

cardiologia

negli Ospedali



RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI - ANMCO

NOVEMBRE • DICEMBRE 2007 N° 160

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. debitore del conto per la restituzione al mittente che s'impegna a pagare la relativa tariffa

AMICI DELL'ANMCO: ASTRAZENACA • BOEHRINGER INGELHEIM
PFIZER ITALIA • SANOFI-AVENTIS • SERVIER ITALIA

In copertina opera di
Eugene Titov
Egyptian Dream 2 (2005)



N. 160 - novembre/dicembre 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:

Gennaro Santoro

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

Progetto Grafico e Impaginazione

Studio V. Mirannalti

Stampa:

Tipografia Il Bandino - Firenze



Programma preliminare del
**XXXIX Congresso Nazionale
di Cardiologia dell'ANMCO**



**Piano Annuale Formativo
ANMCO 2008**

C

p.2 **EDITORIALE**
"Cardiologia negli Ospedali" cambia "pelle"
a cura del Comitato di Redazione

p.3 **LASTMINUTENEWS**
Un nuovo presidente per HCF
di Francesco Chiarella

p.5 **DAL PRESIDENTE**
ANMCO tra presente e futuro
di Francesco Chiarella

p.9 **DALLA FIC**
In avvio i Congressi Regionali FIC
di Giuseppe Di Pasquale

p.11 **DAL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO**
Un ruolo propositivo per il Comitato
di Andrea Di Lenarda

p.13 **DAL JCM**
Il JCM compie due anni!
di Gian Luigi Nicolosi

p.15 **DAL CENTRO STUDI ANMCO**
Il monitoraggio clinico di HCF
di M. Ceseri e L. Cipressa

p.17 **DA HEART CARE FOUNDATION**
La prevenzione nella scuola
di P. L. Temporelli e S. Pirelli

p.19 **GLI STUDI DELL'ANMCO**
Lo studio HEART Survey
di Paolo Verdecchia

p.28 **REPORTAGE DAL CONGRESSO ESC**
Congresso Europeo di Cardiologia 2007
di A. Chinaglia e M. Cassin



PAG. 36



PAG. 16



PAG. 10



PAG. 42



PAG. 46

DALLE AREE

AREA EMERGENZA-URGENZA p.35

Documento sul Dolore Toracico...

di Filippo Ottani

AREA INFORMATICA p.38

Rapporto costo/beneficio nel Laboratorio...

di Luigi Paolo Badano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE p.41

Studio epidemiologico sulla incidenza ...

di Carlo D'Agostino

AREA MANAGEMENT & QUALITA' p.43

La Formazione aziendale come nuova forma di ECM

di Evasio Pasini

AREA NURSING p.45

Il Nursing Italiano al Congresso Annuale ESC

di L. Sabbadin e K. Virag

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE p.47

Le nuove Linee Guida Europee ...

di F. Colivicchi, S. Ubinati, M.G. Abrignani

AREA SCOMPENSO CARDIACO p.50

Statine nello Scompensamento Cardiaco cronico

di Mariantonietta Cicoria

DALLE REGIONI

CALABRIA p.54

Cardiologie Aperte Calabria 2007

di Marilena Matta

MARCHE p.55

Il Congresso Regionale Marche 2007

di Domenico Gabrielli

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA p.58

In Piemonte e Valle D'Aosta un Convegno FIC

di Rita Trincherò

PUGLIA p.59

La quarta edizione di Cardiologie Aperte

di Ermanno Angelini

TOSCANA p.60

Progetto di miglioramento e sviluppo per le U.O.

di F.M. Bovenzi e O. Pitocchi

VENETO p.63

La Sindrome detta "di Brugada"

di B. Martini e A. Nava

FORUM p.66

Due bioetiche in contrasto

di Carlo Vecchio

CUORI ALLO SPECCHIO p.67

Intervista a Giovanni Maria Santoro ed Edoardo Verna

di Gennaro Santoro

VIAGGIO INTORNO AL CUORE p.71

Umanesimo e Medicina

di Alessandro Ferrini

Il Perì Kardies nel Corpus Hippocraticum p.73

di Giuseppe Squillace

Il simbolo del cuore viene da lontano p.75

di Alessandra Chinaglia

FIGURARE LA PAROLA p.76

Tra sogno e realtà

a cura della Redazione

a cura del Comitato di Redazione

La veste grafica della nostra Rivista cambia, cercando di rinnovarsi non solo nella forma. Lo sforzo fatto in questi anni dalla Redazione e da tutti i Cardiologi che si sono succeduti nei Comitati di Redazione della Rivista è stato grande ed a volte impareggiabile.

Non nascondo le difficoltà mie e di chi con me condivide questo impegno nell'offrire una Rivista da leggere con interesse e con gioia, arricchita da immagini e soluzioni grafiche

Edoardo Verna, che agli inizi degli anni '80 fecero parte del Gruppo Cardiologia 2000, Gruppo di Lavoro di giovani Cardiologi che elaborarono un Documento, immaginando la Cardiologia e l'ANMCO negli anni a venire. Ci è sembrato opportuno iniziare partendo da quelli che erano i sogni e le intuizioni fatte negli anni passati per meglio valutare le problematiche che attualmente caratterizzano l'Associazione e la Cardiologia Italiana in generale. E' auspicabile

“Cardiologia negli Ospedali” cambia “pelle”



Anna Magnani e Marlon Brando in una scena del film “Pelle di serpente” 1959

per renderla piacevole e facile da scorrere ed al tempo stesso con una forte identità, faticosamente conquistata in questi anni. Questo anche grazie al contributo che tutti i Soci hanno dato in questi anni, generoso e competente, che non ha mai avuto flessioni significative.

Non è venuta meno, nel tempo, la scelta politica di “mantenerla” senza inserti pubblicitari, e di farla quindi crescere sostenendone con fermezza il peso economico. Avere a disposizione una Rivista Indipendente deve essere motivo di orgoglio e di stimolo per tutti i Soci, a cui è offerta la possibilità di esprimersi liberamente.

La Rivista dovrà affrontare con più forza temi caldi come la crisi dell'assoziazionismo, il mantenimento della unità della Cardiologia e la valorizzazione dei giovani nella Associazione. In questo numero compare un'intervista a Giovanni Maria Santoro ed

un ampio confronto con partecipazione di idee e contributi da pubblicare, per ricavare utili indicazioni su iniziative pratiche da intraprendere. Tra l'altro, in questa fase, appare cruciale per l'ANMCO incrementare il numero di iscrizioni in generale, ma quelle dei giovani in particolare, necessari per dare nuovo slancio e freschezza di idee all'Associazione. La missione di *Cardiologia negli Ospedali* è e sarà quella di far conoscere sempre più a fondo la nostra Associazione, in tutti i suoi molteplici aspetti istituzionali, organizzativi e in tutte le sue anime, avendo ben presente il bene più prezioso, che è quello dell'unitarietà della Cardiologia ospedaliera.

Concludiamo ringraziando tutti coloro che hanno contribuito a costruire e mantenere viva la Rivista e tutti coloro che dedicano parte del loro tempo alla sua lettura.

LASTMINUTENEWS

di Francesco Chiarella

Attilio Maseri, la personalità di maggior prestigio della Cardiologia italiana, assumerà la Presidenza di Heart Care Foundation dal

colta di casistiche selezionate fenotipicamente omogenee ed avvalendosi delle nuove tecnologie disponibili nel campo della biologia, della genetica

Un nuovo presidente per HCF

gennaio 2008. La nuova fisionomia di HCF nasce dal voto pressoché unanime (27 favorevoli su 28 votanti) con cui il Consiglio Nazionale dell'ANMCO ha approvato il 30 novembre 2007 la proposta del Consiglio Direttivo. Oltre al Presidente Attilio Maseri ed ai componenti di nomina assembleare, faranno parte del CdA di Heart Care Foundation Gian Luigi Nicolosi, Roberto Ricci e Pier Luigi Temporelli. L'auspicio è che Heart Care Foundation possa perseguire nel prossimo biennio importanti innovazioni nel campo della **ricerca "from bedside to bench"**, tesa ad individuare in modo personalizzato gli individui a rischio di eventi sulla base della osservazione clinica, della rac-

e delle conoscenze molecolari. Heart Care Foundation dedicherà molte energie allo sviluppo della **Cardiologia di Comunità**, alla promozione di uno stile di vita "salvacuore", all'educazione alla salute a partire dall'età scolare e ad iniziative che rivalutino la centralità dell'ammalato nei percorsi diagnostici e terapeutici. Verrà inoltre costituito un **Comitato Strategico per il Fund Raising** di cui saranno chiamati a far parte personalità del mondo dell'industria, della finanza e della comunicazione. Con il 2008 si apre una nuova fase per Heart Care Foundation, che avrà una nuova ed adeguata sede e che con entusiasmo e grande impegno opererà per raggiungere i suoi ambiziosi obiettivi.



Il Prof. Attilio Maseri

“ Disegniamo insieme il destino della Associazione nel breve, nel medio e nel lungo periodo, il ruolo della Federazione, il futuro delle Aree, delle realtà associative regionali, di HCF e del Centro Studi ... ”



ANMCO TRA PRESENTE E FUTURO: IDENTITÀ E RUOLO DI FRONTE AL PROCESSO FEDERATIVO

STATI GENERALI DELL'ANMCO

Abbazia di Spineto, 21-22 settembre 2007

Venerdì 21 settembre 2007

MATTINA

1° SESSIONE

ANMCO E FEDERAZIONE: DOVE SIAMO E DOVE VOGLIAMO ANDARE

Moderatori: A. Boccanelli (Roma) e L. Tavazzi (Pavia)

Ore 8.30 - 10.15 Parte prima

• Che cos'è l'ANMCO

Storia, statuto, attualità

F. Chiarella (Pietra Ligure)

• Che cosa è la Federazione

Federazione e Società Federate, 10 anni di storia. Statuto, aspetti economici, prospettive in ESC

G. Di Pasquale (Bologna)

• Cosa insegna il successo dei giornali federativi

Italian Heart Journal, Giornale Italiano di Cardiologia, Journal of Cardiovascular Medicine

G.L. Nicolosi (Pordenone)

Dopo tre brevi interventi introduttivi, complessivamente di 30 minuti, si prevede circa un'ora di discussione.

Ore 10.15 - 10.30 Pausa caffè

Ore 10.30 - 13.00 Parte seconda

• ANMCO dove vorresti andare?

Affresco generale: a quali linee dovrebbe ispirarsi l'ANMCO nei prossimi anni?

F. Chiarella (Pietra Ligure)

• Federazione dove vorresti andare?

Scenari possibili nel mandato FIC

2007-2010 e in quello successivo

G. Di Pasquale (Bologna)

Dopo due brevi interventi introduttivi, complessivamente di 30 minuti, si prevede oltre un'ora e mezzo di discussione.

Ore 13.00 - 15.00 Pausa pranzo

Venerdì 21 settembre 2007

POMERIGGIO

2° SESSIONE

ENTRIAMO NELLO SPECIFICO: QUALE FUTURO PER LE AREE E LE REGIONI

Moderatori: M. Santini (Roma) - G. Santoro (Firenze)

Ore 15.00 - 17.00 Parte prima

LE AREE

• Federazione o fusione? Cambiamo le regole? Cambiamo gli assetti? Interventi introduttivi di due Chairmen di Area:

F. Oliva (Milano) - Area Scompenso Cardiaco

F. Colivicchi (Roma) - Area Prevenzione Cardiovascolare

Dopo tre brevi interventi introduttivi, complessivamente di 30 minuti, si prevede un'ora e mezzo di discussione.

Ore 17.00 - 17.15 Pausa caffè

Ore 17.15 - 19.30 Parte seconda

LE REGIONI

• Quale federalismo? Prospetti di dinamiche federative regionali Interventi introduttivi di tre Presidenti Regionali:

D. Pavan (San Vito al Tagliamento)

- Regione Nord

F. Bovenzi (Lucca) - Regione Centro

M. Scherillo (Benevento) - Regione Sud

Alcuni spunti da discutere:

a. I Congressi Federativi Regionali.

A chi l'iniziativa, a chi l'approvazione, quale l'utilizzo delle sigle, quale responsabilità giuridica, quale responsabilità e gestione economica, quale responsabilità fiscale? Per fare un Congresso Regionale FIC basta l'iniziativa di SIC e ANMCO, oppure occorre il consenso / coinvolgimento di tutte le Società Federate?

b. In merito a progetti federativi locali, quale relazione ci sarà tra l'ANMCO Regionale ed il Consiglio Nazionale: sufficiente darne comunicazione? Si dovrà ricercare una condivisione? Sarà necessaria la approvazione?

c. Chi rappresenta la FIC a livello regionale?

Dopo gli interventi introduttivi, complessivamente di 30 minuti, si prevede un'ora e mezzo di discussione.

Ore 20.00 Cena

Sabato 22 settembre 2007

MATTINA

3° SESSIONE

ANMCO E FIC: CRESCITA PARALLELA O CONFLITTO DI INTERESSE?

Moderatori: G. Di Pasquale (Bologna) - S. Pirelli (Cremona)

Ore 8.15 - 11.30

• FINANZIAMENTO

La FIC sarà finanziata dalle Società Federate?

La FIC si finanzia autonomamente?

Uno scenario di competizione tra ANMCO e FIC per i finanziamenti?

• FORMAZIONE

Quali le iniziative formative dell'ANMCO e quali Federali?

Centro Formazione dell'ANMCO: quali prospettive?

Quali forme di ricerca di sostegno economico?

• CONGRESSO o CONGRESSI?

• RICERCA

Consolidandosi il cammino federale, cosa si prospetta per il Centro Studi nei prossimi anni?

• FONDAZIONI

ANMCO e SIC hanno ciascuna la propria Fondazione per la Ricerca Quale il ruolo di HCF?

Interventi introduttivi di:

G. Gregorio (Vallo della Lucania)

A.P. Maggioni (Firenze)

L. Oltrona Visconti (Genova)

S. Pirelli (Cremona)

G. Santoro (Firenze)

Per ciascun punto, aperto da un intervento introduttivo di circa 10 minuti, è prevista circa mezz'ora di discussione.

Ore 12.00

SINTESI DELLE TRE SESSIONI

Ore 13.00

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

F. Chiarella (Pietra Ligure)

Ore 14.00 Buffet e partenza

ANMCO tra presente e futuro: identità e ruolo di fronte al processo federativo

I lavori degli Stati Generali dell'ANMCO si sono svolti presso il complesso abbaziale di Spineto in due splendide giornate di settembre e sono stati interamente dedicati al rapporto tra l'ANMCO e la Federazione Italiana di Cardiologia. Al centro del dibattito la domanda "Dove siamo e dove vogliamo andare", proposta in riferimento a tutte le articolazioni della nostra realtà associativa. Il programma dei lavori, disegnato con domande stringenti per andare al cuore dei problemi, ha favorito una discussione costruttiva,

Journal" e poi "Journal of Cardiovascular Medicine" e "Giornale Italiano di Cardiologia" - ha rappresentato il primo vero successo federativo, insieme a molte altre realizzazioni tra cui il Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" (2003); la "Consensus Conference su Sindromi Coronariche Acute e Diabete" (2004); l'avvio del Consiglio Federale (2005); la elezione di Roberto Ferrari a Presidente Designato ESC 2008-2010 (2006); i Censimenti della Cardiologia italiana (2000 e 2005), la realizzazione del portale FIC e la



di Francesco Chiarella

IV Edizione degli Stati Generali dell'ANMCO

schiatta, talora pungente.

In apertura il filmato sui primi quaranta anni dell'ANMCO ha rievocato i volti e le tappe di una vicenda associativa che ha saputo interpretare le esigenze della comunità cardiologica ospedaliera italiana. La riflessione sulle proprie origini ha aiutato a comprendere dove si vuole andare. In oltre quattro decenni l'ANMCO è cresciuta, si è imposta alla attenzione internazionale grazie ai GISSI, ha impiegato tempo e speso molte risorse per definire i connotati che oggi la caratterizzano. Gli interventi dei Presidenti ANMCO e FIC hanno avviato la discussione. È stato ricordato che la Federazione è stata costituita da ANMCO e SIC allo scopo di rappresentare la Cardiologia italiana in Europa e presso le istituzioni sanitarie italiane. La realizzazione del Giornale Federale - prima "Italian Heart

costituzione della Banca Dati di tutti i Cardiologi italiani (2006).

Si è auspicato che il Consiglio Federale, finora riduttivamente focalizzato sulla revisione dello Statuto, possa affrontare i problemi reali della Cardiologia italiana. Su JCM è intervenuto il Direttore, con dati relativi al miglioramento quantitativo e qualitativo degli articoli inviati alla pubblicazione e considerazioni su come garantire lo sviluppo di una rivista che ha ottenuto l'impact factor. La discussione ha poi toccato il ruolo di Aree e Regioni, e costretto i partecipanti a rispondere a domande importanti, tra cui: Federazione o Fusione?, Cambiamo le Regole?, Cambiamo gli Assetti?

Impossibile raccogliere in poche righe la ricchezza di un dibattito ampio ed articolato da cui tuttavia sono state tratte alcune conside-

“ L'Abbazia di Spineto, un'Abbazia Vallombrosana del 1085, è una delle più significative testimonianze del monachesimo sviluppatosi in Italia e in particolare in Toscana. In principio il luogo – all'estremo sud del territorio senese era impervio, quasi completamente coperto di cespugli di rovi carichi di spine... Da qui il nome Spineto per questo luogo di sosta nei percorsi dei pellegrini dell'XI e XII secolo ”

Una veduta del Complesso abbaziale di Spineto - Sarteano (SI)



razioni conclusive. Innanzitutto, ANMCO continuerà a svolgere il ruolo che compete alla maggiore società cardiologica generalista, non essendosi attenuate le motivazioni per cui è nata. L'ANMCO cercherà il rafforzamento e un forte rilancio della vita associativa a tutti i livelli, anche attraverso una campagna che favorisca l'iscrizione di Soci, e si adopererà con rinnovato impegno per la ricerca e la formazione. Si ritiene infatti che tanto maggiore sarà la forza dell'ANMCO tanto più crescerà il contributo della Cardiologia italiana a livello nazionale ed a livello europeo. La Federazione continuerà a rappresentare il punto di incontro di soggetti che, proprio in quanto tra loro diversi, stabiliscono patti per realizzare obiettivi condivisi. La formalizzazione di questi patti fugherà i timori di depotenziamento associativo e di conflitto di interesse sulle grandi iniziative federali, sulle attività formative e sulla ricerca dei finanziamenti.

Riguardo alla revisione dello Statuto FIC l'indicazione proveniente dagli Stati Generali è a favore della ridefinizione dei poteri del Consiglio Federale, senza che ciò comporti mutamenti nella composizione del Consiglio Direttivo FIC.

La Federazione opererà nella ESC per cogliere tutte le opportunità offerte dalla presidenza del Prof. Ferrari e perchè nei Working Group sia dato spazio a Cardiologi indicati dalla Federazione, evitando intrusioni e cooptazioni estranee alle dinamiche federative. ANMCO condivide che il Presidente di una Società federata rappresenti l'Italia in ESC quando la sua Società

costituisca il corrispettivo italiano del Working Group europeo. Quanto alle Aree, lo spirito di intesa federativa maturerà attraverso la loro collaborazione con le altre Società su tematiche specifiche e porterà alla realizzazione di iniziative comuni, senza per questo variare gli assetti ed i regolamenti. In altri termini l'ANMCO non scioglierà le Aree, che nella vita associativa rappresentano cultura, iniziativa e partecipazione. La FIC rappresenterà la Cardiologia nei rapporti con le Istituzioni Sanitarie. A livello nazionale la Federazione sarà presente nelle Commissioni CCM (Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie), AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), CUD (Commissione Unica sui Dispositivi medici), LEA (Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza), Consip (Concessionaria Servizi Informativi della Pubblica Amministrazione) ed altre. A livello regionale i Presidenti Regionali SIC e ANMCO interagiranno su programmazione e gestione cardiologica con gli Assessorati e saranno affiancati dai Referenti delle Società di settore secondo competenza. La Federazione rappresenterà l'interlocutore unitario nei confronti di Farmindustria, di Assobiomedica e della Federazione Cardiologica Mondiale e garantirà la presenza costante di un suo rappresentante all'interno della FISM. Quanto alla formazione post-laurea ed al ruolo della Cardiologia Ospedaliera nella formazione degli specializzandi - obiettivo sottoscritto al momento di avvio della FIC - andranno precisati Patti Federali nel

rispetto dei ruoli e delle possibilità offerte dal quadro istituzionale. Anche le iniziative formative congressuali a livello regionale saranno regolate da Patti Federativi. Il Centro Studi potrà essere coinvolto in progetti di ricerca di interesse federativo, senza modifiche del ruolo del Comitato Scientifico e del Consiglio Direttivo dell'ANMCO. Quanto al finanziamento della FIC, fino ad ora costituito dalle quote corrisposte da ANMCO e SIC, l'ANMCO continuerà a fare la sua parte, in attesa di patti sulla partecipazione ai costi da parte di tutte le società federate. ANMCO ritiene che la Federazione non debba farsi carico di attività di fund raising né richiedere finanziamenti all'Industria farmaceutica o elettromedicale. Nel panorama attuale, che vede la presenza di più Fondazioni di soggetti federati, l'ANMCO rilancerà con forza Heart Care Foundation, proponendo scelte di alto profilo, attente a possibilità di creare sinergie federative. Le tematiche affrontate dagli Stati Generali a Spineto verranno certamente arricchite da molti altri contributi. La vivacità del dibattito e la sintesi cui si è pervenuti stabiliscono tuttavia un punto di riferimento nella dialettica ANMCO/FIC: sono stati chiariti gli intenti di entrambe, sono stati precisate le differenze tra il termine "federazione" e il termine "fusione" ed è stata messa a fuoco la parola-chiave: "Patti Federativi". L'auspicio è che, nell'interesse di tutta la Cardiologia italiana, l'ANMCO e la FIC nei prossimi anni possano crescere insieme.



STATI GENERALI INVITATI

DAL PRESIDENTE

7



Consiglio Direttivo

Presidenti Regionali

Chairmen Aree

Co-Chairmen Aree

Comitato Scientifico ANMCO

Consiglio di Amministrazione HCF

Responsabile Settore Ricerca HCF

Coordinatore Settore Educazionale
Comitato Scientifico HCF

Rappresentante Soci Aggregati

Editor "Journal of Cardiovascular Medicine"

Past President ANMCO

Consiglio Direttivo 2004-2006

Presidenti Regionali 2004-2006

Coordinatore ANMCO Giovani

Coordinatore Gruppo di Studio Risonanza
Magnetica Cardiovascolare e Imaging Integrato

Coordinatore Commissione Etica ANMCO

Editor Designato
"Giornale Italiano di Cardiologia"

Direttore Scientifico Rivista
"Tempo Medico Cuore"

Consiglio Direttivo ANMCO

biennio 2006 - 2008

PRESIDENTE

FRANCESCO CHIARELLA

Direttore di struttura complessa

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

Direttore di struttura complessa

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

Direttore di struttura complessa

U.O. di Cardiologia - Osp. Maggiore

Largo Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna

Tel. 051/6478202-6478318

Fax 051/6478635

E-mail: giuseppe.dipasquale@ausl.bo.it

VICE-PRESIDENTE

Attività Culturali

LUIGI OLTRONA VISCONTI

Direttore di struttura complessa

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

Attività Organizzative e Gestionali

GENNARO SANTORO

Responsabile di struttura semplice

Diagnostica ed Interventistica

A.O. Universitaria Careggi

Viale Morgagni, 85 - 50139 Firenze

Tel. e Fax. 055/7947414

E-mail: cardiologia2@ao-careggi.toscana.it

SEGRETARIO GENERALE

GIUSEPPE PALAZZO

Dirigente - U.O. di Cardiologia

Ospedale Cannizzaro

Via Messina, 821 - 95126 Catania

Tel. 095/7262563, Fax 095/7262588

E-mail: gipalace@yahoo.it

TESORIERE

GIOVANNI GREGORIO

Direttore di struttura complessa

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 - 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 - U.O.C. 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 - U.O. di Cardiologia

Ospedale Maria Vittoria

Via Cibrario, 72 - 10149 Torino

E-mail: chinaglia@fastwebnet.it

GIAN FRANCESCO MUREDDU

Dirigente - U.O. di Cardiologia

Ospedale San Giovanni

Via Amba Aradam, 8 - 00184 Roma

Tel. 06/77055710-77055385-

77055909 - Fax 06/77055438

E-mail: gfmureddu@hsangiovanni.roma.it

ZORAN OLIVARI

Direttore di struttura complessa

Emodinamica-Cardiologia Interventistica - Ospedale Ca' Foncello

P.zza Ospedale, 1 - 31100 Treviso

Tel. 0422/322776 - Fax 0422/322662

E-mail: zolivari@ulss.tv.it

GIAMPAOLO SCORCU

Dirigente - Struttura complessa 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



*di Giuseppe Di Pasquale*

In avvio i Congressi Regionali FIC



Un consolidamento della Federazione Italiana di Cardiologia ed una crescita dello spirito federativo passano attraverso l'attuazione in ambito regionale di una serie di azioni condivise. Tra queste: rappresentanza unitaria nei confronti delle Istituzioni Sanitarie regionali, coinvolgimento delle Strutture cardiologiche ospedaliere nella formazione degli specializzandi ed organizzazione di eventi formativi e congressuali regionali unitari.

Già nel 2006 avevano preso avvio sporadiche iniziative congressuali regionali svolte unitariamente con i loghi congiunti di ANMCO e SIC (Toscana-Umbria, Piemonte) oppure della FIC (Emilia Romagna).

Nello scorso mese di luglio, come prima azione condivisa del nuovo Consiglio Direttivo della FIC è stata inviata a firma dei tre Presidenti nazionali di FIC, ANMCO e SIC, una lettera ai Presidenti Regionali di ANMCO e SIC, con l'esortazione a realizzare congressi regionali congiunti a superamento degli eventi regionali ANMCO e SIC e delle altre Società

federate. La denominazione proposta è quella di Convegni Regionali Federativi (FIC). I programmi e le locandine dei Convegni dovrebbero avere in testa il logo della FIC ed al di sotto di questo i loghi di ANMCO, SIC e di altre eventuali Società della Federazione coinvolte nell'organizzazione congressuale. Laddove si riesca già per il 2007-2008 a realizzare Congressi Regionali FIC, questi dovrebbero diventare sostitutivi e non aggiuntivi rispetto ai Congressi regionali di ANMCO, SIC e delle altre Società federate.

È evidente che questo percorso non è sempre facile, in relazione alle diverse situazioni regionali. Esistono comunque già degli esempi felici di fattibilità come il Congresso Puglia-Basilicata FIC (Alberobello, 19-20 ottobre 2007) e quello Tosco-Umbro (Montecatini Terme, 14-15 novembre 2007), realizzati grazie all'impegno ed allo spirito federativo dei Presidenti Regionali di ANMCO e SIC, che hanno registrato un lusinghiero successo in termini di partecipazione e qualità scientifica.



Riteniamo che numerosi siano i vantaggi di questo percorso: (1) facilitare una penetrazione viva della FIC nel tessuto associativo cardiologico regionale, promuovendo un'immagine della Federazione 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. Anche se le esperienze finora realizzate o in fase di realizzazione sono state sicuramente positive, è evidente

l'opportunità di stabilire delle regole generali (composizione del Nucleo Promotore, costituzione del Comitato Organizzatore, definizione delle responsabilità di ordine politico ed economico, gestione dell'accREDITAMENTO ECM etc.) alla base dell'organizzazione dei Congressi Regionali Federativi. Una bozza di Regolamento generale è in fase di elaborazione da parte del Consiglio Direttivo della FIC. Questa bozza verrà successivamente sottoposta per la discussione e l'approvazione agli Organi Direttivi di ANMCO, SIC ed al Consiglio Federale della FIC.

Al di là dei Regolamenti l'augurio è che lo spirito di questa iniziativa possa essere condiviso a livello delle regioni e che già nel 2008 a superamento dei Congressi Regionali di ANMCO, SIC e delle altre Società federate, possano essere svolti un numero significativo di Congressi Regionali della FIC. Questo rappresenterebbe tra l'altro un contributo di maturità della Cardiologia italiana all'auspicato contenimento degli eventi congressuali inflazionati dal sistema ECM, del quale è sentita da tutti la necessità una profonda revisione.

CARDIOLOGIA È PROGRESSO
IL CONGRESSO TOSCO-UMBRO
DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA

14-15 novembre
2007
Montecatini Terme (PT)
Centro Congressi - Grand Hotel Vittoria

L'INFERMIERE DI CARDIOLOGIA
NEL 3° MILLENNIO
CARDIOPNURSING ANMCO TOSCANA 2007
**14 novembre
2007**

CONGRESSO INTERREGIONALE FIC PUGLIA-BASILICATA

19-20 Ottobre 2007
La Chiesa di Chietri, Alberobello

TOPICS

SINDROMI CORONARICHE ACUTE
PREVENZIONE SECONDARIA
DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI
SCOMPENSO CARDIACO
ARITMIE
LA GESTIONE IN RETE DELLE SCA
E DELLO SCOMPENSO CARDIACO

PRESIDENTI DEL CONGRESSO
Pasquale Calabrese (Presidente ANMCO Puglia)
Marco Cascone (Presidente SIC Sezione Apulia-Lucania)
Francesco Sisti (Presidente ANMCO Basilicata)

ECM
L'evento è stato accreditato secondo il Programma di Educazione Continua in Medicina per Specialisti in Cardiologia, Medicina Interna, Medici di Medicina Generale e Infermieri

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

intermeeting
Via Amendola 122/C - 70126 Bari - Tel. 080.548280 - 541635 - Fax 080.552982 - info@intermeeting.org

Un ruolo propositivo per il Comitato

di *Andrea Di Lenarda*

Il Comitato Scientifico dell'ANMCO è chiamato a dare il suo parere con rigore ed indipendenza di giudizio ai progetti di ricerca dell'Associazione. Questo ruolo è sempre stato svolto con grande impegno e qualità. Ma io credo che un altro aspetto sia stato in parte trascurato nel passato e richieda un maggiore sforzo da parte dell'attuale Comitato Scientifico. Un ruolo più attivo nel formulare proposte e delineare le linee programmatiche della ricerca in ANMCO in stretta collaborazione ed attraverso un costruttivo confronto con tutti gli organismi della nostra Associazione, a partire dal Consiglio Direttivo e dal Centro Studi ANMCO. Questo è peraltro un compito già chiaramente esplicitato dall'art.18 del nostro Statuto.

Il Comitato Scientifico potrebbe cioè pronunciarsi su alcune domande strategiche per l'Associazione: quale tipo di ricerca promuovere, come sostenerla, come correggerla, migliorarla o espanderla, quali vie per realizzarla. Non solo. Anche la discussione sulle strategie per la formazione ed una collaborazione nell'organizzazione dei principali progetti formativi/educazionali potrebbero vedere un ruolo più propositivo del Comitato Scientifico.

Aspetti culturali e scientifici ma con un occhio attento alla realtà

Il compito del Comitato Scientifico potrebbe quindi essere da una parte quello di identificare i grandi temi e filoni della ricerca nazionale ed internazionale, analizzando le priorità delle istituzioni, le tematiche dei Bandi di Ricerca nazionali ed inter-

nazionali, i bisogni di conoscenza ed i principali temi "caldi" della ricerca cardiologica.

Per le caratteristiche stesse della nostra Associazione, per la storia della ricerca ANMCO, per la struttura della rete cardiologica, per la disponibilità di importanti Registri Clinici crediamo che la nostra Associazione debba puntare sempre più verso la conoscenza del mondo reale con una ricaduta operativa diretta e di supporto all'attività cardiologica sia per quanto riguarda i bisogni formativi e professionali dei Cardiologi, sia per quanto riguarda i temi di ricerca, dalla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali all'interno delle nostre cardiologie.

Dal punto di vista culturale e professionale, la riaffermazione del ruolo del Cardiologo (ad esempio in patologie a gestione multidisciplinare come lo scompenso cardiaco) passa per un programma che possa dare risposte ai bisogni attuali di crescita delle competenze professionali, in progressivo impoverimento in molte realtà periferiche o per esempio in ambito di terapia intensiva.

Dal punto di vista della ricerca, a parte la tradizionale attività dei grandi studi di efficacy, appare importante stimolare la nostra Associazione sempre più a perseguire una strategia di valutazione dell'"effectiveness" nel mondo reale, di implementazione ed appropriatezza dell'applicazione delle linee guida e dell'utilizzo delle risorse, di valutazione dell'outcome nel mondo reale in rapporto all'applicazione delle linee guida. Questo approccio, solo in parte avviato, appare di particolare rilevanza per

la nostra Associazione anche nei rapporti con le istituzioni sanitarie, che necessitano di dati di buona qualità, di flussi informativi, di modelli validati di risk adjustment per le principali patologie cardiovascolari. La valutazione obiettiva ed approfondita di quello che succede nel mondo reale è la base per ipotizzare una sua modifica strutturale ed essere chiamati a partecipare a questo processo.

Su queste tematiche potrebbero essere organizzati dei Bandi interni all'Associazione, con scadenze e regole di formulazione precise. I progetti proposti devono essere di valore scientifico assoluto, di interesse generale per la comunità cardiologica, con un evidente ritorno culturale, organizzativo, educativo. Il vantaggio sarebbe quello di stimolare le Aree e gli Associati a fare proposte, di trovare sinergie, evitando di lavorare su progetti concorrenziali e di identificare e supportare i progetti migliori nella fase di progettazione, per la presentazione nei Bandi, eventualmente con un cofinanziamento. L'impegnativa preparazione della documentazione può essere supportata da Società di settore specializzate, che lavorano a percentuale dei finanziamenti ottenuti.

Non possiamo purtroppo nasconderci che in questa fase storica appare difficile ottenere risposte alle "Call for Proposal" da parte dei singoli Associati. Le Aree, tradizionalmente attive almeno a livello di coordinamento, rimangono la fonte principale di idee e progetti.

Andrebbero identificati nuovi meccanismi di incentivazione per favorire la pubblicazione di lavori scientifici



sulla gran mole di dati disponibili dai Registri ANMCO. È evidente e “storica” la discrepanza tra l’enorme mole di dati disponibili al Centro Studi frutto degli studi completati negli ultimi anni e la relativa esiguità della produzione scientifica. Un meccanismo di incentivazione anche economica sulla base dei lavori pubblicati su riviste con adeguato impact factor potrebbe rilanciare la produzione scientifica della nostra Associazione ed in particolare dei nostri giovani ricercatori, senza gravare pesantemente sulle casse dell’Associazione. La mancanza di fondi è un’altra delle principali criticità per l’attuazione di progetti di ricerca. Di assoluto rilievo è l’istituzione del Fondo ANMCO per la Ricerca, di insostituibile supporto per i cosiddetti progetti “orfani”. Una quota di fondi pari al 2% del fatturato della Centro Servizi ANMCO relativo all’anno precedente rispetto a quello di erogazione vengono destinati a finanziare studi privi di fondi.

Comitato Scientifico e ricerca indipendente

L’indipendenza della ricerca della nostra Associazione è la massima garanzia di un risultato positivo, di immediato impatto clinico, sganciato dagli interessi commerciali. Il Centro Studi ANMCO tradizionalmente garantisce l’indipendenza della ricerca, la proprietà dei dati e la responsabilità della politica di pubblicazione. Tuttavia non possiamo negare che a livello dei singoli professionisti esistono condizionamenti e conflitti di interesse più o meno espliciti sulle nostre attività di ricerca, formative e professionali. Il rischio è che diven-

tiamo strumenti piuttosto che attori protagonisti in tutte le nostre attività professionali, culturali e di ricerca. Su questi aspetti di etica della ricerca il Comitato Scientifico ha sempre svolto un ruolo importante, che in questo mandato vuole essere ulteriormente approfondito e rafforzato. Avvieremo quindi una serena una riflessione sui temi dell’etica e l’indipendenza della ricerca, sul falso scientifico, sul conflitto di interesse, su certa ricerca e informazione “scientifica” sponsorizzata (spesso di marketing e pubblicitaria). Questa riflessione cercherà di coinvolgere tutti gli Associati (a partire da quelli storicamente di riferimento per la tematica) avviando una discussione dalle pagine della nostra Rivista “Cardiologia negli Ospedali”.

Formazione alla ricerca

Il Comitato Scientifico sostiene l’Area Nursing nella creazione di un processo di formazione alla ricerca clinica destinato agli Infermieri di Cardiologia, spesso coinvolti attivamente nella raccolta dati senza un’adeguata formazione teorica e pratica. L’assenza di una formazione alla ricerca non solo riduce gli Infermieri al ruolo di compilatori passivi delle CRF, ma espone al rischio di compromettere la qualità e completezza dei dati. L’Area Nursing promuove l’organizzazione di percorsi formativi, anche nell’ambito del Piano Annuale Formativo ANMCO, finalizzati alla formazione degli Infermieri coinvolti attivamente nella ricerca clinica. Questi percorsi potrebbero essere costituiti da un primo nucleo formativo di base uguale per tutti e ripetibile

(con approfondimenti anche di tipo etico, legislativo, statistico, informatico, ecc.) ed una parte più pratica ed operativa dedicata a specifici progetti. Naturalmente critica appare in questo progetto la collaborazione attiva del Centro Studi ANMCO. Infine una criticità molto sentita riguarda la scarsa partecipazione dei giovani alla ricerca e la scarsità di proposte provenienti da questi. Una ricerca stimolante spesso si scontra con la pressione incalzante dell’attività della maggioranza delle nostre Strutture. Una possibile proposta potrebbe essere quella di pensare ad uno strumento di tutoraggio per giovani ricercatori con la disponibilità di alcuni Fellow ANMCO, in relazione alle loro aree di competenza. Questo tipo di iniziativa, sicuramente oneroso per il tutor, ma molto istruttivo per il giovane Cardiologo, potrebbe rientrare nell’ambito delle attività educative del Comitato Scientifico. All’interno delle diverse Strutture nelle quali si fa ricerca, i Fellow formano o supportano in un progetto di ricerca i giovani ricercatori, che nella loro realtà non riescono a trovare adeguato spazio e supporto. Il Centro Studi ANMCO dovrebbe essere coinvolto per la formazione sugli aspetti più tecnici della ricerca.

La discussione è appena avviata. Un Documento programmatico del Comitato Scientifico è stato inviato al Consiglio Direttivo per iniziare un confronto costruttivo su queste tematiche. Auspichiamo da parte di tutti un ruolo più attivo ed un nuovo slancio per la ricerca e la formazione all’interno della nostra Associazione.

Il Journal of Cardiovascular Medicine compie due anni!

Si sta avvicinando la fine del secondo anno di pubblicazione del Journal of Cardiovascular Medicine (formerly Italian Heart Journal). Ho l'impressione che, da "pargolo" in salute, il JCM abbia davvero cominciato a muovere i suoi primi passi, con sicura intraprendenza e vigore. È stata una crescita progressiva che ci ha coinvolti tutti, Autori, Lettori, Revisori e Staff Editoriale, attraverso esperienze scientifiche gratificanti e in ascesa qualitativa. Franca Lorefice, la nostra Segretaria di Redazione, dedicata e riservata, ha contribuito a costruire con voi e per voi una vera rete operativa, efficiente e tempestiva, lungo i sentieri del Web. Per me è stata una esperienza davvero entusiasmante. Il JCM risulta in sicura crescita: da gennaio 2007 sono arrivati 309 nuovi articoli, il 35,9% dall'estero. Il rejection rate è salito al 67,4%, inducendo anche qualche incomprensione e difficoltà di accettazione da parte degli Autori. Ma anche questo è un segnale di crescita assolutamente necessario. Ogni articolo viene rivisto da tre revisori che hanno la possibilità successivamente di confrontare, in maniera anonima, i propri commenti con quelli dei colleghi coinvolti nella revisione. Ho la sensazione che ciò abbia contribuito non poco al miglioramento della qualità delle revisioni stesse e dei lavori, quasi in una forma di autoformazione e autotraining che ci ha coinvolti tutti sul campo, nel contesto di una grande palestra scientifica collettiva, diffusa sul web. In Figura 1 vengono riportati il numero di lavori totale con le accettazioni, i lavori rigettati perchè non sufficien-

temente prioritari e la percentuale dei lavori provenienti dall'estero. In Figura 2 vengono riportati il numero di revisori e i tempi di revisione. Ancora abbiamo qualche criticità: sono ancora troppo lunghi i tempi fra l'accettazione dei lavori e la loro pubblicazione. Ciò dovrebbe trovare soluzione fra breve, grazie all'incremento delle pagine a stampa. Non si può dimenticare che il giornale è nato solo due anni fa, ma ora molti cominciano a crederci, molti lo leggono, molti visitano il sito del JCM. Siamo stati accettati per il calcolo dell'impact factor, il cui conteggio avverrà nel 2008 e che verrà pubblicato per la prima volta nel 2009. È essenziale quindi che tutti citino e continuino a citare il più possibile i lavori pubblicati sul JCM. Ciò contribuirà ad incrementare il valore dell'impact factor in maniera significativa. Il Publisher Lipincott ci sta assistendo con grande professionalità, tempestività e competenza. Penso perciò che si possa concludere davvero con i migliori auguri di buon secondo compleanno per il JCM. È un bambino ancora piccolo, ma vivace, sicuramente in salute e rapida crescita: i suoi primi passi non sono più così incerti. È importante però che si accresca ancora il vostro sostegno più convinto, che aumentino le vostre citazioni di articoli pubblicati sul JCM, con un grande augurio per i migliori ulteriori successi per il futuro (dal gennaio 2008) al nuovo Editor, il Professor Massimo Chiariello, persona di grande esperienza scientifica, profonda umanità e che considero un grande amico.



di Gian Luigi Nicolosi



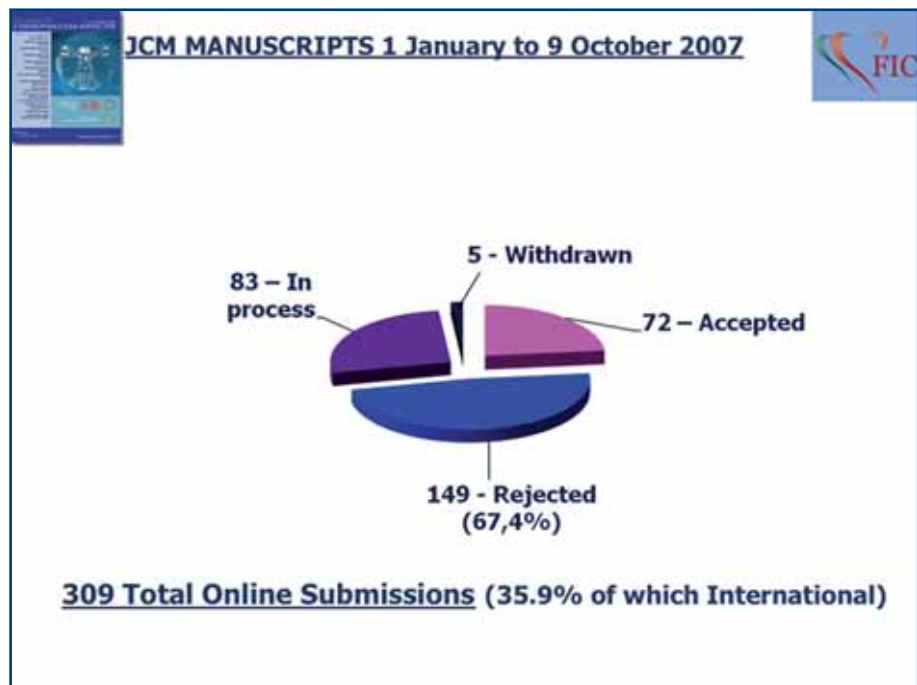


Figura 1

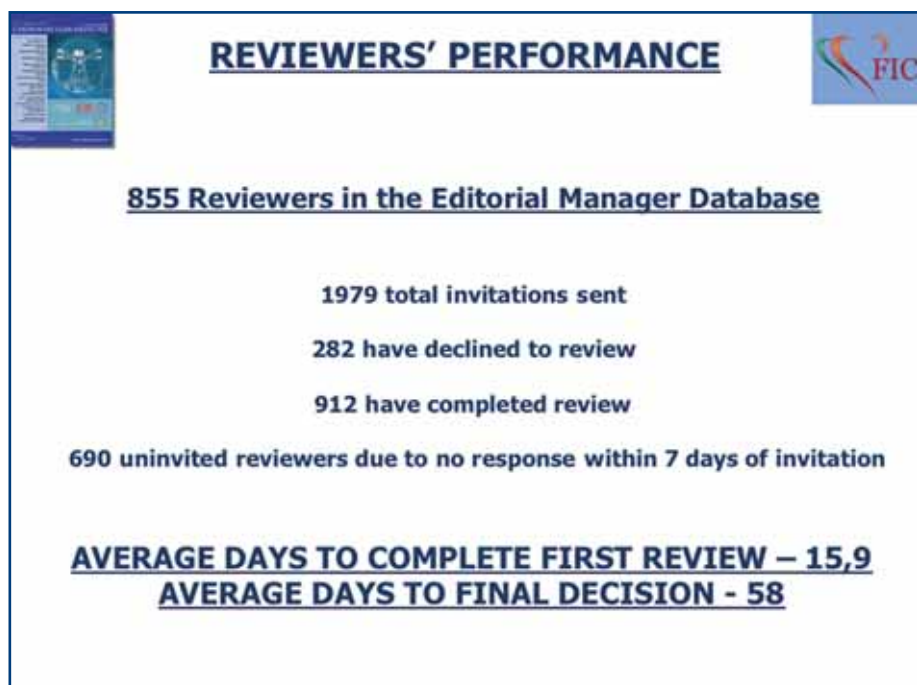


Figura 2

Il monitoraggio clinico di HCF

Aggiornamento sul progetto “monitoraggio clinico degli studi e controllo della qualità”

di M. Ceseri e L. Cipressa

Nato nel 2002 con il GISSI-HF, il gruppo di monitor clinici coordinati dal Centro Studi ANMCO ha eseguito 2.671 visite di monitoraggio in 437 centri seguendo 5 studi clinici. Oggi 4 trial sono in corso e si avviano alla conclusione, mentre altri 3 stanno per partire.

Nel 2002 il Centro Studi ANMCO e la Heart Care Foundation ONLUS hanno intrapreso un ambizioso progetto di “monitoraggio clinico degli studi e controllo qualità” per rendere sempre più indipendente in ogni sua fase l’attività di ricerca scientifica promossa dalla Fondazione. L’avvio di questo progetto è stato dato con il GISSI-HF, lo studio clinico multicentrico che vede la collaborazione dell’ANMCO con l’Istituto di Ricerche Farmacologiche M. Negri e il coinvolgimento di 357 centri ospedalieri dislocati su tutto il territorio nazionale

Di questi esordi vi abbiamo resi partecipi con un articolo all’inizio del 2006 (“Cardiologia negli Ospedali” N. 150 marzo-aprile 2006 pag. 24-26). Oggi, a distanza di oltre un anno, ci sono alcuni importanti aggiornamenti e nuovi eventi da rendere noti.

Nel corso di questi 5 anni, infatti, il gruppo dei monitor clinici coordinati dal Centro Studi è cresciuto e si è ampliato, sino a contare oggi sulla collaborazione di 22 persone, di cui 7 operano anche centralmente nella revisione delle centinaia di schede

raccolta dati e documenti dei vari progetti di ricerca in corso. Inoltre, ad oggi, sono state eseguite 2.671 visite di monitoraggio in 437 centri, per 5 studi clinici: le visite hanno rappresentato un momento di incontro e di formazione con gli stessi ricercatori che hanno partecipato alla ricerca scientifica promossa e/o sponsorizzata dall’HCF. Il risultato di questo lavoro ha portato al miglioramento delle procedure di monitoraggio e all’incremento della qualità e dell’attendibilità dei dati raccolti localmente presso i centri, che hanno tratto beneficio da questa collaborazione strutturando in modo più preciso la loro attività di ricerca. Per quel che concerne il primo risultato, è da sottolineare che la formazione e l’aggiornamento cui è sottoposto il gruppo di monitor sono costanti: corsi interni a cadenza annuale, continui aggiornamenti promossi dal Centro Studi via e-mail, costante invio di indicazioni sulle procedure, invio mensile di articoli dalla letteratura e segnalazioni bibliografiche, supporto telefonico con il Centro Studi e l’help line clinica per tutte le sperimentazioni in corso. Nella settimana dal 10 al 14 settembre 2007 si è tenuto a Firenze, presso il Learning Centre ANMCO, il corso di formazione annuale per tutti i monitor clinici coinvolti attualmente in progetti di ricerca coordinati dal Centro Studi.

Il gruppo di monitor è ad oggi variamente impegnato in 4 studi in corso (di cui 3 sono promossi dalla HCF: gli studi GISSI-HF e GISSI-AF, in collaborazione con il “M. Negri”, e il Protocollo Cardio-Sis; il quarto trial



è il BEAUTIFUL, uno studio internazionale cui l'ANMCO ha concesso l'endorsement) e si appresta a seguire altri 3 di prossima attivazione (lo studio SWEET ACS, promosso dalla Heart Care Foundation, gli studi LIRICO e ACCEPT, di cui è promotore il "Consorzio M. Negri Sud" nell'ambito della ricerca No Profit promossa dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco). Pertanto, il corso è stato di aggiornamento e formazione, avendo fornito le coordinate su come proseguire e concludere il monitoraggio delle sperimentazioni cliniche in corso e su quali procedure seguire per quelle che stanno per iniziare. Una cosa da tener sempre presente è che il lavoro del monitor clinico è sì "di revisione delle procedure", ma anche "di concetto e contenuti": una migliore comprensione dei dati rivisti e raccolti è sicuramente proficua per facilitare e snellire le procedure richieste e garantire maggiore affidabilità al tutto, fermo restando che lo scopo del lavoro svolto dai monitor è e resta quello di garantire la sicurezza dei soggetti arruolati e ottimizzare la qualità e l'uniformità dei dati raccolti.

Durante il corso di formazione, inoltre, è stata presentata una newsletter, nata per 'festeggiare' il 5° compleanno dei monitor dell'HCF. L'intento principale de "La voce dei monitor" è quello di rendere lo scambio di idee ed esperienze tra monitor, ma anche di informazioni e delucidazioni che il Centro Studi ANMCO fornisce giornalmente per e-mail e per telefono, più organizzato ed omogeneo. La newsletter per i nostri monitor avrà cadenza bimestrale e sarà articolata nelle seguenti sezio-

ni: comunicazioni dal Centro Studi; La bussola, l'angolo informativo per conoscersi meglio; Focus on: schede di approfondimento per argomenti clinici; Il Puzzle per attività e procedure di monitoraggio; A voi la parola, sezione dedicata alle esperienze dei monitor; Post it, una specie di forum; Consigli per la lettura.

Ci sarà quindi spazio per messaggi e suggerimenti, sempre nella logica di un continuo miglioramento che scaturisce dall'esperienza di tutti, e soprattutto di chi effettivamente svolge il lavoro sul campo. La sezione dedicata agli approfondimenti verrà curata invece da personale medico specializzato che fornirà slides o altro materiale educativo, aggiornamenti sulla letteratura e riferimenti bibliografici di rilievo.

Dopo il primo lustro di lavoro, il bilancio dell'attività dei monitor clinici dell'HCF è quindi molto positivo, anche se c'è sicuramente ancora molto da migliorare e puntualizzare. Un punto debole del sistema, che può comunque avere anche un risvolto positivo, è che il Centro Studi non può caricarsi l'onere a tempo indeterminato di un numero così elevato di persone. Questo significa che i monitor sono sempre giovani collaboratori da poco affacciatisi al mondo della ricerca e che con noi iniziano una strada che permette loro di diventare poi professionisti e magari essere "catturati" e "assunti" da Aziende Farmaceutiche o CRO. Se questo ricambio continuo di personale può essere difficile da gestire, sicuramente il gruppo si mantiene giovane e dinamico. Il fatto poi che il mondo della ricerca clinica attinga a

personale formato da noi non è altro che una conferma della qualità del lavoro svolto!

Un'altra iniziativa pilota coordinata oggi dal Centro Studi ANMCO della HCF nell'ambito del più ampio progetto di "monitoraggio clinico degli studi e controllo qualità" è l'attivazione di Unità di Ricerca Clinica (URC) presso alcuni centri ospedalieri al fine di dedicare maggiori spazi all'attività di ricerca scientifica, calata nella pratica clinica quotidiana. La URC può essere vista come un'attività di monitoraggio on site che sgrava il ricercatore da tutte le procedure non strettamente cliniche, ma di fondamentale importanza e comunque previste dalla normativa vigente in materia di sperimentazioni cliniche, da condursi durante le attività di ricerca quali raccolta dati e compilazione CRF, controllo della contabilità del farmaco, gestione degli appuntamenti con i pazienti nel rispetto del Protocollo di studio, ecc. L'idea è dunque quella di creare una squadra all'interno di ogni URC formata da personale qualificato che, suddividendosi i compiti, riesce così a portare avanti i progetti di ricerca in modo più proficuo, sia dal punto di vista della qualità che della quantità.

Tante, dunque, le iniziative e le attività di monitoraggio dei centri, nonché di formazione di personale dedicato alla ricerca, in cui è attualmente impegnato il Centro Studi ANMCO: l'augurio è che questo impegno veda il coinvolgimento e la condivisione del lavoro da parte di tutti gli operatori scientifici del settore.



La prevenzione cardiovascolare nel mondo della scuola

È partito il progetto su stili di vita e rischio cardiovascolare nella scuola coordinato da HCF

Avviato il progetto di prevenzione primaria nella scuola

di P. L. Temporelli e S. Pirelli

Come anticipato nei mesi scorsi, HCF insieme a Federconsumatori, Coldiretti, Legacoop Alimentare e Area Prevenzione Cardiovascolare promuove un ambizioso progetto di prevenzione primaria nella scuola da realizzare nell'anno scolastico 2008-2009.

Il titolo del progetto presentato recentemente al Ministero della Salute è "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, dal momento che la prevenzione intesa come modifica dello stile di vita rappresenta sin dall'età infantile lo strumento principale per ridurre l'incidenza, l'impatto e la mortalità delle malattie cardiovascolari. Svolgere regolare attività fisica è fondamentale; in questo contesto, introdurre piccole modifiche nelle proprie attività quotidiane salendo ad esempio le scale invece di usare l'ascensore o andare a scuola a piedi

invece che con l'autobus può essere già un primo step per guadagnare in salute dal momento che è ampiamente documentato come il camminare a

passo svelto per 30 minuti al giorno è in grado di ridurre significativamente l'incidenza delle patologie cardio-cerebro-vascolari.

Per verificare la fattibilità del progetto che coinvolgerà una classe della scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I e II grado di tutte le province italiane (circa 8000 studenti) parte nei prossimi giorni uno studio pilota che coinvolgerà alcune scuole delle province di Bergamo, Matera, Taranto, Torino e Lucca circa un migliaio di studenti.

Il 12 novembre è stata realizzata la giornata di formazione, coordinata da cardiologi e insegnanti, che ha dato l'avvio ufficiale al progetto. L'incontro ha previsto un intervento introduttivo dei promotori dell'iniziativa, una presentazione del rationale della Prevenzione Primaria in età scolare da parte del Dott. P. Faggiano, e sugli aspetti nutrizionali a cura della Dott.ssa Susalba Rosati. Il Prof. Luca Vecchio dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, che ha collaborato con HCF per lo studio Cuore Qualità sulla soddisfazione

del paziente per i servizi cardiologici ospedalieri, ha presentato un questionario per la verifica dei risultati che è stato elaborato insieme agli insegnanti e ai nutrizionisti coinvolti nel progetto. Questo aspetto è rilevante e qualificante dal momento che esistono scarsi dati in letteratura sulla valutazione dell'impatto di un intervento formativo su studenti e famiglie relativamente alle problematiche della alimentazione e della attività fisica nelle scuole.

Sono state inoltre presentate a cura della Dott.ssa G. Rocca le metodologie attive, tra cui alcune innovative quali life skill, che verranno utilizzate per l'educazione alla salute; la Prof.ssa L. Castelli e la Prof.ssa E. Cavalli e la Prof.ssa M. Vicini hanno presentato poi una serie di schede esemplificative, da loro preparate, adatte per ogni ordine e grado di scuola. Insieme si è discusso infine su come applicare le modalità formative nelle proprie classi sulla traccia di quanto è stato già fatto nella provincia di Bergamo con il coordinamento del locale Ufficio Scolastico Provinciale.

Il progetto, interessante e ambizioso, si inserisce perfettamente nella mission di HCF e conta sulla collaborazione entusiastica di cardiologi e insegnanti che hanno assimilato e condiviso il concetto che la prevenzione, soprattutto nei giovani, resta la chiave di volta per il nostro benessere cardiovascolare.



QUANDO UN CUORE È FORTE NULLA LO PUÒ SCALFIRE.

Heart Care Foundation Onlus è la Fondazione promossa dai Cardiologi Ospedalieri per la ricerca, la prevenzione e la cura delle malattie cardiovascolari, prima causa di morte anche in Italia. Per sostenere la nostra ONLUS puoi effettuare una donazione o destinare **il cinque per mille dell'IRPEF** con la prossima dichiarazione dei redditi indicando il Codice Fiscale della Fondazione: **94070130482** nello spazio "sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale...". Per maggiori informazioni: www.heartcarefound.org o www.tuttocuore.it oppure telefona allo 055 575661.



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

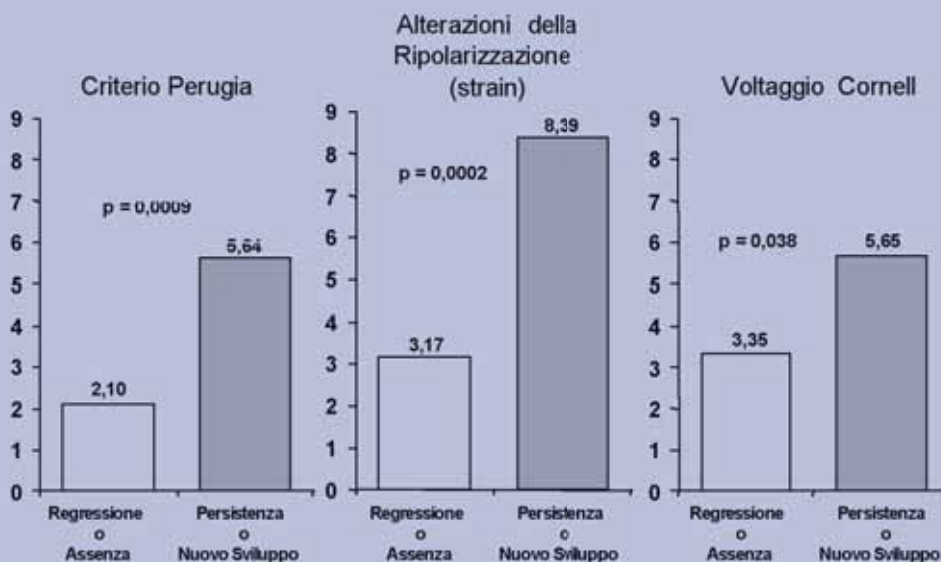
Lo studio HEART Survey pubblicato su "American Journal of Hypertension"

Il numero di settembre 2007 del prestigioso *American Journal of Hypertension* ha pubblicato i risultati finali dello studio Hypertrophy at ECG And its Regression during Treatment Survey (HEART Survey). Si è trattato di una ricerca clinica indipendente ANMCO condotta in 61 Ospedali in Centri prevalentemente cardiologici. Lo scopo della ricerca è stato quello di valutare il significato prognostico delle modificazioni seriali dell'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS) all'ECG nei pazienti con ipertensione arteriosa essenziale. Sono stati studiati 711 soggetti, tutti con IVS all'ECG alla visita iniziale, in

496 dei quali erano anche disponibili i tracciati ECG eseguiti nel corso di un periodo di follow-up di circa 4 anni. Sono state prese una serie di precauzioni, inclusa la lettura centralizzata dei tracciati ECG, per assicurare la massima qualità dei dati. Nel corso del periodo di follow-up, l'IVS all'ECG è regredita in circa la metà dei pazienti. Questi soggetti hanno avuto un'incidenza notevolmente inferiore di eventi cardiovascolari maggiori rispetto ai soggetti senza regressione dell'IVS. Andando a scorporare le differenti componenti ECG di IVS (voltaggi ed alterazioni della ripolarizzazione VS) è balza-



di Paolo Verdecchia





“ Nella pratica clinica quotidiana, è assolutamente importante confrontare i tracciati ECG eseguiti dallo stesso paziente in anni diversi. ”

to agli occhi l'elevatissimo rischio cardiovascolare (8,39 eventi per 100 pazienti per anno) nei soggetti con mancata regressione o nuovo sviluppo delle alterazioni della ripolarizzazione VS (strain) rispetto ai soggetti con regressione o mancata comparsa di tali alterazioni (3,17 eventi per 100 pazienti per anno).

Questo risultato, del tutto originale in letteratura, dovrebbe contribuire a rivalutare l'impiego dell'ECG nella stratificazione del rischio cardiovascolare nel paziente con ipertensione arteriosa. Nella pratica clinica quotidiana, è assolutamente importante confrontare i tracciati ECG eseguiti dallo stesso paziente in anni diversi. Ai fini della diagnosi di IVS e della stratificazione del rischio, i parametri più importanti sono appunto lo strain (segno estremamente specifico, ma poco sensibile) ed il 'voltaggio Cornell' dato dalla somma dell'onda R in aVL + la profondità dell'onda S in V3. La presenza di strain ovvero di voltaggio Cornell > 20 mm nella donna o 24 mm nell'uomo definisce la positività del criterio Perugia, in grado di identificare correttamente la presenza di IVS in circa 18 pazienti ipertesi su 100, con una sensibilità superiore al 30% ed una specificità > 90%.

Dopo lo studio MAVI, lo studio HEART Survey si inserisce nel filone di ricerca clinica ANMCO sullo studio dei rapporti tra cuore e ipertensione. Il progetto sta trovando la sua massima esecuzione nello studio Cardio-Sis, studio randomizzato di intervento attualmente in corso. All'interno dell'ANMCO si è anche costituito un gruppo di studio "Ipertensione e Cuore", gemello dello stesso gruppo

di studio della SIC ed analogo al Workig Group "Hypertension and the Heart" della Società Europea di Cardiologia. Si invitano caldamente tutti gli associati ANMCO interessati a questo tipo di attività di iscriversi subito al gruppo di studio attraverso il sito web dell'ANMCO o contattando la segreteria.

Lo studio HEART Survey è stato reso possibile grazie ad un contributo di Recordati S.p.A., che ringraziamo vivamente, ad Heart Care Foundation. È stato anche possibile grazie all'impegno dei centri partecipanti (tabella) che meritano un ulteriore e sentito ringraziamento.

Tabella

Centri Partecipanti allo studio

Avellino (D. Rotiroti, G. Amoroso), Belluno (G. Catania, Tarantini, Russo), Bergamo (A. Gavazzi, A. Zonca), Bologna (G. Pinelli, R. Roncuzzi), Brindisi (G. Ignone, D. Zuffian), Caltanissetta (F. Vancheri, M. Alletto), Casale Monferrato (M. Ivaldi, G. Gozzelino), Casarano (G. Pettinati, M. Ieva), Castelfranco Veneto (L. Celegon, A. Desideri, Coscarelli), Castiglione del Lago (M. Guerrieri), Catanzaro (F. Perticone, G. Mascaro), Cetraro (G. Sollazzo, M. Matta), Chieti (C. Ciglia), Città della Pieve (G. Benemio, N. Sacchi, R. Gattobigio, B. Bruni), Civitanova Marche (C. Massacci, G. Ricci), Cortona (M. Forzoni, F. Cosmi), Cosenza (G. D'Angelo, M. Basile), Desio (M. de Martini, F. Avanzini, P. Camisasca), Firenze (D. Antonucci, Dovelini), Foligno (M. Timio, C. Verdura), Francavilla Fontana (V. Cito, F. Cocco), Frosinone (G. Faticanti, M. Savona), Genova (S. Domenicucci, L. Carratino), Gubbio (M. Cocchieri, M. Buccolieri),

Lamezia Terme (A. Butera, G. Palmieri, M. Levato), Lanciano (D. Di Gregorio, T. Diodato), Lido di Camaiore (A. Pesola, M. Pardini), Lucera (A. Vilella, M. Di Giovine), Manerbio (G. Moretti, C. Zapfa), Marsala (G. Ingianni, V. Aliotti), Matera (L. Veglia), Mercato San Severino (V. Capuano, G. Di Mauro), Mesoraca (F. Schipani, A. Ferragina), Milano (S. Corallo, M.L. Rainoldi), Milano (M. Gioventù, A. Pini), Napoli (A. Celentano, E. Arezzi), Oliveto Citra (G. D'Angelo, V. Iuliano), Orbetello (G. Meucci, V. Campanella), Palermo ISMETT (F. Clemenza), Palermo Villa Sofia (A. Battaglia, N. Sanfilippo), Palermo Ospedale Civico (E. D'Antonio, M.G. Cellaro), Passignano sul Trasimeno (F. Angelicci†), Pavia (L. Tavazzi, A. Raisaro, L. Monti), Perugia (P. Verdecchia, F. Angeli, C. Borgioni, M. Sardone), Pinerolo (E. Bellone, L. Riva), Pistoia (F. Cipollini), Policoro (B. D'Alessandro, L. Truncellito), Pordenone (G. Nicolosi, L. Sparacino), Potenza (A. Lopizzo, R. A. Osanna), Prato (R. P. Dabizzi, M. Paoletti), Roma Ospedale S. Giovanni (A. Boccanelli, G. Mureddu), Roma Ospedale S. Camillo (E. Giovannini, A. Lacchè, M), Roma CTO (Uguccioni, A. Tedeschi, A. Galati, G. Adone), Rovigo (P. Zonzin, A. Bortolazzi), San Cesareo (C. Salerno, S. Spedigato), San Pietro Vernotico (S. Pede), Savona (I. Filice, A. Gandolfo), Siderno (M. Iannopolo, C. De Luca), Siracusa (M. Stornello, E. Valvo, Raiata), Soverato (G. Caridi), Termoli (S. Staniscia, A. Morrone), Thiene (B. Martini, E. Apolloni), Udine (D. Vanuzzo, L. Pilotto), Vasto (G. Di Marco, G. Levantesi), Viterbo (E. V. Scabbia, A. Achilli).

† Deceduto

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 prelievo.

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 E 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 [dodici/00] che, per il tramite della Federazione Italiana di Cardiologia, verrà versata in Vostro nome e conto a titolo di corrispettivo per l'abbonamento annuale all'organo scientifico in lingua inglese della Federazione Italiana di Cardiologia alla Casa Editrice Lippincott, Wilkins & Williams con sede a Londra (GB), 250 Waterloo Road, London SE1 8RD, rivista denominata "Journal of Cardiovascular Medicine" con sottotitolo "Official Journal of the Italian Federation of Cardiology, Official Journal of the Italian Society for Cardiac Surgery".

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

Io sottoscritto:

Cognome _____

Nome _____

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ PROV. _____

Autorizzo a prelevare E _____

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@aslteramo.it

BASILICATA - Dott. FRANCESCO SISTO

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

CALABRIA - Dott. ANTONIO BUTERA

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

CAMPANIA - Dott. MARINO SCHERILLO

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

EMILIA ROMAGNA - Dott. GIANCARLO PIOVACCARI

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

FRIULI VENEZIA GIULIA - Dott.ssa DANIELA PAVAN

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

LAZIO - Dott. FABRIZIO AMMIRATI

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

LIGURIA - Dott. STEFANO DOMENICUCCI

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

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI

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

MARCHE - Dott. DOMENICO GABRIELLI

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

MOLISE - Dott. ALBERTO MONTANO

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

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott.ssa RITA TRINCHERO

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

P.A. BOLZANO - Dott. ANDREA ERLICHER

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

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

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

PUGLIA - Dott. PASQUALE CALDAROLA

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

SARDEGNA - Dott.ssa ROSANNA PES

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

SICILIA - Dott. ALBERTO CARRUBBA

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

TOSCANA - Dott. FRANCESCO BOVENZI

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

UMBRIA - Dott. GERARDO RASETTI

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

VENETO - Dott. DOMENICO MARCHESE

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



Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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



Non compilare
Codice Unico _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare
Codice ANMCO _____

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

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

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: Cardiologo Cardiochirurgo Medico

Struttura: Ospedaliera Universitaria Distretto Sanitario Privata
 Altro _____

Tipologia:

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

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Non compilare

Qualifica:

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

In quiescenza:

Non di ruolo:

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"/> Cardiocirurgia (CCN) |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia Nucleare e Risonanza Magnetica in Cardiologia (CNR) | <input type="checkbox"/> Informatica (INF) | <input type="checkbox"/> Insufficienza cardiaca (INC) |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiografia (ECO) | <input type="checkbox"/> Aterosclerosi, emostasi e trombosi (AET) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Pediatrica (CPO) |
| <input type="checkbox"/> Aritmologia ed elettrostimolazione (AES) | <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa sistemica (IPR) | <input type="checkbox"/> Cardiologia Clinica (CCL) |
| | | <input type="checkbox"/> Sindromi Coronariche Acute (SCA) |

Sono interessato alla seguente Area:

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

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

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi 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 - inclusi quelli relativi alla Sua carta di credito ove inseriti - sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici precedentemente indicati, ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. 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 in abbonamento tutte le riviste 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 Bologna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 ed alla ESC (European Society 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 in abbonamento delle riviste scientifiche, ecc.). Con riguardo ai dati finanziari, ove da Lei inseriti, gli stessi saranno utilizzati e/o comunicati esclusivamente per la gestione di incassi e pagamenti e derivanti dalla Sua iscrizione solo a istituti bancari e finanziari. 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 _____ E-MAIL _____

Notizie sulla Struttura:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO _____

Nome del Primario _____

Sono interessato alla seguente Area:

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

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI -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 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 Bologna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 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 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 Bologna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 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 571798 - Fax 055 579334 - e-mail: soci@anmco.it

Modulo da allegare alla domanda di FELLOW dell'ANMCO

COGNOME _____ NOME _____ SESSO _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

Indirizzo abitazione:

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

Indirizzo lavorativo:

DENOMINAZIONE OSPEDALE _____

DENOMINAZIONE STRUTTURA _____

VIA _____ N° _____

CAP _____ CITTÀ _____ PROVINCIA _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

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

STATUS DI FELLOW DI ALTRE SOCIETÀ MEDICHE _____

Lingue conosciute _____

Livello di conoscenza: ECCELLENTE BUONO MEDIOCRE

Documentazione: (barrare i documenti presentati)

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

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

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

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI -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 - inclusi foto e recapiti telefonici - sono necessari ad ANMCO per poterLe consentire di essere ammesso alla Fellowship. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile conferirLe tale riconoscimento e porre in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. 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 Bologna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 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. Inoltre, 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.). Infine, i Suoi dati verranno adeguatamente pubblicati nelle sedi e con le modalità opportune a far emergere il Suo titolo di Fellow. La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione e pubblicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento di tutte le attività strumentali alla Sua ammissione e permanenza nella Fellowship. 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

CON RIFERIMENTO ALLA PUBBLICAZIONE DEI MIEI DATI A TERZI

DO IL CONSENSO NEGO IL CONSENSO

Data _____

Firma _____

• Si ricorda che il termine di presentazione delle domande è il 29 febbraio 2008 •

FELLOWSHIP ANMCO

Il 29 febbraio 2008 scade il termine per la presentazione delle domande

REGOLAMENTO

Requisiti minimi necessari

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

Domanda di ammissione alla Fellowship

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

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

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

Perché il candidato sia eleggibile nell'anno solare la sua domanda, completa della documentazione richiesta (ovviamente in carta semplice), deve pervenire alla Segreteria ANMCO entro il **29 febbraio** dell'an-

no in cui si intende essere eletti, in modo da lasciare il periodo di tempo necessario alla Commissione giudicante per procedere alle nomine prima del Congresso Nazionale.

Mantenimento della Fellowship

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

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

Aggiornamento del curriculum scientifico dei Fellow

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

Sarà richiesta una lista di:

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

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

Commissione giudicante

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

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

I membri sono:

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

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

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

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

Congresso Europeo di Cardiologia 2007

di A. Chinaglia e M. Cassin

Quest'anno il Congresso ESC si è svolto nella splendida e ordinata atmosfera di Vienna, con l'usuale durata di 5 giorni. Il tema "highlight" di quest'anno è stato lo scompenso cardiaco ma, ovviamente, ampio spazio è stato dedicato alla cardiopatia ischemica, alle valvulopatie (con interessanti spunti riguardo la sostituzione valvolare percutanea), all'ipertensione arteriosa, all'imaging e alla scienza di base.

La struttura del congresso è stata quella tradizionale con Simposi, Main Session, Clinical Seminar, Hot Lines, Clinical Trial Updates, Featured Research, Focus Sessions dedicate all'interventistica e imaging. Inoltre sono stati trattati argomenti di pratica clinica in sessioni How-to, Meet the Experts, Read with the Experts, che hanno avuto buona partecipazione ed apprezzamento. Sono state discusse poi, in sessioni dedicate, le nuove linee guida pubblicate (SCA senza ST-sopraslivellato, valvulopatie, pacing, definizione di infarto miocardico, ipertensione, prevenzione). Il congresso è terminato, come tradizione, con la Highlight Session, con una carrellata dei contributi scientifici più significativi. Riportiamo di seguito una breve sintesi di alcuni importanti studi, in particolare sulla cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco.

FINESSE

Il background di questo studio si basa sul concetto che la PCI primaria è riconosciuta come trattamento più efficace per lo STEMI, ma il ritardo alla terapia è frequente e solo il 35% dei pazienti raggiunge i laboratori

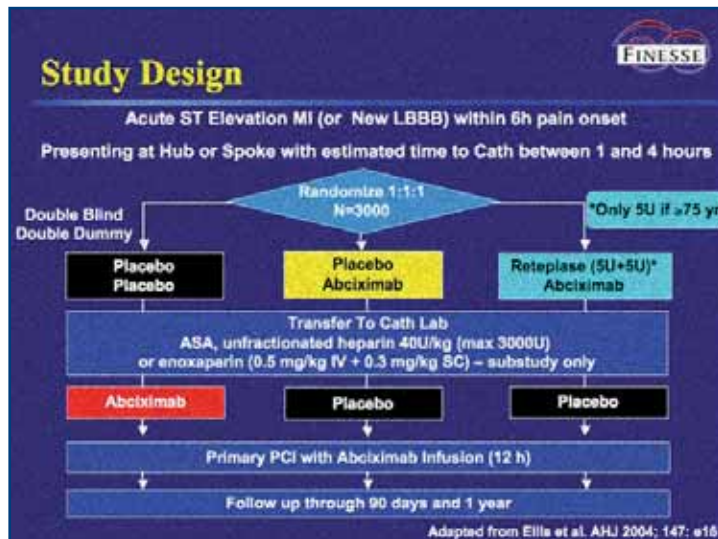


Figura 1

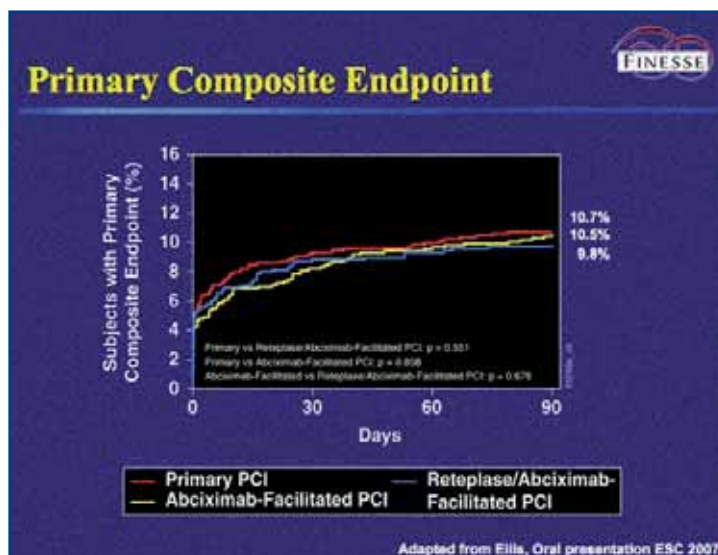


Figura 2

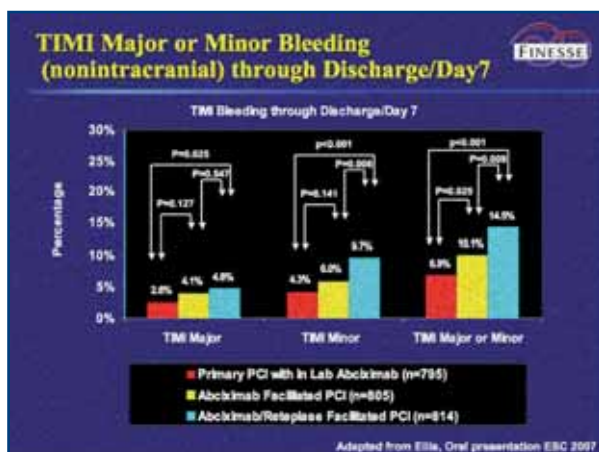


Fig. 3

di emodinamica entro la finestra temporale di 90 minuti raccomandata dalle linee guida. È stata quindi sviluppata l'ipotesi che un precoce intervento farmacologico aggiuntivo alla PCI, per migliorare il flusso coronarico, potesse migliorare la prognosi. Già però nello studio ASSENT-4 PCI, pubblicato nel 2006, si era visto che i pazienti randomizzati al trattamento tenecteplase seguito poi da PCI mostravano un incremento di mortalità intraospedaliera rispetto al gruppo di controllo trattato con la sola PCI.

Lo studio FINESSE riprende lo stesso approccio utilizzando un diverso regime terapeutico (Figura 1). Sono stati randomizzati 2.453 pazienti (in 20 nazioni, nel periodo 2002-2006) con STEMI suddivisi in 3 gruppi. I primi 2 gruppi venivano trattati con due diversi regimi di facilitazione alla PCI: somministrazione precoce di dose ridotta di reteplase e abciximab (n = 828) o abciximab da solo (n = 818). Entrambi i trattamenti venivano poi completati con PCI. Il terzo gruppo (n = 806) veniva trattato con PCI primaria, con utilizzo routinario di abciximab nel laboratorio di emodinamica, appena prima della procedura di rivascularizzazione. L'end-point primario a 90 giorni (morte, riospedalizzazione per scompenso cardiaco, shock cardiogeno, fibrillazione ventricolare rianimata) non mostrava significative differenze nei 3 gruppi, nonostante la documentazione di un miglior flusso coronarico alla coronarografia basale nei due bracci della terapia combinata (Figura 2). Invece i sanguinamenti furono più numerosi nel gruppo

facilitazione reteplase/abciximab, seguiti da quello facilitato abciximab, rispetto al gruppo trattato con PCI primaria con abciximab nel cath lab (Figura 3).

Le conclusioni dello studio confermano i dati precedenti, cioè che la terapia di facilitazione (sia con trombolitico, che con abciximab, da solo o in associazione con metà dose di trombolitico) non è più efficace rispetto alla PCI primaria (con utilizzo pre-PCI di abciximab in cath-lab).

CARESSE in AMI

Valutazione randomizzata relativa al trasferimento di routine per PCI urgente verso la gestione locale di pazienti ricoverati con STEMI in centri senza emodinamica, inizialmente trattati con reteplase, eparina e abciximab. Il CARESS, quindi, mette a confronto due strategie, una di angioplastica facilitata (eparina + abciximab + reteplase nel centro senza PCI e quindi immediato trasferimento per PCI verso eparina + abciximab + reteplase e gestione locale con trasferimento solo in caso di PCI rescue). I pazienti che venivano trasferiti per PCI immediatamente dopo la terapia farmacologia avevano minor incidenza di eventi combinati (morte, nuovo infarto miocardico, angina refrattaria) a 30 giorni rispetto al gruppo gestito localmente (4.1% vs 11.1%, $p < 0.001$) (Figura 4). Questo vantaggio, dovuto essenzialmente ad una marcata riduzione dell'evento ischemia refrattaria, era presente nonostante il fatto che il 36% dei pazienti inizialmente gestiti localmente fosse poi stato trasferito per PCI rescue.

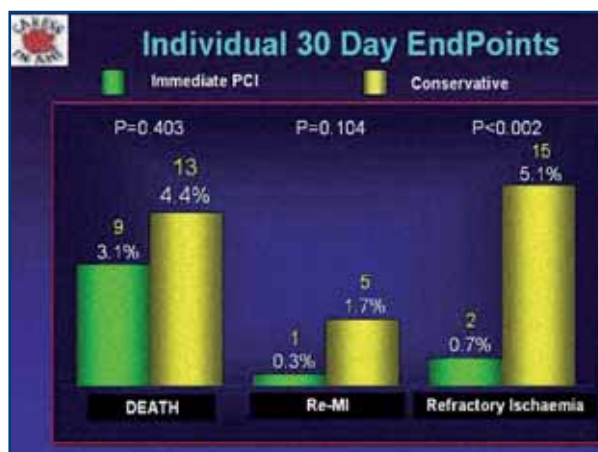


Fig. 4

Secondo Vergheut, che ha discusso lo studio, i risultati dimostrano che i pazienti con STEMI ricoverati in ospedale senza possibilità di PCI, hanno beneficio dall'immediato trasferimento ad un centro con possibilità di PCI, dopo aver ricevuto un trattamento farmacologico trombolitico, e che di conseguenza le linee guida sulla PCI dovrebbero essere modificate nel senso che tutti i pazienti con STEMI dovrebbero essere immediatamente trasferiti per PCI, dopo la somministrazione della terapia trombolitica.

Questo studio, insieme ad altri numericamente piccoli, precedentemente pubblicati (GRACIA-1, SIAM III, CAPITAL-MI), conferma il dato che una PCI precoce dovrebbe essere eseguita, di routine, dopo la trombolisi. Sono però necessari studi randomizzati per chiarire la problematica del tempo ottimale della PCI (2.5 ore nel CARESS vs 17 ore dopo la trombolisi nel GRACIA).

STENT MEDICATI

La controversia continua?

Al congresso Mondiale di Barcellona dello scorso anno avevano suscitato grande scalpore i dati relativi al follow-up a lungo termine dei pazienti trattati con gli stent medicati di prima generazione, Cypher e Taxus, con le metanalisi di Cammenzind e Nordmann che avevano dimostrato un eccesso di mortalità e di trombosi molto tardiva correlata all'uso dei DES. Da allora si è aperto un ampio dibattito nella comunità scientifica cardiologica e sono stati pubblicati altri dati.

Il tema, a distanza di un anno, è

stato ampiamente dibattuto anche a Vienna, dove sono stati riportati i dati aggiornati del Registro Svedese (SCAAR), quelli del Registro GRACE e i risultati dello studio italiano OPTIMIST.

Il Registro SCAAR (Swedish Coronary Angiography and Angioplasty Registry) include i dati di 294.000 procedure, incrociati con quelli del registro nazionale che rileva gli eventi medici (tra i quali rivascolarizzazione chirurgica, ricoveri ospedalieri e morte) di ogni svedese. I dati riportati a Vienna sono un aggiornamento di quelli già pubblicati dallo stesso gruppo su NEJM (2007;356: 1009) con un anno aggiuntivo di arruolamento e di follow-up, e si riferiscono alle procedure eseguite nel periodo 2003-2005 e follow-up aggiornato al 2006. Complessivamente 21.480 pazienti furono trattati con BMS e 13.786 con DES; tra il 2003 e il 2006 l'end-point IMA si ebbe in 4.160 pazienti e l'end-point morte in 2.957 pazienti. In sintesi le conclusioni dopo 4 anni di follow-up (Figura 5 e 6):

- non differenza significativa per quanto riguarda gli eventi morte e IMA tra BMS e DES
- significativa riduzione di eventi durante gli iniziali 6 mesi per quanto riguarda i DES vs BMS
- significativo incremento degli eventi dopo i primi 6 mesi nel gruppo DES vs BMS, che è compensato dalla più bassa incidenza di eventi precoci
- riduzione relativa di restenosi di quasi il 50% nei pazienti trattati con DES vs BMS (sottogruppo trattato con singolo stent)
- rischio continuo di trombosi dello stent di 0.5%/anno nel gruppo DES

Le possibili spiegazioni di questi dati più favorevoli nel lungo termine, nel gruppo dei pazienti trattati nel 2005, possono essere in qualche modo legati alla maggior consapevolezza della possibilità di trombosi legata ai DES e quindi con una probabile maggior durata della doppia terapia antiaggregante, miglior tecnica di impianto, miglior selezione dei pazienti e forse con l'utilizzo di stent medicati di nuova generazione.

Il GRACE è un registro osservazionale di pazienti con SCA, con dati provenienti da 94 ospedali di 14 nazioni. I dati attuali si riferiscono al sottogruppo di pazienti con STEMI trattati con PCI – 569 con DES e 1729 con BMS. La mortalità nel follow-up tra i 6 mesi e i 2 anni dopo l'impianto dello stent mostravano una significativa differenza: 8.6% nel gruppo DES, 1.6% nel gruppo BMS ($p=0.001$). Differenza che permaneva anche dopo aggiustamento statistico per le differenze nelle caratteristiche basali dei 2 gruppi. La spiegazione più probabile, allo stato attuale, è che, in corso di STEMI, vi sia un carico trombotico importante e una componente vasocostrittiva del vaso che rende difficile sia la scelta della corretta dimensione dello stent che la sua ottimale apposizione alla parete dell'arteria. Tutto ciò può portare ad una malapposizione dello stent, fattore predisponente alla trombosi tardiva.

Sebbene si tratti di uno studio osservazionale questi dati di diversa sopravvivenza ci suggeriscono quanto meno cautela nell'utilizzo di DES nei pazienti con STEMI, almeno sino a nuove evidenze derivate da studi

Adjusted Death /MI

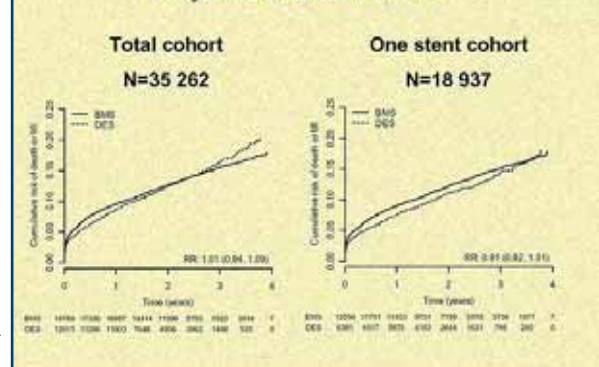


Figura 5

randomizzati con popolazioni numericamente adeguate.

Lo studio OPTIMIST è uno studio indipendente, multi-centrico condotto in 11 ospedali dell'area urbana di Roma. Durante un periodo di 2 anni, 2005-2006, sono stati registrati tutti i pazienti con trombosi dello stent e trattati con PCI, che venivano poi seguiti con follow-up a 6 mesi. Sono stati reclutati 110 pazienti, che rappresentano il 3.6% delle PCI eseguite in emergenza per STEMI dai centri nello stesso periodo di osservazione. I dati a disposizione non ci permettono di chiarire se il rischio di trombosi è più alto dopo impianto di DES o BMS, ma supportano l'ipotesi che la trombosi dello stent può essere legata a meccanismi diversi nei diversi tipi di stent. La trombosi dei DES, confrontata a quella dei BMS, avviene più frequentemente dopo 30 giorni dall'impianto o dopo 15 giorni dalla sospensione della terapia antiaggregante.

Comunque, una volta che si è avuta la trombosi nello stent, gli eventi seguenti non sono influenzati dal tipo di stent, DES o BMS, impiantato. Relativamente al follow-up a 6 mesi il bilancio è piuttosto pesante con incidenza di mortalità del 17% e di eventi combinati (morte, IMA, stroke, necessità di nuova procedura di rivascolarizzazione) del 29%. Questi dati confermano il convincimento che la trombosi dello stent non è una condizione benigna e che la PCI in emergenza, in questo contesto, da spesso esiti non soddisfacenti. Per quanto riguarda l'analisi dei predittori indipendenti di peggior prognosi, la mortalità è significativamente influenzata dal tempo di insorgenza

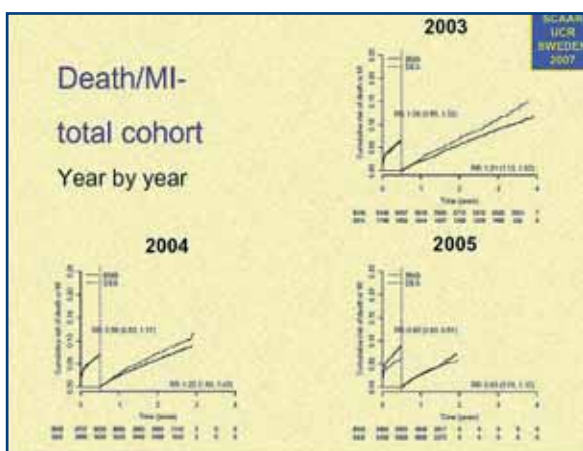


Fig. 6

della trombosi (più alta quando la trombosi insorge dopo 1 anno dall'impianto dello stent), e da fattori procedurali (quando il risultato della PCI non è ottimale e quando viene impiantato un ulteriore stent durante la PCI). Infine, l'uso della trombectomia durante la PCI in corso dell'evento acuto è utile nel gruppo dei pazienti senza shock cardiogeno. Per quanto riguarda la problematica degli stent medicati, quindi, possiamo dire che la controversia continua, e che sono assolutamente necessari studi randomizzati e con un lungo follow-up, in particolare per il loro utilizzo "off-label" e per definire la durata ottimale della doppia terapia antiaggregante.

Nel frattempo cominciano a comparire i primi dati sull'utilizzo umano degli stent riassorbibili. Esistono 2 tipi di stent biorassorbibili, quello con assorbimento del metallo e quello con assorbimento del polimero. Sono stati riportati i dati dell'utilizzo di uno stent a rilascio di paclitaxel con polimero riassorbibile, con disponibilità di follow-up a 9 mesi (angiografico) e a 12 mesi (clinico). Il profilo di sicurezza è risultato eccellente (nessuna trombosi tardiva), con risultato di efficacia sovrapponibile a quello dei DES tradizionali. In un altro studio, 61 pazienti sono stati trattati con stent metallo - assorbibile. Al follow-up a 12 mesi si evidenziava la completa degradazione del metallo dello stent ed il ripristino della funzione di reattività vasale dei segmenti trattati un a volta che lo stent era assorbito.

SINDROME CORONARICA ACUTA NELLE DONNE

Dobbiamo trattare le donne con sindrome coronarica acuta come gli uomini ?

Nella sessione Hotline è stato presentato un piccolo studio che apre un quesito sul corretto trattamento delle donne con sindrome coronarica acuta.

La dottoressa Swahn ha presentato un sottostudio dell'OASIS-5 che aveva randomizzato 20078 pazienti con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento ST al trattamento precoce con fondaparinux o enoxiparina. Nell'ambito del sottostudio sono state randomizzate 184 donne ad una strategia di trattamento invasivo precoce (coronarografia seguita da rivascolarizzazione percutanea o chirurgica entro la prima settimana) o ad una strategia invasiva selettiva (coronarografia in caso di sintomi o dimostrazione di ischemia). L'end point primario era costituito da morte/infarto/stroke o morte/infarto/ischemia refrattaria a due anni. Nel gruppo trattato precocemente in modo invasivo il 58% è stato sottoposto a rivascolarizzazione contro il 31% nel gruppo trattato selettivamente. Non si sono osservate differenze significative negli end points primari tra i due gruppi, ma nel gruppo trattato precocemente in modo invasivo si sono osservate più morti (8 vs 1), tutte cardiovascolari (Figura 7). I sanguinamenti sono risultati più frequenti nel gruppo trattato in modo invasivo (HR 6.90). Anche le sottoanalisi di precedenti studi, quali il FRISC II, RITA-3 e TACTICS-TIMI-18, avevano mostra-



Fig. 7

to un beneficio di un trattamento invasivo di routine negli uomini con sindrome coronarica acuta senza sopraslivellamento ST, ma i risultati nelle donne erano contraddittori. La dottoressa Swahn ha concluso con la speranza che i risultati di questo piccolo studio inducano a condurre trials sufficientemente ampi per determinare la sicurezza e l'efficacia di un atteggiamento invasivo di routine nelle donne.

SCOMPENSO CARDIACO ACUTO

Lo scompenso cardiaco è stato scelto come l'argomento principale del Congresso; numerose sessioni sono state dedicate pertanto allo scompenso acuto.

In particolare sono stati presentati i risultati della Euro Heart Survey on Heart Failure II, studio osservazionale prospettico che ha incluso 3580 pazienti ricoverati per scompenso acuto in 133 centri di 33 paesi europei, coinvolgendo unità intensive, divisioni cardiologiche, divisioni mediche e dipartimenti di emergenza. Sono stati inclusi pazienti che presentavano dispnea con segni di congestione e ipoperfusione, congestione polmonare alla radiografia del torace oppure segni di scompenso destro. Da molti relatori è stato ribadito il concetto che lo scompenso acuto non è un'unica entità clinica, ma comprende diverse situazioni, con fisiopatologia, presentazione clinica e prognosi differenti, le più comuni delle quali sono lo scompenso cronico riacutizzato, l'edema polmonare acuto, lo shock cardiogeno, lo scompenso con ipertensione

arteriosa e lo scompenso destro. Tuttavia per semplicità è anche stata proposta la classificazione in scompenso cronico riacutizzato e scompenso acuto de novo. I pazienti con scompenso cronico riacutizzato sono il 62% e differiscono in maniera significativa da quelli con scompenso de novo per la maggiore presenza di malattia coronarica nota, diabete mellito, ipertensione, fibrillazione atriale, insufficienza renale, anemia, BPCO, valvulopatia. I due gruppi differiscono anche per la causa precipitante, che risulta essere una sindrome coronarica acuta nel 42% dei casi nei pazienti con scompenso de novo, contro il 23% nei pazienti con scompenso riacutizzato, mentre in questi ultimi una delle cause precipitanti più frequenti continua ad essere la scarsa compliance alla terapia (31%). Il dato impone una continua riflessione sulla necessità di implementare, in ogni realtà, programmi di gestione dello scompenso cardiaco anche nella fase extraospedaliera. La mortalità ospedaliera risulta elevata (6.6%), maggiore nei pazienti con scompenso de novo rispetto a quelli con scompenso riacutizzato (8.1 vs 5.8%), ma questa tendenza si inverte ad un anno, quando sono i pazienti con scompenso cardiaco riacutizzato ad avere una maggiore mortalità. La mortalità intraospedaliera risulta molto alta nello shock (39%), mentre lo scompenso con ipertensione risulta avere una buona prognosi, sia ospedaliera (mortalità 1.5%) che a distanza. Fattori predittivi di mortalità sono l'età, la creatinina elevata, la pressione arteriosa inferiore a 110, l'iposodiemia, il diabete e il pregres-

so infarto, mentre sono fattori protettivi l'assunzione di ACE inibitori e betabloccanti.

In una sessione sulla classificazione dello scompenso acuto, sulla base dei dati della Euro Heart Survey on Heart Failure II, è stata giudicata come valida nella sua semplicità la classificazione in scompenso cardiaco riacutizzato e scompenso de novo, ma si è ribadito che solo le 7 classi proposte dalle Linee Guida ESC 2005 possono essere utili a fini descrittivi, terapeutici e prognostici.

Per quanto riguarda la valutazione dei pazienti i dati della Survey evidenziano ancora discrepanze rispetto alle linee guida: solo nel 62% dei pazienti osservati è stata effettuata la misurazione della troponina, e l'ecocardiogramma è stato eseguito nel 71% dei pazienti. Sono, inoltre, ancora sotto utilizzati i vasodilatatori (nel 70% dei casi con edema polmonare acuto), la coronarografia (effettuata nel 50% dei casi con diagnosi di sindrome coronarica acuta) e la conseguente rivascularizzazione miocardica, la terapia betabloccante alla dimissione (61%) e l'impianto di ICD (5.8% a tre mesi nei pazienti con FE < 30%).

La CPAP riduce la mortalità nell'edema polmonare acuto?

Sempre sullo scompenso acuto nell'ambito della sessione delle Hot Line sono stati presentati i risultati dello studio 3CPO sull'efficacia della ventilazione non invasiva nei pazienti con edema polmonare acuto cardiogeno. In letteratura era già stata dimostrata in passato l'efficacia della ventilazione non invasiva nella

riduzione dell'acidosi, della frequenza cardiaca e respiratoria rispetto al trattamento con ossigeno in maschera. Una metanalisi pubblicata nel 2005 indicava una riduzione anche di mortalità del 50% (dal 22 all'11%), ma gli studi erano eterogenei e di piccole dimensioni. Lo studio 3CPO ha randomizzato 1069 pazienti con edema polmonare acuto in 26 dipartimenti di emergenza nel Regno Unito, allo scopo di valutare l'efficacia e la sicurezza della ventilazione non invasiva e se questo trattamento sia in grado di ridurre la mortalità. I pazienti sono stati randomizzati a terapia con ossigeno, CPAP (ventilazione continua a pressione positiva) e NIPPV (ventilazione non invasiva a pressione positiva). I parametri clinici (acidosi, frequenza cardiaca e respiratoria) ad un'ora risultano migliorati nei pazienti trattati con CPAP o NIPPV rispetto a quelli trattati con ossigeno, mentre la mortalità a 7 e 30 giorni non è risultata differente tra i tre gruppi (Figura 8). Non si sono osservate differenze tra la CPAP e la NIPPV, che è stata, però, meno tollerata. È interessante inoltre osservare che la percentuale di pazienti con edema polmonare arruolati nello studio che rispondevano all'attuale definizione di infarto miocardico (definito o probabile) arriva quasi al 50%.

VALVULOPATIE

Le valvulopatie sono un problema in estinzione ?

Enriquez Serano ha evidenziato come le valvulopatie siano ben lungi dall'essere un problema in estinzione: attualmente il 2.5% della

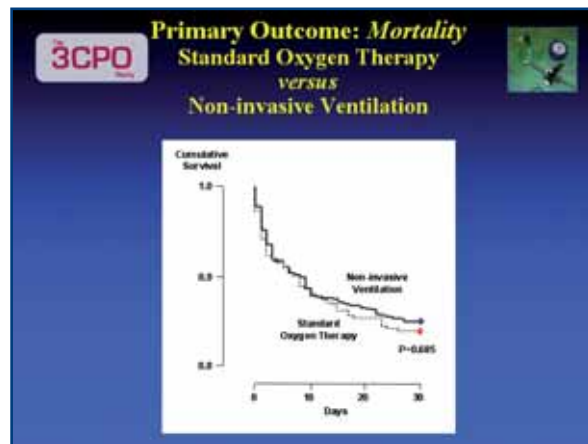


Fig. 8

Prevalence of raised BP, elevated cholesterol, and self-reported diabetes mellitus

EUROASPIRE surveys	Patients (%)			
	With raised BP ^a	With elevated TC ^b (%)	With elevated LDL-C ^c (%)	With diabetes
Survey 1	58.1	94.5	96.4	17.4
Survey 2	58.3	76.7	78.1	20.1
Survey 3	60.9	46.2	47.5	28.0

a. >140/90 mm Hg or >130/80 mm Hg among diabetics
b. 4.5 mmol/L or greater
c. 2.5 mmol/L or greater

Wood D. European Society of Cardiology Congress 2007; September 2, 2007; Vienna, Austria.

Fig. 9

popolazione adulta negli Stati Uniti presenta una valvulopatia, senza considerare il prolasso mitralico e la bicuspidia aortica. Dai dati della Euro Heart Survey on valvular heart disease risulta che la stenosi aortica sia il vizio più frequente, seguita dall'insufficienza mitralica; il 70% dei pazienti sono sintomatici ed il 40% presentano i sintomi dello scompenso cardiaco. Anche nei paesi in via di sviluppo la valvulopatia rimane un problema clinico rilevante, con prevalenza clinica nei bambini in età scolare dello 0.25% e prevalenza ecocardiografica che arriva fino al 2.5%. Pertanto la popolazione mondiale affetta da valvulopatia clinicamente rilevante viene calcolata intorno ai 200.000.000 soggetti, ma questo dato è destinato a crescere nei prossimi anni a causa dell'invecchiamento progressivo della popolazione, nonostante la migliore prevenzione della cardiopatia reumatica, raggiungendo i 250-300 milioni. La presenza di valvulopatia rappresenta un problema clinico importante in quanto è associata ad una mortalità aumentata rispetto alla popolazione generale, con un rischio aumentato anche nei pazienti asintomatici. La valvulopatia è una causa frequente di scompenso acuto (18%) e la presenza di insufficienza mitralica peggiora la prognosi dei pazienti dopo infarto miocardico, aumentando di 4 volte la probabilità di scompenso e di 2 volte la mortalità. L'approccio alle valvulopatie è ancora poco aggressivo: sia la casistica pubblicata dalla Mayo Clinic che quella della Euro Heart Survey il 30% dei pazienti con stenosi aortica severa sintomatica non viene opera-

to, con una mortalità estremamente elevata. Occorre quindi trovare una corretta gestione del paziente anziano con valvulopatia, che ancora frequentemente è considerato troppo o troppo poco sintomatico per affrontare un intervento di sostituzione valvolare. Inoltre Enriquez Serano riporta la progressiva riduzione di mortalità chirurgica nel paziente anziano ottenuta alla Mayo Clinic negli ultimi anni, soprattutto nei pazienti in classe funzionale non avanzata.

PREVENZIONE

Abbiamo migliorato la prevenzione in Europa? Confronto tra lo studio EUROASPIRE I, II e III.

L'ultimo studio EUROASPIRE III è stato condotto in 22 paesi; di questi otto avevano partecipato alle precedenti due surveys (EUROASPIRE I II, del 1994 e del 2000), tra cui l'Italia, per cui è stato possibile effettuare un confronto su un tempo di 12 anni. Sono stati analizzati i dati relativi a 8547 pazienti (rispettivamente 3180, 2975 e 2392 nelle 3 surveys) ad un anno dalla dimissione da un ricovero per sindrome coronarica acuta. La prevalenza del fumo non è cambiata nelle 3 surveys: un paziente su 5 continua a fumare ad un anno dal ricovero. Inoltre la percentuale di fumatori è aumentata tra le donne e tra i pazienti sotto i 50 anni. La percentuale di pazienti in soprappeso (e sono molti) è drammaticamente aumentata nelle 3 surveys: l'aumento medio è stato di 4.9 kg tra la prima e la terza survey. Otto pazienti su 10 sono attualmente soprappeso (BMI >25 kg/m²) e il 38% sono francamente obesi (BMI >30 kg/m²),

contro il 25% nella prima survey. Il 54% dei pazienti presenta attualmente una obesità centrale. Il controllo della pressione arteriosa non è invece cambiato nel tempo: in più della metà dei pazienti non viene ancora raggiunto il target di pressione raccomandato (140/90). Risultati più incoraggianti sono stati invece ottenuti nel controllo della dislipidemia: valori di Colesterolo LDL superiori al target sono stati individuati attualmente nel 47% dei pazienti, mentre nel 1999 la percentuale era superiore al 90%.

La prevalenza di diabete è aumentata nel tempo: dal 17% all'attuale 28%, e in molti casi il diabete non era diagnosticato. Inoltre la percentuale di pazienti con diabete controllato è scesa nel tempo dal 38% al 21%. L'uso di farmaci è aumentato significativamente nel tempo (antiaggreganti, betabloccanti, ACEinibitori/satanici, diuretici, statine), con la sola eccezione dei calcio antagonisti. In conclusione trattiamo correttamente i nostri pazienti dal punto di vista farmacologico, ma lo stile di vita rimane un motivo di preoccupazione, per la scarsa sospensione del fumo e per la crescente prevalenza di obesità, con le prevedibili conseguenze sulla pressione arteriosa e sulla prevalenza di diabete. Emerge quindi sempre più forte l'esigenza di programmi multidisciplinari di prevenzione per tutti i pazienti con cardiopatia ischemica (Figura 9).

Comitati di Coordinamento Aree ANMCO 2007-08

AREA ARITMIE

Chairman: Giuseppe Inama (Crema)

Co-Chairman: Massimo Zoni Berisso (Genova)

Comitato di Coordinamento:

Maurizio Landolina (Pavia)

Claudio Pandozi (Roma)

Orazio Pensabene (Palermo)

Alessandro Proclemer (Udine)

www.anmco.it/aree/elenco/aritmie

AREA CHIRURGICA

Chairman: Claudio Grossi (Cuneo)

Co-Chairman: Luigi Martinelli (Genova)

Comitato di Coordinamento:

Renato Albiero (Palermo)

Carlo Fucci (Ome - BS)

Gianfranco Iacobone (Ancona)

Giuseppe Marinelli (Bologna)

www.anmco.it/aree/elenco/chirurgica

AREA EMERGENZA-URGENZA

Chairman: Gianni Casella (Bologna)

Co-Chairman: Giuseppe Fradella (Firenze)

Comitato di Coordinamento:

Maria Rosa Conte (Rivoli - TO)

Leonardo De Luca (Roma)

Giovanna Geraci (Palermo)

Maddalena Lettino (Pavia)

www.anmco.it/aree/elenco/uticHotLine

AREA INFORMATICA

Chairman: Luigi Paolo Badano (Udine)

Co-Chairman: Guido Giordano (Catania)

Comitato di Coordinamento:

Andrea Bruni (Treviso)

Massimo Magnacca (Lido di Camaiore - LU)

Antonio Mantero (Milano)

Paolo Trambaiolo (Roma)

Coordinatore Comitato CardioWEB ANMCO:

Antonio Di Chiara (Udine)

www.anmco.it/aree/elenco/informatica



AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE

Chairman: Carlo D'Agostino (Bari-Carbonara)

Co-Chairman: Andrea Rubboli (Bologna)

Comitato di Coordinamento:

Amedeo Bongarzoni (Milano)

Iolanda Enea (Caserta)

Loris Roncon (Rovigo)

Oscar Serafini (Cosenza)

www.anmco.it/aree/elenco/circolo

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ

Chairman: Giuseppe Rosato (Avellino)

Co-Chairman: Evasio Pasini (Gussago - BS)

Comitato di Coordinamento:

Roberto Caporale (Cosenza)

Marcello Manfrin (Ancona)

Patrizia Maras (Trieste)

Quinto Tozzi (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/management

AREA NURSING

Chairman: Claudio Coletta (Roma)

Co-Chairman: Vincenzo Martinelli (Tortona - AL)

Comitato di Coordinamento:

Annalisa Fiorillo (Nola - NA)

Lucia Sabbadin (Trento)

Roberto Valle (San Donà del Piave - VE)

Katalin Virag (Firenze)

www.anmco.it/aree/elenco/nursing

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Chairman: Furio Colivicchi (Roma)

Co-Chairman: Stefano Urbinati (Bologna)

Comitato di Coordinamento:

Costanza Burgisser (Firenze)

Soccorso Capomolla (San Angelo dei Lombardi - AV)

Maurizio Di Stasio (Traversa Palasciano - CE)

Stefano Strano (Roma)

www.anmco.it/aree/elenco/prevenzione

AREA SCOMPENSO CARDIACO

Chairman: Fabrizio Oliva (Milano)

Co-Chairman: Michele Senni (Bergamo)

Comitato di Coordinamento:

Nadia Aspromonte (Roma)

Giuseppe Di Tano (Messina)

Adriano Murrone (Perugia)

Alessandro Navazio (Reggio Emilia)

www.anmco.it/aree/elenco/scompenso



Publicato a cura della Commissione congiunta ANMCO – SIMEU il “Documento sul Dolore Toracico”

di Filippo Ottani

Il dolore toracico rappresenta uno dei principali problemi della medicina moderna, costituendo la causa più frequente di accesso in Pronto Soccorso (~5% di tutte le visite effettuate) e rimane una sfida diagnostico-terapeutica, poichè, in caso di diagnosi mancata e dimissione impropria, la mortalità a breve termine è elevata (2-4%). D'altra parte il ricovero sistematico dei pazienti con dolore toracico determina un inutile aumento dei costi. È quindi opportuno un periodo di osservazione di alcune ore (da un minimo di 8-12 ad un massimo di 24-36) finalizzato al riconoscimento di una patologia coronarica acuta. Pertanto, la diagnosi

precoce e la stratificazione di rischio di questi pazienti sono importanti per due motivi: 1) la programmazione del trattamento più tempestivo e idoneo (invasivo o conservativo) e la scelta del reparto di degenza più appropriato (Terapia Intensiva Cardiologica-TIC, degenza cardiologica ordinaria o Medicina d'Urgenza) per coloro in cui viene posta diagnosi di ischemia miocardica acuta, 2) la dimissione precoce per i pazienti in cui quest'ultima viene esclusa. Accanto alla storia anamnestica, esame obiettivo ed elettrocardiogramma è disponibile oggi una schiera di test diagnostici estremamente ampia, che va dai marcatori di necrosi miocardi-

ca di ultima generazione (le troponine), al test da sforzo, alla scintigrafia miocardica, alla TAC “multislice”, alla risonanza magnetica. Tuttavia, a cominciare proprio dai marcatori di necrosi miocardica, esiste una grande confusione su ciò che è da utilizzare (requisito minimo) e ciò che può essere utilizzato solo a fronte di una sua disponibilità “in loco” con costi accettabili. La pratica clinica nei dipartimenti di emergenza-urgenza differisce grandemente sull'intero territorio nazionale così come l'interazione con i colleghi della Cardiologia. Perciò l'ANMCO congiuntamente alla SIMEU, ovvero la Società Italiana di Medicina d'Emer-

Tabella 1: Chest Pain Score

Localizzazione	Punti
Restrosternale, precordiale	+3
Emitorace sn, collo, mandibola, epigastrio	+2
Apex	-1
Carattere	
Oppressivo, strappamento, morsa	+3
Pesantezza, restringimento	+2
Puntorio, pleuritico, pinzettante	-1
Irradiazione	
Braccia, spalla, posteriore, collo, mandibola	+1
Sintomi associati	
Dispnea, nausea, sudorazione	+2
Risultato: SCORE < 4 = dolore “atipico”, bassa probabilità di angina pectoris SCORE ≥ 4 = dolore “tipico”, intermedio-alta probabilità di angina	

genza-Urgenza, ha costituito una Commissione congiunta chiamata ad elaborare un "position paper" per delineare i requisiti minimi necessari a definire un percorso di valutazione del dolore toracico adeguato ed al tempo stesso applicabile in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Dopo un lavoro lungo 2 anni ed un cammino non privo di ostacoli, la Commissione ha prodotto un testo che ha una duplice finalità, ovvero: a) valutare le evidenze scientifiche per l'utilizzo degli strumenti diagnostici e la loro inclusione nel "Percorso di valutazione del Dolore Toracico" (PDT) b) delineare la strutturazione-quadro (requisiti minimi) di un PDT da applicarsi nei singoli ospedali. Il testo pone l'accento sulla importanza della raccolta dei dati anamnestica e clinici mediante una scheda scritta (questionario) che accompagna il paziente dall'ingresso fino al termine del suo percorso, vuoi che questo coincida con la dimissione oppure con il trasferimento in uno specifico reparto. Essa include inoltre un "chest pain score" per valutare la

tipicità/atipicità dei sintomi lamentati dal paziente, sottraendola alla soggettività di ripetute valutazioni (vedi Tabella1). Vengono poi definiti in modo preciso i parametri per la lettura in senso "ischemico" dell'ECG, in modo che essi possano essere condivisi senza equivoci sia dai Cardiologi che dai Medici d'Urgenza, dirimendo così il problema della responsabilità dell'interpretazione del tracciato all'ingresso, anche se viene ribadita l'utilità di una lettura congiunta il più ampia possibile in caso di dubbi iniziali. Nel campo dei marcatori cardiaci, viene conferito un ruolo centrale alle troponine cardiache, come, ormai inequivocabilmente, l'evidenza scientifica dimostra, semplificando al massimo il pannello biochimico con il consiglio di basarsi unicamente sulla loro misurazione e, solo nell'impossibilità di misurarle, di ricorrere al CKMB in misurazione di massa. Alla TAC multislice, il testo dedica un'ampia revisione della letteratura, ma ancora non consiglia la metodica come alternativa valida al percorso "classi-

co", soprattutto per motivi di costi e di sicurezza, data la quantità di radiazioni a cui viene esposto il paziente. Infine il Documento pone l'accento sulla necessità che l'implementazione del "percorso dolore toracico" in ogni singolo ospedale sia seguito da un "team" di 2 persone, un medico d'Urgenza ed un Cardiologo, che si assumano la responsabilità di coordinare sia l'organizzazione dei protocolli interni che la loro "audit" periodica. La Tabella 2, estratta dal lavoro, schematizza i percorsi sanitari delineati dalla Commissione ed avallati da entrambe le Società Scientifiche di settore. Lo sforzo sin qui prodotto richiede ora di essere implementato per cercare di rendere il più omogeneo possibile l'approccio al problema dolore toracico su tutto l'ambito nazionale. Questa è la sfida che la Commissione, a nome di ANMCO e SIMEU e con il sostegno fondamentale dell'Area Emergenza-Urgenza, si è data per i prossimi mesi. Rimanete sintonizzati per seguirne gli sviluppi.



Tabella 2: percorsi sanitari consigliati

Diagnosi (ECG12D + biomarcatori)	Probabilità di SCA	Percorso/azioni consigliate
1) ST-T elevato persistente, BBSn di nuova insorgenza (vedi sezione ECG12D per dettagli)	Molto alta (SCA STEMI)	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione percorso riperfusione vaso responsabile dell'IMA secondo PDT locale; Ricovero in TIC
1) ST↑ slivellato transitorio, ST↓ slivellato, T negative (vedi sezione ECG12D per dettagli) 2) Elevazione tipica delle Troponine al prelievo basale (T o I) ≥99° percentile/ CV-10% (vedi capitoli biomarcatori per dettagli)	Molto alta (SCA NSTEMI/AI)	<ul style="list-style-type: none"> Ricovero in Cardiologia ed in presenza di instabilità emodinamica, eventuale attivazione del Laboratorio di Emodinamica per coronarografia + eventuale rivascolarizzazione urgente
1) ECG12D normale/non diagnostico* (Non modifiche rispetto a ECG12D precedentemente eseguito disponibile per comparazione, alterazioni aspecifiche della rispolarizzazione, BBSn, presenza di ritmo da pace-maker, alterazioni della ripolarizzazione da IVS; vedi sezione ECG12D per dettagli) 2) Assenza di elevazione della troponina al prelievo basale o valori basali ≤99° percentile/ CV-10% (vedi capitoli biomarcatori per dettagli)	Alta/intermedia 1) Alta: - CPS ≥4 con anamnesi positiva per coronaropatia documentata (pregresso IMA, CABG o PCI) - CPS ≥4 con 1 dei seguenti elementi: età >70 anni, diabete mellito, patologia vascolare extracardiaca, sesso maschile 2) Intermedia: - CPS <4 con anamnesi positiva per coronaropatia documentata (pregresso IMA, CABG o PCI) - CPS ≥4 senza nessuno seguenti elementi: età >70 anni, diabete mellito, patologia vascolare extracardiaca, sesso maschile	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione PDT con osservazione in OBI (12-24 ore con ECG12D seriato o monitoraggio continuo, dosaggio troponina almeno 3 prelievi) Se, durante l'osservazione, positivizzazione dell'ECG12D e/o della troponina, percorso come per NSTEMI/AI con terapia secondo protocollo concordato responsabili PDT se ricovero in Medicina d'Urgenza prima del trasferimento in Cardiologia A completamento del percorso attivazione consulenza cardiologica per eventuale programmazione valutazione con test provocativi/imaging in regime di ricovero o post-dimissione (come concordato da PDT locale) Durante periodo di osservazione e fino all'esecuzione dell'eventuale test provocativo/imaging trattamento farmacologico con ASA
1) ECG12D normale/non diagnostico* (Non modifiche rispetto a ECG12D precedentemente eseguito disponibile per comparazione, alterazioni aspecifiche della rispolarizzazione, BBSn, presenza di ritmo da pace-maker, alterazioni della ripolarizzazione da IVS; vedi sezione ECG12D per dettagli) 2) Assenza di elevazione della troponina al prelievo basale o valori basali ≤99° percentile/ CV-10% (vedi capitoli biomarcatori per dettagli)	Bassa CPS <4 Età <70 anni Recente uso di cocaina	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione PDT con periodo di osservazione di almeno 6-8 ore in PS o OBI ed almeno 2 valutazioni della troponina Se, durante l'osservazione, positivizzazione dell'ECG12D e/o della troponina, percorso come per NSTEMI/AI con terapia secondo protocollo concordato responsabili PDT se ricovero in Medicina d'Urgenza prima del trasferimento in Cardiologia Dimissione dal PS Programmazione degli eventuali test provocativi/imaging secondo tempi concordati dal PDT locale Terapia: aspirina, se non controindicata, fino all'esecuzione dell'eventuale test provocativo/imaging

Rapporto costo/beneficio del Laboratorio Digitale di Ecocardiografia

La domanda in assoluto più frequente che mi viene rivolta quando presento la nostra esperienza ai convegni e da chi visita la nostra struttura per rendersi conto di come funziona un laboratorio digitale di ecocardiografia è: quanto costa? Domanda difficile a cui non esiste una risposta unica. I costi dell'acquisizione del software e dell'hardware necessari per implementare il laboratorio digitale di ecocardiografia sono difficilmente generalizzabili in quanto dipendono criticamente dalla dotazione di base di infrastrutture e di hardware del laboratorio e dell'Istituzione, dal tipo e numero di licenze software che si intendono acquistare (numero di stazioni di lavoro attive), numero di esami da archiviare e per quanto tempo ecc. Tuttavia ritengo che, in una logica aziendale, focalizzarsi sul solo costo di implementazione del laboratorio sia un approccio parziale al problema, in quanto procedere all'implementazione di un laboratorio digitale di ecocardiografia dovrebbe rappresentare un investimento di cui, oltre ai costi, andrebbero considerati anche gli eventuali benefici/risparmi attesi.

Guardando la Figura 1 appare evidente che nel laboratorio digitale di ecocardiografia i passaggi che portano al referto sono molto minori e quindi c'è un ovvio risparmio, tuttavia quantificare questo risparmio non è facile perchè molte variabili correlate alla gestione digitale del laboratorio non sono quantificabili: quanti pazienti sono stati dimessi più precocemente perchè il referto è immediatamente disponibile? Quante

diagnosi cliniche sono state fatte più velocemente da quando si ha accesso diretto alle immagini ecocardiografiche? Come migliora la nostra pratica clinica potendo confrontare direttamente le immagini ecocardiografiche con la coronarografia, la risonanza, la TC?

Questi indicatori sono difficilmente verificabili. Tuttavia, alcuni altri indicatori possono essere assunti¹. Intanto la produttività del nostro laboratorio è costantemente aumentata durante gli anni che siamo migrati al digitale (Figure 2 e 3) anche se è difficile assegnare al digitale tutto il merito di questo fatto poiché è cambiata nel contempo la logistica e l'organizzazione del laboratorio e sono arrivate nuove macchine sicuramente più performanti. Nello stesso tempo gli esami sono diventati tecnicamente più complessi (Figura 3) e questo dovrebbe aver compensato molti dei benefici di avere macchine più performanti.

Con il laboratorio digitale di ecocardiografia le spese di carta fotografica (colore e B/N), videocassette e/o dischi magnetico-ottici del laboratorio analogico vengono fortemente ridotte. Ad esempio nel laboratorio di Udine queste spese che nel 2004 sono ammontate a 10.132 €, nel 2005 si sono ridotte a 1.716 € (-83%), senza contare la conseguente riduzione della produzione di materiale altamente inquinante legate al loro utilizzo.

Con l'agenda elettronica, la segretaria riesce a modificare un appuntamento o a cercare l'appuntamento per i pazienti e/o i Reparti che lo hanno smarrito in circa 3 ± 1 sec a



di Luigi Paolo Badano



Figura 1 - L'organizzazione digitale riduce il numero dei passaggi che portano alla produzione dell'esame ecocardiografico rispetto a quanto avviene nel laboratorio di tipo analogico



confronto dei 70 ± 60 sec necessari utilizzando l'agenda cartacea. Tenendo conto che questo tipo di richieste, in un laboratorio ad alto volume come il nostro (inserito in un Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario di III livello) sono circa 4-5 al giorno, il tempo risparmiato dalla segretaria è circa 24 ore lavorative/anno, senza tener conto della fatica e della frustrazione di cercare un nome ed una data su un'agenda cartacea scritta e riscritta più volte e del fatto che molte volte tali appuntamenti non sono mai stati presi e sono pertanto introvabili. Inoltre, con l'utilizzo dell'agenda elettronica e l'attivazione della funzione worklist, i tecnici non devono più digitare i dati anagrafici del paziente sull'ecografo prima di iniziare ad acquisire le immagini (attività che richiede in media 31 ± 8 sec), ma si limitano a digitare il cognome del paziente ed a scegliere il paziente giusto in un elenco di pazienti con lo stesso cognome con un semplice click. In questo modo il popolamento dei vari dati sull'ecocardiografo richiede circa 7 ± 3 sec (riduzione del 77%) con un risparmio annuo di tempo tecnico di 51 ore di lavoro rispetto all'inserimento manuale dei dati sull'ecocardiografo. Ore che possono essere tradotte in altre attività (aggiornamento) ed esecuzione di altri esami isorisorse. Il tempo impiegato dai medici per refertare gli esami si è ridotto dai

600 ± 300 sec per esame necessari per rivederli sulla videocassetta ai 440 ± 300 sec (nonostante i frequenti confronti che oggi si fanno con esami precedenti) impiegati per rivedere gli esami in formato digitale sul personal computer della stanza refertazione. Questo si è tradotto nel 2005 in un risparmio di tempo medico equivalente a 62 giornate lavorative, senza contare il presumibile incremento di qualità dei referti e della prestazione ecocardiografica in generale. Giornate che possono essere investite in altre attività (aggiornamento, pianificazione dell'attività, controlli di qualità ecc.) o per incrementare la produttività. Inoltre, mentre il medico rivede l'esame, il tecnico e l'ecografo continuano a lavorare (acquisendo le immagini di un nuovo paziente), mentre nella gestione analogica sia il tecnico che l'ecografo rimanevano fermi aspettando che il medico finisse di rivedere la videocassetta che risedeva nell'ecografo. L'operatività e la produttività degli ecocardiografi crescono di conseguenza. L'organizzazione digitale del laboratorio consente inoltre di strutturare soluzioni organizzative nuove per affrontare problemi pratici come ad esempio il trasporto al laboratorio dei pazienti degenti che necessitano di un ecocardiogramma², o l'esecuzione di ecocardiogrammi a distanza nei distretti o a domicilio dei pazienti

da parte di personale non medico addestrato con impatto positivo sulla qualità percepita del servizio e sulla riduzione dei costi. Questo tipo di organizzazione è pressoché irrealizzabile con un laboratorio analogico. Questo per dimostrare come in realtà il costo iniziale dell'organizzazione digitale del laboratorio di ecocardiografia rappresenta in realtà un investimento che si traduce in breve tempo in un bilancio costo/beneficio favorevole per il laboratorio di ecocardiografia e per il dipartimento sia in termini clinici che di risorse³.

1 Badano LP, Buiese S, Tosoratti E, Baldassi M, Pavoni D, Gianfagna P, Del Mestre L, Compassi R, Fioretti PM. Measuring the benefits of the digital laboratory of echocardiography. *G Ital Cardiol* 2006; 7 (Abstract Suppl): 115S

2 Badano LP, Buiese S, Tosoratti E, Baldassi M, Pavoni D, Gianfagna P, Del Mestre L, Compassi R, Fioretti PM. Miniaturized systems and certified sonographers allow efficient delivery of echocardiography within the admission departments instead of moving patients to the echo-lab. *G Ital Cardiol* 2006; 7 (Abstract Suppl): 115S

3 Badano LP. "Il laboratorio digitale di ecocardiografia", PICCIN Editore, Padova 200

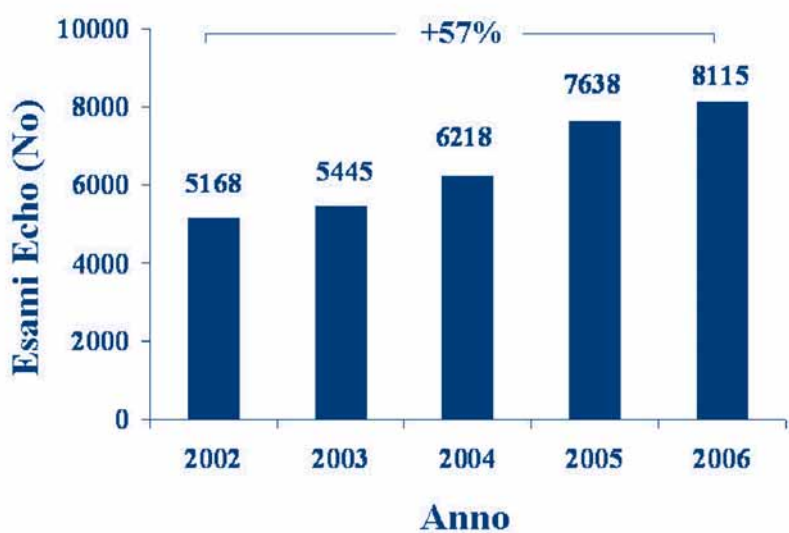


Figura 2 - Evoluzione dell'attività del laboratorio di ecocardiografia di Udine negli anni in cui si è realizzata la trasformazione a digitale

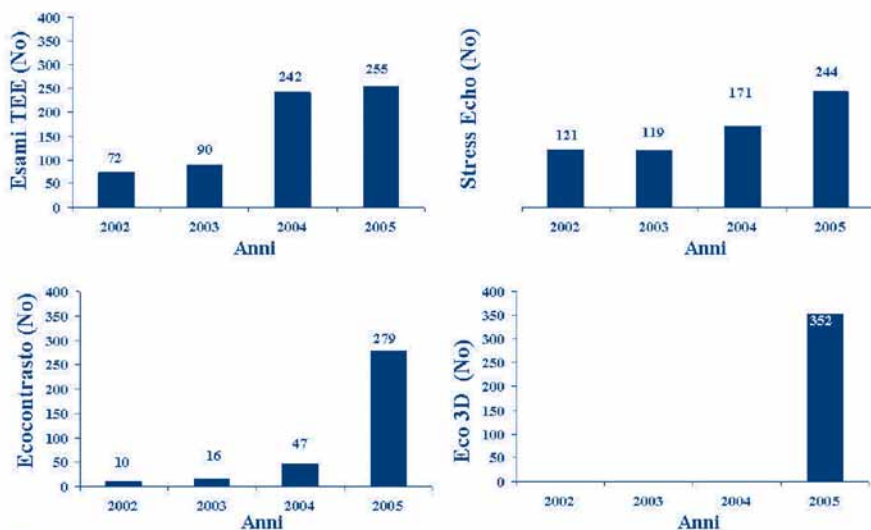


Figura 3 - Evoluzione qualitativa dell'attività del laboratorio di ecocardiografia di Udine negli anni in cui si è realizzata la trasformazione a digitale

Studio epidemiologico sulla incidenza della Ipertensione Arteriosa Polmonare nei laboratori di Ecocardiografia in Italia

di Carlo D'Agostino

L'Ipertensione Arteriosa Polmonare è spesso un riscontro occasionale, che avviene per la prima volta in un laboratorio di Ecocardiografia. Il dato, che può essere di importanza vitale rimane frequentemente un numero su una scheda diagnostica che sarà o meno presa in considerazione da altri medici. Non sappiamo, ad oggi con che frequenza questo riscontro avviene e che peso esso avrà nel successivo iter decisionale.

In precedenti occasioni avevamo proposto uno studio epidemiologico osservazionale sulla incidenza di Ipertensione Arteriosa Polmonare nei laboratori di Ecocardiografia Italiani. La proposta si è concretizzata in un protocollo che è stato presentato al Comitato Scientifico

della Cardiologia”.

Negli ultimi anni l'attenzione crescente della letteratura verso l'Ipertensione Arteriosa Polmonare, ha indotto la comunità cardiologica a riconsiderare l'importanza della Ecocardiografia quale primo passo diagnostico in questo tipo di pato-

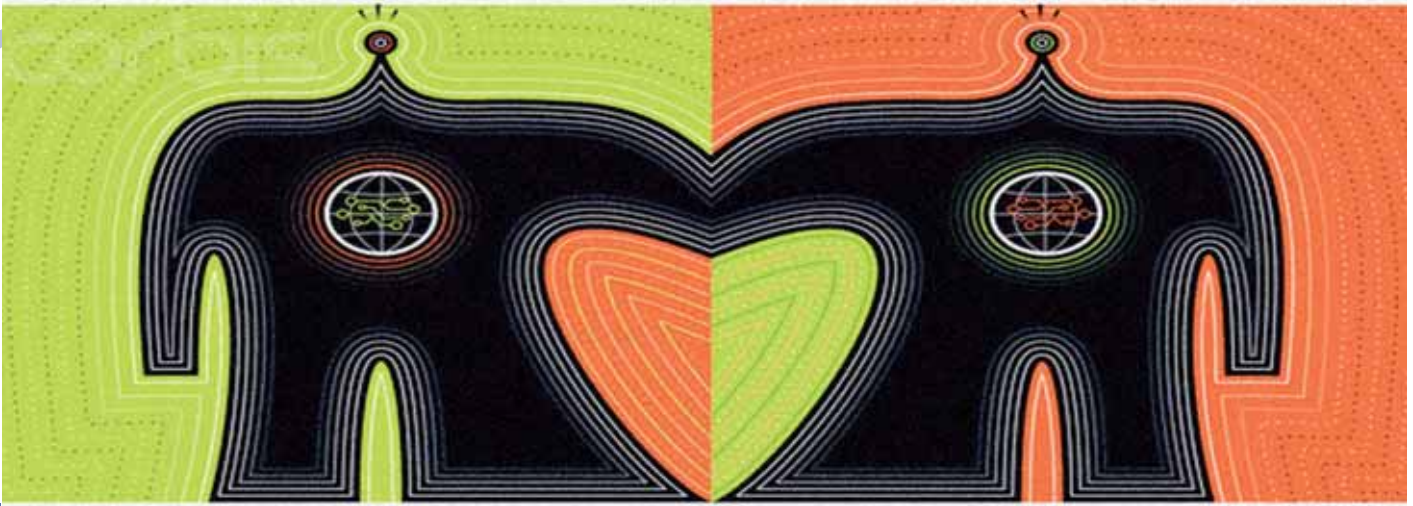
Due settimane per “osservare” con che frequenza viene rilevata questa patologia nei nostri laboratori

co dell'ANMCO per la definitiva formalizzazione ed approvazione e che richiederà l'adesione spontanea di Cardiologi, Ecocardiografisti che diano conto di pochi semplici dati circa i pazienti che vengono valutati presso i loro laboratori in un periodo di osservazione di due settimane. Iolanda Enea e Stefano Ghio hanno elaborato una scheda dati di facile compilazione che è stata valutata e discussa nell'ambito dell'Area. Pensiamo di dare una risposta ad alcuni dei quesiti che rappresentano il rationale qui di seguito presentato.

Il ventricolo destro è stato per lungo tempo considerato “la Cenerentola

logia. D'altro canto, la Ipertensione Arteriosa Polmonare è una malattia vascolare che, inizialmente confinata alle piccole arterie, attraverso la fibrosi dell'intima e l'ipertrofia della media, porta ad un aumento delle resistenze vascolari polmonari, a ipertensione polmonare e a conseguente scompenso cardiaco destro che può portare a morte il paziente in pochi anni dalla diagnosi.

Molteplici patologie, a differente eziologia, portano a tali lesioni vascolari e sono state ben definite dalla classificazione di Venezia del 2003. Si sa che l'epoprostenolo migliora la sopravvivenza di questi pazienti e che nuovi farmaci, quali gli antagonisti



recettoriali dell'endotelina e gli inibitori delle fosfodiesterasi, ne migliorano la capacità funzionale.

Scopo dell'indagine proposta vuole essere:

- 1) Sensibilizzare gli ecocardiografisti sul territorio nazionale a porre analogia attenzione al ventricolo destro oltre che al ventricolo sinistro;
- 2) Valutare la reale incidenza della ipertensione arteriosa polmonare di qualsiasi natura nei nostri laboratori di ecocardiografia;
- 3) Valutare la eziologia prevalente e gli eventuali fattori di rischio in modo da quantificare la entità delle singole categorie di ipertensione arteriosa polmonare e da indirizzare i casi sospetti di ipertensione arteriosa polmonare ai centri di riferimento nazionale per una migliore definizione diagnostica e una precoce applicazione terapeutica farmacologica e/o chirurgica.

Per effettuare tale studio, di tipo epidemiologico, osservazionale in un arco di tempo di due settimane, potranno essere inclusi tutti i pazienti nei quali, alla osservazione, si riscontrano ipertensione arteriosa polmonare. Ad ogni laboratorio ecocardiografico sarà chiesto di compilare, alla fine di ogni giornata lavorativa, una scheda riassuntiva che indichi sia il numero di pazienti valutati sia, approssimativamente, le loro tipologie. Per ogni

malato, invece, con ipertensione polmonare (velocità di rigurgito tricuspide $\geq 3\text{m/sec}$, pressione polmonare sistolica stimata all'eco $\geq 45\text{ mmHg}$) bisognerà completare una scheda clinico/strumentale. Sarà richiesto, ove possibile, di allegare copia dell'esame ecocardiografico effettuato. Ci aspettiamo in tal modo di poter avere una stima del problema "ipertensione arteriosa polmonare" in Italia dall'osservatorio epidemiologico dei nostri laboratori di ecocardiografia i quali, a nostro avviso, possono e debbono costituire una rete per la segnalazione ai centri di riferimento di tale rara patologia. Appena completato l'iter procedurale, sarà comunicata la data di inizio della raccolta dati.

Fin da ora i Cardiologi interessati possono comunicarci la loro eventuale adesione al progetto agli indirizzi di posta elettronica delle Aree ANMCO aree@anmco.it o direttamente all'indirizzo della Dott.ssa Enea coordinatrice del progetto: i_enea@hotmail.com.

Lo studio epidemiologico, osservazionale sarà condotto per due settimane, presso i Laboratori di Ecocardiografia che aderiranno all'iniziativa

Sensibilizzare gli ecocardiografisti al problema, valutare incidenza ed eziologia della Ipertensione Polmonare nel laboratorio di Eco, questi i principali obiettivi dello studio

Comunicare la vostra adesione per posta elettronica all'indirizzo: aree@anmco.it oppure: i_enea@hotmail.com



“ Il fine della formazione aziendale è quello di far sì che ogni singolo operatore posseda le competenze cliniche adeguate per poter assolvere un particolare ruolo nei processi diagnostico-terapeutici nei quali è coinvolto ”

La Formazione aziendale come nuova forma di ECM

di Evasio Pasini

Riflessioni introduttive

La formazione per il personale sanitario è una condizione essenziale del Sistema Sanitario di un Paese moderno ed è prevista da tutti i sistemi qualità implementabili nel contesto sanitario quali Joint Commission, VRQ, ISO e EFQM e dai criteri del Governo Clinico.

Qualche anno fa è iniziata la sperimentazione delle attività formative del personale sanitario definita Educazione Continua in Medicina (ECM). Essa si basava sull'accREDITAMENTO, da parte di esperti nominati dal Ministero, dei singoli eventi formativi. Tale sistema prevedeva una griglia che assegnava crediti formativi in base ad esempio alla tipologia dell'evento, alla sua durata, al numero di partecipanti o alla partecipazione di relatori internazionali.

Il sistema ECM, nella sua prima versione, aveva un importante limite: l'attività formativa era finalizzata quasi esclusivamente all'acquisizione dei crediti formativi ed i momenti formativi spesso non erano collegati alle attività svolte nella pratica quotidiana dai singoli operatori sanitari.

Tale sperimentazione ha di fatto esaurito il suo ruolo.

Da qualche mese il sistema ECM è in forte divenire. Tra le novità di rilievo si ricorda:

i) l'accREDITAMENTO non più dei sin-

goli eventi ma dei Provider (organizzazioni quali Aziende Ospedaliere pubbliche e private, ASL, Società Scientifiche accreditate ad organizzare eventi formativi);

ii) la regionalizzazione degli accREDITAMENTI (di fatto saranno le regioni a governare il processo formativo degli operatori sanitari).

In aggiunta, si deve ricordare la crescente limitazione delle risorse economiche ed umane delle aziende sanitarie che hanno visto ridursi la possibilità per il personale sanitario di poter seguire eventi formativi di lunga durata o lontani dalla sedi di lavoro.

Da quanto detto in precedenza diventa importante identificare nuovi strumenti formativi che siano utili sia per l'operatore sanitario che per l'azienda nella quale egli/ella opera. Tali strumenti formativi dovranno anche essere di basso costo, di buona qualità e collegati con i reali bisogni quotidiani degli operatori.

Uno strumento formativo che riteniamo abbia un ruolo importante nel divenire dei processi formativi è la Formazione Aziendale (FA). Tale formazione si esplica all'interno della Azienda nella quale il singolo operatore sanitario opera tenendo conto dei reali bisogni di competenza e conoscenza degli operatori stessi. Il fine della formazione aziendale è quello di far sì che ogni singolo operatore posseda le competenze cliniche

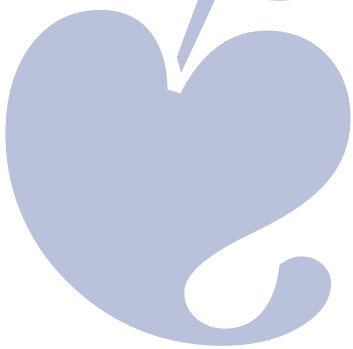
adeguate per poter assolvere un particolare ruolo nei processi diagnostico-terapeutici nei quali è coinvolto. Tale modello dovrebbe risultare utile agli operatori, in particolare ai più giovani, in quanto la formazione e l'aggiornamento continuo sono lo strumento per accrescere le loro professionalità e, si spera, il loro potere contrattuale. Strumento essenziale della FA è il Piano Formativo Aziendale (PFA). Il Piano Formativo Aziendale dovrà tuttavia prevedere un livello di flessibilità affinché, nel periodo di validità, possano essere inserite quelle attività di formazione che si rendessero necessarie, come pure modificare attività formative per le quali si evidenzino condizioni di non appropriatezza.

Il PFA dovrà essere costruito sulla base dei bisogni e delle proposte che, all'interno dell'azienda, saranno espressi dai singoli operatori, dai dirigenti di struttura e dall'alta direzione e dovranno essere armonizzati e valutati in una visione unificante sia in termini di priorità che di budget. Il PFA dovrà prevedere tutti gli step dall'analisi dei bisogni formativi alla valutazione/verifica dei risultati del processo formativo.

A tal proposito si possono identificare alcune fasi correlate di seguito riportate.

Analisi dei bisogni.

Ogni azione formativa deve respon-



dere ad un bisogno identificato e dichiarato.

Importante è dichiarare il personale sanitario che sarà coinvolto nell'evento formativo. Il bisogno può avere origine ad esempio da:

- acquisizioni di competenze cliniche di nuovo assunto,
- acquisizione di nuova competenza sulla base di nuove apparecchiature o tecniche,
- nuovi obiettivi di UO o dell'Azienda, della regione o del ministero,
- risultati di indicatori di processo o esito dei vari processi o da verifiche della soddisfazione dell'utenza.

Individuazione degli obiettivi formativi e del personale coinvolto.

Essi nascono dalla soddisfazione dei bisogni identificati in precedenza.

Classificazione dell'evento Formativo Aziendale (Interno o "sul campo").

Identificazione di strumenti e metodi della formazione.

Utile specificare come avviene la formazione e identificare quali risorse vengono usate. Indispensabile stabilire le persone coinvolte, i tempi, i ruoli, i responsabili scientifici inclusi i Tutor, gli strumenti e le tecniche didattiche da usarsi (es: Formazione a distanza in specifiche fasi dell'evento formativo)

Definizione dei processi di valutazione

Essa può essere fatta a più livelli di complessità.

La valutazione potrà essere eseguita:

- al termine del momento formativo (es: hanno i discenti capito quello che si è detto, hanno partecipato all'evento, si sono impegnati, ecc.)
- sulle ricadute organizzativa/sanita-

rie (in base al tipo di evento formativo erogato) a breve – medio termine. Tale valutazione prevede l'uso di indicatori, relazioni di Tutor, colloqui, documenti prodotti, risultati di soddisfazione dell'utenza, ecc.

Utile sarebbe prevedere già in fase di progettazione l'attribuzione di crediti formativi dei professionisti coinvolti nel processo formativo quali Formandi, Docenti, Tutor, Responsabili di progetto, ecc.

Il Piano Formativo Aziendale deve essere elaborato con cadenza annuale e dovrebbe contenere due tipologie formative:

- 1) Formazione residenziale interna,
- 2) Formazione sul "campo".

Formazione residenziale interna

Tra le varie attività formative previste dalla Formazione Aziendale Interna (FAI) si possono annoverare le seguenti attività:

- Partecipazione a congressi
- Corsi residenziali
- Lezione/discussione
- Dimostrazione
- Lavoro in piccolo gruppo
- Attività al letto del malato
- Analisi di casi
- Journal club
- Role playing
- Tirocinio/stage
- Studio individuale
- Formazione a distanza

Attività di formazione "sul campo"

Nell'ambito della FA la formazione "sul campo" riveste un particolare interesse.

A tal proposito occorre mettere in

evidenza che numerose e spesso difficilmente classificabili sono le attività "sul campo" che soddisfano i criteri dell' ECM sopra individuati.

A nostro avviso nell'ambito della formazione "sul campo" si possono identificare le seguenti attività:

- Partecipazione a commissioni e comitati
- Audit clinico
- Partecipazione a gruppi di miglioramento
- Attività di addestramento
- Attività di ricerca

Riflessioni conclusive

Il prossimo imminente futuro ci riserva nuove forme di ECM. Tra queste nuove forme avrà un ruolo importante la formazione aziendale. Nella implementazione e gestione della formazione aziendale avranno un ruolo fondamentale le Società Scientifiche (SS) che dovranno identificare e divulgare specifiche competenze per i singoli operatori sanitari coinvolti in attività/processi sanitari preventivi - diagnostici - terapeutici - riabilitativi. In aggiunta, in ogni singola azienda, le SS potranno proporsi come garanti sia dei contenuti scientifici dei vari eventi sia della formazione acquisita dal personale. Si richiede pertanto azioni culturali e di coinvolgimento dei Cardiologi operanti sia nelle strutture pubbliche che private al fine di diventare attori e non semplici spettatori dei processi formativi aziendali quali strumenti della nuova ECM.

Il Nursing Italiano al Congresso Annuale della Società Europea di Cardiologia (E.S.C.)

Novità per l'Area Nursing: adesso siamo in Europa!

di L. Sabbadin e K. Virag

Essere Infermieri oggi ha sicuramente una valenza molto diversa da quello che poteva avere 20 anni fa. Oggi le condizioni professionali e socio-culturali sono cambiate modificando radicalmente la domanda di salute che ci perviene.

L'apertura al confronto tra professionisti costituisce un grande strumento di analisi e di crescita professionale ed in questo senso, quest'anno più che mai, si sono create le condizioni per avvicinarci un po' di più ai colleghi d'Europa.

In occasione del Congresso Annuale della ESC si è svolto il Meeting del Comitato delle Società Nazionali (NSC) del Consiglio del Nursing Cardiovascolare e delle Professioni Alleate (CCNAP). Alla riunione, accanto ai rappresentanti dei vari paesi europei quest'anno ha partecipato per la prima volta anche l'Italia, rappresentata dalla Sig.ra Katalin Virag, Infermiera presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi di Firenze e Componente del Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing ANMCO.

Cos'è il CCNAP?

Il Consiglio del Nursing Cardiovascolare e delle Professioni Alleate è stato inaugurato ufficialmente a Barcellona il 5 settembre 2006. Si è sviluppato dal Gruppo di Lavoro del Nursing Cardiovascolare, formatosi nel 1991 con l'obiettivo di coordinare le attività degli Infermieri e quelle delle pro-

fessioni alleate nell'ambito cardiovascolare, all'interno dei vari Gruppi della ESC. L'attuale trasformazione da Gruppo di Lavoro in Consiglio, la costruzione e lo sviluppo delle nuove strutture rappresentano la principale sfida per il CCNAP. È fondamentale promuovere nel Nursing Cardiovascolare e nelle Professioni Alleate la pratica clinica, la formazione e la ricerca in Europa. Per costruire una forte organizzazione il Consiglio ha bisogno di professionisti competenti ed attivi, disposti ad impegnarsi in questa importante fase di sviluppo.

Obiettivi del CCNAP

- Promuovere ed organizzare ricerca e formazione per Infermieri di Cardiologia
- Raccogliere e scambiare informazioni riguardo la ricerca e le attività nursing tramite una rete internazionale
- Progettare e coordinare ricerche scientifiche
- Contribuire all'organizzazione, preparazione e diffusione dell'annuale Congresso ESC
- Organizzare il Meeting Annuale di Primavera di Nursing Cardiovascolare
- Promuovere e supportare il Giornale Europeo di Nursing Cardiovascolare (EJCVN), il giornale ufficiale del Consiglio
- Definire appropriate raccomandazioni per la ESC riguardo al campo del nursing cardiovascolare tramite il nucleo del Consiglio

- Contribuire alla Task Force per lo sviluppo e l'incremento delle linee guida ESC nella pratica clinica
- Collaborare con altri Consigli, Gruppi di Lavoro all'interno della ESC, con le Società Nazionali di Nursing Cardiovascolare e con il Consiglio dell'Associazione Americana di Cardiologia (AHA) in Nursing Cardiovascolare
- Esplorare le attività delle professioni alleate all'interno della ESC coinvolgendole eventualmente come parte attiva all'interno del Consiglio.

Struttura Organizzativa del CCNAP

Comitato delle Società Nazionali - National Societies Committee (NSC)

È il primo Comitato formatosi all'interno del CCNAP. I membri del NSC sono tutti gli attuali Presidenti delle Società Nazionali Europee in Nursing Cardiovascolare. L'obiettivo del Comitato è di incrementare la collaborazione e la comunicazione tra tutte le Società Nazionali di Nursing.

Struttura Organizzativa del NSC

Il Chair del NSC è il rappresentante del Board CCNAP con responsabilità verso il NSC.

Il NSC è formato dai Presidenti delle Società Nazionali di Nursing Cardiovascolare.

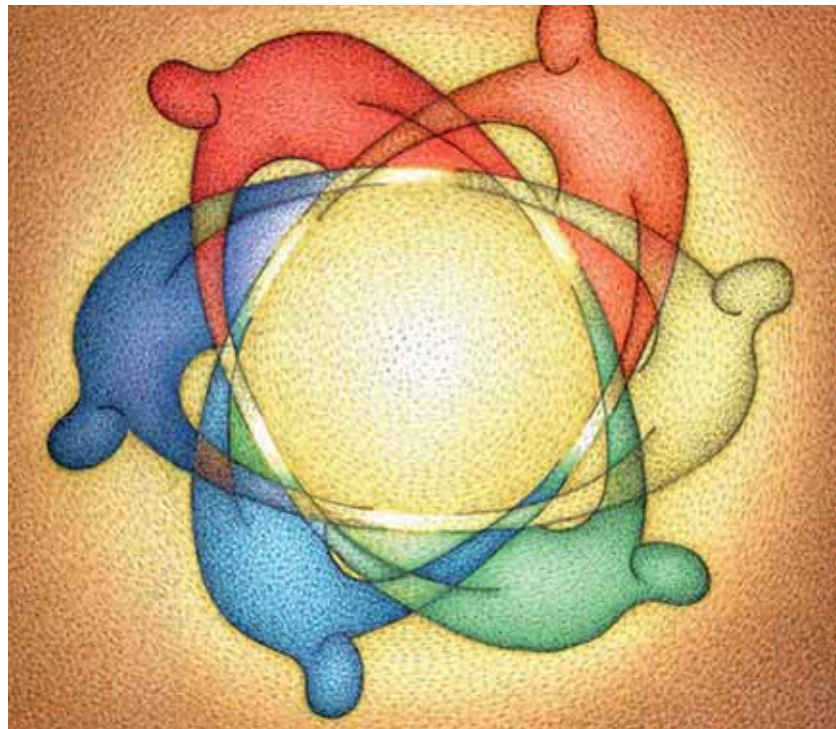
Comitato di Nomina

L'obiettivo del Comitato di Nomina è di garantire un processo di nomina

“ In occasione del Congresso Annuale della ESC si è svolto il Meeting del Comitato delle Società Nazionali del Consiglio del Nursing Cardiovascolare e delle Professioni Alleate

Per costruire una forte organizzazione il Consiglio ha bisogno dei professionisti competenti ed attivi, disposti ad impegnarsi in questo importante fase di sviluppo

”



trasparente per le posizioni vacanti nel CCNAP. Il Comitato sarà guidato dal Past - Chair del CCNAP e sarà composto dai rappresentanti del Comitato delle Società Nazionali, Comitato di Formazione, Comitato di Programma Scientifico e Comitato Consultivo.

Comitato di Programma Scientifico

Per garantire il rigore scientifico e la qualità dei programmi di formazione continua per gli Infermieri, il CCNAP ha creato un Comitato di Programma Scientifico.

Comitato Consultivo

Lo scopo del Comitato Consultivo è supportare il CCNAP su specifici temi di cura cardiovascolare, pratica professionale, formazione per Infermieri cardiovascolari e professionisti alleati, valorizzando il contributo degli Infermieri che collaborano.

Comitato UNITE (Undertraking Nursing Interventions Throughout Europe)

UNITE è un Gruppo di ricerca formatosi dal Gruppo di Lavoro di Nursing Cardiovascolare. Lo scopo principale del gruppo di studio UNITE è di promuovere e gestire studi di ricerca internazionali che abbiano un impatto significativo sulla cura dei cardiopatici, in particolare pazienti cardiologici con una cattiva qualità di vita e uno scarso controllo dei sintomi nonostante la terapia medica.

Nursing Council dell'American Heart Association

Uno degli obiettivi primari del CCNAP è stabilire e mantenere collegamenti con altri gruppi o associazioni nel campo del nursing cardiovascolare.

Dopo molti anni di collaborazione informale tra il Consiglio di Nursing dell'American Heart Association (AHA) ed il Gruppo di Lavoro di Nursing Cardiovascolare (ora Consiglio di Nursing Cardiovascolare e Professioni Alleate) i due gruppi, durante il Congresso dell'AHA del 2002, hanno formalizzato la loro collaborazione.

Giornale Europeo di Nursing Cardiovascolare – European Journal of Cardiovascular Nursing (EJCVN)

Un'importante iniziativa del CCNAP è stata la fondazione del Giornale Europeo di Nursing Cardiovascolare (EJCVN) nel 2002. Il giornale raccoglie e pubblica contributi riferiti alle conoscenze del nursing cardiovascolare basati sulle evidenze e promuove la ricerca. Articoli originali orientati a migliorare la qualità di cura nei vari settori, malattie cardiologiche croniche ed acute, cardiologia pediatrica, malattie congenite, riabilitazione cardiovascolare, prevenzione primaria e secondaria, SCA, cardiologia interventistica, management infermieristico trovano posto nel

giornale europeo.

La pubblicazione del giornale avviene quattro volte all'anno (www.escardio.org/journals)

Conclusioni

Riteniamo che questo organismo possa diventare veramente un importante momento di apertura e confronto con i colleghi europei. Si è creata una rete di professionisti che dà e chiede contributi, e gli Infermieri di oggi hanno tutti gli strumenti culturali per prendere parte a questo scambio anche a livello europeo. Di fatto, la tumultuosa evoluzione dell'assistenza infermieristica, evidente in ambito cardiologico ma non solo, merita senz'altro di essere condivisa con i colleghi interessati attraverso tutti i canali disponibili, e il CCNAP rappresenta un formidabile strumento per realizzare questo scopo.

Per ulteriori informazioni:
www.escardio.org/nursing

Le nuove Linee Guida Europee per il trattamento dell'ipertensione arteriosa

Novità, conferme, limiti e pregi

di F. Colivicchi, S. Urbinati e M.G. Abrignani

Tra i fattori di rischio fanno il loro ingresso la pressione differenziale ed una alterata glicemia a digiuno o da carico, mentre scompare la PCR

Tra gli indici di danno d'organo vengono introdotti il calcolo della clearance della creatinina con la formula di Cockcroft e del filtrato glomerulare con quella MDRD

Si conferma che il beneficio sostanziale della terapia è legato alla riduzione dei valori tensivi di per sé

Il target inferiore a 130/80 mmHg viene esteso ai pazienti con serie condizioni associate, come infarto miocardio, ictus, insufficienza renale cronica e proteinuria.

Le nuove Linee Guida Europee* dell'ipertensione arteriosa ad opera dell'apposito comitato della ESH e della ESC, presentate al XVIIth European Meeting on Hypertension svoltosi nello scorso giugno a Milano e successivamente pubblicate, aggiornano, a causa dell'accumularsi di nuove evidenze diagnostico-terapeutiche, quelle del 2003, conservandone però l'impostazione generale e senza sostanziali cambiamenti. Nel capitolo su definizione e classificazione i valori soglia sono rimasti invariati per la misurazione clinica e leggermente modificati per quanto riguarda il monitoraggio ambulatoriale e l'automisurazione (Box 1). Viene confermata l'importanza, ai fini della stratificazione del rischio, in aggiunta ai valori pressori, della presenza di fattori di rischio aggiuntivi, danno d'organo (ora definito subclinico), diabete mellito e pregresse malattie cardiovascolari o renali; viene però fatto un esplicito riferimento alla sindrome metabolica, che assume lo stesso valore prognostico della presenza di tre fattori di rischio, danno d'organo o diabete, richie-

dendo una valutazione diagnostica più accurata. Inoltre ai pazienti con pregressa patologia cardiovascolare e renale, anche se con pressione arteriosa normale, viene attribuito un rischio aggiuntivo molto elevato piuttosto che elevato come in precedenza. Molte novità sono introdotte nei fattori di rischio, tra cui fanno il loro ingresso la pressione differenziale (negli anziani) ed un'alterata glicemia a digiuno (>102 mg/dl) o da carico, mentre scompare la proteina C reattiva. Inoltre sono rivisti i valori cut-off per le varie forme di dislipidemia (la colesterolemia scende da 250 a 190, l'LDL colesterolo da 155 a 115 e l'HDL nelle donne da 48 a 46 mg/dl), mentre compare anche una trigliceridemia superiore a 150 mg/dl. Tra gli indici di danno d'organo subclinico vengono introdotti la misurazione della velocità dell'onda di polso carotidea-femorale (> 12 m/sec), l'indice caviglia/braccio (<0.9) ed alcuni parametri di funzionalità renale: il calcolo della clearance della creatinina con la formula di Cockcroft e Gault e del filtrato glomerulare con quella MDRD. Tra i diversi marker, il

* Mancia G, de Backer G, Dominiczak A et al: 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertension 2007;25:1105-1187.

massimo valore è assegnato all'ecocardiogramma, allo spessore medio-intimale carotideo, alla funzionalità renale, alla microalbuminuria ed alla distensibilità arteriosa, tutti parametri, ad eccezione dell'ultimo, tutto sommato fattibili e a costi non elevati. Le novità tra i test di routine e raccomandati sono indicate nel Box 2. Di particolare rilievo l'automisurazione: viene raccomandato di evitare che il paziente effettui misurazioni troppo numerose, ma di consigliarla subito prima dell'assunzione dei farmaci, per avere dati sulla durata dell'effetto terapeutico.

Le evidenze terapeutiche

Anche alla luce della recente metanalisi del BPLTTC, si conferma che il beneficio sostanziale della terapia è legato alla riduzione dei valori tensivi di per sé, anche se alcuni effetti favorevoli sembrano essere meglio esercitati da alcune classi di farmaci. I calcioantagonisti, meno utili nella prevenzione dello scompenso cardiaco, sembrano più utili nei confronti della prevenzione dell'ictus, mentre gli ACE-inibitori in quella degli eventi coronarici. Viene confermato l'effetto protettivo dei farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina sulla funzionalità renale. A differenza delle Linee Guida americane che considerano i tiazidici il trattamento di prima scelta nel paziente con ipertensione lieve non complicata, tutti i farmaci antipertensivi hanno pari dignità come trattamento di prima scelta, anche perché la maggior parte dei pazienti necessita di più farmaci per raggiungere il valore pressorio desiderato. Viene

ancora lasciata al medico ampia discrezionalità nella scelta del regime terapeutico (monoterapia o associazioni, a dosaggio variabile) purché si raggiunga il goal tensivo. La terapia deve essere però personalizzata sulla base delle caratteristiche cliniche e delle comorbidità. Qualora quindi non esistano condizioni specifiche, la scelta dovrà tener conto del costo, della tollerabilità e della presenza di controindicazioni.

Per quanto riguarda il momento in cui iniziare il trattamento, scompare purtroppo la flow chart esaurientemente esemplificativa presente nelle Linee Guida 2003, che viene sostituita da una tabella che riporta, in corrispondenza delle singole classi identificate dai livelli pressori e dai fattori di rischio/danno d'organo/patologie concomitanti, il tipo di intervento consigliato. Le Linee Guida prevedono che la terapia vada iniziata immediatamente nei pazienti con ipertensione severa e nei pazienti con malattia cardiovascolare e renale (almeno fino a valori pressori di 120/80 mmHg).

L'obiettivo pressorio per la maggior parte dei pazienti rimane sotto i 140/90 mmHg, ma mentre nel precedente documento il raggiungimento di valori minori di 130/80 mmHg era raccomandato solo ai diabetici, ora viene esteso ai pazienti con infarto miocardico, ictus, insufficienza renale cronica e proteinuria.

Un paragrafo a parte è dedicato ai pazienti con fibrillazione atriale cronica, in cui è necessario mantenere la sistolica sotto i 140 mmHg per prevenire il rischio di ictus e di emorragie. Viene citato l'effetto

dei farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina sulla riduzione delle recidive. La sindrome da apnea notturna viene inserita tra le cause di ipertensione resistente e viene ampliato lo spazio dedicato alle emergenze ipertensive ed all'ipertensione maligna, nonché all'individuazione delle cause di ipertensione secondaria, anche se con considerazioni generiche e senza indicare valori di cut-off per i test diagnostici.

Sotto il profilo del rigore metodologico è stato osservato che il documento non rispetta i tre item necessari per qualificarlo "EBM based":

- identificazione del ruolo dei componenti del gruppo di progetto: non viene indicato chi sia stato incaricato di selezionare e valutare la qualità delle pubblicazioni scientifiche e di assemblare le singole evidenze in raccomandazioni di buon comportamento clinico;

- identificazione delle fonti di evidenza e del metodo di ricerca sistematica delle evidenze di buona qualità: non è specificato come sia stata condotta la ricerca bibliografica ed in particolare i criteri di inclusione e di esclusione dei lavori;

- identificazione di un livello di forza delle singole raccomandazioni: viene sostenuta la necessità di raccomandazioni che non abbiano valenza di protocolli coercitivi e che valorizzino la scelta personale del medico, unica figura in grado di "personalizzare il trattamento".

Le raccomandazioni non sono pertanto accompagnate da informazioni di grading sul rispettivo "livello di forza e/o evidenza", cioè su affidabilità ed efficacia. Inoltre il problema



dell'implementazione è analizzato in modo generico, il documento non garantisce la contestualizzazione operativa delle indicazioni nei setting locali e non include materiale di supporto a livello operativo (versione "light", algoritmi, istruzioni per il paziente, ecc.). Infine non sono descritti indicatori di monitoraggio e di audit per misurare la performance

basale degli operatori e l'effettiva adozione delle raccomandazioni, e non si entra nei dettagli sul rapporto costo/efficacia degli interventi. Nonostante le suddette limitazioni, l'aggiornamento di queste Linee Guida rappresenta comunque un utile strumento operativo in prevenzione cardiovascolare. Quello che apprezziamo maggiormente è il richiamo

alla stratificazione del rischio cardiovascolare globale ed alla prevenzione non farmacologica.

	2003	2007
Misurazione clinica	140/90	140/90
Monitoraggio ambulatoriale delle 24 ore	125/80	125-130/80
Periodo diurno	/	130-135/85
Periodo notturno	/	120/70
Domiciliare	135/85	130-135/85

Box 1: valori soglia di pressione arteriosa (mmHg) per la diagnosi di ipertensione arteriosa

test di routine	test raccomandati
Colesterolemia LDL	Test di tolleranza al glucosio
Funzionalità renale valutata con le formula di Cockcroft-Gault o MDRD	Misurazione della distensibilità arteriosa (pulse wave velocity), se disponibile
Microalbuminuria (in precedenza raccomandata solo per i diabetici)	Misurazione dell'indice caviglia-braccio
	Esame del fundus oculi (in precedenza riservato all'ipertensione severa)
	Monitoraggio ambulatoriale delle 24 ore
	Automisurazione della pressione arteriosa

Box 2: nuovi test di routine e raccomandati per la diagnosi di ipertensione arteriosa



Statine nello Scompenso Cardiaco Cronico

Razionale e prospettive future

di *Mariantonietta Ciccoira*

Le statine sono farmaci efficaci nel ridurre gli eventi cardiovascolari e la mortalità in prevenzione primaria e secondaria della cardiopatia ischemica. Dati recenti derivati da piccoli studi randomizzati o da analisi post-hoc di grandi trials hanno evidenziato benefici clinici anche nello SCC

Introduzione

Gli inibitori della HMG-CoA reduttasi, o statine, sono farmaci efficaci nel prevenire e trattare le malattie cardiovascolari, riducendo la mortalità e gli eventi maggiori in pazienti

rici, per arrivare agli studi animali e clinici.

Considerazioni teoriche

Nonostante la forte evidenza scientifica in favore dell'utilizzo delle

con coronaropatia stabile. Analisi retrospettive suggeriscono anche un effetto protettivo nel post-infarto, con miglioramento a breve termine della sopravvivenza. Le statine inoltre migliorano la prognosi dei pazienti sottoposti a procedure coronariche percutanee o endoarterectomia, e dei pazienti emodializzati o in corso di sepsi. Nello Scompenso Cardiaco Cronico (SCC), al contrario, non esistono evidenze di efficacia dimostrata attraverso trials clinici, poiché i pazienti affetti da SCC sono stati sistematicamente esclusi dagli studi sulle statine nella cardiopatia ischemica. I dati che abbiamo oggi a disposizione derivano da analisi retrospettive o studi osservazionali, studi prospettici di piccole dimensioni, con mancanza di uniformità in termini di dosaggio e molecole utilizzate. In questa breve revisione prenderemo in esame i risultati degli studi di mortalità nello SCC, partendo dai presupposti teo-

statine nella cardiopatia ischemica e nella prevenzione di questa, non vi sono ancora dati sufficienti per rispondere al quesito se questi farmaci possano apportare benefici clinici anche in pazienti con SCC. In particolare mancano informazioni sulla sicurezza e sulla efficacia delle statine nello scompenso cardiaco. Bisognerà chiarire se debbano essere trattati solo i pazienti con cardiopatia ischemica o se viceversa l'utilizzo vada esteso anche ai pazienti con SCC di diversa eziologia, ed inoltre saranno necessarie delle indicazioni sui dosaggi corretti. Nel prendere queste decisioni, per guidare la terapia è corretto basarsi su surrogati comunemente utilizzati nella cardiopatia ischemica (ad es. LDL colesterolemia) o sarebbe invece opportuno considerare altri endpoints, come il rimodellamento ventricolare, che rappresenta un processo fisiopatologico fondamentale nello SCC?

L'utilizzo delle statine nello SCC è attualmente discutibile, poiché questa condizione rappresentava un criterio di esclusione nei grandi trials

Le statine determinano una serie di effetti favorevoli nello SCC, dal miglioramento della funzione sistolica ad una riduzione delle aritmie e dell'infiammazione

Dati preliminari derivati da piccoli studi animali o analisi post-hoc di grandi trials suggeriscono un effetto prognosticamente favorevole delle statine nello SCC

Attualmente sono in corso due grandi trials sugli effetti prognostici della rosuvastatina nello SCC; i risultati dimostreranno l'utilità del farmaco indipendentemente dall'eziologia

Riduzione della colesterolemia: il vero obiettivo?

Una recente ipotesi (teoria lipoproteine - endotossina) suggerisce che nello SCC elevate concentrazioni di colesterolo totale potrebbero avere un ruolo protettivo. Secondo tale teoria, le lipoproteine potrebbero contribuire a modulare le citochine proinfiammatorie ed il lipopolisaccaride batterico (LPS), presente in elevate concentrazioni nel circolo periferico a causa della traslocazione batterica attraverso la parete intestinale in condizioni di congestione del circolo splanchnico. La conseguenza sarebbe un miglioramento della funzione ventricolare sinistra, poiché sia le citochine che il LPS hanno effetti inotropi negativi. Da questo punto di vista, la riduzione delle lipoproteine sarebbe quindi sfavorevole, in quanto porterebbe all'incremento di citochine e LPS con conseguenze negative per la funzione sistolica. Inoltre, analisi retrospettive dimostrano che paradossalmente elevati livelli di colesterolo totale sarebbero protettivi nei pazienti con SCC, indipendentemente dall'eziologia sottostante. Rimane però da stabilire se esista una differenza prognostica tra pazienti con ipocolesterolemia indotta dalle statine e pazienti non in trattamento ipolipemizzante.

Potenziati effetti benefici delle statine

I meccanismi sottostanti ai benefici clinici osservati durante trattamento con statine sono numerosi ed ampia-

mente dimostrati. La maggior parte di questi sono legati ad un effetto sul rimodellamento ventricolare e le aritmie, entrambi surrogati di mortalità nello scompenso cardiaco. Ad esempio, lo SCC è caratterizzato da una disautonomia, la quale a sua volta correla con la gravità della malattia ed il rischio di morte, e che viene migliorata dalla terapia con statine. Nel post-infarto le statine comportano ulteriori vantaggi, inibendo la deposizione di matrice extracellulare, esercitando un effetto antinfiammatorio diretto attraverso l'inibizione delle citochine, ed interagendo con il sistema renina-angiotensina. Più specificamente, le statine inibiscono l'ipertrofia miocardica indotta dall'angiotensina II e sono in grado di prevenire l'apoptosi miocitaria. Inoltre, le statine inducono l'espressione di eNOS, stimolando quindi la produzione di ossido nitrico. In modelli animali di infarto miocardico, la marcata riduzione di mortalità osservata durante trattamento con atorvastatina è strettamente legata alla ridotta fibrosi interstiziale nella zona non infartuata rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, le statine hanno una dimostrata capacità angiogenica e favoriscono la riendotelizzazione dopo un danno ischemico.

Dati clinici: infiammazione, rimodellamento e prognosi

Esistono in letteratura numerosissime pubblicazioni relative all'effetto delle statine sul rimodellamento e sulla funzione ventricolare sinistra, che si associano ad un significativo miglioramento della qualità della vita

e della classe funzionale NYHA. Un piccolo studio prospettico, randomizzato, controllato con placebo ha dimostrato un significativo miglioramento della frazione di eiezione, una concomitante riduzione della volumetria ventricolare sinistra ed una riduzione di citochine proinfiammatorie in pazienti con cardiomiopatia dilatativa idiopatica trattati con atorvastatina (20 mg) per un periodo di dodici mesi. Per quanto riguarda l'effetto delle statine sulla prognosi dei pazienti con SCC, abbiamo a disposizione numerose analisi retrospettive, anche di grandi trials clinici. Nello studio OPTIMAAL, i pazienti con SCC post-infarto trattati con statine avevano una riduzione del rischio

di morte del 46% rispetto ai pazienti non in terapia ipolipemizzante; un effetto simile è stato dimostrato in analisi post-hoc di altri studi randomizzati (ELITE-II, 4S, Val-HeFT, CIBIS II). Dall'analisi di un altro studio retrospettivo comprendente più di 5000 pazienti, un dato interessante riguardava l'effetto delle statine sul rischio di morte indipendentemente dall'eziologia dello SCC.

Prospettive future

Nonostante la numerosità degli studi con statine nello SCC, in letteratura non sono ancora disponibili risultati su endpoint forti, come mortalità ed ospedalizzazione. Attualmente sono in corso due grandi trials clinici, il

GISSI-HF ed il CORONA, di cui presto avremo i risultati, che valutano gli effetti del trattamento con rosuvastatina sulla prognosi nello SCC. Nel frattempo, i dubbi sull'utilità delle statine nello SCC sono ancora numerosi: quale statina usare? A che dosaggio? Che surrogato utilizzare per verificarne l'efficacia? Finché non sarà disponibile l'evidenza di beneficio in termini prognostici, l'uso delle statine nello SCC dovrà essere di volta in volta valutato pesando i potenziali rischi e benefici nel singolo paziente. Attualmente sembrerebbe opportuno limitare l'utilizzo delle statine in quei pazienti con una concomitante patologia per cui le statine si siano già dimostrate efficaci.

Bibliografia

1. Scandinavian Simvastatin Survival Study Investigators (1994). Randomised trial of cholesterol lowering in 4,444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 344, 1383-9.
2. Heart Protection Study Collaborative Group (2002) MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 360, 7-22.
3. Stenestrand, U. and Wallentin, L. (2001) Early statin treatment following acute myocardial infarction and 1-year survival. *JAMA*, 285, 430-6.
4. Chan, A. W., Bhatt, D. L., Chew, D. P. et al. (2002) Early and sustained survival benefit associated with statin therapy at the time of percutaneous coronary intervention. *Circulation* 105, 691-6.
5. McGirt, M., Perler, B., Brooke, B. et al. (2005) 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors reduce the risk of perioperative stroke and mortality after carotid endarterectomy. *J. Vasc. Surg.* 42, 829-6.
6. Yasuda, H., Yuen, P., Hu, X., Zhou, H. and Star, R. (2006) Simvastatin improves sepsis-induced mortality and acute kidney injury via renal vascular effects. *Kidney Int.* 69, 1535-42.
7. Khush, K. (2006) Effects of statin therapy on the development and progression of heart failure: mechanisms and clinical trials. *J. Card. Failure* 12, 664-74.
8. Rauchhaus, M., Coats, A. J. and Anker, S. D. (2000) The endotoxin-lipoprotein hypothesis. *Lancet* 356, 930-3.
9. Rauchhaus, M., Clark, A., Doehner, W. et al. (2003) The relationship between cholesterol and survival in patients with chronic heart failure. *J. Am. Coll. Cardiol.* 42, 1933-40.
10. Go, A., Lee, W., Yang, J., Lo, J. and Gurwitz, J. (2006) Statin therapy and risks of death and hospitalization in chronic heart failure. *JAMA, J. Am. Med. Assoc.* 296, 2105-11.
11. Pliquet, R. U., Cornish, K. G., Peuler, J. D. and Zucker, I. H. (2003) Simvastatin normalizes autonomic neural control in experimental heart failure. *Circulation* 107, 2493-8.
12. Bauersachs, J., Galuppo, P., Fracarollo, D. et al. (2001) Improvement of left ventricular remodelling and function by hydroxymethylglutaryl coenzyme A reductase inhibition with cerivastatin in rats with heart failure after myocardial infarction. *Circulation* 104, 982-7.
13. Martin, J., Denver, R., Bailey, M. and Krum, H. (2005) In vitro inhibitory effects of atorvastatin on cardiac fibroblasts: implications for ventricular remodelling. *Clin. Exp. Pharmacol. Physiol.* 32, 697-701.
14. Feron, O., Dessy, C., Desager, J. and Balligand, J. (2001) Hydroxy-methylglutarylcoenzyme A reductase inhibition promotes endothelial nitric oxide synthase activation through a decrease in caveolin abundance. *Circulation* 103, 113-8.
15. Nahrendorf, M., Hu, K., Hiller, K.-H. et al. (2002) Impact of hydroxymethylglutaryl coenzyme A reductase inhibition on left ventricular remodeling after myocardial infarction. *J. Am. Coll. Cardiol.* 40, 1695-00.
16. Krum, H., Ashton, E., Reid, C. et al. (2007) Double-blind, randomized placebo-controlled, parallel-group, multicenter, phase III study to assess the impact of high-dose HMG CoA reductase inhibitor therapy on ventricular remodeling, pro-inflammatory cytokines and neurohormonal parameters in patients with chronic systolic heart failure. *J. Card. Failure* 13, 1-7.
17. Node, K., Fujita, M., Kitakaze, M. et al. (2003) Short-term statin therapy improves cardiac function and symptoms in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. *Circulation* 108, 839-43.
18. Horwich, T., MacLellan, W. and Fonarow, G. (2004) Statin therapy is associated with improved survival in ischemic and non-ischemic heart failure. *J. Am. Coll. Cardiol.* 43, 642-8.
19. Sola, S., Mir, M., Rajagopalan, S., Helmy, T., Tandon, N. and Khan, B. (2005) Statin therapy is associated with improved cardiovascular outcomes and levels of inflammatory markers in patients with heart failure. *J. Card. Failure* 11, 607-12.
20. Foody, J., Shah, R., Galusha, D., Masoudi, F., Havranek, E. and Krumholz, H. (2006) Statins and mortality among elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation* 113, 1086-92.

Consigli Regionali ANMCO 2007-08

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 (Pollicoro - 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 Salituri (Rossano - CS)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

CAMPANIA

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

EMILIA ROMAGNA

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

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

LAZIO

Presidente: Fabrizio Ammirati (Ostia - RM)
Consiglio Regionale: Paolo Azzolini (Roma), Carmela Bisconti (Roma), Massimo Ciavatti (Roma), Carlo Citone (Roma), Enrico Natale (Roma), Serafino Orazi (Rieti), Roberto Ricci (Roma), Giorgio Scaffidi (Roma)
www.anmco.it/regioni/elenco/lazio

LIGURIA

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

LOMBARDIA

Presidente: Antonio Maffrici (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 Pilone (Campobasso), Costanzo Spedalieri (Larino - CB), Dante Staniscia (Termoli - CB)
www.anmco.it/regioni/elenco/molise

P.A. BOLZANO

Presidente: Andrea Erlicher (Bolzano)
Consiglio Regionale: Martin Erckert (Merano - BZ), Peter Knoll (Bolzano)
www.anmco.it/regioni/elenco/bolzano

P.A. TRENTO

Presidente: Giovanni D'Onghia (Trento)
Consiglio Regionale: Giuseppe Brait (Trento), Fulvio Cozzi (Rovereto - TN), Marcello Disertori (Trento), Massimiliano Maines (Rovereto - TN)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

Presidente: Rita Trincherio (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 (Sciaccà - AG), Giuseppina Maura Francescò (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

NEWS dalla Calabria

Cardiologie Aperte Calabria 2007

Cardiologie aperte in Calabria: adesione di 18 Unità Operative con programmi personalizzati nei vari ospedali

di Marilena Matta

54

I cittadini sono stati numerosi in tutti gli ospedali della Calabria e a tutti quelli che ne hanno fatto richiesta sono state "offerte" prestazioni da quelle più semplici - visita ed elettrocardiogramma, misurazione della PA e della circonferenza addominale - a quelle più complesse come il controllo del colesterolo ed ecocardiogramma.

Anche quest'anno i calabresi hanno risposto con entusiasmo e partecipazione all'ormai usuale invito che le Unità Operative di Cardiologia hanno rivolto ai cittadini di aderire all'evento: "Cardiologie Aperte 2007" promossa dall'ANMCO-HCF che quest'anno ha avuto come slogan "il tuo cuore lavora per te tutti i giorni, per un giorno lavora per lui".

Sono state 18 le Cardiologie che in Calabria hanno spalancato le porte e domenica 30 settembre il personale infermieristico e i Cardiologi sono stati disponibili a fornire prestazioni e informazioni su come mantenere il cuore sotto controllo. Una volta l'anno non sono i cittadini a chiedere prestazioni ma sono i Cardiologi a invitare i cittadini a recarsi gratuitamente all'ospedale. Sono state tante le iniziative personalizzate, tenendo conto delle proprie risorse interne e della realtà locale.

I cittadini sono stati numerosi in tutti gli ospedali regionali e a tutti quelli che lo richiedevano sono state "offerte" prestazioni da quelle più semplici, come visita ed elettrocardiogramma, misurazione della PA e della circonferenza addominale, a quelle più complesse come il controllo del colesterolo e l'ecocardiogramma.



Rossano: Codex Purpureus

Nell'ospedale di Rossano è stato misurato anche il colesterolo, a Rogliano, come nelle passate edizioni, gli Operatori Sanitari sono stati a disposizione dell'utenza per soddisfare qualsiasi esigenza di carattere informativo-educazionale e a piccoli gruppi i cittadini hanno visitato i locali delle diagnostiche strumentali. A Corigliano sono stati impegnati due Cardiologi e due infermieri che hanno eseguito la mattina visite cardiologiche ed elettrocardiogrammi e il pomeriggio sono stati eseguiti esami ecocardiografici.

A Cetraro, poiché alcune scuole hanno risposto all'invito, i ragazzi con le insegnanti hanno visitato la cardiologia. Sono stati eseguiti ecocardiogrammi per dimostrare il funzionamento dell'apparecchio utilizzato e spiegare come è importante anche nei bambini tenere sotto controllo il cuore.

I MMG si sono prodigati molto per la buona riuscita dell'evento ed è stata

molto apprezzata la lettera che con largo anticipo è stata inviata loro per sensibilizzare i propri assistiti.

Le Associazioni di volontariato vicini alla cardiologia hanno contribuito alla buona riuscita della manifestazione facendo partecipare tutti gli iscritti all'evento.

In tutte le cardiologie è stato proiettato il cd rom e sono state fornite informazioni sugli opuscoli distribuiti. Dai questionari che sono stati compilati si desume però che ancora bisogna sensibilizzare i cittadini su come correggere lo stile di vita perché regna molta confusione e tanta disinformazione. Un dato interessante rispetto agli altri anni è che molti giovani hanno visitato le cardiologie. A Cetraro infatti su 80 persone intervenute il 50% è stato costituito da ragazzi tra i 15 e i 27 anni. Il motivo è forse da ricercare nella sensibilizzazione nelle scuole e nei centri sportivi distribuendo in tempo locandine e veicolando l'informazione a mezzo stampa locale invitando i giovani a farsi visitare. I ragazzi nel compilare il questionario si sono dimostrati interessati all'evento e sperano che l'iniziativa venga riproposta ogni anno chiedendo come tema per il prossimo anno "sport e cardiopatie". Anche tante donne hanno partecipato all'evento e hanno chiesto approfondimenti sui temi connessi alla donna in menopausa. Le domande sono state numerose ma in particolare modo si è parlato di obesità e di circonferenza addominale come fattore di rischio coronario. È stato proposto come titolo per Cardiologie Aperte 2008 "Il cuore nella donna".

Spunti e sensazioni dal Congresso Regionale Marche 2007

Nei giorni 12 e 13 ottobre 2007 si è svolto, nella splendida cornice di Portonovo di Ancona, il Congresso Regionale Marche 2007, con il concomitante Cardionursing nella giornata del 13 ottobre (Fig. 1). Contestualmente al Congresso abbiamo avuto il piacere e l'onore di ospita-

co Lucchetti; il Rettore dell'Università Politecnica delle Marche, Chiarissimo Professor Marco Pacetti; la Facoltà di Medicina rappresentata dal Professor Alessandro Rappelli; il Presidente Nazionale INRCA, Don Vinicio Albanesi; il Segretario Generale della Regione Marche, Dottor Mario Conti; ha fatto gli onori di casa il Direttore Generale della Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, Dottor Gino Tosolini; le Società Scientifiche



Fig. 1

Il Congresso Regionale Marche 2007

Una sfida riuscita ed un impulso a migliorare ulteriormente

re il Consiglio Direttivo ANMCO per una delle riunioni periodiche, cosa che ha consentito di confermare l'attenzione del "centro" verso la "periferia" ed ha riscosso il plauso dei Soci della Regione. Il Convegno, che si embricava in un unicum "funzionale" con una delle "Giornate Cardiologiche del Lancisi" (nella quale hanno apportato un eccellente contributo con brillantissime relazioni, tra gli altri, Luigi Oltrona Visconti, Luigi Tarantini, i Professori Giuseppe Ambrosio e Luigi Padeletti) è risultato molto interessante dal punto di vista scientifico, vista la valentia dei Relatori e Moderatori invitati (circa 75, di cui 50 extra-regione), ed è stato anche un buon successo di pubblico con un numero complessivo di iscritti (Medici ed Infermieri) di circa 250, anche extra-regione. Hanno partecipato la loro vicinanza con la presenza alla manifestazione: il Presidente della V Commissione della Regione Marche, Mar-

rappresentate da cariche nazionali sono state la FIC (Dottor Giuseppe Di Pasquale), la SIC (Professor Fernando Maria Picchio); la Società Italiana di Cardiochirurgia (Dottor Ettore Vitali); l'AIAC (Dottor Michele Gulizia); la SIEC (Professoressa Maria Penco); il GITIC (Signora Giovanna Ciccardi); la HCF è stata rappresentata dall'Amministratore Delegato Dottor Salvatore Pirelli.

Il Convegno è stato introdotto dal Presidente dell'ANMCO, Dottor Francesco Chiarella ed ha visto una prima parte della giornata caratterizzata dai Simposi Congiunti ANMCO-SIEC sulla valutazione ecocardiografica del paziente con insufficienza mitralica, ed ANMCO-AIAC sulla fibrillazione atriale; il livello scientifico veramente elevato è testimoniato dai questionari di gradimento dei partecipanti e dalla fama dei Relatori e Moderatori (si allega per brevità, e per non dimen-

di Domenico Gabrielli a nome del Consiglio Direttivo Regionale Marche



Fig. 2

Congresso Regionale ANMCO Marche 2017 dal 11 al 12 maggio 2017	
9.00	Inaugurazione del Congresso <i>Saluto delle Autorità</i>
9.15	Introduzione <i>F. Chiarella (Pietra Ligure - SV)</i>
9.30	SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO- SIEC La valutazione ecocardiografica del paziente con insufficienza mitralica <i>Coordinatore: N. Ciampani (Senigallia - AN)</i> <i>Moderatori: M. Penco (L'Aquila), G. Di Pasquale (Bologna)</i>
9.30	La valutazione ecocardiografica dell'insufficienza mitralica <i>G. La Canna (Milano)</i>
9.50	Quali informazioni il chirurgo richiede al cardiologo per stabilire modi e tempi della correzione della insufficienza mitralica - il punto di vista del cardiocirurgo <i>G. Iacobone (Ancona)</i> - il punto di vista del cardiologo <i>M. Cecconi (Ancona)</i>
10.30	Il follow-up post - operatorio <i>M. Pepi (Milano)</i>
12.00	SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-AIAC La fibrillazione atriale <i>Coordinatore: P. Bocconcelli (Pesaro)</i> <i>Moderatori: P. Scipione (Ancona), M. Gulizia (Catania)</i>
12.00	La fibrillazione atriale: dimensioni del problema, inquadramento clinico e fisiopatologico <i>L. Padeletti (Firenze)</i>
12.20	Valutazione ecocardiografica del paziente con FA. Quali parametri, quali criteri <i>F. Mureddu (Roma)</i>
12.40	l'ablazione della FA nel paziente con FA "lone", con cardiopatia ipertensiva, con scompenso cardiaco, con valvulopatia mitralica <i>A. Dello Russo (Roma)</i>
13.00	Discussione

ticarne alcuno il programma, Fig. 2), in particolare ci preme ringraziare Gian Francesco Mureddu, per aver sacrificato parzialmente i lavori del Consiglio Direttivo per presentare il suo eccellente contributo scientifico. Nella mattinata sono state tenute due magnifiche Letture Magistrali, una sullo stato dell'arte della valvuloplastica percutanea (F. Maisano) e l'altra sulle interazioni fra cuore e rene, magistralmente tenuta da Edoardo Gronda. Nel pomeriggio da segnalare gli altri splendidi simposi, il primo sulla prevenzione della fibrillazione atriale, distinto dai contributi di Paolo Verdecchia, Aldo Pietro Maggioni e Fernando Picchio ed il secondo, quello congiunto ANMCO-GISE, che ha visto le relazioni di Alessandro Boccanelli, Gennaro Santoro, Marino Scherillo e Zoran Olivari e che ha stimolato una vivace discussione visti

gli argomenti trattati. La giornata si è conclusa con altre due eccellenti Letture, la prima di Gian Piero Perna (un Up-Date in prevenzione cardiovascolare) e l'altra tenuta da Giuseppe Di Tano sull'utilizzo dei marcatori biochimici nella diagnostica dello scompenso.

La giornata di sabato ha visto il Simposio del mattino (comune con il Cardionursing) incentrato sulle reti assistenziali per lo scompenso cardiaco, articolato in due sessioni. La prima sui modelli nazionali, che è stata eccellente come testimoniato dalla presenza di alcuni fra gli estensori del Documento di consenso sullo scompenso (Andrea Di Lenarda, Vincenzo Cirrincione e Giovanni Pulignano). Splendida anche la relazione di Michele Senni sui PDT; la parte infermieristica è stata animata dalla presentazione sul ruolo dell'Infer-

miera tenuta da Elisabetta Simonetti, anch'essa di alto valore.

La seconda sessione, che prevedeva la discussione sulla situazione regionale, ha visto gli eccellenti contributi del Dottor Gino Tosolini sul ruolo delle aziende ospedaliere, e del Dottor Alberto Deales, Dirigente della ARS Marche, che ha presentato il percorso congiunto (ARS-ANMCO) di implementazione della "Consensus sullo scompenso" previsto a livello regionale, con le aspettative e la temporizzazione. La successiva Tavola Rotonda, anche essa molto interessante e valida per i contributi scientifici di alto livello prodotti, sul ruolo dei professionisti, ha visto impegnati colleghi Cardiologi e non (Fig. 3) ed è stato uno spaccato significativo della situazione reale sul campo, tanto che si è prodotta una vivace discussione sull'argomento.

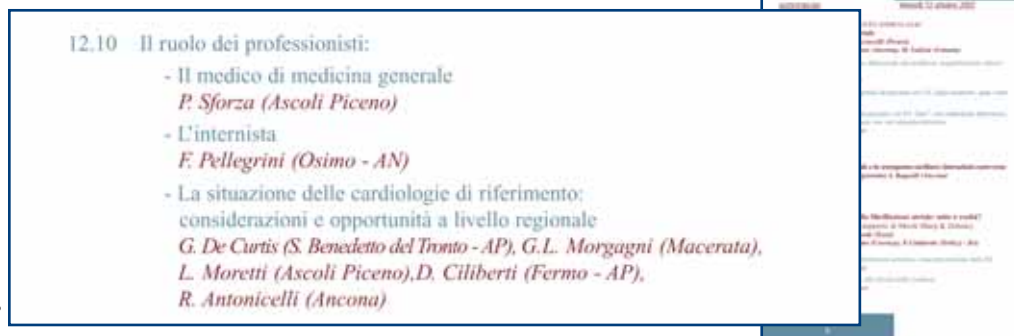


Fig. 3

Prima della ripresa dei lavori pomeridiani si è tenuta l'Assemblea dei Soci delle Marche, con il Consiglio Direttivo Regionale in carica che ha presentato il consuntivo del lavoro svolto in questi mesi ed il programma per i prossimi, ed ha ottenuto il consenso sui programmi ed il riconoscimento dell'impegno profuso da parte dell'Assemblea.

Nel pomeriggio abbiamo assistito alla splendida lettura del Dottor Fabrizio Oliva, Chairman dell'Area Scompensato Cardiaco, sulle Linee Guida per il trapianto cardiaco (chi scrive si scusa della ripetitività degli aggettivi usati per descrivere i contributi scientifici, ma effettivamente c'è l'orgoglio di presentare una realtà che è stata di altissimo livello culturale).

Il Simposio successivo ha presentato un efficacissimo Up-Date sullo scompensato cardiaco acuto, con gli eccellenti contributi di Gian Piero Perna, Ettore Vitali, Christopher Munch e Gianfranco Alunni.

In contemporanea si sono svolti i lavori del Cardionursing che hanno visto la splendida Lettura di Rossella Gilardi ed il successivo Simposio tenuto da Relatori di provenienza regionale, che ha permesso di conoscere le varie realtà locali con contributi di notevole livello culturale. La vicinanza dell'ANMCO nazionale è stata testimoniata dalla presenza come Moderatori di Claudio Coletta, Chairman dell'Area Nursing, e di Quinto Tozzi, Chairman della stessa Area nel biennio 2005 - 2006 ed attualmente componente del Comitato di Coordinamento dell'Area Management & Qualità.

L'ultima Sessione del Congresso, nuovamente in comune con il Cardionursing, ha visto una messa a punto sull'importanza della multidisciplinarietà nello scompensato cardiaco con i contributi alla discussione apportati dai Relatori e Moderatori, ed ha chiuso validamente i lavori. In contemporanea si sono svolti i lavori del Consiglio Direttivo Regionale con la pianificazione delle prossime attività.

Durante i giorni del Congresso si sono anche svolte due riunioni fra rappresentanti dei Consigli Direttivi Regionali di Abruzzo, Umbria e Marche (Gerardo Rasetti, Paolo Verdecchia, Gianfranco Alunni, Laura Piccioni e gli scriventi) dedicate alla pianificazione di un unico Congresso interregionale ANMCO per il 2008.

Considerazioni conclusive

Innanzitutto desideriamo ringraziare tutti gli amici e colleghi che hanno preso parte al Congresso e ne hanno consentito la realizzazione ed il successo, anche a costo di sacrifici personali, che abbiamo molto apprezzato. In particolare un grazie sentito al Presidente ed al Consiglio Direttivo ANMCO per aver accettato l'invito ed essersi sottoposti a dei disagi per aver cambiato la sede abituale della riunione, e qui ricordiamo gli amici non ancora menzionati (Alessandra Chinaglia, Matteo Cassin, Mario Chiatto, Giovanni Gregorio e Giuseppe Palazzo), unico assente Giampaolo Scorcu che purtroppo non ha potuto essere con noi; un grazie di cuore alla "nostra" Simona Saracco, ed alla Segreteria ANMCO in toto,

che si è sobbarcata un pesante lavoro per consentire la realizzazione di tutto questo.

La vicinanza di tutta l'Associazione è stata testimoniata dalla presenza di quasi tutte le Regioni direttamente tramite i Presidenti o mediante la presenza di Soci, ringraziamo ad esempio Michele Cannone in rappresentanza di Pasquale Caldarola, Presidente della Puglia e Giuseppe Cacciatore per il Lazio.

A consuntivo della manifestazione rimane la soddisfazione di una buona partecipazione di pubblico nonostante le ben note contemporaneità di eventi di questo periodo, un piccolo neo è stato rappresentato dalla presenza di Infermieri leggermente inferiore alle aspettative (anche qui hanno giocato la contemporaneità di altri due eventi locali nella stessa giornata); tutto ciò comunque ci dovrebbe forse indurre a ragionare criticamente, come Società Scientifica, sulla attuale regolamentazione dell'aggiornamento ECM ed a proporre dei correttivi in merito.

In sostanza testimoniamo, come Consiglio Direttivo Marche, ed a nome degli organizzatori, la soddisfazione per una esperienza faticosa, ma estremamente gratificante dal punto di vista umano e scientifico, che ci auguriamo di poter ripetere in futuro, migliorandone i punti critici laddove presenti, e che ha comunque dimostrato la vivacità e la sostanziale unità di intenti della cardiologia marchigiana all'interno della Associazione.



Il 28 e 29 settembre si è tenuto a Torino il Convegno Regionale ANMCO dal titolo “La morte improvvisa dal neonato all’adulto: un evento sempre inevitabile?”. L’argomento della morte improvvisa è stato scelto in quanto “fil rouge” che unisce tutti gli aspetti della Cardiologia. Pertanto il Convegno ha visto il fondamentale coinvolgimento, oltre che della SIC (Società Italiana di Cardiologia), anche di AIAC (Associazione Italiana di Aritmologia e Cardioritmo), GISE (Gruppo Italiano Studi Emodinami-

mia nei pazienti ricoverati per infarto, e rendono possibile il confronto sul trattamento dello STEMI con il PRIMA, analoga survey del 2005. La partecipazione dei giovani Cardiologi al Convegno è stata favorita dalla presenza di tre sessioni dedicate alle comunicazioni: la presentazione di 22 comunicazioni sul tema della morte improvvisa da parte di giovani Cardiologi di molte Unità Operative piemontesi ha portato un contributo importante ed è diventata un momento di stimolo e scambio cultu-

In Piemonte - Valle d'Aosta un Convegno Regionale sotto l'egida della FIC



di Rita Trincherò

ca), GSIPC (Gruppo di Studio Italiano di Patologia Cardiovascolare), SICP (Società italiana Cardiologia Pediatrica), SIEC (Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare). Il convegno si è quindi svolto in un’ottica federativa, sotto l’egida della FIC. L’ampia partecipazione e l’elevata qualità degli interventi l’hanno reso un momento importante di aggiornamento e di vita associativa. Durante il Convegno sono stati presentati i primi dati del PRIMA SWEET, survey promossa dall’ANMCO Piemonte in collaborazione con le altre società sull’infarto miocardico, a cui hanno partecipato nei primi mesi del 2007 tutte le UTIC piemontesi sotto l’egida dell’Assessorato alla Sanità della Regione. I dati relativi a quasi 1.000 pazienti hanno evidenziato la prevalenza di disgluc-

rale, che può avvicinare i giovani Cardiologi alla vita delle associazioni. Anche la sessione infermieristica ha visto un’ampia partecipazione, con la presentazione di sette comunicazioni, e ci ha confermato ulteriormente l’importanza di continuare a condividere i momenti di formazione con gli Infermieri. La riuscita del Convegno Regionale ci conferma che siamo sulla buona strada quando cerchiamo la collaborazione con le altre Società, quando coinvolgiamo gli Infermieri, quando diamo la possibilità ai giovani di esprimersi con le comunicazioni, quando facciamo collaborare le UTIC.

“ Il Presidente ANMCO Puglia Pasquale Caldarola misura la P.A. al Presidente della Regione Puglia On. Nichi Vendola ”



La quarta edizione di Cardiologie Aperte in Puglia

di Ermanno Angelini

La IV edizione di Cardiologie Aperte svoltasi il 30 settembre, coincidendo con la Giornata Mondiale per il Cuore 2007, ha focalizzato l'attenzione sulla prevenzione primaria e correzione dei fattori di rischio, contestualmente al tema del tempestivo riconoscimento e trattamento dell'attacco cardiaco.

Tenendo fede a tale programma di prevenzione primaria, il Consiglio Direttivo dell'ANMCO Puglia ha inteso caratterizzare la giornata del 30 settembre come massima possibilità di pubblicizzazione e visibilità dell'evento, decidendo di manifestare all'aperto nelle caratteristiche piazze della regione per coinvolgere

un pubblico quanto più eterogeneo e sensibile al tema in oggetto. Oltre il 30% delle strutture cardiologiche contattate hanno aderito all'iniziativa, il 50% delle stesse ha inoltrato il programma personalizzato dell'evento ad Heart Care Foundation.

La strategia organizzativa più diffusa è stata quella di effettuare colloqui con Medici e Infermieri, distribuendo materiale informativo con relativa valutazione dei fattori di rischio ai fini del calcolo del rischio cardiovascolare globale. In alcuni centri c'è stata una promozione locale dell'iniziativa con interessamento dei mass media e associazioni di volontariato nella realizzazione di eventi sociali

come ciclopasseggiate o esposizioni di prodotti gastronomici tipici della dieta mediterranea.

Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale è stato diffuso anche se l'effettiva partecipazione ottenuta dagli stessi è stata parziale.

La partecipazione dei cittadini è stata massiccia ed entusiasta, apprezzando soprattutto la disponibilità del personale sanitario all'approfondimento di temi specifici di prevenzione primaria. Dall'indagine conoscitiva effettuata nell'arco della manifestazione si è rilevato che le percentuali di distribuzione dei fattori di rischio classici nella popolazione pugliese non si discostano dall'intero campione nazionale, con una specificità di preponderanza nel genere femminile dell'obesità (35%) e della sedentarietà (72%).

Colgo l'occasione per ringraziare, come Referente Regionale di HCF, i colleghi e tutto il personale sanitario che ha partecipato all'iniziativa, in quanto è stata un'occasione di importante testimonianza di disponibilità e sensibilità dei Centri Cardiologici Regionali alle iniziative pubbliche tese alla diffusione delle tematiche di prevenzione e tutela della salute.



Medici e Infermieri della Cardiologia di Terlizzi

“

Il Consiglio Direttivo dell'ANMCO Toscana, in collaborazione con l'Assessorato alla Salute della Regione, ha promosso e sta portando avanti un progetto innovativo che mira a fornire un modello organizzativo di Clinical Governance in dieci Unità Operative di Cardiologia della Regione Toscana, con l'obiettivo di creare un modello guida estendibile ad altre realtà. ”

Progetto di miglioramento e sviluppo organizzativo per le U.O. di Cardiologia della Regione Toscana

di F. Bovenzi, S. Berti, A. Comella, U. Conti, S. Di Marco, M. Filice, A. Genovesi Ebert, R. Gentilini, C. Giustarini e Oreste Pitocchi (Amministratore Unico OPT Srl)

La complessità delle strutture sanitarie richiede la traduzione dei requisiti richiesti dall'Accreditamento Regionale e dall'Hospital Risk Management in un modello organizzativo efficiente (elevate prestazioni in rapporto alle risorse utilizzate), efficace (qualità e sicurezza nei risultati clinici in relazione alle prestazioni effettuate), ad elevato rendimento (i migliori risultati clinici, economici, gestionali, rapportati alle risorse impiegate).

E' necessario trasformare "l'esperienza di un progetto" in "cultura organizzativa", al fine di valorizzare lo sforzo sostenuto di analisi e di miglioramento per garantire il radicamento nella organizzazione delle buone prassi messe a punto.

Il modello guida facilita l'approccio della U.O. di Cardiologia verso una concreta e dimostrabile gestione dei rischi.

Il modello guida sostiene il passaggio culturale dalla "autoreferenzialità" alla "dimostrabilità e misurabilità" dei risultati, attraverso indicatori di efficienza, efficacia e capacità di "produrre salute".

Il contesto di riferimento

L'attuale contesto normativo ed economico pone gli operatori delle organizzazioni sanitarie di fronte alla necessità di sviluppare capacità di governo dei processi di cura e di assistenza, allo scopo di raggiungere congiuntamente obiettivi di appropriatezza e di efficienza. La Clinical Governance rappresenta la filosofia portante dei modelli organizzativi verso cui la sanità deve tendere, attraverso un insieme di logiche, metodologie e strumenti in grado di ottimizzare il funzionamento della struttura sanitaria, creando un legame logico tra obiettivi, risorse e processi tesi a migliorare la qualità delle prestazioni e ad aumentare la sicurezza per il paziente e per l'operatore.

La Clinical Governance rappresenta quindi il modo attraverso il quale il personale sanitario può gestire correttamente i processi di cura e di assistenza, partecipando alle attività cliniche con modalità che rendano questi processi verificabili, misurabili e migliorabili nel tempo.

L'approccio di ANMCO Toscana

ANMCO Toscana può fornire:

- 1) un contributo nella diffusione della cultura e dei concetti legati alla Clinical Governance nell'ambito delle Unità Operative di Cardiologia;
- 2) un indirizzo nella definizione di protocolli organizzativi e gestionali, al fine di facilitare, rendere evidente, esplicita e di uso corrente la gestione dei rischi e la misurabilità dei risultati, attraverso la progettazione ed implementazione di un modello organizzativo per le Cardiologie in linea con i requisiti della qualità (Certificazione ISO 9001) e dall'Accreditamento Regionale.

Il Progetto

ANMCO Toscana con l'ideazione e la ricerca del finanziamento dell'innovativo progetto, realizzato con un contributo educativo regionale di AstraZeneca, intende rafforzare la propria posizione nei confronti degli Associati divenendo sempre più il punto di riferimento e di supporto nell'affrontare le tematiche all'ordine del giorno. Il Progetto, sviluppato con il coordinamento progettuale ed operativo della Società di Consulenza di Direzione OPT di Milano, consta di tre fasi principali:

1. Formazione del personale: (2007)
 - Clinical Governance



- Hospital Risk Management
- 2. Sviluppo del modello organizzativo (2008)
 - Autodiagnosi organizzativa in ottica di certificazione ISO 9001 e verifica soddisfazione requisiti regionali per l'Accreditamento
 - Definizione della struttura organizzativa della U.O.
 - Individuazione degli obiettivi di miglioramento
 - Individuazione degli indicatori di risultato e di processo
 - Analisi dei processi secondo i criteri regionali dell'Hospital Risk Management
 - Preparazione del piano delle azioni di miglioramento
 - Formalizzazione dei protocolli organizzativi - gestionali
 - Formalizzazione delle Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente
 - Formazione del personale delle singole UU.OO.
 - Realizzazione della Carta dei Servizi
 - Verifiche interne/riesami preliminari alla visita di Certificazione
 - Visita di Certificazione
- 3. Misurazione dei risultati e validazione del modello (2009)
 - Monitoraggio degli indicatori di tipo clinico - economico - gestionale
 - Relazione finale con presentazione dei risultati

Le Cardiologie che partecipano al Progetto:

Ospedali Riuniti

Livorno

Dott. Michele Galli

Nuovo Ospedale Versilia

Lido di Camaiore

Dott. Giancarlo Casolo

IFC-CNR - Ospedale Pasquinucci

Massa

Dott. Sergio Berti

Ospedale San Donato

Arezzo

Dott. Leonardo Bolognese

Ospedale Santa Chiara

Pisa

Dott. Mario de Tommasi

Ospedale della Val di Nievole

Pescia

Dott. William Vergoni

Ospedale S. Maria Annunziata

Firenze

Dott. Alfredo Zuppiroli

Nuovo Osp. S. Giovanni di Dio

Firenze

Dott. Giovanni Maria Santoro

Ospedale Civile Campo di Marte

Lucca

Dott. Francesco Bovenzi

Careggi - Cardiologia Generale 1

Firenze

Prof. Gian Franco Gensini

Al progetto partecipano oltre ai vari referenti delle U.O. di Cardiologia, anche i rappresentanti della Direzione Sanitaria, della Funzione Qualità aziendale e del Risk Management aziendale delle varie realtà ospedaliere. Nel Progetto sono coinvolti in qualità di indirizzo e di supporto scientifico anche i Direttori per l'Assessorato alla Salute della Regione Toscana del Settore Assicurazione Qualità (Dott.ssa Maria Giuseppina Cabras) e del Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana (Dott. Riccardo Tartaglia).

Il risultati del Progetto

Il risultato complessivo atteso è quello di definire ed avviare l'applicazione di un modello organizzativo - gestionale per la globalità dei settori della U.O. di Cardiologia che possa risultare semplice - fruibile - misurabile

Il modello organizzativo dovrà risultare conforme ai:

- requisiti richiesti dalla ISO 9001:2000 e quindi certificabile
- requisiti richiesti dalla Regione e quindi accreditabile ed idoneo per recepire e stimolare nuovi approcci e modalità per il contenimento dei rischi e la messa a punto di Buone Pratiche per la Sicurezza del Paziente.



Campagna Educazionale Regionale ANMCO Toscana



“Difendiamo il cuore” 2007

29 settembre	FIRENZE Villa Finaly	Fabrizio Bandini - Maurizio Fillice - Giovanni Maria Santoro - Alfredo Zuppiroli
6 ottobre	LUCCA Grand Hotel Guinigi	Daniele Bernardi - Francesco Bovenzi
13 ottobre	VENTURINA Il Calidario	Mario Cordoni - Giovanni Micheli - Roberto Testa
27 ottobre	GROSSETO La Principina - Centro Congressi	Ugo Limbruno - Silva Severi
2008		
12 gennaio	CASCIANA TERME Grand Hotel San Marco	Carlo Giustarini - Giuseppe Tartarini
19 gennaio	EMPOLI Centro per la Formazione	Fiammetta Spezia - Andrea Zipoli
19 gennaio	PONTREMOLI Teatro della Rosa	Sergio Berti - Vincenzo Bonatti - Mauro Cozzalupi
26 gennaio	MONTECATINI Hotel Belvedere	Stefano Di Marco - Gessica Italiani - William Vergoni
2 febbraio	PISA My Hotels Galilei	Umberto Conti - Salvatore Mario De Tommasi
9 febbraio	SIENA Hotel Piccolo Castello	Paolo Baldini - Roberto Favilli - Rodolfo Gentilini Giampiero Giappichini
9 febbraio	LIDO DI CAMAIORE Hotel Dune	Alessandro Comella - Giancarlo Casolo
16 febbraio	PISTOIA Villa Cappugi	Maurizio Chiti - Antonio Giomi
23 febbraio	LIVORNO Hotel Rex	Michele Galli - Alberto Genovesi Ebert
23 febbraio	PRATO Hotel Datini	Francesco Bellandi - Mario Leoncini
1° marzo	AREZZO Badia di Campoleone	Leonardo Bolognese - Paolo Borgheresi
15 marzo	FIRENZE Educatario del Fuligno	Francesco Fattiroli - Gian Franco Gensini - Francesco Mazzuoli - Alessio Monterecci - Gennaro Santoro

Collaborazione scientifica di

SIMG

FIMMG



SEGRETERIA REGIONALE
ANMCO
Franca Lorellio
Tel 055.57.17.98
Fax 055.57.93.34
E-mail: franca.lorellio@anmco.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
O.I.C. s.r.l.
Sabrina Gataleta
Tel 055.50.35.224
Fax 055.500.19.12
E-mail: s.gataleta@oic.it

Con il contributo educativo di



Dalla qualità delle cure alla difesa del cuore

Il Consiglio Direttivo ANMCO Toscana

Nella Regione Toscana ha preso il via la Campagna Educazionale Regionale ANMCO “Difendiamo il Cuore”, illustrata nel poster.

Il Consiglio Direttivo dell'ANMCO Toscana ha ritenuto determinante poter offrire svariate opportunità d'incontro e di confronto tra Cardiologi Ospedalieri e Medici di Medici-

na Generale, al fine di permeare il Territorio con le più attuali evidenze scientifiche, oltre che sensibilizzare tutti gli “attori” in campo sulle numerose criticità organizzative.

Altre innovative iniziative dell'ANMCO regionale sono in corso, alcune portate avanti con la collaborazione dell'Assessorato del Diritto

alla Salute della Regione Toscana. Tra queste spicca l'ambizioso progetto di “Miglioramento e Sviluppo Organizzativo delle Unità Operative di Cardiologia della Regione Toscana” secondo i dettami della Clinical Governance e del Risk Management in un'ottica di Certificazione ISO 9001 e di Accreditamento Regionale.

di B. Martini e A. Nava

Nel recente convegno internazionale di Levico Terme: “New Frontiers of Sport Arrhythmology”, organizzato da uno dei Maestri dell’Aritmologia Italiana, Francesco Furlanello, è stato dibattuto tra gli altri questo interessante argomento che occupa oramai 869 voci di Medline. La Sindrome in oggetto, presentata per la prima volta al Congresso Nazionale di Cardiologia dell’ANMCO a Firenze nel 1988 (1) è scesa da evento rarissimo a dato mediatico, spesso con esagerata enfasi. È stato erroneamente ma autorevolmente ipotizzato che essa

defibrillatore.

L’analisi dei dati reali derivati dalla “evidence based medicine”, mostra che a tutt’oggi sia nella casistica di Domenico Corrado che di Barry Maron, nessun atleta con la Sindrome fa parte delle casistiche dei sottoposti ad autopsia per morte improvvisa durante attività sportiva. Inoltre in letteratura mondiale, sono a tutt’oggi stati descritti solo 5 casi di arresto cardiaco/sincope (non sempre ben documentata) durante attività sportiva in soggetti con il tipico ECG, ma tra questi non risultava nessun

La Sindrome detta “di Brugada” negli atleti. È realmente un problema?

Un ECG strano ed una Sindrome non sono la stessa cosa

Si è verificato negli ultimi anni una sovrastima dei potenziali soggetti a rischio morte improvvisa affetti dalla Sindrome caratterizzata da un aspetto ECG di Blocco di Branca Destra e sopraslivellamento del tratto ST nelle precordiali. La scuola italiana da sempre, aveva peraltro messo in guardia contro tale approccio emotivo.

possa colpire da 5 a 66 persone per 10.000 abitanti (più dei sieropositivi all’HIV!), (2) ed essere una delle maggiori cause di morte al di sotto dei 40 anni. In realtà tali catastrofiche previsioni sono state smentite dai dati epidemiologici reali, e la Sindrome è a tutt’oggi considerata rara nella sua espressione completa (sintomi gravi associati a tipico ECG), anche se persiste purtroppo una attenzione per dati che non fanno parte della medicina basata sull’evidenza. Anche negli atleti la Sindrome è stata evidenziata come problema, ed esistono 3 Linee Guida che ne parlano. Negli USA, in Europa ed in Italia, si sconsiglia l’attività sportiva per gli atleti con “la Sindrome”, e si arriva a suggerire, per chi vuol far sport, l’applicazione preventiva di un

atleta agonista. Non bisogna peraltro dimenticare che aspetti ECG molto simili si possono trovare dopo assunzione di sostanze illecite tipo Cocaina, e che un episodio febbrile può far comparire un simile aspetto ECG. Questo ha portato ad autorevolmente sconsigliare l’attribuzione alla Sindrome in tutti i casi di arresto cardiaco con il tipico aspetto ECG solo nelle prime due ore dopo l’evento. Non è inutile ricordare che la maggior parte degli eventi fatali descritti in letteratura, si riferisce a soggetti maschi di età compresa tra i 30 e 40 anni, e che l’evento si verifica quasi esclusivamente a riposo, se non di notte, soprattutto negli asiatici, di cui peraltro mancano idonee documentazioni, essendo in tale popolazioni quasi proibita l’analisi autoptica.

Nel Congresso è stato stigmatizzato il problema della sovrastima della Sindrome, legata anche al fatto che molto frequentemente essa (che è una associazione tra evento ed ECG) viene confusa con il semplice ECG, di cui sono stati proposti 3 tipi (2), recentemente confutati anche da Brugada, che ne è stato il coautore. Questa classificazione ha creato più confusione che chiarezza, dimenticando altri tipici aspetti ECG presenti nei casi deceduti e sopravvalutando degli aspetti (ST a sella), che si ritrovano non raramente soprattutto negli sportivi giovani. Solo il cosiddetto tipo 1 (ST ad arco o "coved"), che si registri spontaneamente, può indirizzare verso un sospetto diagnostico, e questo è però presente in 1,6 soggetti su mille, dei quali 0.3% all'anno avranno un evento importante secondo Silvia Priori. È stato arbitrariamente calcolato in base ai dati disponibili, che in Italia di fronte a 15 casi annualmente attesi di possibile morte per la Sindrome in soggetti di 18-60 anni, siano stati in realtà impiantati nel 2006, 240 defibrillatori, con un rischio possibile di complicanze nel 28% di questi soggetti, la maggior parte asintomatici (come dimostrato da studi in larga scala).

Nessun medico appare quindi autorizzato da basi scientifiche, a formulare una diagnosi di Sindrome in base al semplice ECG senza attendibili dati clinici negli asintomatici. La stessa familiarità è stata recentemente messa in dubbio da Gehi come indice prognostico. È stato anche recentemente ricordato da Antzelevitch che meno del 15% dei soggetti

ha anomalie genetiche dei canali del Sodio e Viskin ha documentato che lo studio elettrofisiologico è inutile negli asintomatici. Relativamente ai test farmacologici con farmaci 1c, essi hanno scarso valore sia diagnostico che predittivo. L'unico indice prognostico tuttora valido è ancora purtroppo un evento clinico (sincope o arresto cardiaco documentato). Scarsa attenzione viene tuttora prestata alle basi strutturali della Sindrome, che nella prima ed originale descrizione fatta da autori italiani (3), venivano ascritte ad una patologia del ventricolo destro, in particolare del suo tratto di efflusso: forma simile alla miocardiopatia aritmogena ma da questa distinguibile al momento, per l'assenza di comuni basi genetiche. Il più autorevole successivo lavoro di Brugada ha convinto la maggioranza dei Cardiologi che si trattasse di un fenomeno funzionale di alterata ripolarizzazione ed Antzelevitch ha su questo costruito una teoria lungamente accettata. Solo recentemente Brugada stesso, nel lavoro di Coronel, ha ammesso che la Sindrome ha una base strutturale patologica a carico del ventricolo destro, ed ha confermato che l'alterazione ECG è legata ad un disturbo di conduzione. Relativamente alle teorie di Antzelevitch, Rosen e colleghi di Amsterdam hanno scritto: "a wedge is not a heart", ponendo forse fine ad un decennio di ipotesi sperimentali non confermate clinicamente.

Nello studio dei pazienti con la vera Sindrome e non con semplice e spesso dubbio ECG, quindi, uno grosso sforzo deve essere fatto per

identificare le basi strutturali della patologia, indagando a fondo il vero paziente (e non l'asintomatico), con un ecocardiogramma accurato, con una risonanza, con una angiografia in più proiezioni ed ove possibile anche con una biopsia miocardica, che in tutti i pazienti può evidenziare chiare anomalie strutturali, come recentemente descritto anche da Frustaci.

In questa fase storica della conoscenza medica dobbiamo purtroppo accettare la nostra ignoranza, ma questo atto di umiltà scientifica può forse contribuire a migliorare la qualità di vita di un numero non rarissimo di soggetti sani ed asintomatici con uno strano ECG (3).

Riferimenti

- 1) A. Nava, B. Martini. *G Ital Cardiol* 1988; 18 (Suppl 1): 118, 136
- 2) Consensus Conference. *Eur Heart J* 2002; 23: 1648-54.
- 3) http://digilander.libero.it/martini_syndrome/



Negli atleti la Sindrome è evento anedddotico. Nella popolazione italiana dai 18 ai 60 anni, si stimano 15 casi reali all'anno e non migliaia come si ipotizzava.

Due bioetiche in contrasto

di Carlo Vecchio

66

È giusto contrapporre, come ha lucidamente fatto Giovanni Fornero in occasione del recente 41° Corso di Cardiologia a Milano, due concezioni differenti della bioetica: una cattolica ed una laica. È giusto, perchè tale contrapposizione non è più solo materia di confronto tra idee, ma è (e come lo è!) divenuta disputa tra due visioni della pratica medica e tra due modi di dar senso alla vita. Già il Professor Fornero l'aveva scritto in un suo bel libro del 2005 (*Bioetica cattolica e bioetica laica*, B. Mondadori, Ed. Milano) ed aveva individuato, con la chiarezza e il rigore propri di quello che Giulio Preti usava definire l'onesto lavoro del filosofo, i caratteri distintivi delle due visioni morali che guidano (o almeno dovrebbero) il nostro quotidiano lavoro di medici. Ed allora perchè tornare sull'argomento, da parte poi di chi filosofo certo non è?

I motivi in sostanza sono due. Il primo è che di questa acre disputa i medici, almeno in parte non piccola, sono oggetto senza voce: essi non possono continuare a limitarsi solo a leggere ed ascoltare. Il secondo è che i toni della contesa si sono inaspriti fino al livello di uno scontro che da molti è visto con viva preoccupazione.

Ciò che fa radicalmente diversi e difficilmente conciliabili i due sistemi di valori è il differente significato che in ciascuno dei due viene dato alla vita. Per la bioetica cattolica, la vita è un dono, non tangibile e non rinunciabile, di Dio all'uomo ed egli a Lui deve render conto dell'uso che ne fa. In questo paradigma i momenti più critici, dove maggiori e più sostanziali sono i contrasti tra le due bioetiche,

sono l'origine e la fine. È solo Dio che dà la vita, è solo Dio che la può togliere. Questo è il principio della "sacralità della vita". All'uomo sta il compito di trascorrerla secondo il costume e le regole che la parola di Dio gli suggerisce.

Per la bioetica laica, la vita è un fenomeno finito nel tempo e di esclusiva natura biologica, cui è estranea qualsiasi volontà divina e che contiene in sé il proprio valore. La vita appartiene appieno a ciascun vivente che autonomamente ne valuta la qualità e ne definisce i contenuti etici su di una base personale, culturale, filosofica, storico - sociologica. A sostenere questa visione etica sono i principi di "autonomia", di "responsabilità", di "libertà".

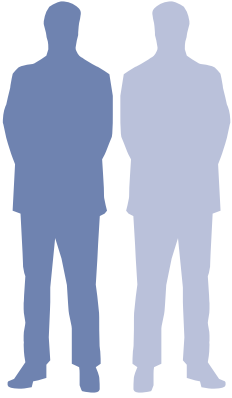
Tali radicali dissonanze di principio evidenziano la sostanziale inconciliabilità tra le due costruzioni bioetiche, che personalmente credo essere assoluta e non riducibile.

Tuttavia, come altri, sono convinto che far di ciascuna di esse una bandiera da sventolare su un proprio castello dalle porte ostinatamente sbarrate sia un errore intellettuale imperdonabile. La vita degli uomini non è entro alcuno dei due castelli: la vita è fuori!

Il contrasto si è negli ultimi tempi tanto accentuato e invelenito (e di questo nessuno può e deve ignorare i principali autori!) da render necessario, e urgente, trovare tra i due campi, non certo una sintesi, ma almeno un ragionevole *modus vivendi*. È un passo necessario, se pur difficile, specie per il nostro Paese, dove le divisioni hanno sempre trovato alacri seminatori ed appassionati coltivatori. Il non

farlo potrebbe vanificare ciò che il pensiero di molti uomini d'ingegno ha costruito negli ultimi quattro secoli. Forse sarebbe bene incominciare dal lessico, oltre che dal tono!

Ad esempio, il termine "relativismo" non andrebbe usato alla stregua di un insulto, ma accettato come un valore. Insieme a "tolleranza" e "rispetto", esso consente ed agevola la convivenza tra persone che hanno una diversa concezione della vita. Forse tale contenuto spregiativo, andrebbe assegnato ai suoi contrari: "assolutismo", "intolleranza", "dogmatismo". Forse ci si dovrebbe convincere (e tradurre ciò in fatti) del concetto che le nostre personali credenze (si chiamino fedi, se si vuole!) sono soltanto nostre e non hanno lo stesso valore (tanto meno se vincolativo) per chi non le condivide. È un'ovvietà, ma non mi pare che lo sia per tutti. Forse si dovrebbe ben ricordare che il credo di ognuno non può essere legge per tutti, ma solo vincolo (in questo caso sì, rigoroso e non eludibile) per chi di tale credenza si dichiara seguace, sovente con fastidiosa ostentazione. Gli esempi, di opportunismo, ipocrisia e cattiva fede non si mostrano malauguratamente rari al presente fra noi. In realtà l'ottimismo non parrebbe in questo nostro tempo giustificato dai fatti, ma confidare nella saggezza degli uomini non è né illusione né utopia! È una nobile speranza! Frugando in libreria, si può trovarne fin da ora qualche favorevole traccia, generata da fonti autorevoli in ambedue i campi in contrasto, e ciò ci conforta.



L'ANMCO-Giovani oggi e l'esperienza di Cardiologia 2000

Agli inizi degli anni '90 il Consiglio Direttivo dell'ANMCO presieduto dal Prof. Pier Filippo Fazzini istituì il Gruppo di Lavoro denominato "Car-

mulare proposte per "disegnare la Cardiologia ospedaliera del futuro". Nel numero 88 di "Cardiologia negli Ospedali", pubblicato nel marzo del '93, questo gruppo venne presentato come "un'iniziativa non formale dell'ANMCO ma vista con favore dal

Intervista a Giovanni Maria Santoro ed Edoardo Verna

di Gennaro Santoro

diologia 2000" che rappresentava un primo tentativo di caratterizzare un'area giovani all'interno dell'Associazione. Dopo molti anni nel corso del biennio 2004-2006 il Consiglio Direttivo dell'ANMCO presieduto da Giuseppe Di Pasquale ha nuovamente creato un Gruppo di Lavoro denominato "ANMCO Giovani". Il contesto sociale e culturale nel quale oggi si inserisce questa iniziativa è molto diverso da quello di allora, ma le ragioni e le finalità di questa scelta hanno gli stessi fondamenti.

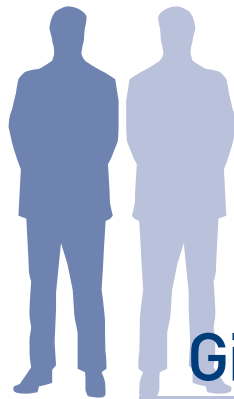
Abbiamo voluto chiedere a Giovanni Maria Santoro ed Edoardo Verna, che giovani non sono più, ma che fecero parte del Gruppo di lavoro "ANMCO 2000" di ricordare l'esperienza di allora per riflettere sulle finalità e le modalità con cui l'ANMCO può oggi attingere alle sue forze più giovani.

Edoardo, come nacque e come operò il Gruppo di Lavoro "Cardiologia 2000"?

Nell'ottobre del '92 il Prof. Pier Filippo Fazzini volle creare un gruppo di lavoro ANMCO che avrebbe dovuto riunire "giovani vivaci" (cito testualmente) intenzionati a for-

Direttivo dell'Associazione" con un mandato limitato, corrispondente alla durata del Consiglio Direttivo allora in carica, per sondare le idee e le opinioni della generazione che avrebbe dovuto guidare la Cardiologia Ospedaliera nel nuovo millennio". Un mandato limitato ma piuttosto ambizioso! Eravamo un piccolo manipolo di cardiologi quarantenni formato da Baldi, Boccanelli, Delise, Di Pasquale, Galli, Mazzotta, Nicolosi, Pirelli, Santoro, Vergara e me.

Per qualche anno lavorammo con impegno ed entusiasmo stringendo legami di amicizia e rispetto reciproco. Furono sviluppate proposte su diverse aree di interesse: 1) Modelli organizzativi dell'assistenza e figure professionali, 2) Problemi sindacali e legislativi, 3) Attività culturali e didattiche (idee e proposte per il Congresso Nazionale e per i corsi del Learning Center), 4) Attività associative. Sono stati prodotti alcuni documenti importanti pubblicati dall'Associazione tra cui un documento di carattere organizzativo assistenziale che dedicava un ampio spazio all'area scientifica di ricerca e formativa. Il documento, scritto ormai 15 anni fa, mi sembra ancora di attualità.



Edoardo Verna

Giovanni Maria Santoro

68

Quali i pregi e quali i difetti della esperienza del Gruppo di Lavoro "Cardiologia 2000"?

Non so dire se il lavoro di Cardiologia 2000 sia servito a molto. Come ho detto il nostro mandato fu limitato nel tempo. Cercammo di proporre una visione della "Cardiologia ospedaliera del futuro" che non abbiamo visto realizzarsi del tutto. Purtroppo quegli anni coincisero anche con importanti cambiamenti negativi della nostra società. Nello stesso numero di "Cardiologia negli Ospedali" in cui si riferiva della nascita di Cardiologia 2000, due articoli di Fazzini e di Giovannini denunciavano lo stato di crisi della sanità italiana e le gravi conseguenze dei decreti legislativi delegati prodotti dal governo allora in carica (1992) che di fatto massacravano l'assistenza ospedaliera pubblica a favore dell'accreditamento privato svendendo all'università e alla politica la dirigenza degli ospedali. Sarebbe interessante rileggere oggi quelle osservazioni. Le conseguenze deleterie di quella svolta politica non poterono essere contrastate e oggi sono drammaticamente sotto i nostri occhi. Cardiologia 2000 non poteva fare molto. Tuttavia, terminato il breve mandato, i membri di quello sparuto gruppo hanno continuato ad operare all'interno dell'ANMCO e a servire in diversi modi l'Associazione nello spirito e con gli ideali trasmessi da chi li aveva preceduti, hanno fornito parte della dirigenza dell'ANMCO degli anni futuri, hanno dato quattro Presidenti all'Associazione e molti di loro oggi dirigono un Reparto di Cardiologia. Penso che sia stato un discreto contributo!

Quanto quella esperienza è stata utile per la tua vita/crescita professionale?

Ho avuto la fortuna di vivere con entusiasmo, arricchimento umano e professionale un periodo di forte crescita della Cardiologia. Come ho detto, alcuni di noi hanno raggiunto posizioni e svolto ruoli più importanti di me. Io ero "the little guy of the club" e ho continuato a partecipare marginalmente alla vita dell'ANMCO (di cui sono stato Consigliere Regionale per un certo periodo) ma con la coscienza di rappresentare qualcosa individualmente anche attraverso la crescita della nostra Associazione. Unico "emodinamista", ho aderito fin dagli inizi e con continuità anche al Gruppo Italiano di Studi Emodinamici (GISE) di cui sono "Fellow", facendo parte del suo Direttivo per un certo tempo. Come appassionato di Medicina nucleare ho contribuito alla nascita ed alla crescita del Gruppo Italia-

Quali i pregi e quali i difetti dell'esperienza del Gruppo di Lavoro "Cardiologia 2000"?

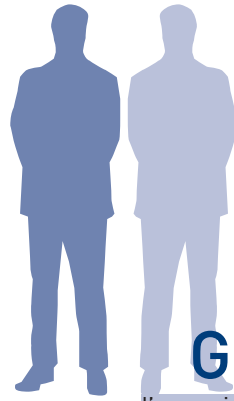
L'esperienza di "Cardiologia 2000" va inquadrata nella storia della nostra Associazione. Quando il gruppo fu istituito, cominciava ad avvicinarsi il tempo del ricambio generazionale perché stava per esaurirsi, per motivi anagrafici, la spinta della generazione di Cardiologi che avevano fondato e fatto crescere l'ANMCO. Il Prof. Fazzini era preoccupato del fatto che l'Associazione si trovasse impreparata di fronte ai profondi cambiamenti che nella prima metà degli anni '90 cominciavano ad investire gli ospedali italiani. Per di più aveva timore che le figure "storiche" che fino ad allora avevano guidato l'Associazione finissero involontariamente per limitare la crescita dei giovani che avrebbe dovuto sostituirle negli anni successivi. L'idea del Prof. Fazzini era la costituzione di un gruppo che potesse prima di tutto fare una serie di proposte per indirizzare in modo moderno ed innovativo la struttura organizzativa della Cardiologia italiana e nello stesso tempo avesse la caratteristica di promuovere la crescita di una generazione capace di guidare l'Associazione.

A mio modo di vedere, il pregio maggiore di quella esperienza fu proprio obbligare ad immaginare il futuro della Cardiologia e a costruire intorno a questa idea un modello organizzativo che, a rileggerlo oggi a distanza di 15 anni, non è poi molto lontano da quello attuale. Un altro pregio fu quello di mettere insieme a lavorare persone diverse, con caratteristiche diverse, che ebbero però modo di conoscersi e di apprezzarsi vicendevolmente. Da lì nacquero rapporti di stima e di amicizia che poi si sono mantenuti negli anni e che ancora costituiscono un legame importante tra coloro che fecero parte del gruppo.

Il limite di quella esperienza fu la mancanza di continuità. Il gruppo esaurì il suo mandato con la produzione del documento finale. Probabilmente sarebbe stato utile mantenere attivo un gruppo di giovani da affiancare agli organi direttivi con funzioni propositive e per accrescere le capacità gestionali dei componenti, in modo da prepararli ai futuri impegni nell'Associazione.

Quanto quella esperienza è stata utile per la tua vita/crescita professionale?

Negli ultimi 15 anni abbiamo assistito alla puntuale realizzazione delle idee che avevamo "immaginato" in quella esperienza. Il concetto di centralità del paziente,



Edoardo Verna

no di Cardiologia Nucleare (GICN) affiliato all'ANMCO e all'AIMN di cui sono stato il primo Segretario povero, cioè rigorosamente "senza portafoglio". Non ho tratto nessun particolare vantaggio pratico o di carriera da questa modesta partecipazione alla vita della comunità cardiologica, ma credo sia stato molto importante per me conoscere persone culturalmente oneste, indipendenti, animate da curiosità e desiderio di crescere e di fare bene stringendo con loro legami di stima ed amicizia che spero di conservare. Sono anche queste motivazioni che arricchiscono la vita professionale e che spingono a continuare a lavorare indipendentemente dai livelli di visibilità o importanza raggiunta all'interno delle Associazioni e nonostante le difficoltà.

In che modo l'ANMCO dovrebbe riprendere il dialogo con i giovani e con quali finalità?

Non mi stupisce il tentativo di reiterare l'iniziativa ideale di Fazzini istituendo un nuovo Gruppo di Lavoro "ANMCO Giovani". C'è un problema di continuità e rinnovo generazionale. Attualmente meno del 10% degli Associati all'ANMCO ha meno di 40 anni e una percentuale ancora minore vede i giovani coinvolti nelle attività delle Aree o a livello delle Regioni. Bisogna comprenderne i motivi. Oggi è più difficile inserirsi in una Cardiologia ospedaliera. Bisogna passare attraverso le scuole di specialità dell'Università che controlla e preclude l'accesso alla vita professionale e le possibilità di crescita all'interno della maggior parte dei molti ospedali "clinicizzati". Finché sono "specializzandi" i nostri Medici giovani rientrano maggiormente nella sfera di influenza della SIC. Di seguito, non è molto probabile che un giovane Cardiologo possa trovare tempo per pensare all'ANMCO in un contesto professionale di sotto-occupazione generata da restrizioni economiche e legislative che limitano l'assunzione di nuovi Medici ospedalieri e di mortificazione e appiattimento della carriera. Molti validi giovani Medici se ne vanno negli istituti di cura accreditati o privati dove possono trovare gli spazi che l'istituzione ospedaliera tradizionale gli ha negato.

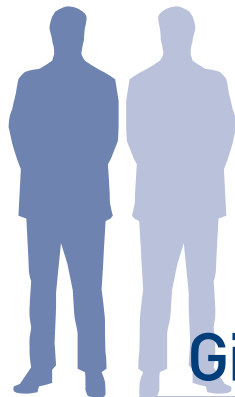
In questo scenario l'ANMCO ha ancora bisogno di sondare le opinioni della generazione dei Cardiologi del futuro e trovare nuova ispirazione per "ricreare la Cardiologia ospedaliera" e un'associazione capace di riprendere il controllo del proprio ruolo professionale. ANMCO Giovani

Giovanni Maria Santoro

l'organizzazione dipartimentale, i diversi livelli di assistenza, i percorsi diagnostico - terapeutici erano concetti già ben rappresentati nel documento di sintesi del lavoro del gruppo "Cardiologia 2000". Per quanto mi riguarda, l'aver pensato in anticipo agli sviluppi della Cardiologia italiana mi ha consentito di arrivare preparato alla realtà che poi si è concretizzata in particolare nei primi anni 2000. Un altro aspetto che mi fa piacere ricordare, perché rispecchia in modo preciso la mia visione della professione, è l'attenzione che ponemmo a definire il concetto di responsabilità del dirigente, non in senso medico - legale, ma nel senso di responsabilità organizzativa e di dedizione verso la struttura di appartenenza. Allo stesso modo mi sembra molto attuale l'enfasi che allora fu data al concetto di competenza professionale, considerando questa come l'unica garanzia per il futuro della nostra specialità. Trovo questo concetto, oggi ancor più di ieri, estremamente importante soprattutto considerando la riorganizzazione per intensità di cure verso la quale molti ospedali di piccole e medie dimensioni sono indirizzati. Se la Cardiologia vorrà continuare ad esistere come specialità indipendente, sarà necessario mantenere un elevatissimo livello di professionalità, che differenzi il Cardiologo dall'Internista, dal Rianimatore, dal Medico dell'urgenza.

In che modo l'ANMCO dovrebbe riprendere il dialogo con i giovani e con quali finalità?

Lo spirito che animò il Prof. Fazzini nella costituzione del Gruppo fu quello di affiancare all'esperienza dei "vecchi" l'entusiasmo, il coraggio e la capacità di guardare al nuovo che sono tipiche dei giovani. Penso che questa sia un'eredità importante. L'istituzione del Gruppo ANMCO Giovani va in questa direzione, anche se non sono convinto che questa iniziativa sia di per sé sufficiente a garantire il coinvolgimento dei Cardiologi che iniziano la professione. Come ho già detto, credo che nei prossimi anni la battaglia per la sopravvivenza della Cardiologia come specialità indipendente sarà durissima. Non mi riferisco agli ospedali di terzo livello dove continueranno ad esistere dipartimenti o strutture ad indirizzo monospecialistico cardiologico. Penso agli ospedali, come quello dove lavoro, di medie dimensioni (che poi sono la maggioranza degli ospedali italiani) dove la Cardiologia rischia di essere sezionata e incorporata in dipartimenti diversi: quello dell'area critica (per la parte di UTIC), quel-



Edoardo Verna

70

può forse essere anche uno strumento per migliorare le prospettive professionali di chi ha meno di quarant'anni. Ho visto che per adesso il gruppo di "ANMCO Giovani" ha sviluppato e offerto un programma orientato prevalentemente alla formazione. Questo è certamente importante per un giovane Cardiologo (è importante per tutti), ma io svilupperei anche qualche idea da fornire all'associazione in tema di orientamento professionale e inserimento nel mondo del lavoro e chiederei nuove proposte in tema di riorganizzazione delle Cardiologie per superare la frammentazione della nostra disciplina (oggi ormai una realtà) e ribadire le esigenze organizzative e strutturali di una Cardiologia ospedaliera fondata sul miglior percorso diagnostico-terapeutico dei nostri pazienti. Tutte problematiche ben presenti nell'ANMCO ma che richiedono ancora risposte adeguate e aggiornate. Anche se non conosco personalmente i giovani cardiologi del nuovo gruppo ANMCO, non mi resta che "tifare" sinceramente per loro.

Giovanni Maria Santoro

lo dell'area medica (per la parte di degenza ordinaria), quello dell'area chirurgica (per la parte di emodinamica e di elettrofisiologia/elettrostimolazione), quello dell'area della diagnostica per immagini (per la parte di diagnostica eco, TC e RM). Spero che non sia troppo tardi per agire sui processi che ci stanno portando in questa direzione e lo dico non per spirito corporativistico ma perché sono fermamente convinto che a rimetterci sarebbero i pazienti. L'ANMCO dovrà valutare attentamente come si sta modificando il modello organizzativo negli ospedali italiani e dovrà coinvolgere la nuova generazione di Cardiologi per discutere e approfondire le possibili evoluzioni della professione nei prossimi 10 - 15 anni.

L'altro aspetto che a mio modo di vedere l'ANMCO dovrà curare riguarda la formazione. Poiché sono convinto che molto del futuro della nostra professione si giocherà proprio sul campo dell'innovazione, ritengo che l'Associazione deve farsi carico di curare al massimo la preparazione delle nuove leve. Penso ad un censimento dei centri di eccellenza nei vari settori della Cardiologia e alla costituzione di un sistema organizzativo che consenta ai giovani interessati di farsi un'esperienza sul campo, da esportare poi ai centri periferici.

La Cardiologia come disciplina autonoma ha costituito un potente motore di sviluppo per la ricerca in ambito cardiovascolare e con ricadute significative sullo stato di salute di tutta la comunità. Il suo ridimensionamento significherebbe la perdita di un grande patrimonio assistenziale e culturale non solo della nostra disciplina ma di tutta la Medicina.



Umanesimo e Medicina

di Alessandro Ferrini

71

Tra i primi libri a stampa, i così detti incunaboli, che videro la luce nell'ultimo scorcio del Quattrocento, un posto di primo piano spetta ai libri di medicina. A tale fioritura contribuì principalmente Venezia, con le sue numerose botteghe di stampa, cui la vicina Padova, con Bologna, già sedi di prestigiose università, fornivano sia la manodopera intellettuale per permettere la produzione di libri ben tradotti e ben commentati, sia un pubblico di consumatori. Così videro la luce, tra gli altri, gli **Aforismi** di Ippocrate, l'**Ars parva** di Galeno, il **Liber almansoris** di Rhazes, il **Canone** di Avicenna, il **Flos medicinae** della scuola salernitana.

Il fiorire di tale letteratura si collega direttamente alla nuova idea di sapere e di cultura che gli umanisti diffusero in tutta Europa. Il nuovo metodo filologico fu applicato non solo in campo letterario ma anche nella produzione scritta di argomento medico; ciò permise la conoscenza diretta dei codici nella loro forma originale, mentre fino ad allora erano letti in traduzioni latine spesso inesatte, generalmente ottenute da versioni arabe o greche in circolazione durante il medioevo; la produzione libraria sempre più ricca, grazie alla crescita delle stamperie, aumentò enormemente la diffusione di questi nuovi testi.

La prima opera in assoluto di argomento medico ad essere data alle stampe in Italia fu il **De medicina** di Aulo Cornelio Celso, edito a Firenze nel 1478 per i tipi dei Giunta; addirittura precedette di dodici anni la prima edizione delle opere di Galeno

(Venezia 1490). Nell'inventario dei libri di medicina, stilato nel 1503, custoditi nella Biblioteca dell'Ospedale Maggiore di Milano (fondato dagli Sforza cinquant'anni prima), insieme ai testi di Ippocrate, Aristotele, Averroè, faceva bella mostra di sé il **De medicina**, in compagnia delle opere di Plinio e Galeno, a testimoniare la fama che questo autore riscosse durante il periodo rinascimentale. Celso visse ai tempi dell'imperatore Tiberio, nei primi decenni dell'era cristiana; della sua vasta opera, il **De artibus** comprendente agricoltura, arte militare, giurisprudenza, retorica, filosofia, è pervenuto fino a noi solo il trattato sulla medicina (in otto libri), forse proprio per l'interesse che questo scritto suscitò fra gli umanisti: sicuramente il posto tanto prestigioso che l'autore latino occupò in quel periodo si deve alla modernità di certe sue affermazioni.

All'epoca di Celso esistevano a Roma due scuole di pensiero circa il modo di interpretare la medicina, quella dogmatica e quella empirica. La prima, che aveva avuto come massimi rappresentanti gli alessandrini Erofilo ed Erasistrato, sosteneva la tesi che il medico doveva conoscere le cause nascoste della malattia, guardava con sospetto ai rimedi empirici, si ispirava alle dottrine di Ippocrate, non disdegnava di ricorrere alla dissezione dei cadaveri e alla vivisezione dell'uomo (ricordiamo che era possibile compiere esperimenti su corpi di criminali condannati a morte). La seconda invece rifiutava di ricercare le cause nascoste delle malattie, convinta che fosse impossibile capire la natura umana, si limitava

a considerare le "cause evidenti", trascurava le nozioni di carattere anatomico, fisiologico o patologico, non si affidava alle norme teoriche ma esclusivamente all'esperienza. Celso si ripropose di conciliare le due tesi contrapposte, affermando che la medicina deve fondarsi su principi razionali, ma anche che il medico non deve ignorare le "cause evidenti" delle malattie. Senza partire da posizioni preconcepite egli agì in maniera eclettica, accogliendo ciò che gli sembrava più giusto, rielaborando le teorie giunte fino a lui, cercando di cogliere gli aspetti più convincenti di ciascuna e riproponendoli in una personalissima versione, senza disdegnare neppure le pratiche popolari, purché basate sul buon senso. Non scrisse aforismi ma strutturate dissertazioni che esploravano vari campi della medicina con scrupolosa attenzione alla realtà dei fenomeni e alla specificità della malattia; atteggiamenti moderni che destarono l'ammirazione anche degli studiosi del Quattrocento.

Ut "alimenta sanis corporibus agricultura, sic sanitatem aegris Medicina promittit", scrive nella prefazione alla sua opera e, in un capitolo successivo, a testimoniare la centralità dell'uomo nella sua visione deontologica:

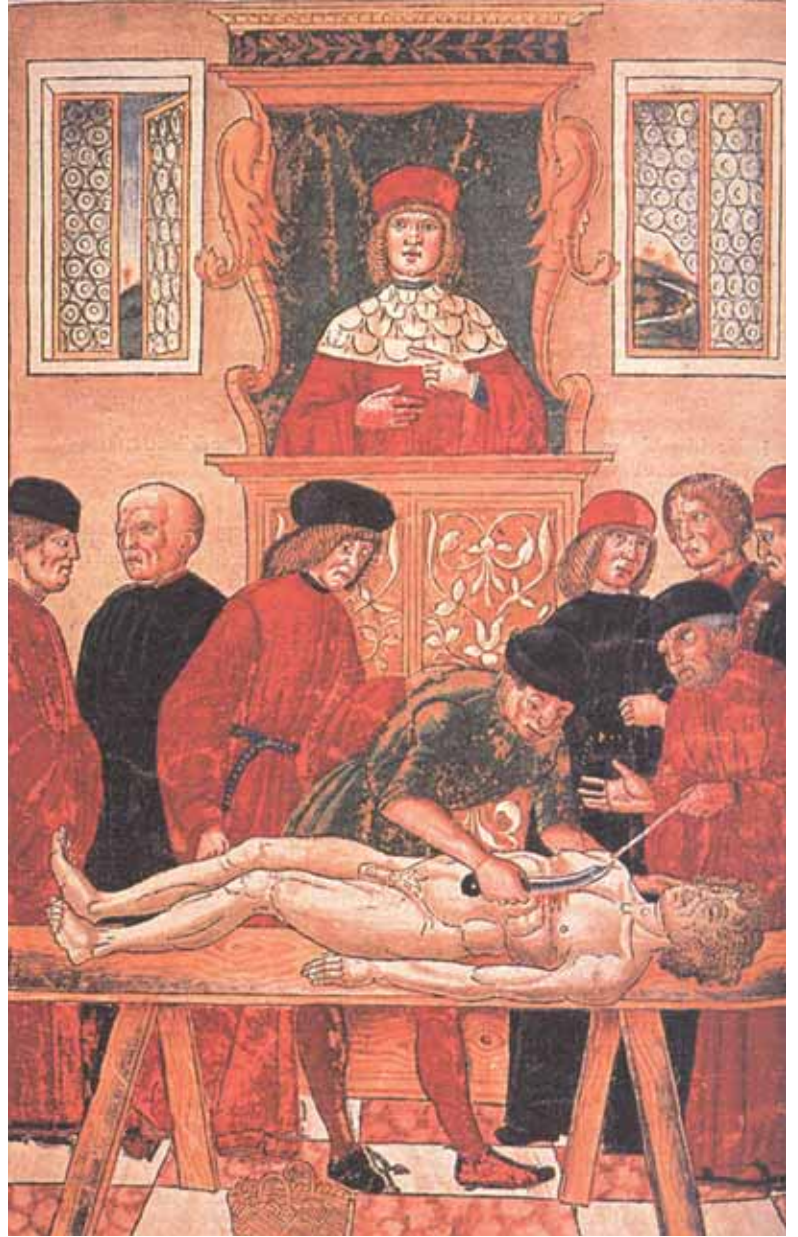
«L'uomo sano, che sta bene di salute, che sa quel che fa, non deve legarsi a nessuna regola rigorosa, non deve sentirsi bisognoso di medici e di massaggiatori. Deve piuttosto condurre una vita varia, soggiornare un po' in campagna un po' in città, più spesso però in campagna; far viaggi per mare, andare a caccia, riposare



*Medici che curano legionari.
Particolare della colonna Traiana*



*Strumenti del chirurgo. Pompei – Museo
archeologico nazionale. Napoli*



*Lezione di anatomia dal Fasciculus Medicinae di Johannes de Ketham in-folio,
edito a Venezia nel 1491 (Historical Library, Yale University)*

ogni tanto, ma più spesso tenersi in esercizio poiché è il non far niente che debilita il corpo, mentre l'attività lo rinvigorisce: l'inerzia può allungare i tempi della vecchiaia, ma l'attività allunga quelli della giovinezza." Entrando poi nello specifico si occupa di patologia e fornisce un quadro di quasi tutte le malattie conosciute agli inizi del primo millennio: dalle febbri quotidiane alle pestilenziali, dalle terzane alle quartane, dalla leteria al mal caduco, all'idropisia e all'itterizia. Nei panni del semiologo passa in rassegna le varie sintomatologie (tosse, catarro, mal di testa, dolori articolari); infine, nel settimo libro, dopo aver parlato di chirurgia

e individuato il "modello" di chirurgo ("Il chirurgo bisogna sia giovane, o almeno non tanto in là con gli anni; di mano forte, ferma, che non gli tremi mai, e che si serva non meno della sinistra che della destra; di vista acuta e netta; coraggioso, pietoso sì, ma in modo di non pensare ad altro che a guarire il suo paziente") offre un elenco dei principali metodi terapeutici conosciuti.

Ma i titoli di merito di Celso agli occhi degli umanisti, come ai nostri, sono anche altri, come quello di non scindere mai l'indagine scientifica dal rispetto per l'uomo, così scrive in proposito:

"Il medico prudente non deve, appe-

na arriva, afferrare subito il braccio del paziente, ma cominciare dal mettersi a sedere con buona cera, e domandargli come si senta, e se ha qualche paura calmarla con acconce parole."

Celso fu dunque un intellettuale che univa alla vastità delle conoscenze la profondità della riflessione e dell'analisi, fermamente convinto, con una visione del tutto moderna e poco condivisa nella sua epoca, che il medico prima che uno specialista in materia dovesse essere un umanista; il suo stile sobrio, incisivo ed efficace rimarrà un modello di prosa scientifica in latino nei secoli successivi.

Il Perì Kardíes nel Corpus Hippocraticum

di Giuseppe Squillace

Anatomia e funzioni del cuore in un autore del IV-III secolo a.C.

Il trattato Sul cuore (Perì Kardíes) quasi certamente non appartiene al famoso medico Ippocrate (V-IV secolo a.C.) ma ad un autore di IV o III secolo a.C.. Si tratta di un anatomista che ha osservato la struttura del muscolo cardiaco attraverso la pratica delle dissezioni e ne ha indicato forma, struttura, funzioni

Il Perì Kardíes nel Corpus Hippocraticum

Sotto il nome di Ippocrate, vissuto tra V e IV secolo a.C., la tradizione ha tramandato un vasto numero di scritti che costituiscono il cosiddetto Corpus Hippocraticum. Gran parte di essi, come è noto, non appartengono ad Ippocrate ma ad altri medici, talora suoi allievi, talora appartenenti ad altre scuole. Anche per il Perì Kardíes, più noto nella forma latina di De Corde e italiana Sul Cuore, non è dato conoscere l'identità dell'autore, al quale si deve peraltro la migliore descrizione dell'organo prima del XVI secolo d.C. Le sue conoscenze derivano dalla pratica della dissezione animale dalla quale trae le prove necessarie al consolidamento delle sue teorie. Egli ha potuto osservare direttamente il cuore descrivendone il pericardio e il liquido che lo circonda, i ventricoli, le orecchiette, le valvole sigmonidee, e formulando, sulla base di quanto visto, una serie di teorie.

Anatomia del cuore

Organizzato nelle moderne edizioni in dodici brevi capitoli il Perì Kardíes si apre con la descrizione del cuore, organo di forma piramidale e colore rosso acceso ricoperto da sottili membrane, simili a tele di ragno, necessarie ad isolarlo dal resto del corpo. Si tratta di un organo vigoroso situato sulla parte sinistra del torace e formato da due ventricoli, dei quali il sinistro, deputato a ricevere dai polmoni l'aria fredda al fine di temperare il fuoco innato di cui è ricettacolo, appare più solido rispetto al destro.

La respirazione

Alla sommità di ciascun ventricolo si trovano le orecchiette (oùata) attraverso le quali il cuore riceve l'aria. Esse svolgono una funzione analoga a quella dei mantici nelle fonderie, aspirando l'aria dai polmoni, e convogliandola nel ventricolo sinistro. L'aria immessa, naturalmente fredda, contribuisce a raffreddare il cuore, sede del calore innato e dell'intelligenza nel suo ventricolo sinistro.

Il nutrimento

Al pari degli altri organi, anche il cuore necessita di nutrimento che recupera direttamente dai polmoni. In effetti – rileva l'Autore – del cibo che il corpo incamera gran parte va a finire nello stomaco, il resto, attraverso

la laringe, nei polmoni, quindi nel cuore. A prova del suo ragionamento, adduce un esempio derivante dall'osservazione diretta: se – nota – si fa bere ad un maiale – animale onnivoro e quindi poco incline a differenziare la qualità degli alimenti – dell'acqua colorata e, mentre beve, lo si colpisce alla gola, si osserverà che i condotti respiratori avranno assunto il colore dell'acqua appena introdotta, evidenza questa di un passaggio diretto di una parte del cibo dalla bocca ai polmoni. A differenza di altri organi, il cuore non trae nutrimento direttamente dal ventre, bensì dal sangue che gli proviene dai polmoni attraverso le arterie. Anche in questo caso l'autore trova una prova nell'esperienza: se infatti – rileva – si apre il cuore di un animale appena sgozzato, si osserverà che il ventricolo sinistro è coperto di un siero giallognolo e l'arteria che lo collega al resto del corpo contiene sangue.

È Filistione di Locri l'autore del Perì Kardíes

Come rilevato l'opera Sul Cuore rimane ancora senza autore. Se la maggior parte degli studiosi rimane nel vago astenendosi da ogni ipotesi, alcuni, invece, hanno fatto un nome preciso: Filistione (in questo senso vedi J. Bidez – G. Leboucq, *Une anatomie antique du coeur humain*, Philistion de Locres et le Timée de Platon, "Revue des Études Anciennes" n. 57, 1944, pp. 7-40; C. Joubaud, *Le corps human dans la philosophie platonicienne. Étude à partir du Timée*, Paris 1991, pp. 77-80). Originario di Locri ma vissuto tra la fine del V e la prima metà del IV secolo a.C. a Sira-



cosa come medico personale dei tiranni Dionisio I e Dionisio II, Filistione è ricordato nei secoli successivi da Galeno come uno dei più illustri rappresentanti, con Empedocle e Pausania, della scuola medica d'Italia. Filistione avrebbe basato la sua scienza medica su quattro elementi: fuoco, aria, acqua, terra ognuno dei quali associato rispettivamente a caldo, freddo, umido, secco. Avrebbe ricondotto l'origine delle malattie a cause interne (caldo o freddo in eccesso) o esterne (ferite e piaghe) dando in ciò un ruolo determinante all'aria (pneuma) elemento basilare nell'insorgenza delle patologie e nello stato di salute. A suo dire, infatti, se il corpo respira bene e l'aria passa senza trovare impedimenti, la salute ne è il risultato; viceversa sopravviene la malattia se la respirazione non è buona. Filistione, inoltre, indagò la funzione dell'epiglottide nella assunzione di cibo; studiò le

vene denominando "aquile" quelle che arrivano alla testa passando attraverso le tempie; mostrò spiccato interesse per la dietetica prescrivendo bevande variamente composte per opistotonici, celiaci, dissenterici, idropici, pleuritici, epilettici; scrisse un'opera sulla gastronomia. Fu inoltre un buon chirurgo e si occupò anche delle cause dell'epilessia determinata – a suo dire – da un'otturazione nelle vene che impediva il transito dell'aria. Quanto detto basta a definire una gamma di interessi assai ampia per Filistione e a collocarlo in un ruolo di primaria importanza nella medicina di fine V inizio IV secolo a.C. L'identificazione dell'autore dell'opera **Sul Cuore** con il medico locrese nasce dall'interessante vicinanza tra le teorie inerenti il cuore e, più in generale, le malattie esplicitate da Platone nel *Timeo* e quelle presenti nel trattato ippocratico. Legato a Platone e all'Accademia

direttamente ma anche attraverso i suoi allievi (in questo senso vedi G. Squillace, *Menecrate di Siracusa*. Un medico del IV secolo tra Sicilia, Grecia e Macedonia, in corso di stampa), Filistione, avrebbe influenzato negli interessi e nelle teorie mediche il filosofo, che nelle pagine del *Timeo* avrebbe conservato traccia degli insegnamenti ricevuti a Siracusa dal valente medico. Se realmente Filistione fu autore dell'opera *Sul cuore*, si potrebbe parlare allora di una sapienza medica italica all'avanguardia nelle conoscenze mediche e capace perciò, oltrepassando i confini di Calabria e Sicilia, di giungere in Grecia e di influenzare con le sue conoscenze una scuola prestigiosa come l'Accademia di Platone e, per suo tramite, scienziati e pensatori ad essa legati quali Eudosso, Aristotele, Menone, Teofrasto, Diocle di Caristo.

“ I nomadi afgani del I secolo utilizzavano il simbolo del cuore come elemento decorativo ”



di Alessandra Chinaglia

Il simbolo del cuore viene da lontano

Una mostra che testimonia l'importanza degli scambi e della comunicazione nella crescita culturale

Il Museo di Antichità di Torino ha ospitato fino al 18 novembre la Mostra "Afghanistan, i tesori ritrovati" che ha presentato oltre duecento capolavori del patrimonio archeologico afgano, miracolosamente sopravvissuti alla guerra e ai saccheggi. Tra questi si potevano ammirare coppe in oro e in argento provenienti dal Tesoro di Fullol, oggetti della colonia greca di Ai Khanum, vasi romani e placche indiane e soprattutto i favolosi gioielli della necropoli nomade di Tilia Pepe.

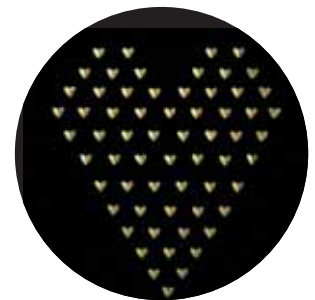
L'Afghanistan, regione montuosa dell'Asia centrale, fu un crocevia tra Oriente e Occidente: la qualità degli oggetti esposti ci permette di comprendere quale livello di civiltà le popolazioni della regione avessero raggiunto grazie agli intensi scambi commerciali e culturali con Grecia, Mesopotamia, Iran, India e Cina. La ricchezza e originalità dei reperti sono una testimonianza dell'importanza della comunicazione nella crescita culturale di un popolo e sono una lezione anche per il visitatore moderno di come la capacità di assorbire e integrare i contributi di differenti culture arricchisca senza perdere le specificità.

La mostra è stata la prima esposizione all'estero della collezione del Museo nazionale di Kabul. Dobbiamo questa preziosa testimonianza culturale al coraggio di un gruppo d'intellettuali afgani che mise al sicuro in un caveau della Banca Nazionale di Kabul questi preziosi reperti archeologici, che altrimenti sarebbero stati distrutti perché opere d'arte non islamica. Una lezione di cultura e di coraggio.

L'interesse della mostra è documentato dal fatto che è stata visitata da quasi 90.000 visitatori. Sicuramente ciò che colpisce il Cardialogo è l'ampio uso decorativo da parte di tribù nomadi del I secolo di quello che è diventato nell'era attuale il simbolo del cuore. L'utilizzo decorativo del cuore, elemento di semplicità, sintesi ed eleganza, ci avvicina ad una popolazione quasi sconosciuta vissuta 2000 anni fa, dotata di una straordinaria sensibilità estetica, molto simile a quella moderna.



Orecchini in oro e turchese, Afghanistan, necropoli di Tilia Pepe, Tomba V, I secolo



Placchette ornamentali in oro a forma di cuore, Afghanistan, necropoli di Tilia Pepe, Tomba III, I secolo



Tra sogno e realtà

a cura della Redazione

Dippold the optician

Read a page for me.
I can't. My eyes are carried beyond
the page.
Try this lens.
Depths of air.
Excellent! and now?
Light, just light, making everything
below a toy world.
Very well, we'll make the glasses
accordingly.

Tratto da *L' Antologia di Spoon River* di
Edgar Lee Masters

Un ottico

Daltonici, presbiteri, mendicanti di vista
il mercante di luce, il vostro oculista,
ora vuole soltanto clienti speciali
che non sanno che farne di occhi
normali.

Non più ottico ma spacciatore di lenti
per improvvisare occhi contenti,
perché le pupille abituate a copiare
inventino i mondi sui quali guardare.
Seguite con me questi occhi sognare,
fuggire dall'orbita e non voler
ritornare.

Tratto da *Non al denaro, non all'amore nè
al cielo* di Fabrizio De André



Immagine tratte dall'opera *Egyptian Dream* (1995) di Eugene Titov



© A.N.M.C.O.

Natale '07
auguri di cuore

Opera di Eugene Titov
Egyptian Dream 2 (2005)

“Un Ottico” tratto da
Non al denaro, non all’amore né al cielo
di Fabrizio De André



[...] Daltonici, presbiti, mendicanti di vista
il mercante di luce, il vostro oculista,
ora vuole soltanto clienti speciali
che non sanno che farne di occhi normali.

Non più ottico ma spacciatore di lenti
per improvvisare occhi contenti,
perché le pupille abituate a copiare
inventino i mondi sui quali guardare.
Seguite con me questi occhi sognare,
fuggire dall'orbita e non voler ritornare.

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

