e contenutisticamente più precise, come era abitudine dei futuristi, sono riportate nel successivo Manifesto tecnico.

Dopo aver proclamato che la «sinfonia futurista considera come sue massime forme il Poema sinfonico, orchestrale e vocale e l'Opera teatrale», l'autore rivendica al compositore musicale «assoluta libertà creativa»; il sinfonista infatti non deve «attenersi ad alcun criterio che non sia il suo senso artistico di equilibrio e di proporzione e trovare il suo fine nel complesso dei mezzi espressivi ed estetici propri della pura arte musicale».

La musica futurista deve dunque esprimersi con assoluta e totale libertà ritmica sulla scia di quanto avrebbe dovuto esprimere l'uso del verso libero e del parolibero nella letteratura.

Attraverso l'individuazione di questi nuovi valori espressivi Pratella vede la concreta possibilità di realizzare artisticamente i contenuti fondamentali della poetica futurista, cioè, come egli stesso scrive



Russolo e Pratella ritratti da Tullio Crali

nella parte finale di questo suo scritto teorico:

«Portare nella musica tutti i nuovi atteggiamenti della natura, sempre diversamente domata dall'uomo per virtù delle incessanti scoperte scientifiche. Dare l'anima musicale delle folle, dei grandi cantieri industriali, dei treni, dei transatlantici, delle corazzate, degli automobili e degli aeroplani. Aggiungere ai

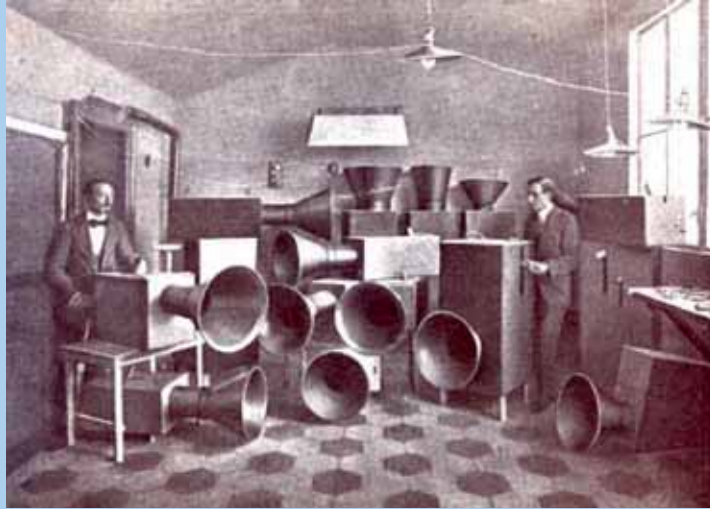
grandi motivi centrali del poema musicale il dominio della macchina ed il regno vittorioso della elettricità». In un successivo manifesto, nel 1912, *La distruzione della quadratura*, Pratella sviluppa in modo più dettagliatamente tecnico la sua ricerca verso una libera intuizione delle relazioni ritmiche che deve necessariamente passare attraverso la distruzione delle simmetrie ritmiche (quadratura) e melodiche tradizionali. Così scrive Pratella al proposito:

«Proclamiamo quale progresso e quale vittoria dell'avvenire sul modo cromatico atonale la ricerca e la realizzazione del mondo enarmonico. Mentre il cromatismo ci fa unicamente usufruire di tutti i suoni contenuti in una scala divisa per semitoni minori e maggiori, l'enarmonia, col contemplare le minime suddivisioni del tono oltre al prestare alla nostra sensibilità rinnovata il numero massimo dei suoni determinabili e combinabili, ci permette anche nuove e più svariate relazioni di accordi e di timbri... Noi futuristi amiamo da molto tempo questi intervalli enarmonici che troviamo solo nelle stonature dell'orchestra, quando gli strumenti suonano in impianti diversi, e nei canti spontanei del popolo, quando sono intonati senza preoccupazione di arte».

Nell'ambito del gruppo futurista accanto alla figura di Pratella si colloca quella di Luigi Russolo che, pur non essendo musicista di professione come il primo, interviene nel dibattito con un manifesto intitolato *L'arte dei rumori*, scritto nel 1913.

La ricerca di Russolo si indirizza verso nuovi eventi sonori e proprio nel manifesto sopra citato l'autore individua l'uso del rumore come opposizione al suono, che viene identificato come elemento determinante della tradizione musicale classica.

Attraverso il rumore opportunamente «modulato» e



L'intonarumori con Russolo e Piatti al lavoro

«intonato» Russolo intende realizzare una nuova ed infinita gamma di timbri e ritmi, o meglio di eventi sonori, capaci di esprimere le pulsioni della società moderna.

Così scrive:

«Questa evoluzione verso il suono-rumore non era possibile prima d'ora. L'orecchio di un uomo del Settecento non avrebbe potuto sopportare l'intensità disarmonica

di certi accordi prodotti dalle nostre orchestre (triplicate nel numero degli esecutori rispetto a quelle di allora). Il nostro orecchio invece se ne compiace, poiché fu già educato dalla vita moderna, così prodiga di rumori svariati. ...D'altra parte il suono musicale è troppo limitato nella varietà qualitativa dei timbri. Le più complicate orchestre si riducono a quattro o cinque classi di strumenti, differenti nel timbro del suono: strumenti ad arco, a pizzico, a fiato in metallo, a fiato in legno, a percussione. Bisogna rompere questo cerchio ristretto di suoni puri e conquistare la varietà infinita dei suoni-rumori. Ognuno riconoscerà d'altronde che ogni suono porta con sé un viluppo di sensazioni già note e sciupate, che predispongono lo ascoltatore alla noia, malgrado gli sforzi di tutti i musicisti novatori.

Noi futuristi abbiamo tutti profondamente amato e gustato le armonie dei grandi maestri Beethoven e Wagner ci hanno squassato i nervi e il cuore per molti anni. Ora ne siamo sazi e godiamo molto più nel combinare idealmente dei rumori di tram, di motori a scoppio, di carrozze e di folle vocianti, che nel riudire, per esempio, l'Eroica o la Pastorale».

Per concretizzare le sue teorie musicali Russolo, con l'aiuto di Ugo Piatti, inventò l'intonarumori, uno strumento che nell'intento dei costruttori avrebbe dovuto modulare e armonizzare la vasta gamma di rumori rintracciabili nella realtà quotidiana.

Anche in campo musicale, come nella letteratura, nelle arti, nel teatro, i futuristi con il loro atteggiamento scandalistico e provocatorio nei confronti della tradizione finiscono con l'anticipare in qualche modo movimenti e posizioni che si manifesteranno nei decenni successivi. Basti pensare alla musica elettronica orchestrale del celebre compositore contemporaneo Karlheinz Stockhausen, nato a Colonia nel 1928.

a cura della Redazione

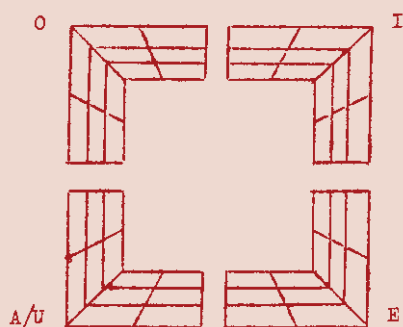
GIOCO CON GABBIA CUORI E CATENE

Happening del Gruppo S(e)ssere, realizzato a Firenze nel 1970. Il lavoro artistico del Gruppo, creato da Manbert (Umberto Mancia) nel 1967 e rimasto operativo fino al '71, comprende opere-oggetto in legno laccato e azioni performative, e si distingue per un senso ludico, ironico e sottilmente dissacratorio. In entrambe le tipologie di lavoro il motivo del cuore vi riveste un ruolo centrale, poiché esso costituisce uno dei segni più emblematici e insieme convenzionali del nostro linguaggio visivo. Le soluzioni formali adottate, dalla fattura artigianale e raffinata delle opere in legno alla precisione delle singole azioni che strutturano gli happenings, permettono di recuperare e di giocare con tutto un bagaglio di valori simbolici e di dotarlo di un forte potere comunicativo: il cuore-gabbia o il cuore imprigionato, metafora di stato psichico della propria emotività.



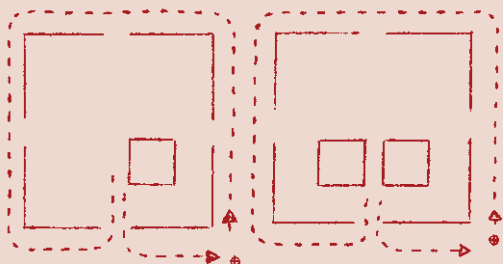
Al pubblico vengono distribuiti occhiali gialli e cuori colorati. Quattro operatori costruiscono 4 angoli di una gabbia e si pongono ai 4 vertici.

Iterazioni con varianti di intensità e tono dei fonemi
A - E - I - O - U

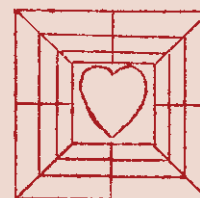


Azione ritmica a comando con varianti di tempi.

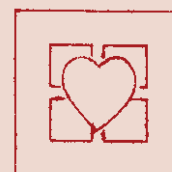
Ogni operatore porta dal suo angolo al centro della gabbia un grande quadrato bianco di polistirolo, pronunciando ad ogni passo la propria vocale.



Un cuore rosso viene posto sui quattro quadrati al centro della gabbia.

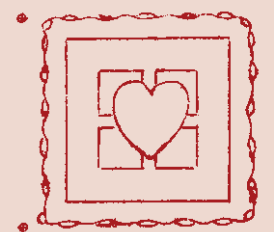


Restringimento della gabbia e abbandono del luogo dell'azione.



Chiusura della gabbia.

Gli operatori portano catene che agganciano tra loro chiudendole a cerchio. Scorrimento della catena intorno alla gabbia.



Sganciamento delle catene.

QUANDO UN CUORE È FORTE NULLA LO PUÒ SCALFIRE.



SE TIENI AL TUO CUORE, TIENILO SOTTO CONTROLLO.

Un sano stile di vita è il migliore alleato del tuo cuore. Se non fumi, mangi in modo equilibrato e pratichi un'attività fisica regolare, il rischio di infarto si riduce. Ma anche se il tuo cuore è in ottima forma, puoi prenderti cura di lui in un giorno speciale: il prossimo 30 settembre, nella quarta giornata delle "Cardiologie aperte". Nelle 260 cardiologie ospedaliere che aderiscono all'iniziativa potrai raccogliere materiale informativo e confrontarti con oltre 1000 cardiologi e 1000 infermieri professionali volontari che valuteranno il tuo rischio cardiovascolare. L'elenco delle cardiologie che partecipano all'iniziativa è consultabile sul sito www.tuttocuore.it. Il cuore lavora per te ogni giorno. Per un giorno, lavora tu per lui.



30 SETTEMBRE 2007. QUARTA GIORNATA DELLE CARDIOLOGIE APERTE.



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

