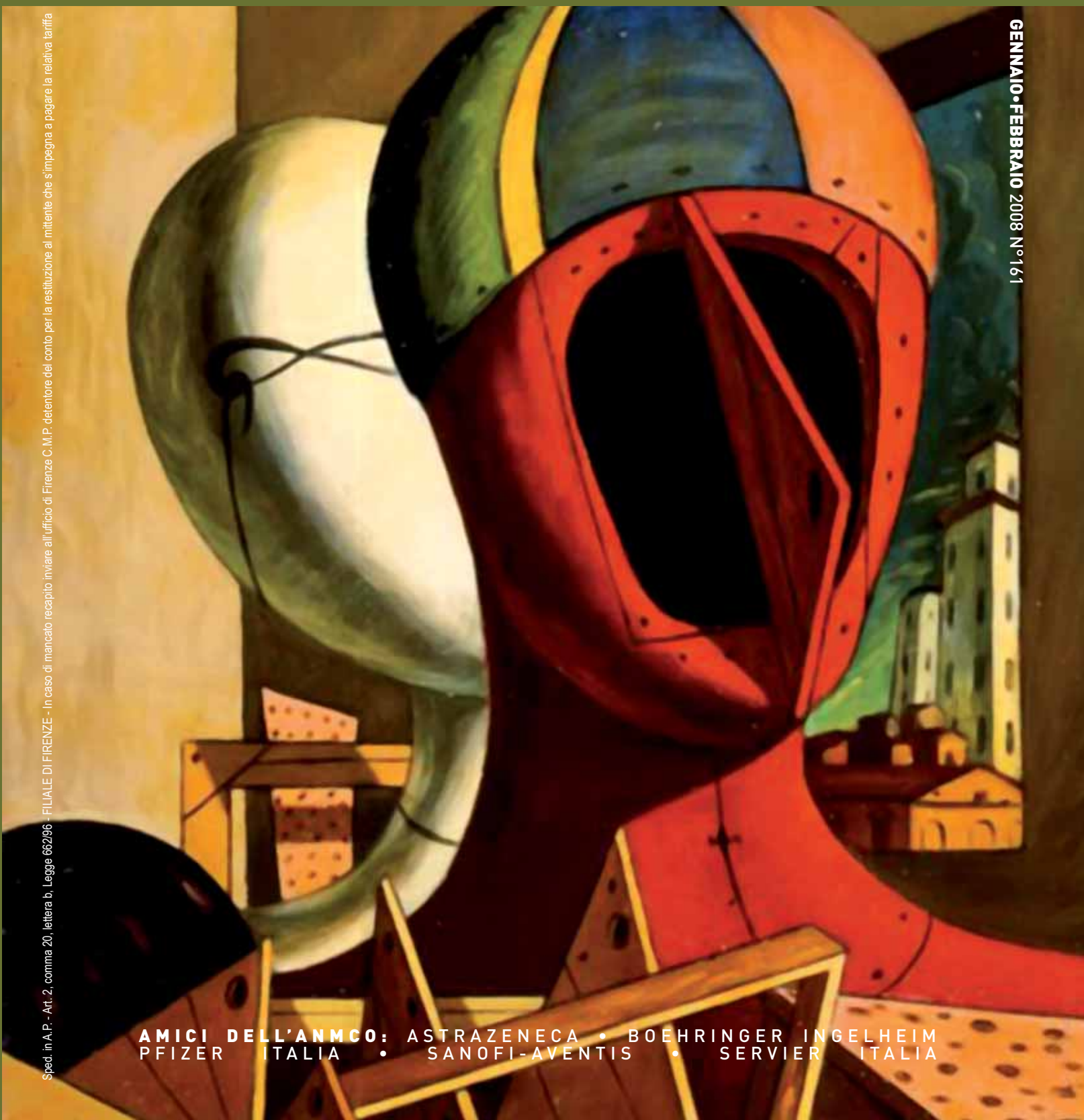
Cardiologia negli Ospedali

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI – ANMCO



GENNAIO•FEBBRAIO 2008 N°161

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

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

In copertina opera di

Giorgio De Chirico
La Musa metafisica - 1945/50
Collezione Mazzolini
Proprietà Diocesi Piacenza - Bobbio

N. 161 - gennaio/febbraio 2008
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 - Fiesole
Stampa:
Tipografia Il Bandino - Firenze

C

p.2 **DAL PRESIDENTE**
L'ANMCO e la Cardiologia
di Francesco Chiarella

p.4 **DAL CONSIGLIO DIRETTIVO**
Torna il tempo di BLITZ
di Luigi Oltrona Visconti

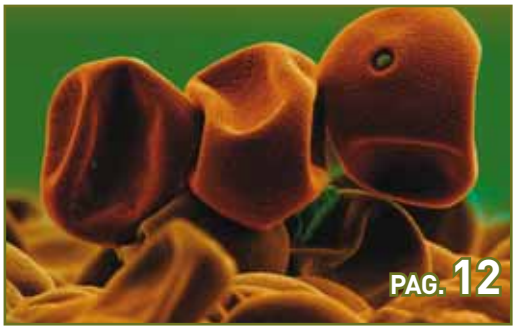
p.6 **DALLA FIC**
Consensus FIC sulle Sindromi Coronariche Acute
di Giuseppe Di Pasquale

p.7 **DAL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO**
Iniziata la discussione sul Piano della Ricerca
di Andrea Di Lenarda

p.8 **DAL GIC**
Come utilizzare Il Giornale
di Leonardo Bolognese

p.7 **DAL JCM**
Un nuovo Editor per il JCM
di Massimo Chiariello

p.11 **DA HCF**
Rivalutiamo il ruolo della clinica nella pratica quotidiana e nella ricerca
di Attilio Maseri



DALLE AREE

AREA EMERGENZA - URGENZA p.14
L'attività di ricerca dell'Area Emergenza - Urgenza
di Leonardo De Luca

AREA INFORMATICA p.16
La Tele - Ecocardiografia
di Luigi P. Badano

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE p.18
Novità dalla Letteratura all'interno del Sito Web
di Andrea Rubboli

AREA MANAGEMENT & QUALITA' p.20
Il governo dell' Appropriatezza in Cardiologia
di Giuseppe Rosato

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE p.23
Ictus Cerebrale: le nuove Linee Guida SPREAD
di S. Strano e F. Colivicchi

AREA SCOMPENSO CARDIACO p.25
Le alterazioni del pattern respiratorio nello Scompenso Cardiaco
di A. Mortara e F. Oliva

DALLE REGIONI

ABRUZZO p.35
News dall'Abruzzo
di Laura Piccioni e Consiglio Regionale ANMCO Abruzzo

CALABRIA
Rischio cardiovascolare nelle donne calabresi
di M.T. Manes e A. Butera p.37
Gestione dello SC in Calabria
di Mario Chiatto p.40

PUGLIA p.41
Protocolli per la gestione in Day Hospital e Day Service dei pazienti con SC
di Pasquale Caldarola

FORUM
A proposito di bioetica
di Pasquale Bossa p.44
Certificato di Appropriatezza Cardiologica?
di Gianfranco Cucchi p.45
La sindrome della cozza
di Giovanni Gregorio p.47

CUORI ALLO SPECCHIO p.50
Intervista a Rachele Adorisio e Iacopo Olivotto
di Gennaro Santoro

ISTRUZIONI PER L'USO p.53
Dal rapporto Medico - Paziente al Consenso Informato
di Giovanni Gregorio

VIAGGIO INTORNO AL CUORE p.58
Cambia il clima, la guerra si avvicina
di Alessandro Ferrini

FIGURARE LA PAROLA p.60
L'uomo di fronte a sé stesso
a cura della Redazione

L'ANMCO e la Cardiologia: quarantacinque anni di storia

di Francesco Chiarella

Quando penso all'ANMCO penso alla sua storia ed allo straordinario capitale umano che essa rappresenta. Da oltre quaranta anni i Cardiologi che operano negli Ospedali d'Italia hanno capito che legarsi insieme non solo migliora la qualità ed il gusto del lavoro ma può produrre anche decisivi progressi scientifici ed assistenziali. Quando penso all'ANMCO non penso ad una élite, ma ad un grandissimo numero di professionisti, diversi tra loro per formazione, competenze specifiche, convincimenti politici, ambiti di impegno, e tutte queste diversità conoscono un denominatore comune, trasversale, autonomo, libero da condizionamenti: il vincolo associativo dell'ANMCO. Che cosa cementa questa appartenenza? Come si spiegano tanta dedizione e tanto entusiasmo? Vedo svariati elementi leganti: l'arricchimento sul piano professionale, l'immediatezza dei rapporti umani, la possibilità di discutere e di proporre, il piacere di una amicizia che entra in profondità ed arriva a permeare lavoro quotidiano, i concreti risultati, facilmente evidenti, ottenuti grazie a questa sinergia spontanea. Così l'ANMCO è nata, è cresciuta, ha coinvolto le persone, si è aperta a proposte geniali, ha strutturato la ricerca cardiologica moderna, ha realizzato gli studi GISSI, imponendosi alla attenzione internazionale, ha offerto una impressionante mole di opportunità formative. Chi nel nostro Paese ha pianificato e capillarmente realizzato tante proposte educazionali? Chi ha prodotto con continuità lavori di ricerca ai massimi livelli dotandosi degli strumenti adeguati? Quando penso all'ANMCO penso che non c'è Cardiologo in Italia che in questi anni non sia stato direttamente o indirettamente toccato dalla sue iniziative di formazione e di ricerca.

Anche oggi, anche nel 2008 l'ANMCO si propone con forza e concretezza. Lo dimostreranno il XXXIX Congresso Nazionale, dove verranno presentati "GISSI ATRIAL FIBRILLATION" e lo studio BLITZ 3, il prossimo Congresso Europeo, che farà conoscere i risultati del "GISSI HEART FAILURE", lo dimostrano le due grandi Campagne Educazionali Nazionali di quest'anno, "Cardiologie Sicure" e "Ritardo Evitabile" e poi i 4 Seminari di Aggiornamento nazionali, gli 84 Eventi Formativi periferici, i Corsi di Clinical Competence dell'UTIC, i Registri IN - ACS Outcome, IN - CP e MANTRA. E mentre in molte regioni la vita associativa è ricca di originalità, di proposte e di realizzazioni, il 2008 sarà l'anno di un formidabile rilancio di Heart Care Foundation, l'anno in cui la Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari O.N.L.U.S., sotto la Presidenza di Attilio Maseri, si rinnoverà con nuovi spazi, nuovi programmi e nuovi modelli di ricerca e di presenza nella comunità.

ANMCO ha sempre valorizzato tutte le componenti del mondo cardiologico italiano e insieme con la SIC si è mossa concretamente per dare a tutti voce e rappresentanza a livello nazionale ed europeo. La Federazione Italiana di Cardiologia è stata voluta per rappresentare la Cardiologia italiana in sede europea e con le istituzioni politiche italiane, perché tutte le componenti - territorio, società di

Nelle immagini in bianco e nero le fasi che hanno portato all'attuale logo dell'Associazione

settore, ospedalità accreditata, perfino gruppi di studio - potessero esprimere in quelle sedi la propria specificità.
Per perseguire tale scopo ANMCO e SIC hanno lavorato e profuso per anni energie e risorse.
A che punto siamo, che cosa ci proponiamo? Ci proponiamo di far proseguire ANMCO nel suo cammino, così ben caratterizzato e strutturato. Vogliamo che ANMCO sia radicata e forte nella vita degli ospedali anche se la logica aziendalistica ed i problemi legati ad accorpamenti e trasformazioni aprono crisi profonde in molte realtà: in proposito ANMCO contrasterà con vigore la frammentazione della Cardiologia in nome della sua unitarietà clinica e scientifica. Vogliamo che ANMCO si attrezzi per crescere ancora sul piano della formazione e della ricerca; che consolidi i legami associativi a livello locale e regionale; che si apra alle sfide delle novità concettuali e di nuovi modelli; che resti teatro di discussioni appassionate, di trasversalità, di rapporti intensi, che stimi e conservi le proprie regole, garanti di trasparenza e di continuo avvicendamento delle responsabilità.
Questa ANMCO merita attenzione, stima e rispetto. Le motivazioni che la hanno fatta nascere e crescere sono attuali, non perderà pezzi, non allenterà la sua tensione, non farà scelte antitetiche alla sua storia, non sarà ambigua verso i rischi di dissolvenza.
Come si è detto agli Stati Generali a Spineto, l'ANMCO darà il suo impegno leale a favore della Federazione Italiana di Cardiologia che deve operare efficacemente secondo il suo preciso mandato: federare le Società Scientifiche cardiologiche nel rispetto delle loro autonomie ed individualità e rappresentarle in Europa e di fronte alle Istituzioni, contrastando malintesi e confusioni. Come avvenuto per oltre 40 anni una ANMCO solida, propositiva e forte sarà motivo di crescita per tutta la Cardiologia italiana.

Torna il tempo di BLITZ

di Luigi Oltrona Visconti

Dal 7 al 20 aprile verranno raccolti in tutta Italia i dati del BLITZ 3, la Survey che l'ANMCO ha promosso al fine di descrivere l'epidemiologia dei ricoveri nelle UTIC italiane. Nel corso della Convention delle UTIC del nostro Congresso del 2007 è apparsa evidente la lacuna conoscitiva sul significato dell'UTIC nella realtà cardiologica attuale dopo una lunga serie di cambiamenti avvenuti in quattro decenni e dovuti all'evoluzione culturale, tecnologica ed epidemiologica di tutta la Cardiologia. Da questa esigenza è andato crescendo, in seno al Consiglio Direttivo e all'Area Emergenza - Urgenza, il progetto disegnato secondo lo stile e lo spirito BLITZ: una Survey diffusa in un numero elevato di Centri, di breve durata nel tempo, con una raccolta dati improntata alla semplicità e all'efficacia. Ancora una volta questo spirito si è rivelato vincente: al 28 gennaio ben 334 Centri sparsi sul territorio nazionale avevano assicurato la loro partecipazione, segno di un grande successo iniziale del progetto. La necessità di uno studio nazionale si fonda sulla constatazione che la medicalizzazione, la diffusione delle procedure, l'impiego dei device, l'aumento dell'età della popolazione hanno contribuito a modificare la tipologia del ricovero in UTIC. Questi cambiamenti, di cui tutti ci accorgiamo, non sono tuttavia mai stati sistematicamente documentati e quantificati su vasta scala, né in Italia né in altre nazioni. Oggi non disponiamo di dati precisi in ambito nazionale sulla tipologia dei pazienti ricoverati nelle UTIC, la loro provenienza, la loro destinazione dopo la fase acuta, le principali scelte gestionali e terapeutiche che vengono ogni giorno effettuate. Ancora, di questi pazienti non abbiamo dati quantitativi e qualitativi sulle comorbilità, di cui tanto parliamo per il loro peso prognostico. BLITZ 3 nasce nella linea di continuità degli studi BLITZ 1 e BLITZ 2, condotti dall' ANMCO, che tanta importanza hanno avuto per via dei riconoscimenti in letteratura e delle ricadute nella pratica clinica. La raccolta dati avverrà all'insegna della semplicità e della sinteticità: ai Ricercatori (un Cardiologo e un Infermiere per ciascun Centro) verrà richiesta per ciascun paziente, in forma anonima, la compilazione di una scheda elettronica di una sola pagina. Il protocollo BLITZ 3 in questi giorni viene notificato ai Comitati Etici dei Centri partecipanti che, in base alla normativa sugli studi osservazionali, potranno fare una semplice presa d'atto. Grazie al lavoro dello Steering Committee, del Consiglio Direttivo, del Comitato di Coordinamento dell'Area Emergenza - Urgenza, del Centro Studi ANMCO, dei Presidenti Regionali, l'organizzazione dello studio è proseguita in queste settimane a "tambur battente" con una precisa finalità: presentare i dati finali il prossimo 2 giugno alla Convention delle UTIC del Congresso Nazionale 2008 dell'ANMCO. Questo appuntamento costituirà anche il Final Investigator Meeting dello studio al quale un Medico e un Infermiere di ogni Centro partecipante saranno invitati.
Nella convinzione che questa sia una nuova grande opportunità di qualificare la Cardiologia italiana a livello nazionale e internazionale siamo fiduciosi che la regola del non c'è due senza tre valga anche per il successo del BLITZ.

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. 019/6232693
E-mail: francesco.chiarella@ospedale-santacorona.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 - Ospedale 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.U. di Cardiologia
A.O. 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.U. Careggi
Viale Morgagni, 85 - 50134 Firenze
Tel. e Fax. 055/7947414
E-mail: cardiologia2@ao-careggi.toscana.it

SEGRETARIO GENERALE
GIUSEPPE PALAZZO
Dirigente - U.O. di Cardiologia
Ospedale Cannizzaro - UTIC e Semintensiva
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
Ospedale 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 Ospedale 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
Tel. 011/4393315, Fax 011/4393465
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, Fax 06/77055438
E-mail: mureddu.gianfra@tiscali.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

In preparazione la Consensus FIC sulle Sindromi Coronariche Acute

di Giuseppe Di Pasquale

La scelta tra la produzione autonoma di Linee Guida nazionali e l'adesione sistematica alle Linee Guida prodotte dalla European Society of Cardiology (ESC) è stata oggetto per anni di un vivace dibattito all'interno della comunità cardiologica italiana. La decisione della Federazione Italiana di Cardiologia è stata quella di un'adozione delle Linee Guida periodicamente emanate dalla ESC, della quale la FIC è membro autorevole, attraverso il loro endorsement e successiva traduzione in italiano con la pubblicazione nel *Giornale Italiano di Cardiologia*. L'adozione delle Linee Guida internazionali non può tuttavia prescindere da una loro analisi critica e da un'operazione di contestualizzazione all'interno della realtà sanitaria nazionale. La recente pubblicazione delle Linee Guida ESC (e successivamente ACC/AHA) sulle Sindromi Coronariche Acute senza sopraslivellamento del tratto ST (SCA NSTE) ha costituito lo stimolo per la FIC a condividere tra ANMCO, SIC e SICI - GISE il progetto di un Documento di Consenso nazionale sul percorso diagnostico - terapeutico delle SCA NSTE. L'iniziativa FIC costituisce il naturale proseguimento del lavoro svolto nel 2004 - 2005 per il Documento di Consenso federativo sullo STEMI, che si è dimostrato un ottimo strumento per l'implementazione nazionale e locale delle Linee Guida per la gestione in rete dell'Infarto Miocardico Acuto. A tale scopo è stato costituito un Gruppo di Lavoro di esperti identificati da ANMCO (Gianni Casella, Cesare Greco, Luigi Oltrona Visconti), SIC (Raffaele Bugiardini, Giuseppe Specchia, Corrado Vassanelli) e SICI - GISE (Leonardo Bolognese, Antonio Fiscella, Anna Sonia Petronio), comprendente il Chairman del Working Group Acute Cardiac Care della ESC (Marco Tubaro) ed integrato da referenti dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Agenzia Sanitaria per i Servizi Regionali, che hanno preliminarmente elaborato una scaletta di quattro temi (epidemiologia, diagnosi e stratificazione prognostica, strategie terapeutiche, percorsi assistenziali) che saranno oggetto di una Consensus Conference prevista a Bologna venerdì 16 maggio 2008. Nella Consensus allargata a 60 - 70 esperti verrà presentato un draft a cura del Gruppo di Lavoro. Successivamente sono previsti la stesura di un Documento da pubblicare come Supplemento del *Giornale Italiano di Cardiologia* e l'organizzazione di riunioni regionali per l'implementazione delle Linee Guida. Questo importante progetto federativo può essere realizzato attraverso un generoso grant educazionale incondizionato di alcune Aziende Farmaceutiche (Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Pfizer Italia) ed Elettromedicali (Cordis, Medtronic) alle quali va il sentito ringraziamento della FIC. L'augurio è che attraverso questa iniziativa possano essere implementate nella nostra realtà nazionale l'utilizzo della rete interospedaliera estesa anche ai pazienti con SCA NSTE e l'adesione ai trattamenti raccomandati dalle Linee Guida, che è ancora oggi sicuramente subottimale.

www.anmco.it/comitatoscientifico/funzioni.html

Iniziata la discussione sul Piano della Ricerca

di Andrea Di Lenarda

Il ruolo propositivo del Comitato Scientifico ANMCO in ambito di ricerca comincia a prendere forma con l'inizio dei lavori per la preparazione del Piano della Ricerca 2009 - 2010. La discussione nella riunione del Comitato Scientifico del 25 gennaio 2008 a Firenze ed all'interno del Consiglio Nazionale del giorno successivo è stata animata e costruttiva. L'obiettivo è quello di delineare le Linee Guida del futuro Piano della Ricerca, tenendo conto sia dell'attuale che della futura politica per la ricerca di Heart Care Foundation.
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 la nostra Associazione ha sempre puntato verso la conoscenza del mondo reale con una ricaduta operativa per l'attività cardiologica sia per quanto riguarda i bisogni formativi e professionali, 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, la nostra Associazione si è diretta ad 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 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.
Ma il nuovo corso di Heart Care Foundation con la nomina del Prof. Maseri alla sua Presidenza, apre nuove ed interessanti prospettive. Il salto è notevole ma i due indirizzi sono assolutamente compatibili e complementari. Da uno studio di popolazione all'analisi fisiopatologica di patologie specifiche. Dall'analisi delle medie generali allo studio dei fattori devianti dalle caratteristiche generali. Una ricerca diversa che potrebbe completare ed arricchire la storia scientifica della nostra Associazione.
Il processo che porterà alla formulazione della bozza del Piano della Ricerca parte dagli studi in corso o in avvio. Coerentemente con quanto già bolle in pentola, dall'interazione con le Aree per le rispettive competenze nasceranno gli indirizzi per le tematiche tradizionali di ricerca tradizionale (cardiopatia ischemica acuta, scompenso cardiaco, prevenzione, aritmie). Su questa base verrà preparata la bozza del Piano che verrà discussa dal Consiglio Direttivo ANMCO e da HCF, che hanno un ruolo decisionale sulle strategie della ricerca e sulla approvazione finale del Piano.
Il lavoro è appena avviato. L'impressione è che all'interno dell'Associazione stia nascendo interesse ed attesa verso questo nuovo corso di HCF. Il Comitato Scientifico ANMCO per quanto di sua competenza è motivato ad una collaborazione costruttiva in questa che consideriamo una grossa opportunità da cogliere per l'Associazione.

Come utilizzare Il Giornale: una prospettiva ambiziosa

di Leonardo Bolognese

Dal 1 gennaio 2008 mi viene conferito il privilegio e la responsabilità di amministrare le sorti di una pubblicazione storica per la comunità cardiologica italiana quale il *Giornale Italiano di Cardiologia* che tanto ha dato alla formazione professionale di ognuno di noi. I meriti della rivista devono essere uniformemente ascritti agli Editori che mi hanno preceduto, agli autori e revisori che hanno contribuito alla crescita del Giornale e, non ultimo, a quei lettori che hanno saputo usufruire in modo critico ed interattivo dell'informazione scientifica fornita. La forza di una rivista si esprime utilizzando numerose variabili: dall'impact factor al citation index, dalla diffusione al prestigio internazionale. Inevitabilmente non tutte queste variabili sono applicabili al *Giornale Italiano di Cardiologia* che era e rimane uno strumento di diffusione scientifica a carattere nazionale in lingua italiana. Tant'è che molti di noi si interrogano sull'opportunità di far vivere e sopravvivere una rivista nazionale con le caratteristiche del Giornale in un mercato così ricco e competitivo come quello delle riviste mediche. In realtà, l'esplosione della conoscenza scientifica insieme alla travolgente diffusione delle sottospecialità in Medicina cardiovascolare ha reso criticamente importante la scelta di quali dati ed in che forma debbano essere presentati ad uno specialista sempre più impegnato ed affaccendato nel proprio ambito professionale e soprattutto come questi dati possano essere adattati al contesto nazionale. La forza principale del Giornale oggi è la sua diffusione: 14.000 Cardiologi e cultori della Medicina cardiovascolare ricevono la rivista. Questo dato pone da solo per il futuro molte sfide ed opportunità. Il Giornale deve continuare ad evolversi ed esplorare nuove modalità di comunicazione per soddisfare le necessità dei lettori e degli autori, in modo da dar loro il massimo ritorno per il tempo investito nella rivista. Il Giornale è l'organo ufficiale in lingua italiana della Federazione Italiana di Cardiologia, l'associazione professionale degli specialisti cardiovascolari italiani. Come tale deve porsi l'obbiettivo di rappresentare la casa comune delle diverse componenti professionali che afferiscono alla Federazione, sapendo integrare, veicolare ed amplificare l'informazione scientifica ad un pubblico molto più ampio degli specialisti di settore, pur garantendo l'autonomia degli organi scientifici delle diverse associazioni non generaliste. La sottospecializzazione è una conseguenza naturale, e penso inevitabile, dell'evoluzione di quei settori scientifici che incorporano tecnologie progressivamente sempre più complesse. È impensabile oggi che si possano avere competenze specifiche in tutti i campi della Medicina cardiovascolare, ma sono fermamente convinto che i nostri lettori debbano essere informati, quanto più compiutamente possibile, delle principali innovazioni in ogni settore della Cardiologia e di come progredisca l'attività professionale e scientifica nei diversi settori nel contesto nazionale. Sarà uno dei compiti principali del nuovo Comitato Editoriale interfacciarsi con gli organi scientifici delle Associazioni di settore e dare voce a ciascuna di esse in modo che le principali innovazioni scientifiche e professionali di ciascuna area, la loro attività, in termini qualitativi e quantitativi, ed i principali contributi scientifici, possano giungere all'interà comunità cardiologica grazie alla diffusione capillare del Giornale.

Nessuno di noi ha avuto un training specifico come autore, revisore, editore, ed oserei dire anche lettore di una rivista scientifica. Il Giornale deve diventare un luogo di incontro per una crescita complessiva della comunità cardiologica e cardiochirurgia italiana assicurando la rilevanza e la visibilità che l'organo primario nazionale scientifico della Federazione deve avere per poter rispondere alle aspettative delle nostre Associazioni scientifiche, dei nostri lettori ed autori e dei nostri pazienti che dipendono dal livello di competenza raggiunto dalla comunità cardiovascolare per ottenere la cura migliore possibile. È un compito gravoso, ma siamo fiduciosi di poter guardare nel futuro, di cambiare ed innovare perché, seppur piccoli, poggiamo sulle spalle di un gigante: la vitalità della Cardiologia e della Cardiochirurgia italiana.

Un nuovo Editor per il JCM

di Massimo Chiariello

Cari Amici,
dal 1 gennaio 2008 ho assunto l'impegnativo incarico di Editor del Journal of Cardiovascular Medicine, la Rivista della Federazione Italiana di Cardiologia che, raccolta l'eredità dell'Italian Heart Journal, sotto l'esperta ed appassionata guida di Gian Luigi Nicolosi, è rapidamente cresciuta, raggiungendo straordinari ed inaspettati traguardi.
Mi rendo conto dell'onore che mi è stato concesso, di guidare quello che si può considerare la vetrina della ricerca cardiologica italiana e che sta rapidamente assumendo un ruolo leader tra le riviste internazionali del settore.
Di questo onore e di questo privilegio debbo innanzitutto ringraziare il Presidente della FIC, Giuseppe Di Pasquale e l'intero Consiglio Direttivo, oltre il Presidente ed il Consiglio Direttivo della SIC, per avere indicato il mio nome ed il Consiglio Direttivo dell'ANMCO, per avere espresso il suo gradimento con una unanimità di consensi che mi ha lusingato. Cercherò con le mie limitate forze e con quel po' di saggezza che mi deriva dai lunghi anni spesi come ricercatore, di onorare al meglio questo impegno e questa fiducia, continuando nel solco tracciato da Nicolosi, e di contribuire alla valorizzazione ulteriore del giornale.
Le premesse ci sono: il numero dei lavori sottoposti per la pubblicazione continua a crescere. Nel primo mese di quest'anno sono giunti circa 60 lavori da revisionare, una media di 2 al giorno! Questo ci consente di rendere più severa la selezione e quindi di migliorare il livello qualitativo medio degli articoli pubblicati. L'elevato rejection rate che deriva da ciò, che già nell'ultimo anno era salito ad oltre il 67%, può certamente generare incomprensioni e disagio, tuttavia invito tutti i Cardiologi italiani a considerare questo un prezzo da pagare per consentire al nostro giornale di raggiungere il livello di considerazione nella comunità scientifica internazionale che tutti auspichiamo. D'altro canto la serietà e la completezza delle revisioni effettuate con grande spirito di sacrificio da una rete di valutatori impegnati e competenti, può sicuramente contribuire a migliorare la qualità dei nostri lavori scientifici e deve quindi essere considerato, soprattutto dai più giovani, come parte di un percorso formativo utile a formare la personalità di un ricercatore.
Un altro aspetto da sottolineare, che testimonia del grado di stima che il nostro Giornale ha saputo guadagnarsi a livello internazionale, è l'alto numero di contributi da altri Paesi, non solo Europei, ma anche dell'Estremo Oriente e persino dagli Stati Uniti. Già oggi i lavori di provenienza estera sono circa il 40% del totale, e questo numero è in continua crescita.
A rendere il Journal of Cardiovascular Medicine ancora più attraente per i ricercatori sarà tra breve l'inclusione tra le riviste utilizzate per il calcolo dell'Impact Factor e di altri indici di qualità della produzione scientifica.
Un grande successo per la Cardiologia italiana, che va ascritto agli sforzi del primo Editor della Rivista, ma che va mantenuto ed incrementato aumentando le citazioni dei lavori pubblicati nel Journal.

Un numero sempre crescente di lavori, infine, è di provenienza cardiochirurgica, e la loro valutazione è affidata alla accorta ed appassionata guida di Massimo Villani: un compito non facile, visto l'alta qualità dei lavori inviati per la pubblicazione, che sicuramente contribuiscono in maniera significativa a completare egregiamente lo spettro degli argomenti trattati.
Certamente non posso negare che vi sono ancora alcuni problemi da risolvere, già sottolineati nella lettera di commiato di Gian Luigi Nicolosi proprio dalle colonne di questo giornale.
Il primo e più importante è quello della latenza tra accettazione e pubblicazione dei lavori. Questo tempo è in diminuzione, grazie soprattutto all'aumento del numero delle pagine e, quindi, dei lavori pubblicati, ma rimane comunque troppo alto. Stiamo compiendo uno sforzo notevole per ridurlo e sono sicuro che in breve riusciremo a renderlo accettabile.
Il secondo problema è finanziario.
Vi è una discrepanza tra costo della rivista e ricavi, che potrà essere superato incrementando la raccolta pubblicitaria, che di questi tempi non è abbondante. Sono certo, tuttavia, che lo sforzo congiunto della FIC e del Publisher ci consentirà di superare queste difficoltà e di mantenere ed anche aumentare gli standard di qualità raggiunti.
In conclusione di questo mio breve cenno di saluto agli Amici dell'ANMCO, non posso fare a meno di ringraziare alcune persone. In primo luogo tutti membri dell'Editorial Board, che vengono da me bombardati di richieste di revisioni e di consigli, e che sono tutti pronti e disponibili a mettere a disposizione del Journal la propria profonda esperienza.
Un grazie particolare alla Segretaria di Redazione, Franca Lorefice, che con competenza e passione lavora con me quotidianamente, mettendo a disposizione la sua vasta esperienza, aiutandomi a risolvere i problemi che ogni giorno si presentano.
E infine desidero esprimere la mia più profonda gratitudine al mio vecchio amico Gigi Nicolosi, per il suo lavoro appassionato e competente nei primi anni di vita del Journal, che mi ha consentito di ricevere dalle sue mani una Rivista che, sebbene giovane, fa onore alla Cardiologia Italiana.
A tutti voi, cari Amici, desidero esprimere il ringraziamento per la fiducia accordatami e assicurarvi che mi impegnerò con tutte le mie forze affinché il nostro Giornale assuma sempre più nel panorama scientifico internazionale il ruolo che la Cardiologia Italiana ha saputo meritarsi.

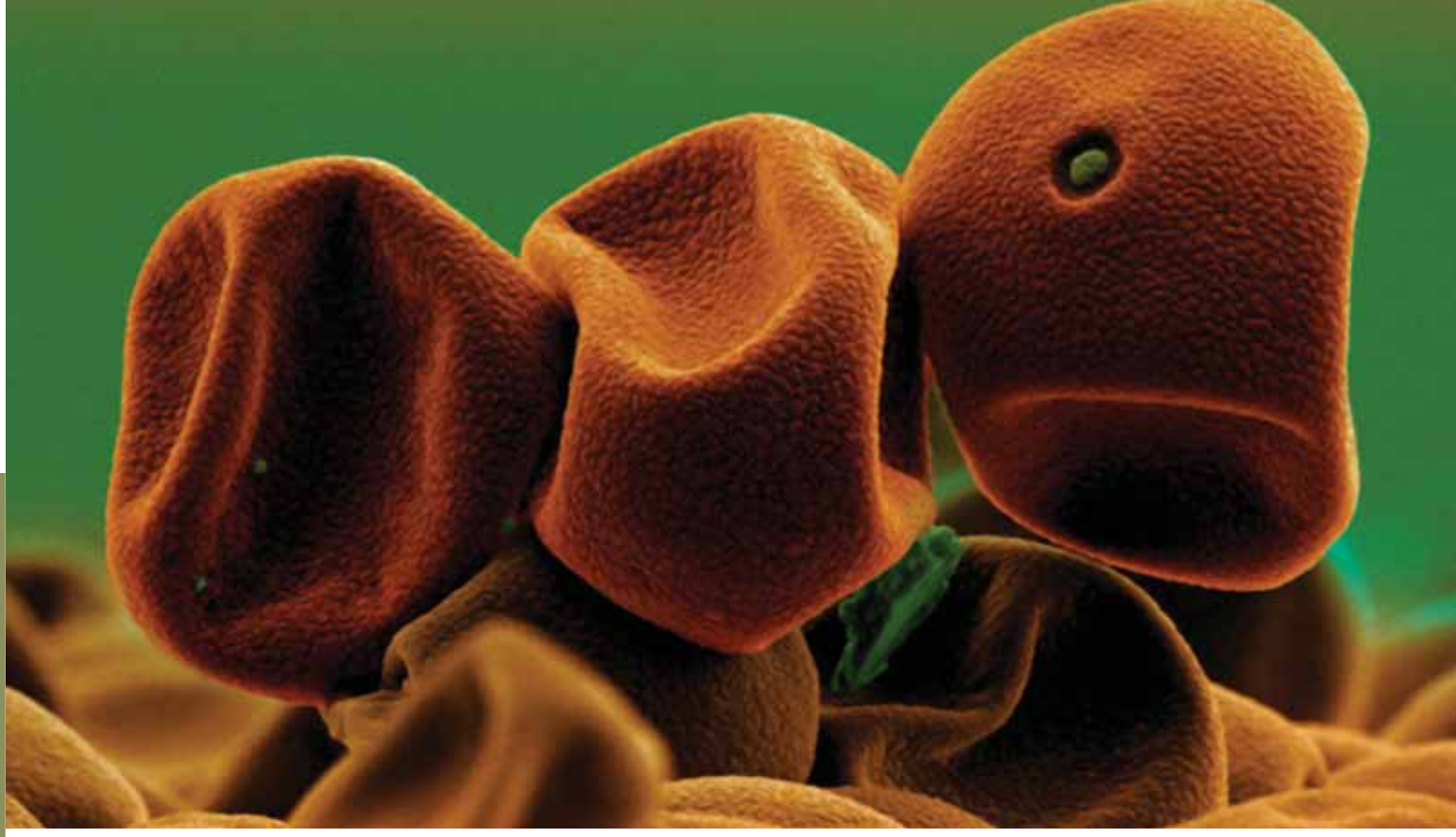
Rivalutiamo il ruolo della clinica nella pratica quotidiana e nella ricerca

di Attilio Maseri

Ho accettato con entusiasmo l'invito dell'ANMCO ad assumere la presidenza di Heart Care Foundation, perché l'ho trovato lusinghiero e stimolante.
Mi lusinga l'opportunità offertami dall'ANMCO, quasi alla fine della mia variegata carriera accademica e scientifica, di confrontarmi con la realtà cardiologica clinica italiana attuale: voglio cercare di restituire alle nuove generazioni il più possibile di quello che la cardiologia ha dato a me, sia nella pratica clinica quotidiana che nella ricerca, facendomi raggiungere obbiettivi che, in gioventù, non avevo osato sognare. Infatti l'attenzione ai casi clinici "anomali" è stata la fonte ispiratrice dei miei successi scientifici. Il contatto umano con i pazienti mi ha dato la sensazione di poter essere loro di aiuto e di conforto.
Inoltre l'opportunità di presiedere HCF mi stimola, perché sono convinto di due fatti fondamentali: 1. la ricerca più innovativa non può che partire dall'osservazione clinica di casi che deviano dalla norma per cause ancora ignote; 2. la necessità di mantenere al centro della nostra attenzione il malato con la sua individualità e spesso le sue ansie, piuttosto che la malattia con la sua crescente standardizzazione. Questi due aspetti convergono, perché la personalizzazione della terapia richiede la comprensione dei meccanismi patogenetici individuali responsabili della variabilità della presentazione ed evoluzione della malattia, che a sua volta richiede curiosità e metodologia scientifica.
La HCF deve perseguire le sue finalità, sviluppando il potenziale unico che l'ANMCO negli anni, a partire dal GISSI 1, ha dimostrato di possedere. Infatti, da osservatore esterno, sono sempre rimasto ammirato (e quando ero a Londra anche inorgoglito!) dalla capacità dell'ANMCO di coinvolgere nei suoi progetti la quasi totalità delle cardiologie italiane e di portarli brillantemente a termine. Tutte queste cardiologie sono ora chiamate a contribuire attivamente allo sviluppo di ciascuna delle finalità istituzionali della HCF, focalizzate nei rispettivi aspetti più caratterizzanti ed innovativi, congiuntamente concordati e condivisi.
Su "*Cardiologia negli Ospedali*" desidero aprire un dialogo con i Cardiologi italiani, ANMCO e non, per conoscere le loro aspettative da HCF in una rubrica "HCF risponde". Comincerò questo colloquio proponendo una filosofia di ricerca clinica del tutto innovativa e, per ora, unica al mondo, che può essere sviluppata nella rete ANMCO.

LINEE DI RICERCA CLINICA INNOVATIVE

Attualmente in tutto il mondo la ricerca clinica è dominata da trials che si propongono di stabilire se un trattamento è in media statisticamente più benefico del placebo sullo spettro più ampio possibile di pazienti, con una strategia ispirata al concetto "one size fits all".
I risultati di questa strategia hanno già permesso di raggiungere traguardi importanti, ma ora tendono ad un plateau perché questa strategia viene applicata ad ogni nuovo farmaco che, ove risulti benefico, viene aggiunto alla lista di quelli di già provata effi-



Polline del Phleum Pratense - fotografia al microscopio

cacia. Così riusciamo ad identificare gruppi di pazienti (per esempio coronarici o scompensati, acuti o cronici) con un rischio di eventi del 30% nel periodo di tempo considerato, e talvolta riusciamo a ridurlo anche del 50%: un successo davvero notevole. Ora però, al fine di ottenere ulteriori, miglioramenti sostanziali, dobbiamo cambiare marcia focalizzando la nostra attenzione su due fatti: 1. una riduzione degli eventi dal 30 al 15% implica che il 15% avrà un evento nonostante la terapia ottimale. Perché? 2. il 70% non avrà alcun evento nonostante sia stato trattato con placebo. Perché? Inoltre alcuni individui non sviluppano eventi pur essendo classificati ad alto rischio, mentre altri ne sviluppano pur essendo classificati a basso rischio. Perché? Questi interrogativi sono pressanti perché l'approccio "one size fits all" sta portando ad un carico crescente di politerapia, con conseguenti effetti collaterali, ridotta compliance ed aumento dei costi.
A mio avviso una risposta a questi interrogativi non può che venire da studi clinici sui casi estremi che più deviano dal comportamento medio, disegnati per identificare le varie componenti patogenetiche o protettive, ancora ignote, responsabili di queste deviazioni. Solo queste informazioni possono aprire la strada a nuove terapie personalizzate, fatte sui misura. Pensiamo alle scarpe: "misura media" o adatte "alla nostra calzata"?
Ritengo che l'osservazione clinica curiosa (più tipicamente italiana che anglosassone!) ma anche accurata e metodica, con un atteggiamento da "detective", possa fornire spunti innovativi. Infatti la focalizzazione dell'attenzione sui casi che più si discostano dal comportamento medio per presentazione clinica, risposta alla terapia, livelli di predittori ed evoluzione, identificati dalla rete ANMCO, permetterà la raccolta di sottogruppi fenotipicamente omogenei e sufficientemente numerosi di pazienti sui quali poi concentrare la ricerca di base, biologica, molecolare, genetica: "from bedside to bench". Gruppi di lavoro definiranno la casistica da studiare, i protocolli da adottare ed i costi dei progetti.
La rete ANMCO offre attualmente un'opportunità unica a livello mondiale per questa ricerca innovativa. HCF ha l'opportunità di promuoverla, creando così i presupposti per lo sviluppo di forme di prevenzione e terapia "su misura".

FUND RAISING

La HCF deve rapidamente acquisire un'appropriata visibilità nel settore "no profit", per poter perseguire efficacemente la sua missione da una posizione preminente, con una adeguata raccolta di fondi.
La preminenza della HCF può emergere dalla convergenze di due iniziative:
1. la focalizzazione di ciascuna delle sue finalità istituzionali - Ricerca, Educazione, Formazione - , su aspetti innovativi caratterizzanti, capaci di dare immagini mediatiche forti.
2. La ristrutturazione del terzo piano della sede di Via La Marmora, con il potenziamento della banca dati clinici del Centro Studi e l'organizzazione di una banca campioni biologici, forniranno una adeguata base operativa ad HCF, ai gruppi di lavoro che coordineranno le sue tre linee di sviluppo istituzionale - Ricerca, Educazione e Formazione - ed al comitato strategico per il fund raising.

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

L'attività di Ricerca dell'Area Emergenza-Urgenza

di Leonardo De Luca

In questi ultimi mesi l'attività di ricerca dell'Area Emergenza-Urgenza si è concentrata soprattutto sull'analisi dei dati provenienti dai Registri BLITZ 1 e BLITZ 2. Questi due studi epidemiologici sono stati ideati dall'ANMCO come Registri nazionali prospettici di pazienti consecutivi ricoverati nelle Unità Coronariche Italiane ed offrono la possibilità di valutare le caratteristiche cliniche e le modalità di trattamento di sottopopolazioni ad alto rischio o largamente escluse dai grandi trial clinici randomizzati

In questi ultimi mesi l'attività di ricerca dell'Area Emergenza-Urgenza si è concentrata soprattutto sull'analisi dei dati provenienti dai Registri BLITZ 1 e BLITZ 2. Questi due studi epidemiologici sono stati ideati dall'ANMCO come Registri nazionali prospettici di pazienti consecutivi ricoverati nelle Unità Coronariche Italiane, della durata di 2-3 settimane, condotti rispettivamente nel 2001 e nel 2003. Questi Registri hanno collezionato dati clinici, procedurali e di outcome dalla fase pre-ospedaliera sino ad un mese dalla dimissione. I Registri sono un importante strumento di sorveglianza ed osservazione epidemiologica, ma possono anche costituire un'opportunità per promuovere ricerche di epidemiologia clinica. Essi infatti offrono la possibilità di valutare le caratteristiche cliniche e le modalità di trattamento di sottopopolazioni ad alto rischio o largamente escluse dai grandi trial clinici randomizzati.

Sottoanalisi Anziani dal Registro BLITZ 1

Negli ultimi anni, il numero di pazienti anziani con diagnosi di Infarto Miocardico Acuto (IMA) nei paesi occidentali, è progressivamente aumentato. I pazienti con più di 75 anni costituiscono circa il 28% di tutte le Sindromi Coronariche Acute e circa il 60% dei decessi per IMA negli Stati Uniti ed in Europa. Sebbene la terapia riperfusiva precoce rappresenti una pietra miliare nel trattamento dell'IMA, sia la trombolisi che l'angioplastica primaria sono estremamente sottoutilizzate nei pazienti anziani. Ciò accade in parte perché i larghi trial clinici randomizzati che hanno valutato gli effetti della terapia riperfusiva hanno incluso un numero relativamente ridotto di pazienti anziani. Dati specifici su questa popolazione sono spesso forniti da studi di piccole dimensioni campionarie, spesso di singoli centri e raramente riferiti alla realtà italiana. Di conseguenza, c'è ancora poca conoscenza sul trattamento e sugli outcome post-IMA dei pazienti anziani che presentano probabilmente una coronaropatia più estesa e severa, fattori di rischio aggiuntivi ed altre comorbidità che potrebbero attenuare i benefici ed incrementare i rischi delle ormai tradizionali terapie riperfusive.

Il Registro BLITZ 1 ha arruolato in maniera prospettica pazienti consecutivi con IMA ammessi in 296 Unità Coronariche Italiane. Abbiamo analizzato i dati di questo Registro al fine di valutare le modalità di trattamento e gli outcome a 30 giorni di una popolazione non selezionata di pazienti consecutivi con età superiore o uguale a 75 anni ammessi con diagnosi di IMA. Il Registro ha incluso 1959 pazienti, di cui 529 (27%) con età superiore o uguale ai 75 anni. Sulla base dell'ECG al momento dell'ingresso in terapia intensiva, 296 (56%) tra questi pazienti presentavano un IMA con sopraslivellamento del tratto ST (Figura 1). Di questi, 26 (8.8%) sono stati trattati con angioplastica primaria, 101 (34.1%) con trombolisi sistemica ed i rimanenti 169 (57.1%) non hanno ricevuto alcun trattamento riperfusivo precoce (54% per arrivo tardivo, 31% per controindicazioni assolute o relative, e nel 15% dei casi per altre cause) (Figura 2).

Il follow-up clinico a 30 giorni è stato

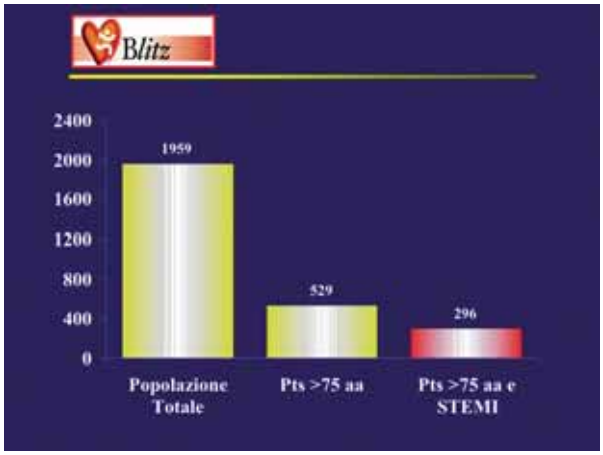


Figura 1

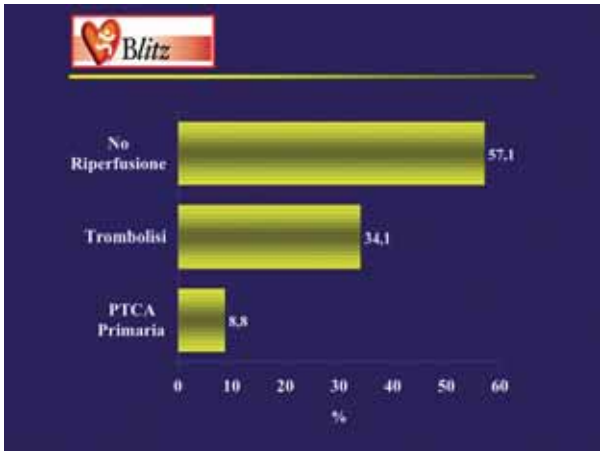


Figura 2

completato in tutti i pazienti. La frequenza di re-infarto non fatale è stata del 6.3% per i pazienti trattati con trombolisi e del 4.6% per quelli trattati con angioplastica primaria. La riperfusione ed in particolare quella meccanica ha determinato una consistente riduzione della mortalità; infatti l'incidenza di mortalità per ogni causa durante il periodo di follow-up è stata del 28.4% tra i pazienti non riperfusi, 20.8% tra quelli trattati con fibrinolisi e 15.4% nel gruppo trattato con angioplastica primaria.
Sorprendentemente al follow-up a 30 giorni, l'incidenza cumulativa di eventi maggiori (morte, infarto miocardico ed ictus) non era statisticamente significativa tra i tre diversi gruppi di trattamento. All'analisi multivariata inoltre, l'età, una classe Killip II-IV all'ingresso e la presenza di una coronaropatia multivasale erano i soli predittori indipendenti di eventi cardiovascolari avversi maggiori.
Ciò che più colpisce di questa sottoanalisi è che, nella pratica clinica italiana, la maggioranza dei pazienti con età superiore o uguale ai 75 anni e diagnosi di IMA non riceve alcun trattamento riperfusivo e presenta comunque una elevata incidenza di eventi cardiovascolari a 30 giorni.

Sottoanalisi sullo Scompenso Cardiaco Acuto dai Registri BLITZ 1 e 2

Lo Scompenso Cardiaco Acuto è una complicanza grave e relativamente comune delle Sindromi Coronariche Acute. Diversi studi retrospettivi e ampi Registri internazionali hanno dimostrato che la congestione polmonare con segni transitori di Scompenso Cardiaco Acuto è presente nel 20-50% dei casi ed è un predittore indipendente di peggiori outcome clinici tra i pazienti ricoverati con diagnosi di Sindromi Coronariche Acute. Malgrado la peggior prognosi, i pazienti con Scompenso Cardiaco Acuto e Sindromi Coronariche Acute sono trattati meno aggressivamente con farmaci potenzialmente life - saving e con procedure di rivascolarizzazione, e ciò probabilmente contribuisce all'elevata frequenza di eventi avversi che si registra in questa popolazione.
Di nuovo gli studi BLITZ costituiscono un' importante osservatorio che ci consente di descrivere le caratteristiche cliniche, i percorsi terapeutici e gli outcome a breve termine di questa popolazione di pazienti con Scompenso Cardiaco Acuto ricoverati con diagnosi di Sindrome Coronaria Acuta (con o senza sopraslivellamento del tratto ST) nelle Unità Coronariche Italiane.
Abbiamo pensato quindi di valutare le caratteristiche cliniche, le modalità di trattamento e la prognosi a 30 giorni dei pazienti arruolati nei Registri BLITZ 1 e 2, i quali hanno presentato uno Scompenso Cardiaco Acuto durante il ricovero per Sindromi Coronariche Acute e trattati con strategia riperfusiva (meccanica vs farmacologica) o conservativa. L'endpoint primario di questa valutazione sarà la valutazione dell'impatto prognostico dello Scompenso Cardiaco Acuto (identificato da una classe Killip _II) sulla mortalità a 30 giorni tra i pazienti con Sindromi Coronariche Acute. Sarà inoltre valutata l'incidenza di eventi cardiaci maggiori (mortalità per ogni causa, reinfarto e re-ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco) a 30 giorni nei pazienti con Scompenso Cardiaco Acuto e Sindromi Coronariche Acute trattati con terapia riperfusiva precoce (PTCA primaria o trombolisi per BLITZ 1; approccio invasivo con PTCA per BLITZ 2) verso terapia non riperfusiva. Riteniamo che anche quest'analisi possa fornire nuove informazioni e spunti di riflessione ai Cardiologi delle UTIC italiane.

Nuovi Progetti di Ricerca dell'Area

L'attività di ricerca dell'Area non si ferma qui e già altre analisi sono in programma con l'obiettivo di valutare gli outcome a breve e lungo termine di sottopopolazioni per lo più escluse dai grandi trial randomizzati come i pazienti con insufficienza renale, anemia, bronco pneumopatia o non riperfusi efficacemente. Su questi argomenti i numerosi Registri cui l'Area ha entusiasticamente partecipato negli ultimi anni possono fornire un'inesauribile fonte di ricerca.
Anche se gli studi osservazionali hanno caratterizzato con grande successo la ricerca dell'Area negli ultimi anni, ora sono in avanzata fase di progettazione nuovi studi prospettici randomizzati grazie ai quali l'Area vuole perpetuare ed ampliare la sua connotazione scientifica.
Il nostro entusiasmo è grande, aiutateci con suggerimenti e proposte!

La Tele - Ecocardiografia

Una della prospettive più affascinanti della Ecocardiografia digitale è sicuramente nelle sue potenzialità nell'ambito della Telemedicina

di Luigi P. Badano

Una della prospettive più affascinanti della Ecocardiografia digitale1 è sicuramente nelle sue potenzialità nell'ambito della Telemedicina: la Tele - Ecocardiografia, in cui Tecnici di ecocardiografia o Infermieri addestrati, o anche Cardiologi non particolarmente esperti in Ecocardiografia ma in grado di acquisire sezioni ecocardiografiche significative, acquisiscono le immagini e le trasmettono elettronicamente ad un laboratorio di riferimento in modo che la consulenza ecocardiografica specialistica possa essere disponibile anche per le istituzioni sanitarie più remote [1]. Questo tipo di prestazione diventerà sempre più appetibile con la diffusione degli ecocardiografi digitali miniaturizzati e con la progressiva centralizzazione delle prestazioni specialistiche [2].

Tabella

Tempi di trasmissione di un esame ecocardiografico di 60 Mbyte per le tipologie di connessioni più comuni

28.8 kbps modem	3.9 ore
112 kbps ISDN line	1 ora
768 Cable Modem	8.6 minuti
1.54 Mbps T1 line	4.4 minuti
10 Mbps Ethernet	40 secondi
45 Mbps DS3	9 secondi
100 Mbps Ethernet	4 secondi
650 Mbps ATM	0.6 secondi

La Tele - Ecocardiografia può essere utilizzata sia in tempo reale (il consulente nella stazione remota vede l'esame mentre questo viene eseguito)[3-12] o in modalità store-and-forward (le immagini vengono archiviate in formato digitale e successivamente inviate al laboratorio consulente)[13-16]. La modalità in tempo reale viene utilizzata prevalentemente in Ecocardiografia pediatrica, dove i Cardiologi Pediatri preferiscono vedere lunghe scansioni continue invece che clips limitate a uno o più cicli cardiaci, e là dove ci sia necessità di guidare l'operatore che acquisisce le immagini a fini diagnostici (ad es. esami di cardiopatie congenite complesse), per contribuire alle decisioni intraoperatorie (ad es. valutare il risultato di una riparazione valvolare mitralica) o di insegnamento a distanza. La limitazione di questa modalità è che la trasmissione in tempo-reale, a meno che non si disponga di linee dedicate, risulta in un frame-rate basso e con possibili artefatti. La modalità store-and- forward invece consente al consulente di visualizzare le immagini esattamente come sono state archiviate, sebbene in differita e con tempi di attesa che saranno in relazione alle dimensioni dell'esame ecocardiografico ed alla velocità della modalità di trasmissione utilizzata (Tabella). Per questa modalità di trasmissione gli esami ecocardiografici saranno organizzati in cine-loops e fotogrammi statici[2]. Le Tele - Ecocardiografia è stata studiata prevalentemente negli Stati Uniti e in ambito pediatrico e neonatologico[3-11], una branca dell'Ecocardiografia che si confaceva particolarmente per questa applicazione vista la relativa scarsità di specialisti esperti in quest'ambito clinico soprattutto in zone del paese distanti da centri di riferimento specializzati. I risultati riportati in letteratura dimostrano la fattibilità della metodica e la sua accuratezza diagnostica che si traducono in incremento dell'appropriatezza dei trasferimenti dei neonati ai centri di riferimento, riduzione dei trasferimenti dei neonati per consulenza, e maggior rapidità nell'instaurare terapie appropriate sulla base dei rilievi ecocardiografici.

Un'applicazione della Tele - Ecocardiografia che si sta sviluppando molto velocemente anche grazie alla disponibilità di ecocardiografi miniaturizzati e cardioscopi digitali è nell'emergenza urgenza[17]. In questi casi poche ed essenziali immagini ecocardiografiche vengono registrate sul luogo dell'inicidente o sui campi di battaglia e trasmesse ad un centro di riferimento via satellite a fini diagnostici[18].

Altre applicazioni della Tele - Ecocardiografia sono state quelle di fornire un supporto ecocardiografico a ospedali che non hanno Cardiologi ecocardiografisti in loco (centri riabilitativi ecc.)[19], ad enti non sanitari che necessitano comunque di supporto ecocardiografico per studi o monitoraggio (ad es. enti spaziali, enti sportivi, spedizioni alpine ecc.)[12], ed infine la Tele - Ecocardiografia potrebbe rappresentare una soluzione a costo contenuto per assicurare la consulenza specialistica ecocardiografica 24 ore al giorno indipendentemente dalla presenza dell'Ecocardiografista in ospedale[13-15] o per instaurare nuove modalità operative per i Cardiologi ecocardiografista come il telelavoro in cui Tecnici di Ecocardiografia acquisiscono le immagini in uno o più siti e il Cardiologo Ecocardiografista le referta da casa.

Sebbene fattibile tecnicamente ed accurata clinicamente la Tele - Ecocardiografia non si è ancora diffusa per diversi motivi: uno specifico ecocardiografico e gli altri comuni a tutta la Telemedicina. Il primo, ovvio, motivo è che la ridotta diffusione della Eco-

cardiografia digitale limita all'origine la diffusione della Tele - Ecocardiografia. Gli altri motivi, che sono comuni a tutta la Telemedicina, sono innanzitutto di tipo culturale e poi di mancanza di una normativa specifica per questo campo di applicazione dell'informatica e della scienza medica.

Come si può evincere dalla definizione stessa di Telemedicina, e di Tele - Ecocardiografia, questa nuova modalità organizzativa comporta un notevole impatto sui rapporti tra diverse strutture sanitarie e tra diverse professionalità con ripercussioni culturali ed organizzative.

La refertazione di un tele-ecocardiogramma potrebbe a tutti gli effetti essere definito un atto medico, ma manca tuttavia chiarezza su alcuni aspetti importanti che lo regolano: la sicurezza nel trasferimento delle informazioni, la responsabilità della diagnosi e delle eventuali implicazioni terapeutiche e la remunerazione della prestazione.

Nella Tele - Ecocardiografia, come in qualsiasi applicazione di Telemedicina, si possono identificare tre attori a cui teoricamente attribuire, in maniera diversa, una parte della responsabilità legale per la prestazione erogata:

- il Medico che fruisce del servizio ed è a contatto del paziente (colui che acquisisce e trasmette le immagini);
- lo Specialista Ecocardiografista del centro di riferimento, che referta l'ecocardiogramma "a distanza" (colui che riceve le immagini);
- il Fornitore/ i Fornitori dei servizi e/o degli strumenti necessari alla realizzazione della prestazione Tele-ecocardiografica.

La definizione delle diverse responsabilità professionali di questi tre soggetti, nonché dei rapporti che legano costoro, è l'aspetto cruciale dal punto di vista medico - legale delle prestazioni di Tele - Ecocardiografia. Nel rapporto tra Medico fruitore del servizio e Medico consulente ricade la responsabilità legale del referto che per la delicatezza del tema e l'incremento delle professionalità coinvolte nell'erogazione dovrebbe necessariamente implicare una condivisione della responsabilità. Il Fornitore dei servizi di Tele - Ecocardiografia dovrebbe garantire che la trasmissione dei dati clinici e personali del paziente avvenga mediante strumenti in grado di garantire la qualità del dato ricevuto (ovvero garantire che ciò che è stato ricevuto sia identico a ciò che è stato trasmesso, o senza riduzioni di qualità del dato clinicamente significative) e la sua confidenzialità.

Infine, vi è il problema della remunerazione delle prestazioni. È questo un importante ostacolo allo sviluppo della Telemedicina in generale. Infatti, l'assenza di adeguate politiche di rimborso a distanza delle prestazioni erogate a distanza impedisce la crescita ad attività di routine dei diversi progetti di Telemedicina che sono iniziati. Fino ad oggi, pressoché gli unici fondi a disposizione delle attività di Telemedicina sono finanziamenti di ricerca nazionali o europei che hanno prodotto l'avvio di numerosi progetti in questo contesto che si sono poi arenati una volta finiti i fondi. Probabilmente uno dei motivi è che non vi sono ancora prove sufficienti di un rapporto costo - efficacia di questa innovazione gestionale.

1.Dewey CF, Thomas JD, Kunt M, Hunter IW. The prospects for telediagnosing using ultrasound. Telemedicine 1996; 2:87-100
2.Badano LP, Il laboratorio digitale di ecocardiografia, Piccin ed, Padova, 2007
3.Woodson KE, Sable CA, Cross RR, Pearson GD, Martin GR. Forward and store telemedicine using Motion Pictures Expert Group: a novel approach to pediatric tele-echocardiography. J Am Soc Echocardiogr 2004;17:1197-1200
4.Fisher JB, Alborilas ET, Berdusis K, Webb CL. Rapid identification of congenital heart disease by transmission of echocardiograms. Am Heart J 1996; 131:1225-1227
5.Casey F, brown D, Corrigan N, et al. Value of low-cost pelemedicine link in the remote echocardiographic diagnosis of congenital heart defects. J Telemed Telecare 1998; 4;46-48
6.Houston A, McLeod K, Richens T, et al. Assessment of the quality of neonatal echocardiographic images transmitted by ISDN telephone lines. Heart 1999; 82;222-225
7.Randolph GR, Hagler DJ, Khanderia BK, et al. Remote telemedical interpretation of neonatal echocardiograms: impact on clinical management in a primary care setting. J Am Coll Cardiol 1999; 34:241-245
8.Sharma S, Parness IA, Karnenir SA, et al. Screening fetal echocardiography by telemedicine: efficacy and community acceptance. J Am Soc Echocardiogr 2003;16: 202-208
9.Cotton JL, Gallaher KJ, Henry GW. Accuracy of interpretation of full-length pediatric echocardiograms transmitted over an integrated services digital network medicine link. South Med J 2002; 95:1012-1016
10.Rinaldi A, Pagano N, Chirico M, et al. Telemedicine in neonatal emergencies. Acta Biomed Ateneo Parmense 2000; 71: 663-665
11.Sable C, Roca T, Gold J et al. Live transmission of neonatal echocardiograms from underserved areas : accuracy, patient care, and costs. Telemed J 1999; 5: 339-347
12.Main ML, Foltz D, Firstenberg MS, et al. Real-time transmission of full echocardiography over a high-speed data network: impact of data-rate and network quality of service. J Am Soc Echocardiogr 2000; 13:764-770
13.Trippi JA, Lee KS, Kopp G, Nelson D, Kovacs R. Emergency echocardiography telemedicine: an efficient method to provide 24-hour consultative echocardiography. J Am Coll Cardiol 1996; 27: 1748-1752
14.Trippi JA, Kopp G, Lee KS, Morrison et al. The feasibility of dobutamine echocardiography in the mergency depertment with telemedicine interpretation. J Am Soc Echocardiogr 1996; 9:113-118
15.Trippi JA, Lee KS, Kopp G, Nelson DR, Yee KG, Cordell WH. Dobutamine stress tele-echocardiography for evaluation of emergency department patients with chest pain. J Am Coll Cardiol 1997; 30; 627-632
16.Spencer K, Solomon L, Mor-Avi V et al. Effects of MPEG compression on the quality and diagnostic accuracy of digital echocardiographic studies. J Am Soc Echocardiogr 2000; 13: 51-57
17.Sable C. Telecardiology: potential impact on acute care. Crit Care Med 2001; 29:159-165
18.Huffer LL, Bauch TD, Furgerson JL, Bulgrin J, Boyd SYN. Feasibility of remote echocardiography with satellite transmission and real-time interpretation to support medical activities in the austere medical enviroment. J Am Soc Echocardiogr 2004; 17: 670-674
19.Umeda A, Iwata Y, Okada Y, et al. A low-cost digital filing system for echocardiography data with MPEG4 compression and its application to remote diagnosis. J Am Soc Echocardiogr 2004;17:1297 1303

Novità dalla Letteratura: un nuovo strumento di aggiornamento all'interno del Sito Web ANMCO

di Andrea Rubboli

A partire da gennaio 2008 disponibilità di articoli in pdf scaricabili gratuitamente per la formazione continua in ambito di malattia tromboembolica venosa

Dal Dottor Manson al Dottor House: l'evoluzione della specie. Se il protagonista de "La Cittadella" televisiva seduceva con la sua grande umanità ed esperienza l'Italia in bianco e nero, ottimista e un po' ingenua, degli anni '60, la progressiva trasformazione (o secondo alcuni, degenerazione) dei costumi ha fatto erigere ad icona contemporanea della nostra professione il medico cinico e tecnocrate della fiction americana. Ad unire due figure così diverse tuttavia, vi è il tempo che entrambi devono dedicare all'aggiornamento, talmente importante per il nostro corretto operare da essere sancito (caso pressoché unico nelle varie professioni) nel nostro contratto di lavoro. L'attuale numerosità delle riviste cardiologiche e la disponibilità di accurati motori di ricerca informatici hanno senz'altro agevolato le possibilità e modalità di aggiornamento, rendendo possibile la fruizione dell'ultima novità scientifica addirittura in tempo reale. La pletora di riviste cardiologiche però, oltre a mettere a rischio la qualità della ricerca pubblicata, può creare non poche difficoltà a chi necessiti di approfondire un determinato argomento. Questo è particolarmente vero per la malattia tromboembolica venosa, poiché il suo carattere multidisciplinare fa sì che contributi scientifici pertinenti vengano pubblicati su riviste non solo cardiologiche, ma anche di Medicina d'urgenza, di Medicina critica, di Radiologia, di Pneumologia, di Medicina interna, etc. Basti pensare che, se digitiamo "pulmonary embolism, diagnosis" su PubMed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/), il motore di ricerca medica più frequentemente utilizzato, vengono recuperate quasi 19.000 citazioni, delle quali addirittura 36 pubblicate, ad esempio, nel solo mese di novembre 2007!

Al fine di agevolare chi desideri e/o necessiti di essere informato sulle novità scientifiche in tema di malattia tromboembolica venosa, il Comitato di Coordinamento dell'Area Malattie del Circolo Polmonare (costituito per il biennio 2007 - 2008 da Carlo d'Agostino, Andrea Rubboli, Amedeo Bongarzoni, Iolanda Enea, Loris Roncon ed Oscar Serafini) ha deciso di fornire un nuovo, ancorché piccolo, servizio all'interno della propria Sezione nel Sito Web ANMCO (http://www.anmco.it/aree/elenco/circolo/). Da gennaio 2008 è possibile accedere ad una nuova Sezione (http://www.anmco.it/aree/elenco/circolo/novita_letteratura) denominata "Novità dalla Letteratura" che permetterà a sua volta l'accesso al formato pdf, scaricabile gratuitamente, di articoli (fino ad un massimo di 5) rilevanti per il nostro aggiornamento e di recente pubblicazione.

Inevitabilmente, un'operazione, seppur piccola, di questo genere si presta a possibili (e numerose) critiche derivanti dall'arbitrarietà con cui vengono scelti il numero e gli argomenti degli articoli da rendere disponibili sul Sito, oltre alla frequenza con cui il Sito stesso viene aggiornato. Relativamente a quest'ultimo aspetto, il Comitato di Coordinamento ha concordato di provvedere mensilmente, poiché una frequenza superiore (quindicinale o settimanale, o addirittura contestuale alla pubblicazione dell'articolo) appare poco proponibile per una fruizione reale e ragionata del materiale messo a disposizione. Per lo stesso motivo, si è inoltre deciso di limitare ad un massimo di 5 il numero degli articoli selezionati. La casella di posta elettronica del Cardiologo che si aggiorna è infatti abitualmente così affollata

Figura 1 - Alberto Lupo nei panni del Dottor Manson in una scena della serie televisiva "La Cittadella" trasmessa dalla RAI nel 1964

Figura 2 - Hugh Laurie insieme agli altri protagonisti della serie TV statunitense "Doctor House"

da incalzanti tables of contents delle principali riviste ed alerts relativi all'avvenuta pubblicazione di articoli di immediata e dirompente importanza, da far ritenere opportuno di non sovraccaricare ulteriormente il fardello di letteratura da fare proprio. Ancor più opinabile e scivolosa è senz'altro la scelta dei singoli articoli da mettere a disposizione sul Sito. Al di là infatti di contributi epocali (peraltro non particolarmente frequenti in ambito di ricerca clinica) in grado di indirizzare in modo univoco e definitivo la gestione di un determinato problema, l'interesse suscitato da un articolo è spesso determinato non tanto dalla universalità dei risultati presentati, quanto piuttosto dalla curiosità e specificità del singolo lettore. Il Comitato di Coordinamento si è quindi proposto di mettere a disposizione di volta in volta dei contributi che possano collocarsi all'interno di questi estremi. Così, nel mese di gennaio 2008 sono stati selezionati articoli a carattere generale, quali uno sull'incidenza e la prognosi della malattia tromboembolica venosa in Europa, ed uno sul rapporto tra patologie polmonari e cuore, ed articoli focalizzati invece su aspetti più specifici, quali uno sul ruolo prognostico del ritardo nella diagnosi di embolia polmonare, uno sull'incidenza precoce di embolia polmonare dopo un trauma ed uno sul rischio di embolia polmonare fatale dopo interruzione della terapia anticoagulante orale. Quello che certamente non apparirà tra le "Novità dalla Letteratura" sono le Linee Guida. Innanzitutto perché esiste un link dedicato alle Linee Guida alla pagina http://www.anmco.it/aree/elenco/circolo/linee, cui si accede sempre selezionando l'attività della nostra Area dalla Homepage, e poi perché la loro pubblicazione ha usualmente una tale ed immediata risonanza sui mezzi di informazione cardiologica da rendere altamente improbabile che non se ne venga messi a conoscenza. La scelta di astenersi dal rendere disponibili sul sito Linee Guida relative alla gestione della malattia tromboembolica venosa è però motivata anche (e soprattutto) dalla volontà di non alimentare una certa "idolatria" che è andata progressivamente maturando nei confronti di questo strumento, sicuramente necessario ed utile, ma che rischia di trasformarsi nel "vitello d'oro" della Medicina contemporanea. Non va infatti dimenticato che le Linee Guida non sono che una sintesi, seppur completa ed oggettiva, dei dati della letteratura. Esse pertanto sono ottimali per la gestione del paziente "medio", al quale tuttavia frequentemente non corrisponde affatto il singolo individuo che dobbiamo gestire nella pratica clinica. Come un abito di sartoria cade abitualmente meglio di un abito acquistato in un grande magazzino, così la gestione del singolo paziente va individualizzata, cercando di adattare ad esso le raccomandazioni delle Linee Guida (la conoscenza delle quali rimane in ogni caso indispensabile). Del resto, nel preambolo delle Linee Guida emanate dalle più importanti Società Cardiologiche viene costantemente ribadito come esse non abbiano carattere prescrittivo e come, data la grande variabilità tra paziente e paziente, il giudizio clinico, l'esperienza ed il senso comune mantengano sempre un ruolo determinante. Poiché la scienza moderna è nata dallo scardinamento dell'ipse dixit, affermazione con la quale nel Medio Evo si faceva riferimento ad Aristotele per dare spiegazione, senza contraddittorio, di qualsiasi fenomeno, sarebbe veramente deplorevole se dopo oltre quattro secoli di coerente applicazione del galileiano "provando e riprovando" rischiassimo un nuovo oscurantismo per avere (inconsapevolmente?) sostituito ipse dixit con Linea Guida dixit!

La Cardiologia Ospedaliera tra Risorse, Etica e Appropriatezza delle prestazioni

di Giuseppe Rosato

L'affiancamento delle tre parole: Etica, Risorse e Appropriatezza come momento di attenzione per chi lavora nel SSN

Il concetto di razionalità clinica, come metodo sufficiente a dare validità positiva ed efficace a qualsiasi intervento sanitario, è da sempre al centro dell'agire medico. Il movimento della Evidence Based Medicine ne dimostra, però, la fallacità in quanto la razionalità clinica è un metodo necessario, ma non sufficiente, per garantire l'efficacia dell'agire medico.

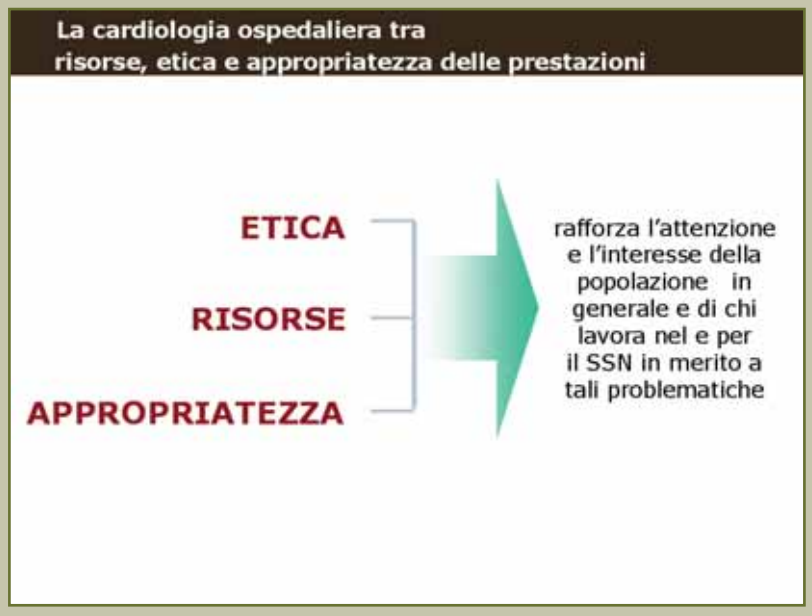
La questione della qualità e appropriatezza delle cure, la necessità di garantire i pazienti e la loro sicurezza, la disponibilità di nuovi modelli organizzativi, lo sviluppo delle conoscenze e delle tecnologie hanno offerto una nuova opportunità per le organizzazioni sanitarie: quella di affrontare e gestire la crescente complessità con rigorosità di mezzi e di metodi.

Il raggiungimento di più elevati standard qualitativi e di appropriatezza costituisce un impegno essenziale delle istituzioni sanitarie a tutti i livelli. In tal senso è fondamentale che i processi di erogazione dei servizi siano attentamente monitorati e sottoposti ad audit e valutazione delle performance secondo le procedure del governo clinico che ci si accinge a promuovere nel nostro Paese.

In questa prospettiva, è cruciale la valutazione dell'appropriatezza, intesa come proxy di misurazione della migliore performance dei servizi sanitari, che qualifica un intervento sanitario nella sua correlazione con il bisogno del paziente.

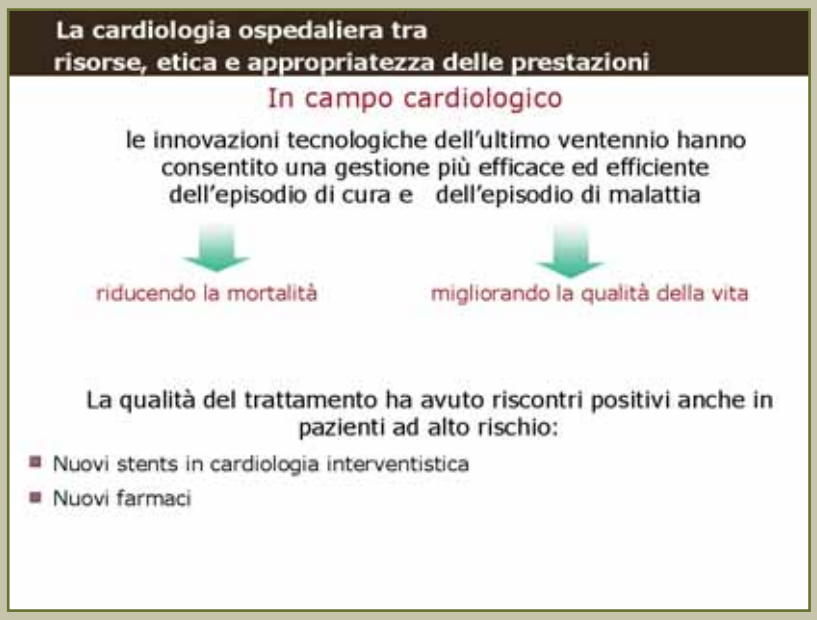
In campo cardiologico, le innovazioni tecnologiche dell'ultimo ventennio hanno consentito una gestione più efficace ed efficiente dell'episodio di cura e dell'episodio di malattia, riducendo la mortalità e migliorando la qualità della vita. La qualità del trattamento ha avuto riscontri positivi anche in pazienti ad alto rischio: le complicazioni in cardiologia interventistica si sono infatti ridotte grazie all'introduzione di nuove endoprotesi e di nuovi farmaci. La morbilità legata all'infarto si è ridotta con l'utilizzo dei farmaci trombolisanti, con conseguente aumento del numero dei pazienti per il terzo livello cardiologico. Sono state possibili anche modifiche nell'erogazione dell'assistenza che hanno contribuito a migliorare la produttività del sistema e il rendimento delle risorse.

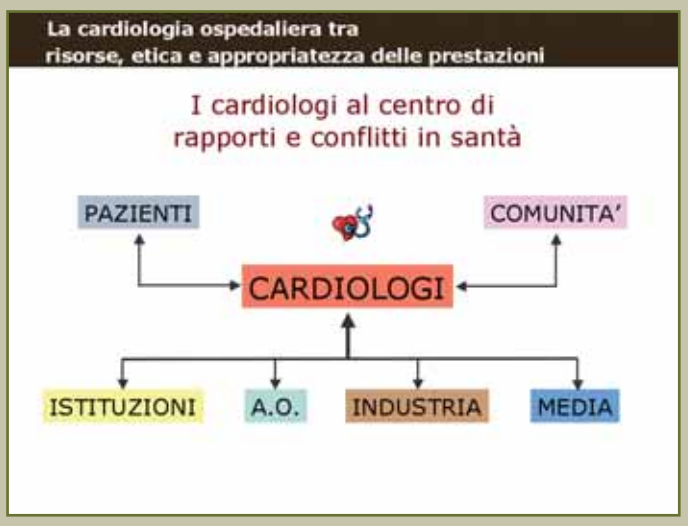
Nel prossimo futuro, in ambito



cardiochirurgico ci si dovrà confrontare con ulteriori innovazioni tecnologiche, quali i sistemi di supporto ventricolare e tecniche sempre meno invasive, quali quelle di chirurgia endoscopica. Lo scenario potrebbe essere poi radicalmente trasformato dalle nuove frontiere della terapia genica. La riconosciuta correlazione tra innovazioni tecnologiche e miglioramento dei servizi non può, però, escludere gli eventuali rischi che l'introduzione delle nuove tecnologie possono comportare nel caso in cui le motivazioni che sottendono alla diffusione di un'innovazione non siano esclusivamente legate alla protezione e al miglioramento della salute.
Non vanno poi sottaciuti gli effetti di iatrogenesi. Tra questi, assumono sempre più rilevanza quelli derivati dai difetti di Organizzazione e di Gestione dell'innovazione nella pratica operativa.
Non va trascurato che le innovazioni tecnologiche comportano un sensibile aumento delle spese e che, sul piano sociale, più si esaltano le potenzialità della tecnologia, più aumentano le attese nei confronti delle pratiche mediche.
L'OMS definisce un Sistema Sanitario come "l'insieme di tutte le persone e le azioni il cui scopo primario è quello di migliorare la salute [...]" e aggiunge che "i Sistemi Sanitari hanno contribuito enormemente a migliorare la salute, ma il loro contributo potrebbe essere maggiore. L'incapacità di raggiungere quel potenziale è dovuto più a difetti di sistema che a limitazioni tecniche" (WHO, 2000).
La prospettiva, pertanto, dovrà mirare da un lato ad ottimizzare i processi già in essere, dall'altro ad identificarne nuovi.
La pressione continua dell'innovazione tecnologica, l'aumento della domanda e la limitatezza delle risorse disponibili sempre più condizioneranno però la capacità del sistema di mantenersi costantemente adeguato, nella qualità dei servizi, alla sua capacità di essere efficiente nell'uso delle risorse. È necessario, perciò, perseguire l'appropriatezza d'uso delle innovazioni tecnologiche, basandosi su "dati di produzione": limitandone cioè l'utilizzo dove esse producono vantaggi solo marginali e aumentandone l'accessibilità laddove il livello di beneficio risulta elevato.
L'attuale sfida che l'innovazione pone al sistema è che le decisioni siano determinate da una serie di fattori, come il contesto clinico ed organizzativo, il tipo di paziente, la capacità

Il ruolo importantissimo delle Società Scientifiche è quello di fornire al Cardilogo, gli strumenti e le Linee Guida necessari per il "Governo" dell'Appropriatezza nella pratica clinica.





di una gestione da parte di personale altamente specializzato.
Per contribuire al governo e alla gestione delle innovazioni le Aziende possono agire su almeno due livelli: quello strategico e quello organizzativo. Il primo si fonda sull'integrazione e sull'alleanza tra aziende che mirano a ottimizzare al meglio gli aspetti di efficacia delle cure ed efficienza nell'uso delle risorse. La strategia non può essere esclusivamente lasciata all'autonomia aziendale ma deve avere a riferimento il Sistema Sanitario Regionale e deve poter contare su di una chiara esplicitazione degli obiettivi e delle modalità di realizzazione.
Per quanto riguarda le modalità organizzative, le aziende devono operare per promuovere quelle forme di produzione che, sulla base delle evidenze mediche disponibili, si sono dimostrate capaci nell'assicurare la qualità del servizio e il controllo dei costi. Devono, inoltre, sviluppare il potenziale di trasformazione organizzativo per rendere disponibili ai professionisti le migliori tecnologie e consentire loro di impiegarle nel modo più appropriato ed efficiente possibile. I professionisti, per parte loro, devono adoperarsi per fornire il massimo contributo a selezionare le innovazioni caratterizzate dal miglior rapporto qualità/prezzo e a utilizzarle nel modo più appropriato.
La definizione più utilizzata di appropriatezza in medicina è quella di Brook: "(…) è appropriata quella prestazione per cui i benefici per il paziente superano i rischi in misura tale da giustificarne l'erogazione (…)".
Bisogna allora ragionare su come avvicinare ogni settore della Cardiologia a un "appropriato" funzionamento sia in termini di vantaggio clinico per i pazienti che in termini di spesa sanitaria.
Dobbiamo enfatizzare il ruolo centrale del cardiologo che, per natura della sua professione, si pone al centro dei rapporti (e dei conflitti) in Sanità nell'assicurare il "governo" dell'Appropriatezza nella pratica clinica, attraverso strumenti quali linee guida, dati di registro, consensus conference applicati al concreto lavoro quotidiano. Il ruolo importantissimo della Società Scientifica è quello di fornire questi strumenti di "lettura".

Prevenzione e Trattamento dell'Ictus Cerebrale: una nuova frontiera della Cardiologia

di S. Strano e F. Colivicchi

Le Linee Guida italiane SPREAD per la prevenzione e il trattamento dell'Ictus Cerebrale, sono giunte alla loro quinta edizione dopo 10 anni dalla costituzione della SPREAD Collaboration. Il ruolo del Cardiologo diviene sempre più operativo sia in fase acuta (stroke unit) che nell'approccio interventistico (stenosi carotidea e PFO), sia nella diagnostica come nella fase di riabilitazione e continuità assistenziale.

Le Linee Guida italiane SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion) per la prevenzione e il trattamento dell'Ictus Cerebrale, sono giunte alla loro quinta edizione dopo 10 anni dalla costituzione della SPREAD Collaboration. In Italia l'Ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10%-12% di tutti i decessi per anno, e rappresenta la principale causa d'invalidità. Ogni anno si verificano in Italia (dati 2001) circa 196.000 Ictus, di cui l'80% sono nuovi episodi (157.000) e il 20% recidive che colpiscono soggetti già precedentemente affetti (39.000). Il numero di soggetti sopravvissuti ad Ictus con esiti invalidanti è calcolabile, in Italia, in circa 913.000. Si stima che in Italia l'evoluzione demografica porterà, se l'incidenza rimarrà costante, ad un aumento dei casi di Ictus nel prossimo futuro. Dobbiamo dunque ragionevolmente attenderci un aumento della richiesta dei servizi per la continuità assistenziale ed un maggiore impiego di risorse per la prevenzione delle recidive. È altrettanto facile prevedere che il Cardiologo sarà tra i principali attori nell'intero percorso diagnostico - terapeutico della fase post - ictale.

Ictus giovanile e Pervietà del Forame Ovale (PFO)

La sezione dedicata alle cause di Ictus in età pediatrica e nel giovane è stata ampliata. Anche nel giovane adulto il meccanismo cardioembolico è responsabile di circa il 20% degli eventi ma, rispetto alla popolazione generale, assumono maggior rilievo le cardiopatie congenite e i difetti del setto interatriale piuttosto che le turbe del ritmo e le valvulopatie. In alcune casistiche, le patologie cardiache sono causa del 50% degli Ictus nell'infanzia. Situazioni cardioembboliche tipiche dell'età pediatrica sono rappresentate dagli shunt destra - sinistra: tra questi i più comuni sono i difetti del setto atriale e gli shunt postoperatori residui. Tra le valvulopatie la stenosi aortica è quella che riveste maggiore importanza, mentre il ruolo patogenetico del prolasso mitralico è stato ridimensionato perchè meglio correlato ad eventi cerebrovascolari in età più avanzata ed in presenza di valvola mixomatosa o fibrillazione atriale. Nell'Ictus o TIA in età pediatrica e nel giovane è sempre indicato ricercare la Pervietà del Forame Ovale (PFO). Tuttavia, l'Ictus deve essere "rigorosamente" criptogenetico prima di definire le strategie preventive; in particolare la dissecazione dei vasi epiaortici deve essere esclusa tra le altre possibili cause. Numerosi studi riportano un'aumentata prevalenza di PFO e aneurisma del setto interatriale (ASI) nei pazienti con Ictus criptogenetico mentre incertezze sussistono tuttora sul meccanismo patogenetico in presenza di PFO e ASI: oltre all'embolia paradossa vengono invocati la formazione di trombi in situ e la predisposizione alla fibrillazione atriale. Sulla questione del rapporto causale tra PFO e Ictus, lo SPREAD conclude che nei pazienti con Ictus criptogenetico la presenza di PFO aumenta il rischio di recidiva se è in associazione con ASI ed anche in relazione alla presenza di shunt a riposo, ad uno shunt > 10 bolle a livello cerebrale, all'anamnesi di eventi cerebrovascolari multipli, ad un'età > 65 anni ed alla probabile coesistenza di trombofilia. Il Doppler transcranico è raccomandato come tecnica alternativa non invasiva all'Ecocardiografia Transesofagea ma l'entità dello shunt allo stato attuale non è vincolante nelle scelte terapeutiche. Ne consegue che nel PFO associato ad ASI al primo evento ictale è indicato scegliere tra terapia anticoagulante e chiusura transcatetere sulla base della valutazione individuale del rapporto rischio - beneficio.

TIA e minor stroke

L'approfondimento sulla diagnosi patogenetica del TIA/minor stroke è stato finalizzato all'utilizzo del modello validato ABCD per la stima del rischio di Ictus ischemico a breve termine (il 10% dei pazienti ha un evento entro la prima settimana) ed alla scelta della strategia di prevenzio-

ABCD 2 score

punteggio validato predittivo del rischio precoce di ictus in pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA).

- età ≥ 60 anni .....1 punto
- PA Sistolica ≥140 mm Hg o Diastolica ≥90 mm Hg .....1 punto
- caratteristiche cliniche del TIA (segni di lato) .....2 punti
- afasia senza ipostenia .....1 punto
- durata del TIA: ≥60 min.....2 punti
  10-59 min.....1 punto
- diabete.....1 punto

Rischio di ictus a 2 giorni *basso*: *score* <4; *moderato*: *score* 4-5; *alto*: *score* >5

Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN et al.
Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. ***Lancet* 2007; 369: 283-292**

ne secondaria. Il TIA è un'emergenza medica da gestire alla stregua di una "angina instabile" cerebrale. Infine, è opportunamente ricordato che la diagnosi di TIA si basa sul riconoscimento della focalità dei sintomi. Fondare la diagnosi su perdita di coscienza, vertigini, stato confusionale o drop attacks come unico elemento è fonte di errori nella gestione di altre condizioni, come la sincope, provocate da un'ipoperfusione cerebrale globale e che non si accompagnano ad un maggior rischio di tromboembolia cerebrale.

Statine in prevenzione secondaria

L'utilizzo delle statine è raccomandato nei casi di Ictus e TIA, non necessariamente con colesterolo elevato, per la riduzione di eventi ischemici maggiori in considerazione dell'alto rischio di malattia aterotrombotica dei pazienti cerebrovascolari. Inoltre la recidiva di Ictus nei soggetti trattati con statine ha un esito più favorevole in termini di grado di disabilità. Infine è stato ampiamente considerato il ruolo del trattamento "aggressivo" con statine nella riduzione delle recidive ictali, sulla base dei recenti risultati forniti dallo studio SPARCL. Dopo Ictus o TIA, malattie definite come "coronary heart disease risk equivalent", i pazienti sono stati trattati per circa cinque anni con atorvastatina 80 mg. È il primo studio che ha dimostrato che le alte dosi di statine riducono il rischio di Ictus fatale anche in assenza di coronaropatia.

Resistenza all'ASA ed alle tienopiridine

Alcuni studi hanno dimostrato che la resistenza all'ASA ed al clopidogrel si associano, rispettivamente, ad un aumento del rischio di recidive di eventi cerebro e cardiovascolari ma, non disponendo di metodiche sicure per identificare i soggetti interessati, in caso di recidiva ictale durante terapia con ASA è consigliato di rivalutare l'etiopatogenesi dell'evento ed eventuali interazioni farmacologiche negative (FANS); intensificare le altre misure di prevenzione secondaria in associazione all'ASA, oppure cambiare/associare un secondo antiaggregante.

Trattamento della stenosi carotidea sintomatica

Riguardo alla scelta tra chirurgia e stenting, i risultati dei più recenti studi sullo stenting concordano con la consensus ICCS-SPREAD [Stroke 2006; 37: 2400-2409] e raccomandano, in caso di incertezza, di valutare collegialmente il caso singolo, confrontandosi con specialisti di provata esperienza che possano documentare l'effettivo tasso di complicanze post-procedurali/operatorie nella loro unità. È stato infine rivalutato, nella definizione del rischio specifico, il significato di stenosi "sintomatica" in relazione al tempo trascorso dall'evento. L'endoarteriectomia precoce, entro le prime due settimane dall'evento, è indicata per una stenosi carotidea superiore al 50% (NASCET).

Concetto di gestione integrata del paziente con Ictus

È il messaggio di fondo e principio ispiratore delle Linee Guida SPREAD sin dalla loro prima edizione. Oggi, l'approccio multiprofessionale nella gestione del paziente cerebrovascolare è ampiamente supportato dalle evidenze. In particolare, il ruolo del Cardiologo diviene sempre più operativo sia in fase acuta (stroke unit) che nell'approccio interventistico (stenosi carotidea e PFO), sia nella diagnostica come nella fase di riabilitazione e continuità assistenziale. Come sempre, il problema sta nell'implementazione delle evidenze nella pratica clinica ma riteniamo che la vera soluzione risieda nella possibilità di organizzare percorsi e costruire modelli di cooperazione, allocando le giuste risorse a livello di comunità.

Le apnee notturne nel paziente con Scompenso Cardiaco Dormire con il nemico

di A. Mortara e F. Oliva

Riconoscere i pazienti con Scompenso Cardiaco e severe apnee notturne potrebbe aiutarci a curare un'importante comorbilità di questa patologia

Lo Scompenso Cardiaco è una sindrome non omogenea che può subire frequenti fasi di instabilizzazione anche per l'insorgenza di problematiche non cardiache come una accentuata anemizzazione, peggioramento della insufficienza renale, o come evidenziato più recentemente per la comparsa di un respiro irregolare durante la notte con frequenti fasi di apnea e desaturazione di ossigeno. Tali alterazioni del pattern respiratorio, caratterizzate da alternanza di fasi di iperventilazione con fasi di apnea o ipopnea sono state rilevate in circa il 50 % dei pazienti con SC sia nel corso delle ore notturne che durante lo stato di veglia, sia durante esercizio fisico che durante registrazioni di breve durata a paziente supino. In genere si definisce apnea una cessazione del flusso respiratorio di durata > 10 sec, e ipopnea una riduzione del flusso respiratorio almeno pari al 50 % di quello corrente, associata in genere ad una desaturazione ossiemoglobinica.

Alterazioni respiratorie notturne

Le alterazioni respiratorie notturne sono frequenti e spesso sottovalutate sia nella popolazione generale che in quella affetta da patologie cardiovascolari ed in particolare da Scompenso Cardiaco. Esse possono essere caratterizzate da presenza di sintomi come eccessiva sonnolenza diurna, russamento, sensazione di mancato riposo o essere completamente non avvertite dal paziente e per questo essere più difficili da diagnosticare e curare. Le forme di presentazione sono tre: apnee ostruttive, apnee centrali e miste, e possono coesistere nel paziente affetto da Scompenso Cardiaco. Le apnee ostruttive, che dipendono da un completo o parziale collasso del faringe, sono il disturbo respiratorio più frequentemente riscontrato nei pazienti con Scompenso Cardiaco diastolico, nei quali la funzione cardiaca è preservata. Nei pazienti con disfunzione cardiaca sistolica predominano invece le apnee centrali dovute ad una interruzione del drive respiratorio cerebrale diretto ai muscoli respiratori, con una prevalenza del 50-76 %. L'ampia variabilità riflette, molto probabilmente, differenze nelle popolazioni in studio (pazienti ambulatoriali o ospedalizzati, stabili o instabili) e differenti criteri diagnostici per la definizione delle apnee.

Come diagnosticare le apnee notturne

Lo studio polisonnografico era in passato l'unico metodo disponibile per riconoscere le alterazioni respiratorie notturne, ma richiedeva una camera del sonno in ospedale, il ricovero del paziente e l'utilizzo di apparecchiature complesse con personale specializzato. Oggi sono disponibili strumenti molto più semplici e utilizzabili in regime ambulatoriale. Sono sistemi portatili che permettono di registrare: due tracce ECG, il flusso respiratorio, il movimento dei muscoli toracici e addominali, il controllo della saturazione di ossigeno, e un sensore di posizione. Inoltre possono includere uno o più segnali EEG per il riconoscimento delle fasi di sonno. Il tempo di posizionamento del device risulta circa di 15-30' con una successiva fase di lettura di 30'-1h a seconda della complessità della registrazione. Si ottengono tracce di ottima qualità (figura 1) con un report finale che contiene tutti i parametri necessari alla diagnosi. Il parametro ancora più usato è l'AHI (Apnea Ipopnea Index), cioè il numero di apnee e ipopnee/ora. La sindrome delle apnee notturne è definita di grado lieve per un AHI di 5-15/ora, moderato per un AHI di 15-30/ora e severo per un AHI>30/ora. Tuttavia questo indice che è stato maggiormente testato nelle apnee ostruttive, potrebbe non essere quello ottimale nelle apnee centrali e sono in fase di studio altri parametri come ad esempio il tempo passato in respiro periodico nelle ore di sonno.

Ruolo clinico dei disturbi del sonno

Nei pazienti non cardiopatici la presenza di apnee ostruttive severe si associa ad un aumentato rischio di ipertensione, disfunzione ventricolare sinistra e Scompenso Cardiaco. Il meccanismo come sempre è multifattoriale ma primariamente dovuto alla aumentata attività adrenergica in risposta alla desaturazione di ossige-

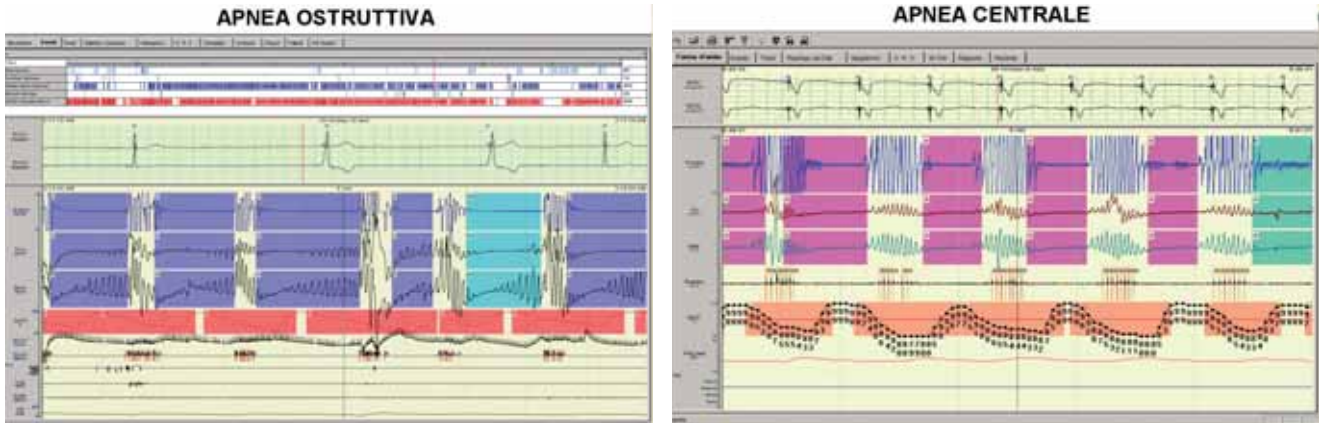


Figura 1

no e alla successiva iperventilazione che segue la fase di apnea ostruttiva. Le apnee centrali invece sono una conseguenza dello Scompenso Cardiaco ed intervengono come fattore di instabilizzazione e di aggravamento della malattia. I dati della letteratura inizialmente contradditori dipendevano prevalentemente dalla ridotta numerosità delle popolazioni studiate e da limitati periodi di osservazione. Diverse sono anche le caratteristiche cliniche dei pazienti provenienti in parte da generiche unità di cura, in parte da unità pre-trapiantologiche, cosi come è stata non sempre univoca la definizione e quantificazione del respiro periodico utilizzata. Dati più recenti, tuttavia, confermano che tali alterazioni del respiro durante il sonno aumentano di più di due volte il rischio di morte cardiaca e di ospedalizzazione e questo indipendentemente dagli altri parametri clinici ed emodinamici.

La terapia delle apnee notturne

Purtroppo gli unici trattamenti che si sono dimostrati efficaci nel curare le apnee notturne sono stati l'ossigeno terapia e la ventilazione non invasiva. Ormai la CPAP è una terapia consolidata e molto efficace nelle apnee ostruttive, e presenta come unico limite la compliance non sempre ottimale ad utilizzare per molti anni durante la notte una maschera sul viso.

Nelle apnee centrali il problema del trattamento è più complesso anche perché il malato può non avvertire sintomi durante la notte e non avere percezione di un sonno più disturbato. Nonostante questo i risultati degli studi che hanno testato la somministrazione controllata di ossigeno o i sistemi di ventilazione sono stati molto incoraggianti. Lo studio CANPAP (Canadian Continous Positive Airway Pressure for Patients with Central Sleep Apnea and Heart Failure Trial) è stato il maggiore studio randomizzato compiuto su una popolazione di 258 pazienti affetti da sindrome delle apnee centrali notturne e Scompenso Cardiaco. Questo trial sperimentava l'ipotesi che il trattamento delle apnee centrali con CPAP avrebbe migliorato sia la sopravvivenza a lungo termine, sia la funzione cardiovascolare. Lo studio è stato negativo ma principalmente perchè la compliance alla CPAP è stata bassa ed utilizzata per un numero troppo limitato di ore durante la notte. Infatti è di recentissima pubblicazione un'analisi post hoc dello stesso studio nel quale si dimostra che nei pazienti nei quali si riesce in modo stabile per tre mesi a ridurre l'AHI in un range non patologico, si osserva un incremento significativo della FE (+3.6%) e della sopravvivenza a 5 anni rispetto al gruppo dei controlli e rispetto alla sottopopolazione trattata con CPAP ma con segni indiretti di ridotta compliance e senza risoluzione delle apnee centrali. L'annullamento delle apnee centrali determinerebbe infatti, non solo effetti positivi sul controllo dell'iperattività simpatica, ma anche sulla emodinamica cardiaca. Un ulteriore miglioramento dei risultati potrebbe essere ottenuto utilizzando un più avanzato presidio ventilatorio capace di agire direttamente sulle apnee centrali. Sono oggi disponibili, infatti, sistemi di ventilazione B-level servo-assistita in grado di aumentare il livello di supporto inspiratorio durante l'apnea e ridurlo durante la fase di iperventilazione post-apnea. Tali sistemi molto promettenti sono oggi in corso di valutazione anche in studi multicentrici.

Il paziente con Scompenso Cardiaco dorme con un nemico

Un obiettivo importante sarebbe oggi quello di aumentare la cultura e le conoscenze sul problema delle apnee notturne fra i medici e gli specialisti che hanno in cura pazienti con Scompenso Cardiaco affinché si arrivi a formulare una diagnosi corretta e nei casi più gravi si possa iniziare un trattamento efficace. Gli strumenti diagnostici oggi sono maneggevoli, poco costosi e richiedono un limitato utilizzo di risorse.

Per tali ragioni, nell'ambito delle attività scientifiche della Società Italiana di Medicina del Sonno (AIMS), della Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA), della Società Italiana di Cardiologia (SIC) e dell'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (AMCO), si sta programmando la creazione di un database italiano che raccolga i dati clinici e polisonnografici dei pazienti con Scompenso Cardiaco. Questo strumento risulterà molto efficace sia per arricchire che per diffondere le nostre conoscenze su una co-morbilità che appare sottovalutata, e inoltre permetterà di potenziare nel nostro paese la ricerca scientifica su questo argomento promuovendo studi di collaborazione anche fra specialisti diversi. Chiunque sia ancora interessato può prendere contatto con la Segreteria delle Aree ANMCO.

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 (Policoro - MT), Luigi Oliveto (Lagonegro - PZ)
www.anmco.it/regioni/elenco/basilicata

CALABRIA
Presidente: Antonio Butera (Lamezia Terme - CZ)
Consiglio Regionale: Roberto Ceravolo (Catanzaro), Michele Comito (Vibo Valentia), Massimo Elia (Crotone), Maria Teresa Manes (Cosenza), Virgilio Pennisi (Reggio Calabria), Saverio Salituri (Rossano - CS)
www.anmco.it/regioni/elenco/calabria

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

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

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

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

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

LOMBARDIA
Presidente: Antonio Mafrici (Milano)
Consiglio Regionale: Giuseppina Belotti (Treviglio - BG), Claudio Cuccia (Brescia), Anna Frisinghelli (Passirana-Rho -MI), Vittorio Giudici (Seriate - BG), Maddalena Lettino (Pavia), Egidio Marangoni (Lodi), Enrico Passamonti (Cremona), Alessandro Politi (Como)
www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia

MARCHE
Presidente: Domenico Gabrielli (Ancona)
Consiglio Regionale: Roberto Accardi (Macerata), Guglielmo De Curtis (San Benedetto Del Tronto - AP), Melissa Dottori (Ancona), Attilio Pierantozzi (Pesaro - PU), Franco Racco (Jesi - AN), Giovanni Tarsi (Pesaro - PU)
web.infinito.it/utenti/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 Spedaliere (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 Braito (Trento), Fulvio Cozzi (Rovereto - TN), Marcello Disertori (Trento), Massimiliano Maines (Rovereto - TN)
www.anmco.it/regioni/elenco/trento

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA
Presidente: Rita Trinchero (Torino)
Consiglio Regionale: Sergio Bongioanni (Rivoli - TO), Aldo Coppolini (Savigliano - CN), Maurizio Dalmasso (Ivrea - TO), Luisa Formato (Moncalieri - TO), Alessandro Lupi (Aosta), Massimo Milani (Tortona - AL), Roberta Rosso (Novara), Maria Elena Rovere (Torino)
www.anmco-piemonte.com

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

SARDEGNA
Presidente: Rosanna Pes (Sassari)
Consiglio Regionale: Rinaldo Aste (Carbonia - CA),
Antonio Caddeo (Oristano), Giancarlo Molle (Cagliari),
Carmela Mossa (Cagliari), Giovanna Mureddu (Nuoro),
Alessandro Pani (Cagliari), Francesco Sanna (Cagliari), Piero Zappadu (Olbia - SS)
www.anmco.it/regioni/elenco/sardegna

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

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

UMBRIA
Presidente: Gerardo Rasetti (Terni)
Consiglio Regionale: Gianfranco Alunni (Perugia), Pier Fabrizio Anniboletti (Perugia), Giuseppe Bagliani (Foligno - PG),Mauro Bazzucchi (Terni), Erberto Carluccio (Perugia), Giampiero Giordano (Orvieto - TR)
www.anmco.it/regioni/elenco/umbria

VENETO
Presidente: Domenico Marchese (Piove di Sacco - PD)
Consiglio Regionale: Bortolo Martini (Thiene - VI), Gianfilippo Neri (Montebelluna - TV), Giampaolo Pasquetto (Mirano - VE), Giampaolo Perini (Bussolengo - VR), Loris Roncon (Rovigo), Luigi Tarantini (Belluno)
www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

SEMPLIFICA LA TUA ISCRIZIONE

Sei già Socio ANMCO?

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

Vuoi diventare Socio ANMCO?

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

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

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

L'iscrizione prevede il pagamento di 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: _____

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

PRESIDENTI REGIONALI ANMCO 2006-2008

ABRUZZO - Dott.ssa LAURA L. PICCIONI
Ospedale Civile G. Mazzini - Piazza Italia - 64100 Teramo (TE)
tel. 0861/429665 - 4291 - fax 0861/429664 -
e-mail: **laura.piccioni@aslteramo.it**

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

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

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

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

FRIULI VENEZIA GIULIA - Dott.ssa DANIELA PAVAN
Ospedale Civile - Via Savorgnano, 2 - 33078 San Vito al Tagliamento (PN)
tel. 0434/841501 - fax 0434/841593 - e-mail: **d.pavan1@tin.it**

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

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

LOMBARDIA - Dott. ANTONIO MAFRICI
Ospedale Niguarda - Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano (MI)
tel 02/64442341 - Reparto fax 02/64442818 - e-mail: **amafric@tin.it, antomafrici@libero.it**

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

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

PIEMONTE VALLE D'AOSTA - Dott.ssa RITA TRINCHERO
Ospedale Maria Vittoria - Corso Tassoni, 44 - 10149 Torino (TO)
tel. 011/4393390 - fax 011/4393465 - e-mail: **trinchero@asl3.to.it**

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

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

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

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

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

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

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

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

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Sede Nazionale: 50121 Firenze - Via La Marmora, 36

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

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

Non compilare

Codice Unico

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Non compilare

Codice ANMCO

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA CAP

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL: _____

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

Altre specializzazioni _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Ruolo: ☐ Cardiologo ☐ Cardiochirurgo ☐ Medico

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

Tipologia:

☐ Divisione di Cardiologia * ☐ Divisione di Cardiochirurgia *

☐ Servizio di Cardiologia autonomo con posti letto * ☐ Servizio di Cardiologia aggregato con posti letto *

☐ Servizio di Cardiologia autonomo senza posti letto * ☐ Servizio di Cardiologia aggregato senza posti letto *

☐ Divisione Medicina * ☐ CNR

☐ Altro * _____

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

Nome del Primario o facente funzione _____

Nome del Responsabile (per strutture aggregate) _____

Presidio:

Non compilare

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA CAP

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL REPARTO: _____

Qualifica:

☐ Direttore di struttura complessa ☐ Responsabile di struttura semplice ☐ Dirigente

☐ Ricercatore - Borsista - Specializzando ☐ Ambulatoriale ☐ Altro _____

In quiescenza: ☐ **Non di ruolo:** ☐

CAMPI DI IMPEGNO PROFESSIONALE

Generale (non più di due):

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

Sono interessato alla seguente Area:

- ☐ **Area Aritmie - AR**
- ☐ **Area Informatica - AIN**
- ☐ **Area Nursing - ANS**
- ☐ **Area Chirurgica - ACH**
- ☐ **Area Malattie del Circolo Polmonare - AMCP**
- ☐ **Area Prevenzione Cardiovascolare - AP**
- ☐ **Area Emergenza/Urgenza - AEU**
- ☐ **Area Management & Qualità - AMQ**
- ☐ **Area Scompenso 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 serviziai 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 esclusiavamente per la gestione di incassi e pagamenti e derivanti dalla Sua iscrizione solo a istituti bancari e finaziari. 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 CONSENSOO**

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 _____

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334) OPPURE SCARICARE IL MODULO ALLA PAGINA www.anmco.it/download/soci/schedaIscrizioneSoci.pdf DEL SITO WEB ANMCO

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 Scompenso Cardiaco - AS**

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta serviziai 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 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 _____

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334) OPPURE SCARICARE IL MODULO ALLA PAGINA www.anmco.it/download/aree/MODAREE.pdf DEL SITO WEB ANMCO

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

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

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

DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI

NOME _____ COGNOME _____ TEL. _____

ABITAZIONE: INDIRIZZO _____ FAX. _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ E-MAIL: _____

COLLOCAZIONE PROFESSIONALE

Presidio:

DENOMINAZIONE _____

INDIRIZZO _____

CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____ TEL. _____

FAX _____ PRIMARIO O F.F. _____

Qualifica:

☐ Direttore di struttura complessa ☐ Responsabile di struttura semplice ☐ Dirigente ☐ Ambulatoriale

☐ Ricercatore - Borsista - Specializzando ☐ Altro _____ **In quiescenza:** SI

	A cura dell'ANMCO
Inviatemi il codice di accesso a mezzo ☐ FAX _____ ☐ E-mail _____ ☐ POSTA _____	Non compilare Non compilare Codice ANMCO Non compilare Codice unico

Codice attribuito

USERNAME _____ PASSWORD _____ Firma Segreteria ANMCO _____

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

ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta serviziai 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 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 _____

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334) OPPURE SCARICARE IL MODULO ALLA PAGINA www.anmco.it/download/SCHEDA_X_CODICI_SITO.pdf DEL SITO WEB ANMCO

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;
- ☐ 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;
- ☐ attestati comprovanti l'attività nei campi di interesse e ritenuti qualificanti dal candidato;
- ☐ curriculum vitae completo;
- ☐ due fotografie a colori formato tessera

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

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

FOTOCOPIARE - COMPILARE IN STAMPATELLO - INVIARE VIA FAX ALLA SEGRETERIA (055/579334) OPPURE SCARICARE IL MODULO ALLA PAGINA www.anmco.it/soci/Fellowship/MODULO_FELLOW.pdf DEL SITO WEB ANMCO

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 dichiari 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 **l'ultimo giorno del mese di febbraio** dell'anno 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.

PUOI CONSULTARE IL REGOLAMENTO ANCHE ALLA PAGINA www.anmco.it/soci/Fellowship/regolamento.html DEL SITO WEB ANMCO

News dall'Abruzzo

La prevenzione delle malattie cardiovascolari un obiettivo da perseguire nel 2008

di Laura Piccioni a nome del Consiglio Regionale ANMCO Abruzzo

VENERDI' 19 OTTOBRE

14,00 Registrazione dei partecipanti
14,15 Inaugurazione del Convegno
Saluti delle Autorità

I SESSIONE: NOVITA' IN TEMA DI PREVENZIONE
Moderatori: L. Piccioni, P. Di Sabatino

14,45 Focus on: Farmacoeconomia della prevenzione cardiovascolare
L. Mantovani
15,20 Epidemiologia delle malattie cardiovascolari in Abruzzo
F. Vitullo
15,40 Counseling come strategia di prevenzione.
F. Colivicchi
16,00 Forum di discussione
16,20 Lettura
Prevenzione nelle dipendenze: il fattore fumo
P. Zuccaro
16,40 Il punto su: Fattore fumo. Situazione in Abruzzo
F. De Benedetto, A. Spacone
17,00 Dibattito
17,10 Coffee-break

II SESSIONE: ALTRI ASPETTI DELLA PREVENZIONE
Moderatori: S. Gallina, L. Guarracini

17,25 Importanza dello stile di vita
G. Levantesi
17,45 Blocco dei recettori degli endocannabinoidi come strategia terapeutica nell'approccio al rischio cardiometabolico
V. Vicennati
18,05 La riabilitazione come occasione di comunicazione e di educazione terapeutica
C. Ciglia
18,25 Forum di discussione
18,45 Assemblea dei Soci ANMCO
20,00 Cocktail di benvenuto

SABATO 20 OTTOBRE

III SESSIONE: EMERGENZA CARDIOLOGICA TERRITORIALE
Moderatori: C. Di Iorio, C. Napoletano

8,30 Lettura introduttiva
G. Di Pasquale
9,00 Problematiche cliniche e gestionali del Centro Hub
L. Paloscia
9,20 Problematiche cliniche e gestionali del Centro Spoke
E. Laconi
9,40 Esperienze regionali: Regione Marche
D. Gabrielli
10,00 Esperienze regionali: Regione Umbria
F. Angeli
10,20 Esperienza territoriale dei MMG: la Telemedicina
A. Di Giovanni
10,40 Forum di discussione
11,15 Coffee break

IV SESSIONE: IL PUNTO SULLA SITUAZIONE DELLA RETE EMERGENZA-URGENZA CARDIOLOGICA IN ABRUZZO

11,30 Introduzione
F. Di Stanislao
12,00 Tavola rotonda.
Aspetti organizzativi nei territori di Pescara e Chieti
Moderatori: G. Di Pasquale, S. Paparoni, G. Castellani
Discussant:
F. Vitullo, G. De Simone, L. Leonzio, L. Fagagnini, A. Vaori, C. Frattaroli, G. D'Orazio, C. Di Iorio, A. Giannandrea, G. Di Giammarco, E. De Pratti, V. Cerasa, C. Lalli, D. Ranalletta
13,00 Tavola rotonda.
Aspetti organizzativi nei territori di L'Aquila e Teramo
Moderatori: A. Mobilij, F. Gaeta, G. Di Pasquale
Discussant:
F. Di Stanislao, V. Ciampini, P. Di Sabatino, G. Marcellini, C. Napoletano, E. Laconi, S. Cicogna, R. Di Giovambattista, A. Mazzola, G. Pallini, G. Bianchi, G. Speca
14,00 Considerazioni conclusive:
la realtà nazionale e abruzzese a confronto,
G. Di Pasquale, L.Piccioni
14,30 Consegna dei questionari di valutazione
Chiusura del Convegno

CARDIONURSING
PERCORSI ASSISTENZIALI ALLA PERSONA AFFETTA DA SINDROME CORONARICA ACUTA

8,00 Registrazione dei partecipanti
I SESSIONE
Moderatori: C. Coletta, R. Cicalò
8,30 Introduzione
C. Coletta
8,45 Triage in pronto soccorso
C. D'Avino
9,15 Triage in UTIC
G. Del Mago
9,45 Angioplastica e gestione del device in emodinamica
F. Berardi, G. Nepa
10,15 Trombolisi e assistenza in UTIC
G. Cesarone, S. Petrarca
10,45 Discussione
11,15 Coffee-break
II SESSIONE
Moderatori: C. Coletta, F. De Sanctis, I. Spadaccini
11,30 Complicanze aritmiche
E. Di Giovanni, M. D. Scianitti
11,55 Intervento di rivascolarizzazione miocardica d'urgenza ed assistenza al cardiopatico
V. Di Giamberardino, B. Tontini
12,20 Preparazione alla dimissione e follow-up
G. Ciffolillo, L. Febbo
12,45 Riabilitazione
S. D'Innocenzo, M. Faccilongo
13,10 Prevenzione secondaria
F. Di Bacco, C. Ciccone
13,35 Il counseling nella prevenzione secondaria
R. Cicalò, S. Petrarca
14,00 Discussione
14,30 Chiusura del convegno

Figura 1

Convegno Regionale 2007

Quello che si è concluso è stato un anno difficile, purtroppo molti progetti sono stati rinviati o annullati per gli ormai noti problemi di sponsorizzazione che hanno condizionato pesantemente la programmazione di tutti gli eventi scientifici nazionali e regionali. Tuttavia, nel secondo semestre dell'anno 2007, è stato possibile realizzare il Congresso Regionale ANMCO, momento di sintesi di mesi di lavoro e di impegno e punto di partenza per future iniziative. Il Congresso si è svolto a Giulianova, in provincia di Teramo, il 19 e 20 ottobre. Articolato in due giornate è stato incentrato su due importanti tematiche: la Prevenzione Cardiovascolare e la Rete per l'Emergenza - Urgenza Cardiologica (Figura 1). Nella prima parte, dedicata alla prevenzione (Figura 1), una particolare focalizzazione sul quadro epidemiologico delle malattie cardiovascolari in Abruzzo, è stata possibile grazie alla collaborazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale (Dott. Felice Vitullo). Un importante contributo sulle tematiche è stato apportato dai Relatori: il Dott. Furio Colivicchi, Chairman dell'Area Prevenzione Cardiovascolare è intervenuto con

particolare sensibilità e competenza sul tema del Counseling, filo conduttore che dovrebbe guidare ogni operatore sanitario; la Dott.ssa Valentina Vicennati ha relazionato per quanto riguarda le innovazioni terapeutiche (nello specifico il blocco dei recettori degli endocannabinoidi); infine sono intervenuti il Dott. Giacomo Levantesi, Fellow dell'ANMCO e il Dott. Carlo Ciglia, Referente Regionale per l'Area Prevenzione Cardiovascolare. Di notevole interesse l'intervento del Dott. Piergiorgio Zuccaro, Direttore dell'Osservatorio Fumo, Alcool e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, sul fattore di rischio fumo, spesso trascurato e non trattato in modo adeguato, cui ha fatto seguito l'illustrazione della situazione in Abruzzo a cura del Centro Antifumo di Chieti, diretto dal Dott. Fernando De Benedetto, con l'intervento della Dott.ssa Antonella Spacone. Una precisa puntualizzazione sulla Farmacoeconomia della Prevenzione grazie al prezioso contributo dell'Istituto di Farmacoeconomia dell'Università Federico II di Napoli (Dott. Lorenzo Mantovani, Dott.ssa Simona Cammarota). Nella seconda parte, dopo l'introduzione magistrale del Presidente della Federazione Italiana di Cardiologia, Dott. Giuseppe Di Pasquale, si è fatto il punto sulla implementazione della Rete per l'Emergenza - Urgenza Cardiologica, sono intervenuti il Direttore dell'ASR Prof. Francesco Di Stanislao, i Responsabili delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, di Emodinamica, di Cardiologia, di Cardiochirurgia e del Sistema 118. Un significativo contributo al dibattito è stato dato da esperienze di Regioni limitrofe illustrate dal Dott. Domenico Gabrielli, Presidente ANMCO Marche, dal Dott. Salvatore Repaci in rappresentanza della ANMCO Umbria. Si è registrato l'intervento dei MMG per l'esperienza territoriale di Telemedicina. Sono intervenuti alla manifestazione, partecipando la loro adesione, il Presidente Regionale della SIC Dott.ssa Sabina Gallina, il Direttore Generale della ASL di Teramo Mario Molinari, il Sindaco del Comune di Giulianova Claudio Ruffini. Il 20 ottobre, in contemporanea, si è svolta la giornata dedicata al Cardionursing sul tema "Percorsi assistenziali alla persona affetta da Sindrome Coronarica Acuta" (Figura 1), coordinata in modo impeccabile dal Dott. Vincenzo Martinelli, Co-Chairman dell'Area Nursing (il Dott. Claudio Coletta, Chairman dell'Area, non è potuto intervenire). La partecipazione è stata numerosa ed entusiastica. In conclusione possiamo stilare un bilancio positivo e continuare a lavorare per gli obiettivi prefissati. Desideriamo ringraziare tutti i Relatori, i Moderatori, i Colleghi intervenuti ed i rappresentanti delle Istituzioni. Cogliamo inoltre l'occasione per ribadire la necessità di un impegno collettivo per raggiungere gli obiettivi e superare le difficoltà.

Eventi Formativi 2007

Il 4 dicembre si è svolto a Teramo, nell'ambito del Piano Annuale Formativo ANMCO, il "I° Corso: Gestione del paziente affetto da Scompenso Cardiaco", dedicato agli Infermieri Professionali. Si è registrata una buona adesione ed un vivo interesse per l'argomento trattato. Si prevede una seconda edizione nel Piano Annuale Formativo 2008.

Cardiologie Aperte

Anche per il 2007 abbiamo potuto registrare una buona adesione delle Cardiologie alla manifestazione con segnalazione di programmi personalizzati. Speriamo nel 2008 di registrare un aumento delle Strutture aderenti. Consideriamo, inoltre, che il recente annuncio della nomina del Prof. Attilio Maseri alla Presidenza di Heart Care Foundation fornirà sicuramente nuovo impulso all'attività della Fondazione.

Eventi Scientifici 2008

Nei primi mesi del 2008 in programma eventi scientifici che godono del patrocinio ANMCO:

– Il "XIII Convegno Nazionale di Ecocardiografia Transesofagea", Teramo 24 - 26 gennaio;

– "La Cardiologia Riabilitativa oggi", a cura della Scuola di Specializzazione dell'Università di Chieti (Direttore Prof. Raffaele De Caterina) e del Referente dell'Area Prevenzione Cardiovascolare e Referente GICR Dott. Carlo Ciglia, che si terrà a Chieti 21 febbraio.

Da segnalare il progetto di un unico Congresso Interregionale ANMCO 2008 di Abruzzo, Umbria e Marche. Per quanto riguarda le attività di implementazione della Rete per lo Scompenso Cardiaco si è svolto a gennaio un primo incontro preliminare del Comitato di Coordinamento Regionale. Il 2008 si annuncia fervido di iniziative.

Indagine sulla percezione del rischio cardiovascolare nelle donne calabresi

di M.T. Manes e A. Butera

In tutti i paesi industrializzati l'elevata morbilità e mortalità della cardiopatia ischemica rappresentano tutt'oggi una realtà assai preoccupante per la significativa perdita di vite umane e l'oneroso impiego di risorse economiche e sociali per debellare questa epidemia. La prevenzione associata a programmi di educazione sanitaria rappresenta una valida arma in questa battaglia in quanto nella popolazione generale stili di vita più adeguati conducono ad una riduzione del rischio cardiovascolare modificabile. In campo preventivo, nell'ambito della popolazione femminile, la comunità scientifica cardiologica rileva due aspetti specifici: la diversa consapevolezza del proprio rischio cardiovascolare rispetto alla popolazione maschile ed il ruolo peculiare di riferimento educativo che la donna svolge in ambito familiare e che rende questa figura un catalizzatore per la prevenzione di molti fattori di rischio.
Nelle donne americane è stata documentata una maggiore consapevolezza del rischio delle malattie cardiovascolari ischemiche, rispetto al passato. Un'indagine epidemiologica condotta dalla Columbia University su una popolazione femminile costituita da 1.008 soggetti di età > a 25 anni ha dimostrato una maggiore percentuale di donne consapevoli del proprio rischio cardiovascolare, confrontando le percentuali relative all'anno 1997 rispetto al 2003 (30% versus 46% rispettivamente).

Scopo dell'indagine

Lo scopo è stato quello di ottenere dei dati circa il livello di consapevolezza del rischio di malattie cardiovascolari e la prevalenza dei fattori di rischio nelle donne calabresi.

Materiale e metodo

Il Gruppo di Lavoro DONNE dell'ANMCO Calabria coordinato da Maria Teresa Manes, componente del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO, Caterina Tomaselli (Cosenza), Stefania Renne (Lamezia Terme) ed il Presidente ANMCO Calabria Antonio Butera, hanno condotto un'indagine conoscitiva su un campione di donne della nostra regione. A tale ricerca hanno collaborato Gennaro Meringolo componente del Gruppo di Prevenzione della Malattie Cardiovascolari dell'ANMCO Calabria e l'Ing. Giovanni Laboccetta, dirigente della Società di Ricerche Epidemiologiche START.
Per la raccolta dei dati è stato ideato ed utilizzato un questionario cartaceo con domande relative alle notizie anagrafiche, allo stile di vita, alla presenza di fattori di rischio, alla conoscenza circa le maggiori cause di mortalità nella donna, alla prevenzione, alla presenza di eventuali barriere ed ostacoli contro l'attuazione di un programma di prevenzione. Il campione preliminare era costituito da 1.452 donne suddivise per quartili d'età ed intervistate in modo random in vari ambienti. Gli elaborati idonei per l'indagine sono stati 1.002; dei rimanenti, 202 non erano completi, 248 non correttamente compilati (indicando per la stessa risposta sì e no contemporaneamente) e pertanto sono stati esclusi.
In questo articolo vengono riportati i risultati preliminari ottenuti attraverso l'esame delle prime 330 schede

Lo scopo dell'indagine è stato quello di ottenere dei dati circa il livello di consapevolezza del rischio di malattie cardiovascolari e la prevalenza dei fattori di rischio nelle donne calabresi.

CARATTERISTICHE DELLE DONNE INTERVISTATE (N=330)

		Numero	%
Classe età			
	24-44 anni	146	44,2%
	45-54 anni	102	30,9%
	55-65 anni	44	13,3%
	› 65 anni	38	11,5%
Residenza			
	Città capoluogo	108	39,1%
	Città non capoluogo	104	36,5%
	Paese	64	24,4%
	Altro	54	16,4%
Istruzione			
	Diplomata	108	32,7%
	Laureata	50	15,2%
	Senza risposta	156	47,3%
	Studentessa	16	4,8%
Stato civile			
	Coniugata	242	73,3%
	Senza risposta	6	1,8%
	Separata	8	2,4%
	Single	50	15,2%
	Vedova	24	7,3%
Lavoro			
	Casalinga	86	26,1%
	Lavoro autonomo	40	12,1%
	Lavoro dipendente	134	40,6%
	Senza risposta	70	21,2%
Storia di cardiovasculopatie e fattori di rischio			
	Cardiopatia ischemica	24	7,3%
	Ictus/Tia	2	0,6%
	Diabete	22	6,7%
	Ipertensione	58	17,6%
	Obesità	94	28,5%
	Ipercolesterolemia	42	12,7%
	Fumo	116	35,2%

Tabella I

CAUSE PER LE QUALI NON CONDUCE UNO STILE DI VITA PIÙ SANO

Penso per prima a figli, marito, genitori	160	48,5%
Ho poco tempo	130	39,4%
Non voglio modificare il mio modo di vivere	56	17,0%
Non credo di essere un soggetto a rischio	44	13,3%
Il mio medico non mi spiega bene come fare	30	9,1%
Sono troppo stressata	82	24,8%
Sono depressa per molti altri problemi	68	20,6%
Non penso che lo stile di vita non sia importante nel generare malattie	24	7,3%
I miei familiari non mi dicono che sto bene cosi	10	3,0%

Tabella II

analizzate.
Le caratteristiche demografiche e la suddivisione in quartili di età del campione sono riportate nella Tabella I.

Come si può osservare, sono molto rappresentati i primi due quartili di età (dai 25 ai 44 anni). Abbastanza rilevante è la presenza di fattori di rischio: il 7.3% del campione ha precedenti di malattia coronarica, il 17.6% è affetto da ipertensione arteriosa e ben il 28.5% (94/330) delle donne è affetto da obesità. Ma, dato ancora più allarmante, è la percentuale delle fumatrici: 35.2%.
Nella maggior parte delle intervistate la consapevolezza delle cause di morte cardiovascolare è scarsa (Grafico 1): le patologie neoplastiche vengono indicate come responsabili dei decessi femminili, indipendentemente dalla fascia d'età (61%, 42%, 15% e 12% rispettivamente nei quartili d'età).

A prescindere dalla presenza dei fattori di rischio, appare sconfortante constatare che solo un numero esiguo di donne segue programmi di prevenzione (50 soggetti/330 totali).
Interessante è l'analisi delle barriere e degli ostacoli che impediscono la realizzazione di stili di vita più adeguati (Tabella II). Quasi la metà delle donne intervistate asserisce di pensare per prima cosa ai figli e di avere poco tempo da dedicare a se stesse (48.5% e 39.4 % rispettivamente).

Degna d'attenzione è l'osservazione che la maggior parte delle donne (53.7%) non ha risposto alle domande inerenti la percezione del benessere del sé (Grafico 2).

PERCEZIONE DELLE CAUSE DI MORTE

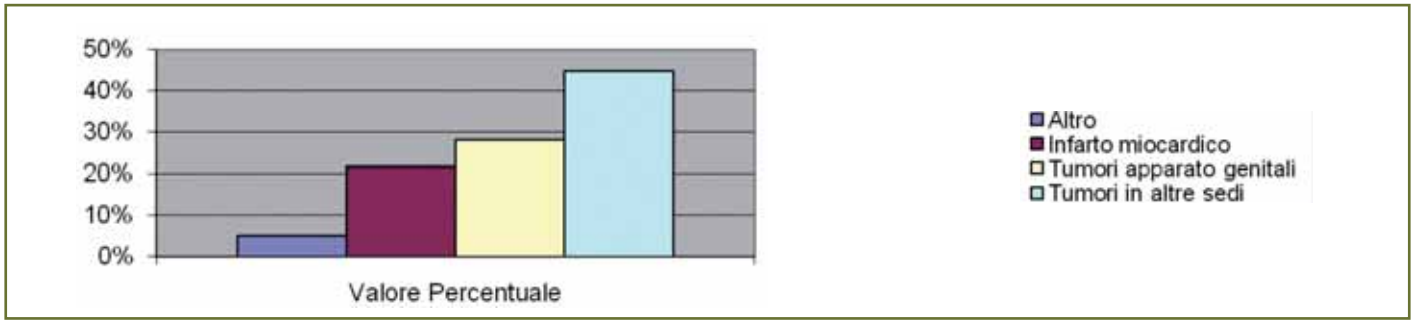


Grafico 1

GRADO DI SERENITÀ IN BASE ALLA ISTRUZIONE

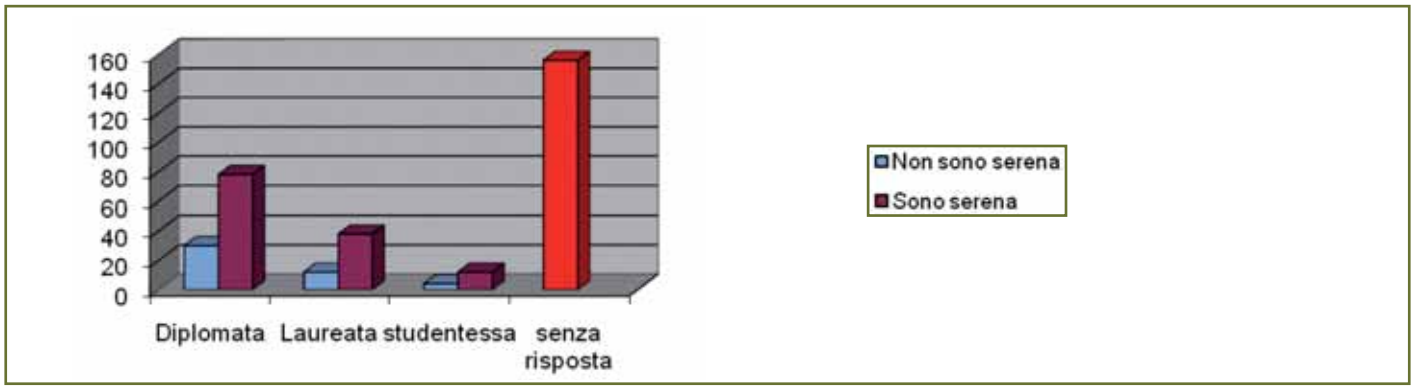


Grafico 2

Anche se questo dato sembra in prima istanza in contraddizione con quello esposto nella Tabella II, nella quale il 45.4% delle donne asserisce invece di essere stressata o depressa, in questo caso la risposta è una delle tante motivazioni della mancata adesione del proprio stile di vita ai programmi di prevenzione. I dati del Grafico 2 si riferiscono invece a domande dirette della percezione del benessere personale.
Questo apparente paradosso, probabilmente, ha le seguenti motivazioni: indipendentemente dal grado di istruzione delle donne, vi è scarsa considerazione del benessere psico-fisico come obiettivo, scarsa disponibilità di dichiarare apertamente un disagio, un'atavica convinzione di considerare depressione e stress come forme di malattie mentali e non alterazioni del tono dell'umore, ed infine una tradizione che configura la donna in ambito familiare capace di grande sopportazione ed abnegazione.

Conclusioni

La realtà che viene fuori da questa indagine, ci spinge a collaborare con le donne della nostra regione nel superare gli ostacoli da esse indicati come i principali responsabili della scarsa implementazione di programmi di prevenzione. Importante per questo è aumentare la consapevolezza del livello di morbilità che la malattia coronarica presenta nel genere femminile.
Sarebbe interessante conoscere dati relativi alle altre regioni del Centro e Nord d'Italia. Coerentemente a quelle che sono le finalità proposte dall'ANMCO, il confronto sarebbe sicuramente uno strumento idoneo per arricchire la programmazione dei processi educativi sanitari, con modalità aderenti alle realtà locali.
Gli Autori si augurano che le donne dell'ANMCO possano rendersi più attive anche nell'ambito della prevenzione perché per le donne, tra le donne e da donna a donna e si ha sicuramente maggiore possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Gruppo di lavoro interdisciplinare per la gestione dello Scompenso Cardiaco in Calabria

di Mario Chiatto

Salvatore Miglietta , Il porto di Catanzaro Lido, 1992

In Calabria è particolarmente attiva l'Area Scompenso Cardiaco, che ha come Referente Regionale il Dott. Gianfranco Misuraca della Divisione di Cardiologia dell'Ospedale di Cosenza. In questo Ospedale si sono svolti con successo, lo scorso mese di dicembre, gli Stage di Formazione Teorico Pratica sulla Gestione dello Scompenso Cardiaco, promossi dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO, e rivolti a Cardiologi e Internisti Ospedalieri. Gli Stage hanno registrato l'attiva partecipazione di Cardiologi, Internisti e Geriatri provenienti da tutte le aree della regione, che hanno frequentato il reparto per tre giorni, partecipando a Sessioni di formazione teorica incentrate sulla moderna terapia e sulla gestione integrata dello Scompenso Cardiaco e alle varie attività cliniche dell'Unità Operativa. Durante gli stage si è posta particolare attenzione all'Ambulatorio dedicato come elemento centrale della gestione integrata. A Cosenza l'Ambulatorio per lo Scompenso, appartenente alla Rete IN - CHF, è attivo da ormai quattordici anni ed è il più importante tra quelli della nostra regione per operatività e per numero di pazienti seguiti. Avviato come Ambulatorio per i pazienti dimessi dalla divisione è diventato progressivamente un punto di riferimento essenziale anche per i Medici del territorio, con i quali sono stati stabiliti stretti rapporti di collaborazione nell'ambito della formazione e della ricerca clinica ed epidemiologica. Si tratta per la nostra regione di un'esperienza consolidata ed efficace che potrebbe essere applicata in altri Centri, e si spera che gli stage possano aver dato lo stimolo per avviare esperienze di questo tipo in altri contesti della regione. Sta andando avanti il lavoro di implementazione regionale della Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco"; il Gruppo di Lavoro Regionale, dopo alcune riunioni organizzative, ha avviato una serie di iniziative tra le quali una indagine conoscitiva che riguarderà i rapporti tra Cardiologia, Medicina Interna e Geriatria della Calabria e che dovrebbe fornire un quadro completo dei Centri che hanno una specifica attività rivolte allo scompenso e delle modalità con le quali vengono curati i pazienti affetti da insufficienza cardiaca. Nelle intenzioni dei proponenti, l'indagine servirà a definire una mappa delle attività dedicate al problema ed a programmare gli interventi per omogeneizzare il più possibile l'intervento sull'intero territorio regionale e per individuare i Centri che potranno essere di riferimento per i pazienti più complessi. È inoltre in fase di elaborazione un progetto di gestione integrata da attuare insieme ai Medici di Medicina Generale che sarà avviato nei prossimi mesi. Il programma sarà svolto inizialmente in limitate aree delle varie provincie e successivamente verrà proposto per l'intera regione. Fra le attività scaturite dalla Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco" va segnalato inoltre che nell'ambito del Dipartimento di Medicina dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza si è costituito un Gruppo di Lavoro interdisciplinare per la gestione integrata dello Scompenso Cardiaco coordinato da Ginfranco Misuraca, che sta elaborando piani diagnostici terapeutici comuni per gli Ospedali dell'Azienda. Il 4 febbraio 2008 è stato presentato nella biblioteca dell'Ospedale dell'Annunziata un Documento sui percorsi al ricovero dei pazienti con scompenso acuto, sulle modalità di dimissione e sulla gestione delle fasi post - ricovero da concordare con i Medici di Medicina Generale. Il Gruppo di Lavoro ha inoltre definito un programma di formazione permanente al quale parteciperanno i Medici e gli Infermieri dell'Ospedale, i Medici di Medicina Generale ed i Cardiologi specialisti ambulatoriali. Il programma di formazione sarà incentrato inizialmente su epidemiologi e clinici generali e successivamente con la collaborazione di specialisti di varie branche saranno affrontati i problemi relativi alla gestione delle comorbilità. Il prossimo 12 aprile a Lamezia Terme si terrà un Convegno su "La Prevenzione nello Scompenso Cardiaco", un argomento di grande interesse, che viene spesso trascurato e che è emerso in maniera prepotente con la pubblicazione delle ultime Linee Guida.

Approvati in Puglia dalla Commissione Regionale i Protocolli per la gestione in Day Hospital e Day Service dei pazienti con Scompenso Cardiaco

di Pasquale Caldarola

Premessa

In Puglia lo Scompenso Cardiaco rappresenta una delle più frequenti cause di ricovero ospedaliero, in continuo aumento (Figura 1), specie nella popolazione anziana, con un elevato consumo di giornate di ricovero, una degenza media ancora alta (8 - 10 gg. a seconda del luogo di ricovero), con un alto tasso di reospedalizzazione a 6 mesi e ad un anno e con un fenomeno veramente allarmante di reospedalizzazione precoce, subito dopo la dimissione. È evidente che il crescente numero di pazienti affetti da SC e l'esponenziale aumento della spesa sanitaria per questa patologia, associati alla considerazione della inderogabile necessità di razionalizzare la spesa sanitaria, impongono di ridisegnare in modo più opportuno i percorsi sanitari. Tali percorsi dovranno prioritariamente orientarsi più che alla ospedalizzazione – più idonea a fronteggiare le patologie acute – a:

1) individuazione precoce dei casi a rischio di instabilità;
2) controllo della progressione della malattia;
3) riduzione dei ricoveri ospedalieri;
4) utilizzo di forme alternative al ricovero ordinario come il Day Hospital (DH) ed il Day Service (DS).

Azione congiunta ANMCO-SIC-ARES Puglia

I Consigli Direttivi dell'ANMCO e della SIC Puglia hanno attivamente partecipato alla stesura dei Protocolli per la gestione in DH e DS dei pazienti con SC, delegando i rispettivi presidenti, Pasquale Caldarola e Marco Ciccone, alla presentazione degli stessi in ambito regionale. Un ringraziamento ai colleghi Carlo D'Agostino, Italo De Luca, Stefano Favale, Massimo Iacoviello, Gianfranco Ignone, Rocco La Gioia, Rolando Mangia e Sergio Pede, per i qualificati contributi, e ai Dottori Ambrogio Aquilino, Antonio di Pietro e Vincenzo Pomo, dell'ARES Puglia, per la disponibilità e per l'atteggiamento costruttivo mostrato nei confronti delle proposte delle Società Scientifiche cardiologiche pugliesi.

Percorsi Gestionali nello Scompenso Cardiaco

Un controllo sistematico, coordinato e continuativo del paziente si rende necessario al fine di garantire la migliore assistenza possibile in tutte le fasi (sottoprocessi) della sindrome dello SC, la quale deve essere considerata come un unico episodio longitudinale (processo). Con DGR n. 68 del 6 feb. 2007, "Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa", è stata individuata l'Area Cardiologia, tra quelle per le quali prevedere

SCOMPENSO COME DIAGNOSI PRINCIPALE

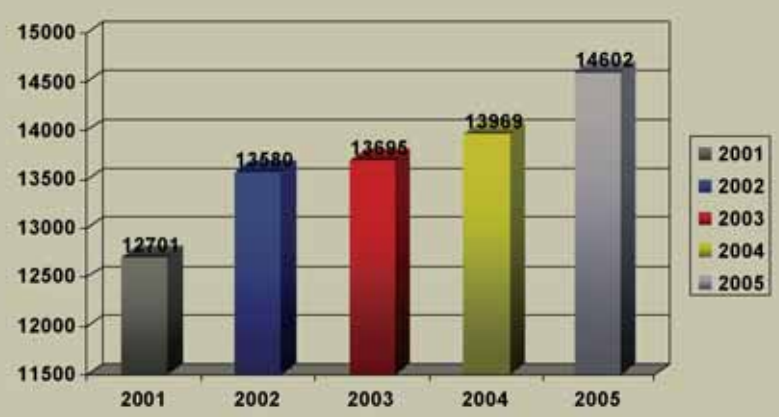


Figura 1. Numero di ricoveri per SC in Puglia negli anni 2001-2005

prestazioni da garantire con accesso prioritario. Nell'ambito delle prestazioni da erogare ambulatoriamente, la citata DGR prevede la possibilità di garantire entro 10 giorni, tramite l'indicazione del codice B della ricetta per le prescrizioni/proposte, l'erogazione della visita cardiologica ed ECG, in caso di sospetto Scompenso Cardiaco. Nel caso di conferma clinica, si pone la questione del successivo percorso di approfondimento ed inquadramento diagnostico-terapeutico. Si ravvisa, pertanto, la necessità di organizzare la risposta assistenziale facendo ricorso al ricovero diurno o al Day Service nell'ambito di un modello organizzativo aziendale che preveda "Unità specialistiche funzionali". Ispirandosi alla Consensus Conference sui Modelli Gestionali nello Scompenso Cardiaco, sono stati definiti sia l'approccio diagnostico del paziente con sospetto Scompenso Cardiaco, come descritto dalle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (ESC), sia gli specifici percorsi assistenziali di seguito riportati.

1° Percorso: "Paziente con Disfunzione Ventricolare Sinistra Asintomatica"

Tale condizione rappresenta una frequente complicanza di situazioni cliniche croniche (ipertensione, malattie metaboliche, cardiopatia ischemica). Ai pazienti cui sia stata fatta diagnosi all'ecocardiogramma di disfunzione ventricolare di grado moderato-severo < del 45%, attraverso il Day Service, sarà possibile orientarsi sulla definizione eziologica, sulla indicazioni ad eventuali procedure interventistiche e garantire un follow-up annuale con l'obiettivo di limitare l'evoluzione verso lo Scompenso Cardiaco conclamato.

2° Percorso: "Paziente con Scompenso Cardiaco cronico stabile, oligo-asintomatico"

Tali pazienti potranno essere seguiti con valutazione clinico-diagnostica mirante ad ottimizzare il trattamento, a rilevare precocemente la progressione della malattia o l'iniziale instabilità clinica attraverso l'esecuzione di esami strumentali non invasivi o procedure più complesse che si rendano necessarie.

3° Percorso: "Follow-up del paziente con recente Scompenso Cardiaco acuto"

Entro 30 giorni dalla dimissione

4° Percorso: "Paziente con Scompenso Cardiaco cronico avanzato e/o instabilità clinica"

In tali situazioni, il Day Hospital per lo SC costituirà un primo riferimento per il paziente dimissibile dal regime di ricovero ordinario, con un primo precoce controllo post-dimissione (7-30 giorni) se permangono problematiche complesse o una certa labilità clinica; contribuirà a risolvere problematiche attive (stratificazione per il rischio di morte improvvisa e/o indicazione al trapianto cardiaco, indicazione a studi invasivi, ottimizzazione della terapia medica, ecc…). Il personale del Day Hospital rappresenterà il punto di continuità assistenziale per i pazienti con SC grave e svolgerà attività di consulenza per altri reparti di degenza e per le strutture territoriali.
Obiettivi perseguibili mediante l'istituzione del Day Hospital e del Day Service per lo Scompenso Cardiaco:
1) migliore controllo clinico dei pazienti con SC;
2) riduzione dei ricoveri ospedalieri in regime ordinario;
3) riduzione del tasso di reospedalizzazione;
4) riduzione delle liste di attesa per gli esami diagnostici;
5) riduzione dei costi globali relativi alla gestione dei pazienti con SC;
6) maggior grado di soddisfazione del paziente.

I Percorso: "Paziente con Disfunzione Ventricolare Sinistra Asintomatica"

II Percorso: "Paziente con Scompenso Cardiaco cronico stabile, oligo-asintomatico"

Day Service presso l'ambulatorio per lo Scompenso Cardiaco: pacchetto di prestazioni ambulatoriali eseguibili in più accessi.
1. Prima visita specialistica o visita specialistica di follow-up;
2. Analisi Cliniche:
Prelievo ematico: Emocromo, Creatinina, Azoto Ureico, Glucosio a digiuno, Urato, Potassio sierico, Sodio Sierico, Cloro Sierico, Bilirubina totale e frazionata, Protidogramma elettroforetico, Digossinemia, Peptide natriuretico (BNP, NT-proBNP), Colesterolo totale e frazionato, Trigliceridi, PT-INR, Prelievo arterioso, Emogasanalisi, Hb glicosilata (se necessaria),

Funzionalità tiroidea (se necessaria), Esame chimico-fisico delle urine, Stima GFR, Microalbuminuria, Esami di Funzionalità Epatica, CPK.
3. Esami Strumentali:
Elettrocardiogramma, Ecocardiografia-Doppler, Rx-Torace in 2 proiezioni, Test della marcia dei 6 minuti, ECG dinamico delle 24 ore sec. Holter; Ecocolor-Doppler vascolare; Test provocativo (ECG da sforzo/Eco stress) se necessario escludere ischemia inducibile; eventuale controllo elettronico di device impiantato nei pazienti portatori; Spirometria semplice se necessario valutare parametri respiratori ai fini dell'utilizzo del beta-bloccante.
4. Valutazione complessiva per (cod. 8903):
a)definizione diagnostica e prognostica;
b)prescrizione terapeutica;
c)comunicazione del programma diagnostico-terapeutico al medico di medicina generale.
5. Programma educazionale indirizzato al paziente ed ai familiari
a)seduta di riabilitazione cardiologica (dietista) (cod. 9336);
b)seduta di riabilitazione cardiologica (fisioterapista) (cod.9336).

III Percorso: "Follow-up del Paziente con recente Scompenso Cardiaco Acuto (entro 30 giorni dalla dimissione)"

IV Percorso: "Paziente con Scompenso Cardiaco Cronico avanzato e/o instabilitá clinica"

Numero 2 Accessi
1. Valutazione clinica ed elettrocardiografia.
2. Analisi Cliniche:
Prelievo ematico: Emocromo, Creatinina, Azoto Ureico, Glucosio a digiuno, Urato, Potassio sierico, Sodio Sierico, Peptide natriuretico (BNP, NT-proBNP), esami di funzionalità epatica.
Opzionali: Cloro Sierico, Bilirubina totale e frazionata, Protidogramma elettroforetico, Digossinemia, Colesterolo totale e frazionato, Trigliceridi, PT-INR, CPK, cTnI, Prelievo arterioso, Emogasanalisi, Hb glicosilata, funzionalità tiroidea, Stima GFR, Microalbuminuria, Esame chimico-fisico delle urine.
3. Esami Strumentali opzionali: Rx-Torace in 2 proiezioni, Ecocardiografia-Doppler, Test della marcia dei 6 minuti, ECG dinamico delle 24 ore sec. Holter, controllo elettronico di device impiantato, ecocolor-Doppler vascolare; Spirometria.
4. Pianificazione inizio e/o titolazione ACE-inibitore/Sartano e/o Beta-bloccante.
5. Eventuale terapia infusiva farmacologica (diuretici, inotropi).
6.Valutazione complessiva per (cod. 8903):
a)definizione diagnostica e prognostica;
b)prescrizione terapeutica;
c)comunicazione del programma diagnostico-terapeutico al medico di medicina generale.
7. Programma educazionale indirizzato al paziente ed ai familiari:
a)seduta di riabilitazione cardiologica (dietista) (cod. 9336);
b)seduta di riabilitazione cardiologica (fisioterapista) (cod. 9336);

Criticità

La legge regionale n. 40 del 31/12/07 ha delegato alla giunta regionale il compito di regolamentare le modalità attuative del DS, che non viene ancora ufficialmente riconosciuto nell'ambito dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e non possiede un flusso informativo proprio, nonostante sia stato sperimentato con interessanti risultati in diverse regioni (Emilia Romagna, Lazio, Toscana, Veneto).
Il DS ben si presta alla gestione dei pazienti con SC asintomatici o oligosintomatici; il DS, infatti, consente la presa in carico del pz. da parte di un medico "responsabile", non prevede l'allettamento del paziente, consente accessi programmati e mai urgenti, può avere finalità diagnostica o di follow-up.
Sono da superare criticità di aspetto burocratico ed organizzativo circa le modalità di prescrizione (lo richiede il MMG o lo specialista?), circa la tariffazione (tariffa forfetaria o somma delle tariffe delle singole prestazioni?), circa la modalità di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti (ticket unico forfettario o ticket integrativo per gli esami non previsti in esenzione?) e circa i flussi informativi (utilizzare una scheda simile alla SDO o codificare il pacchetto delle prestazioni con una transcodifica a livello di sistema informativo regionale?).
Ci auguriamo che nel più breve tempo possibile la Giunta Regionale pugliese possa consentire di utilizzare questi nuovi assetti organizzativi per la gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco.

Rendere le cose il più semplice possibile, ma non più semplici del possibile

di Pasquale Bossa

Carlo Vecchio nel suo intervento sulle bioetiche ha innanzi tutto il merito, non da poco, di aver richiamato alla nostra attenzione un argomento di assoluto valore culturale e insieme pragmatico e di averlo fatto seguendo, esemplarmente, l'aurea raccomandazione di Einstein.
Le due posizioni fondamentali sono espresse in modo estremamente preciso, sintetico eppure esaustivo, per cui non si può avere dubbi o rifugiarsi in ambiguità.
Lo scopo dell'Autore non si esaurisce certo nella enunciazione dei due diversi principi ma, è da credere, volto, soprattutto, a promuovere confronto e dialogo e non solo ai fini semplicemente culturali, ma anche a quelli pratici, a cui uniformare il lavoro di tutti noi medici, senza discrepanze eccessive e talora inaccettabili. Arroccarsi nel "proprio castello dalle porte ostinatamente sbarrate è un errore intellettuale imperdonabile." La vita è veramente fuori di questi confini.
Di qui necessità e urgenza di trovare un ragionevole modus vivendi per superare quelle divisioni che trovano, nel nostro Paese, "alacri seminatori e appassionati coltivatori", non sempre disinteressati.
Su questo schema di pensiero e di proponimento non si può essere altro che decisamente d'accordo, auspicando che vi concorrano fattivamente tutte le persone di buona volontà.
Questo sul piano pratico che, nel nostro caso, assume l'impellenza del procedere quotidiano.
Più tempo e pacatezza, ma non minore attenzione, possiamo invece riservare alla questione di fondo, sui principi e sui valori divergenti delle due posizioni. E qui forse è lecito stemperare il pessimismo espresso da Vecchio sulla "assoluta e non riducibile" loro inconciliabilità.
In questo discorso entrano ora in gioco elementi più soggettivi e personali, che risentono di tutto il vissuto di ciascuno. Comunque parte di voi, della generazione come la mia, che si è dovuta formare nei disagi del periodo bellico, può difettare di quelle solide fondamenta culturali che occorrono e soccorrono in questo argomento e deve limitarsi, a qualche considerazione di semplice buon senso. Cominciamo dalla valutazione del "bene" che costituisce la materia stessa del contendere e cioè la vita, bene certo essenziale e primario, in quanto ogni altro da esso discende.
Ed è di conforto constatare che sulla difesa di questo bene vi sia una concordanza robusta, tanto da poterne fare, con sufficiente sicurezza, uno di quei pochissimi valori, che oggi si usa indicare come assoluti e condivisi e, anzi, il primo di essi. È già tanto e potrebbe già costituire una solida piattaforma di convivenza per tutti o almeno per una estesissima maggioranza.
Se il rispetto di questo bene è diffusamente accettato, tanto da assegnare un ruolo di tabù invalicabile a ogni cosa che lo offenda e che non sia prevista rigorosamente dai principi fondamentali della comunità umana, possiamo dire di aver raggiunto un traguardo di civiltà altissimo e mai prima toccato. Se la eccezione viene strettamente limitata alla sola difesa legittima e proporzionata, nel tabù si comprendono pena capitale, guerra e ogni altra forma di violenza.
Che poi questo imperativo categorico discenda da una origine "sacrale" o meno della vita, ai fini pratici, non cambia molto.
L'attuale dibattito si trasferisce allora in sede più propriamente scientifica e tecnica e riguarda essenzialmente la difficoltà che ancora abbiamo ad individuare gli esatti confini della vita, che restano tuttora non definiti perfettamente, ma che si vanno precisando rapidamente e sempre di più.
La scienza inoltre fornisce oggi possibilità che a noi erano negate. La procreazione non è piú un atto quasi involontario e fortuito. Possiamo regolarla, ciascuno secondo i suoi principi, utilizzando la castità oppure tutti gli altri contraccettivi disponibili, che certo non andrebbero assolutamente demonizzati, ma anzi illustrati e diffusi. E questo rende la procreazione ancora di più carica di responsabilità verso quell'essere indifeso, sul quale ci troviamo ad esercitare un potere assoluto ai due confini estremi della sua esistenza.
Sul principio laico che solo la legge dello stato abbia giurisdizione su di esso non si può transigere. Né si può parimenti transigere sul diritto che ciascuno ha di illustrare la propria opinione e il proprio indirizzo etico, vincolando ad esso solo coloro che liberamente lo accettano. Da una parte e dall'altra della barricata.

Certificato di Appropriatezza Cardiologica?

di Gianfranco Cucchi

Scorcio di una sala dell'Istituto Pellizzari di Firenze adibita alla terapia fisioradioterapica (Archivio fotografico Alinari)

Il progresso della Medicina, con l'impiego di nuove tecnologie,ha portato ad elevare i costi della Sanità, che già oggi non sono più sostenibili per i Paesi industrializzati. Se dovessimo pensare di trasferire le innovazioni tecnologiche al restante ottanta per cento della popolazione mondiale ci si rende perfettamente conto che questo non sarebbe realizzabile. La Cardiologia, per le recenti innovazioni tecnologiche, è sicuramente una delle branche specialistiche della Medicina che maggiormente contribuisce all'esplosione dei costi sanitari. Se da una parte è richiesta una maggiore responsabilità della classe medica per valutare i costi del progresso medico, dall'altra non si considera pienamente l'appropriatezza delle indicazioni. È necessario che la Cardiologia italiana affronti seriamente il problema indicando delle Linee Guida, non solo a livello diagnostico terapeutico che pure ci sono, ma in parte vengono disattese, ma per rendere l'Appropriatezza, non un optional, ma parte integrante della buona pratica clinica. Una valutazione approfondita dell'Appropriatezza clinica prende in considerazione più aspetti dell'attività medica. Vi può essere un'Appropriatezza metodologica, scientifica, deontologica, etica ed economica. In realtà ci sono differenti significati nella spiegazione dell' Appropriatezza clinica. C. David Naylor alla domanda di cosa sia una cura appropriata ha risposto con queste semplici parole: "ciò dipende da cosa si richiede ai medici, da dove essi vivono e lavorano, dal peso che essi danno ai diversi tipi di evidenza e agli obiettivi finali, dal fatto che essi considerino le esigenze del paziente oppure quelle della famiglia, dei livelli delle risorse presenti in un dato Sistema Sanitario e dai valori che pre-

valgono sia in quel sistema che nella società dove i medici prestano la loro opera". Lo sviluppo delle tecniche e delle metodologie, del technology assessment, nonché la veloce diffusione della cultura dell'evidence-based medicine, ha creato l'illusione che fosse possibile governare i processi sanitari mediante la rigorosa applicazione dei risultati degli studi clinici e, in generale, attraverso una rigorosa valutazione dei profili di costo-efficacia degli interventi. I trials clinici eseguiti su decine di migliaia di pazienti in tutto il mondo, con le relative meta - analisi hanno contribuito alla costruzione di Linee Guida da parte delle Società Scientifiche nazionali ed internazionali che vengono periodicamente aggiornate con l'indicazione di 3 classi di appropriatezza: la I nella quale l'indicazione alla procedura è universalmente riconosciuta, la II ove le evidenze non sono assolute e si può valutare da caso a caso, la III classe ove non si ritiene appropriato l'intervento. Quanti impianti di pacemaker, di ICD, di ablazione transcatetere e di PTCA potrebbero essere evitati rispettando le Linee Guida? "A essere in gioco sono gli scopi stessi della Medicina, non solo i suoi mezzi. È nostra convinzione, che tali mezzi oggi debbano essere riesaminati ex novo?". Con queste parole Daniel Callahan, fra i maggiori esperti internazionali di bioetica, sostiene la necessità di una nuova concezione del malato ed il controllo sostenibile della tecnologia sanitaria. Callahan è stato fra i primi a richiamare l'attenzione su limiti e scopi dell'innovazione in campo medico e sulla sfida decisionale che si impone nel settore della salute. Queste problematiche interessano in modo particolare la Cardiologia che in questi anni è stata portatrice di una notevole quantità di innovazioni tecnologiche. Già nel 1994 in un editoriale del **British Journal of Medicine** R.H. Brook affermava che "l'esplosione dei costi delle tecnologie mediche mette a rischio la nostra capacità di fornire a tutti le cure necessarie...."Gli studi sull'Appropriatezza sottolineano la serietà di questo problema". Se la Medicina non pone dei limiti all'arbitrarietà dell'atto clinico ci penserà la politica con atti di razionamento amministrativo. Ciò sta già avvenendo, con il rischio di non fornire le prestazioni adeguate alle persone che ne hanno veramente bisogno, mentre si applicano delle procedure inappropriate. La fiducia del malato nei confronti del medico si fonda su un patto che alla base ha la buona pratica clinica che trova alimento nel continuo aggiornamento e formazione. L'operatore sanitario può applicare una prestazione inappropriata o per ignoranza o per convenienza, ma in entrambi i casi può essere responsabile di avere impiegato male le risorse a lui affidate, anche se non si manifestano delle complicanze. Nelle procedure interventistiche cardiologiche ad alto livello tecnologico (impianto di ICD, di Pace-maker, PTCA con o senza applicazione di stents medicati, ablazione transcatetere) l'atto medico è irreversibile. Per responsabilizzare maggiormente il medico, per creare un migliore rapporto di fiducia con l'ammalato è auspicabile prevedere un meccanismo che testimoni e certifichi che l'atto terapeutico invasivo compiuto sia metodologicamente corretto, conforme al principio di necessità e di aderenza alle Linee Guida con l'indicazione di classe riconosciute nel campo specifico. Una certificazione che dia maggiore garanzia al paziente e all'amministrazione dell'ospedale quale ente erogatore e che responsabilizza maggiormente l'atto medico. Il consenso informato non è sufficiente in quanto rivolto in modo particolare a sottolineare i rischi della prestazione e non a certificarne la qualità. Sarebbe auspicabile quindi una certificazione di qualità e di appropriatezza delle procedure interventistiche cardiologiche ad elevato contenuto tecnologico ove l'operatore dichiari l'assoluta necessità ed indifferibilità dell'atto terapeutico conforme alle Linee Guida riconosciute. L'istituzione di questa certificazione potrebbe contribuire a limitare l'esplosione dell'applicazione di alta tecnologia senza la chiara dimostrazione della sua efficacia; evitando sprechi si reperirebbero risorse in settori "poveri" della Cardiologia ove si potrebbero realizzare maggiori benefici per la collettività. La Federazione Italiana di Cardiologia con le Società Scientifiche di settore potrebbe giocare un grande ruolo per meglio definire e valutare le modalità di applicazione del certificato di Appropriatezza cardiologica. In un Paese dove si fanno molte e valide leggi, ma non si prevedono o effettuano le verifiche, sarebbe importante indicare dei meccanismi di controllo della validità delle certificazioni che potrebbero essere affidati ad agenzie esterne no-profit.

La Sindrome della Cozza

di Giovanni Gregorio

"Cara cozzeca, tu staie nguaiata"
dicette o' magistrato. "'O fatto è chisto,
cca nun te salva manco Giesù Cristo:
o l'ergastolo, o muore fucilata.
Qua ci sono le prove, figlia mia...
Tu hai portato il bacillo del colera:
la tua presenza è una presenza nera,
'a ggente more all'erta mmiez' 'a via.
Che dici a tua discolpa?"
"Ecco, vedete...Affunn' 'o mare 'a
cozzeca s'arrangia", dicete l'imputata,
"e lo sapete... La' sotto, Preside', pare
l'inferno!
Chello c'arriva, a' cozzeca se mangia:
si arriva mmerda, arriva dall'esterno".

Tratto da
"Le Poesie" (1973)
di Eduardo De Filippo

Nell'agosto del 1973 Napoli balzò all'attenzione della cronaca nazionale per la esplosione dell'epidemia di Colera. I giornali dell'epoca mostrarono al mondo scene di rabbia e di contestazione, che culminarono il 31 agosto nell'assalto al Municipio da parte di una folla inferocita. Per molti versi l'agosto del 1973 ricorda quello che è accaduto a cavallo del 2007 e 2008, quando la emergenza rifiuti ha mostrato lo spettacolo di una città e di una Regione trasformata dalla incapacità di chi la ha governata in una gigantesca discarica a cielo aperto, dove la rabbia della popolazione è esplosa non solo in manifestazioni di contestazione della classe politica ma anche in episodi di vera e propria guerriglia urbana (Figura 1). In quegli anni la responsabilità del disastro sanitario che colpì Napoli fu trovata: la colpa di tutto, come testimonia una realistica poesia di Eduardo De Filippo, era da addebitare alla coltura ed al consumo delle cozze, per cui si procedette alla distruzione delle coltivazioni dei mitili e al divieto della loro commercializzazione. La Cozza, in effetti, aveva commesso un solo grande delitto: quella di trovarsi nel Golfo di Napoli e di essere costretta ad assorbire tutto ciò, liquami, rifiuti, e materiale vario che l'incuria dell'uomo colpevolmente vi faceva arrivare. Le cause del disastro dell'agosto 1973 come della emergenza dell'inverno 2007 - 2008 sono evidenti e vanno dalle precarie condizioni igieniche, alla sopravvivenza di un sistema fognario di borbonica memoria, alla mancanza di un sistema di raccolta e smaltimento dei rifiuti moderno, alla incapacità di una classe di governo di operare scelte appropriate e di affrontare i problemi con la serietà e la competenza richiesta. Allora come oggi la assunzione di responsabilità è un esercizio sconosciuto (Figura 2): i responsabili del governo nazionale e locale sembra che siano stati all'estero fino all'altro ieri e che non solo la emergenza non fosse un fatto annunciato, ma una imprevedibile ed inaspettata fatalità che per evitarla erano state anche prospettate le misure necessarie (Figura 3). Come Napoli e la Campania la Sanità Italiana è ciclicamente attraversata da improvvise e imprevedibili emergenze. Il Sistema Sanitario Italiano ha attraversato nell'ultimo scorcio del secolo scorso una critica transizione da una condizione centrata sui bisogni sanitari ad una situazione dominata dalla esasperata proliferazione legislativa, dalla contestuale e costante non osservanza delle leggi, dalla introduzione di strutture di tipo aziendalistico in sanità, governate con una logica di colonizzazione clientelare, dalla comparsa di manager della Sanità nella maggior parte dei casi improvvisati, da una strategica marginalizzazione dei medici e delle altre professionalità sanitarie, dal reclutamento della Dirigenza fondata più sulle tessere di partito che sulle competenze, dal

Emergenza rifiuti a Napoli

Politica ed Emergenza Rifiuti (Disegno di R. Croce)

Soluzioni per l'Emergenza Rifiuti (Disegno di Romano Croce)

trionfo di una burocrazia bizantina e paralizzante, dalla abissale distanza tra qualità e quantità dei servizi offerti e le esigenze della collettività, dalla sistematica e colpevole ignoranza degli obbiettivi di salute della popolazione. Come argutamente notava, sin dal 1993, Di Michele "La politica ha prestato alla sanità i suoi uomini, il simbolismo della sua parola – nella versione più fatua, quella caratterizzata da logorrea e vacuità – e, purtroppo, il più importante dei suoi vizi: il clientelismo". Di fatto si è realizzata, nella stragrande maggioranza dei casi, una situazione nella quale gli aspetti politici e clientelari prevalgono nettamente su quelli professionali e sanitari. La stessa malattia, approssimazione e dilettantismo, ha finito per contagiare Sanità e Politica (Figura 4). La cronaca recente e passata ha mostrato come di fronte a fatti di grande gravità a pagare è sempre il terminale più debole, di solito medici ed operatori sanitari, mentre Proconsoli (Direttori Generali), Consoli (Assessori Regionali), Governatori (Presidenti di Regione), Vicerè (Ministri) e Monarca (Premier) continuano non solo a rimanere al loro posto ma anche a pontificare su come uscire dalla crisi. Il risultato di tale situazione è sotto gli occhi di tutti: è il costante, cinico e teorizzato saccheggio della Cosa Pubblica. Come acutamente ha sottolineato Francesco Greco: "Nella prima Repubblica c'erano i pirati, nella seconda ci sono i corsari. Qual è la differenza? I Corsari hanno la patente di corsa: se tu fai un servizio per la regina il Bottino te lo puoi tenere. Insomma quello che oggi conta è lo scambio politico. Il Manager fa un favore ai partiti, ma ha la facoltà di tenere il bottino, salvo piccole royalty." E la Sanità è stata senz'altro, salvo poche eccezioni, il mare più ampiamente solcato. Questo contesto rende conto della progressiva disassuefazione e della pericolosa perdita di entusiasmo e di attaccamento al lavoro da parte di medici e di operatori sanitari, sempre più ignorati nelle scelte di governo della sanità. In molti ospedali il clima che si respira è simile a quello tipico dei Paesi dell'Est, prima della caduta del muro di Berlino, sintetizzata in questa testimonianza di un abitante di

Sanità e Politica
(Disegno di Romano Croce)

"La Sindrome della Cozza"
(Disegno di Romano Croce)

Dresda, riportata da Charles Handy. "Per noi il lavoro era un luogo dove andare, non qualcosa da fare. Non sempre eravamo nella condizione di lavorare al meglio, perché capitava che mancassero i pezzi o gli attrezzi necessari. In ogni caso, i clienti erano abituati ad aspettare e noi eravamo pagati comunque, che lavorassimo o no". In quanti ospedali la carenza di personale, le deficienze strutturali, la obsolescenza delle attrezzature, la incapacità dei manager, una Dirigenza lottizzata e limitata, la assenza di programmazione e di visione strategica fa si che le risposte ai bisogni del paziente siano approssimate ed inappropriate, affidate come sono alla buona volontà ed alla passione di medici ed infermieri. La presenza di professionisti ed operatori motivati è la chiave di qualsiasi progresso in Sanità perché come è stato giustamente sottolineato "Potete comprare il tempo di un uomo; potete comprare la sua presenza in un determinato luogo; potete persino comperare un certo numero di prestazioni lavorative, da svolgere ad un ritmo prestabilito. Non potete però comperare l'entusiasmo. Non potete comperare l'iniziativa né la fedeltà, e neppure la devozione del cuore, della mente e dell'anima dell'uomo. Perché sono cose che vi dovete guadagnare". E raramente i responsabili del governo della Sanità si mettono in tale condizione e quando ciò accade acquista il valore di un autentico miracolo. Le vicende della cronaca recente hanno evidenziato che anche in presenza di grandi disastri sanitari la responsabilità non è mai di chi ha guidato il sistema ma di chi in quel sistema è stato costretto ad operare la cui colpa più grande è stata, nella maggioranza dei casi, quella di aver con passione ed entusiasmo cercato di dare una risposta ai problemi del paziente. L'Italia continua ad essere il paese in cui a pagare sono sempre e solo le cozze: si pagano le colpe di altri, spesso, solo per aver cercato di compiere il proprio dovere (Figura 5). E purtroppo, la diffusione di questa "Sindrome" sta assumendo un andamento epidemico.

Intervista a Rachele Adorisio e Iacopo Olivotto

di Gennaro Santoro

Nel precedente numero di "Cardiologia negli Ospedali" abbiamo intervistato Giovanni Maria Santoro ed Edoardo Verna che facevano parte del Gruppo Cardiologia 2000, Gruppo di Lavoro dell'ANMCO composto da Cardiologi quarantenni costituitosi circa 15 anni fa con il compito di stipulare un Documento che ipotizzasse la Cardiologia del domani. Il contributo dei due intervistati risulta molto utile per iniziare una discussione partecipata su come l'ANMCO debba adoperarsi a che i Giovani Cardiologi vengano coinvolti nella vita dell'Associazione. Durante il biennio 2004 - 2006 fu istituito il Gruppo di Lavoro ANMCO Giovani con la finalità di elaborare strategie di "intervento" per un maggior coinvolgimento dei Giovani. Rachele Adorisio è la Coordinatrice del Gruppo e Iacopo Olivotto è uno dei Componenti ed attraverso le loro osservazioni cerchiamo di continuare il dibattito che spero si estenda a tutti i Soci.

Rachele Adorisio

Quale era la percezione dell'ANMCO prima di iniziare la vostra esperienza all'interno dell'Associazione?

Attraverso il racconto di colleghi anziani, durante la Scuola di Specializzazione, avevo l'immagine di una associazione energetica e positiva in cui fossero valorizzati i meriti di quanti lavorano nella assistenza e nella ricerca clinica cardiologica. Ricordo ancora l'entusiasmo e gli stimoli ricevuti durante il Congresso Nazionale del 2004, durante la Main Session delle UTIC in cui si percepiva un'atmosfera densa di spirito associativo e di grande dibattito culturale. Mi sentivo molto attratta anche dal pragmatismo positivo trasmesso da quanti con sincero entusiasmo credono nella professionalità dei Cardiologi e desiderano promulgare educazione e cultura.

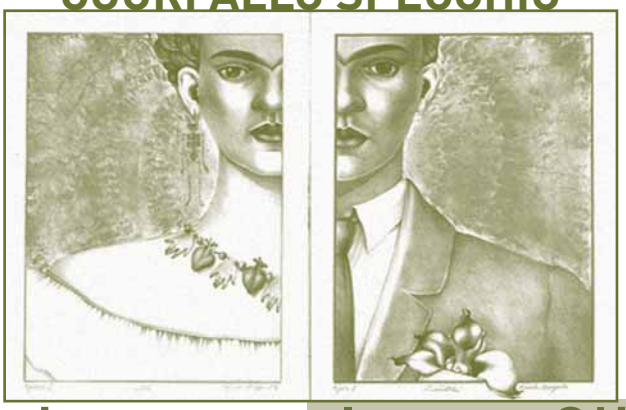
Come avete "accolto" l'iniziativa dell'ANMCO di costituire questo Gruppo di Lavoro?

Ricordo ancora l'entusiasmo e l'orgoglio di essere stata chiamata a partecipare a questo progetto. Sebbene alcuni aspetti della vita associativa mi apparissero distanti e tante logiche mi fossero sconosciute, ricordo

Iacopo Olivotto

Quale era la percezione dell'ANMCO prima di iniziare la vostra esperienza all'interno dell'Associazione?

Per me l'ANMCO ha rappresentato per molto tempo una sorta di frutto proibito. Come sai, provengo da un background internistico e di Medicina d'Urgenza, e per diversi anni sono stato un Socio Aggregato dell'Associazione, mentre mi spostavo sempre più decisamente verso la Cardiologia dal punto di vista clinico e della ricerca. Dall'esterno, l'ANMCO mi attraeva irresistibilmente, e ricordo con una certa intolleranza la mia condizione di "Aggregato". Ero particolarmente attratto da due aspetti: il primo era l'amore per la cosa pubblica, l'orgoglio e il senso di responsabilità con cui vedevo coltivare collettivamente la professionalità dei Cardiologi al servizio del Sistema Sanitario Nazionale. E il secondo era l'amore per una conoscenza schietta, raffinata, ma molto pratica e lontana dagli orpelli, che avevo respirato in alcune Cliniche Universitarie; la conoscenza necessaria a produrre buoni professionisti e buona medicina. L'ANMCO è stata ed è una fucina di queste due passioni, che vorrei considerare anche la molla della mia vita professionale.



Rachele Adorisio

l'emozione che mi colpì quando lessi su "Cardiologia negli Ospedali" l'intervista a Giuseppe Di Pasquale, neopresidente dell'ANMCO, il quale nell'ultima domanda apriva uno spazio ai giovani. Avevo da poco terminato la Scuola di Specializzazione e questo tema mi era molto caro. Infatti, vedere lo spreco di risorse dei giovani professionisti, considerati più come forze da utilizzare che non risorse su cui investire mi ha sempre amareggiato. Certo, questo non è un problema limitato ai Cardiologi o esclusivamente a categorie professionistiche, ma sociale che probabilmente limita il progresso del nostro Paese. Quando lessi le parole Di Pasquale e che finalmente qualcuno a livello istituzionale se ne preoccupava, non esitai a contattare la Redazione di "Cardiologia negli Ospedali" per inviare una lettera in cui spiegavo il punto di vista di una Cardiologa trentenne.

Quali i pregi e quali i limiti di questa esperienza?

Non penso che si possa parlare di limiti perché è una grande esperienza formativa sotto tutti i punti di vista. Il maggior pregio è stato la possibilità di lavorare con un gruppo eccezionale di persone sulle esigenze dei giovani, ed il confronto costruttivo con altri Giovani di tutta Italia, ognuno con esperienze e background diversi. È stato anche molto interessante e stimolante il lavoro compiuto con Aldo Maggioni sull'ambizioso progetto dell' "Epidemiologia delle incertezze". Questo progetto è stato proprio la nostra "croce e delizia". È stato probabilmente attribuito un ruolo "politico" all'ANMCO Giovani, con un effetto destabilizzante. Ci tengo a ribadire che tale ruolo non è mai stato negli obiettivi del Gruppo che si era progressivamente integrato e formato. Dopo i primi entusiasmi ci siamo imbattuti anche con alcuni assetti istituzionali dell'Associazione, apparentemente confusi dalla nostra presenza.

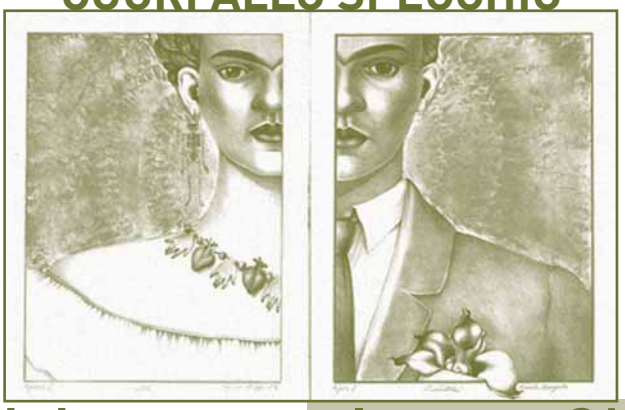
Iacopo Olivotto

Come avete "accolto" l'iniziativa dell'ANMCO di costituire questo Gruppo di Lavoro?

L'invito a partecipare all'ANMCO Giovani mi ha colto di sorpresa, perché anagraficamente giovane non lo sono tanto. Tuttavia, mi sento giovane "cardiologicamente" per il mio approdo relativamente recente alla disciplina, per cui l'invito è stato senz'altro gradito. In più, l'idea di far parte di un Gruppo che raccoglieva l'eredità spirituale dei gloriosi ex Giovani ANMCO, di cui parlavano Giovanni Maria Santoro ed Edoardo Verna nello scorso numero, ha costituito uno stimolo potente.
È stato il diverso contesto storico delle due iniziative che mi ha dato da pensare. In occasione della presentazione di questo progetto, da parte dell'allora presidente Di Pasquale, ho molto apprezzato che il Consiglio Direttivo si ponesse il problema della partecipazione dei Giovani, e del loro ruolo nell'Associazione. D'altra parte, il fatto che si ponesse una "questione ANMCO Giovani", implicava un problema speculare di invecchiamento. Pertanto, l'esigenza primaria dietro questa iniziativa non è stata, come per il Gruppo Cardiologia 2000, quella di intravedere il futuro in un momento di piena espansione, quanto il rischio percepito o reale di una involuzione. E credo che sulle cause e sui rimedi di questa potenziale emergenza sia stato giusto interrogarsi.

Quali i pregi e quali i limiti di questa esperienza?

Il pregio maggiore è stato senz'altro quello di conoscere alcune delle più brillanti nuove leve della Cardiologia italiana. Inoltre, è stata una occasione preziosa per conoscere meglio il funzionamento interno dell'Associazione, che fino ad allora mi appariva piuttosto nebuloso. Infine, è stata l'opportunità di condividere con gli altri partecipanti una serie di dubbi davvero amletici sulle esigenze dei Giovani Cardiologi, e di sperimentare la difficoltà concreta di ideare e proporre il nuovo.
Idee ne sono venute fuori molte, anche se la loro



Rachele Adorisio

Cosa proponete affinché i Giovani possano essere sempre più presenti nella vita dell'ANMCO?

Come richiesto dal nostro primo incontro del 23 novembre 2005, noi abbiamo elaborato un Documento che è stato presentato durante il Consiglio Direttivo dell'11 febbraio 2006 in cui si indicavano una serie di proposte per i Giovani nell'ANMCO. Io non parlerei di spazi riservati ma penso che sia importante considerare i Giovani per le loro caratteristiche. Innanzitutto partiamo dall'identità di Giovane: per la maggioranza dei Cardiologi il Giovane è lo specializzando che inizia barcollante la sua pratica clinica. Per le caratteristiche associative dell'ANMCO e cioè di raccogliere gli specialisti che operano all'interno del SSN mi sembra di straordinaria rilevanza il ruolo che questa Associazione potrebbe avere nell'attività di educazione e di ricerca per i Cardiologi appena formati (ad esempio nei primi 5 anni dopo il Diploma di Specializzazione). Infatti le caratteristiche attuali della formazione che oggi fornisce l'Università nella maggioranza delle regioni italiane, sono molto variegate. In molte scuole è previsto un periodo di rotazione nelle diverse sub specialità della Cardiologia, ma il tempo e le specificità variano da scuola a scuola, da regione a regione, con importanti conseguenze sulla formazione dei Cardiologi del territorio. L'ANMCO potrebbe sicuramente avere un ruolo chiave, promulgando attività che permettono di rendere omogenea la formazione. Un altro aspetto molto importante riguarda il mondo del lavoro. Oggi molti neo - specialisti non si inseriscono subito nella realtà ospedaliera, ma operano in realtà private e smettono di aggiornarsi e, rinunciando a possibilità di ricerca, di farsi domande che possono aiutare il progresso collettivo.
A concludere questo discorso, penso che l'ANMCO debba incentivare e motivare attività che permettano ai Giovani di sviluppare potenzialità e che debba venire maggiormente incontro a necessità culturali specifiche. Al contrario di quanto detto da Iacopo, confido ancora nella capacità costruttiva e nelle risorse realizzative che possiede la maggiore Società cardiologica italiana.

Iacopo Olivotto

percorribilità resta da chiarire. Infatti, ed è questo il maggior limite dell'esperienza, è successivamente venuta meno la voglia di scommettere su questa iniziativa, percepita forse da alcuni come un tentativo di duplicazione dell'ANMCO in chiave juniores (e destabilizzante?). Questo ha portato ad una crisi di identità del Gruppo, investito di un mandato anche troppo oneroso. Così, anche le iniziative già in parte intraprese, alcune di grande interesse, sono terminate prematuramente. E penso prima di tutto agli incontri sulla "Epidemiologia delle incertezze", in collaborazione col Centro Studi ANMCO.

Cosa proponete affinché i Giovani possano essere sempre più presenti nella vita dell'ANMCO?

Credo di poter dire che all'interno del Gruppo siamo arrivati un po' tutti alla stessa conclusione: la vera novità (e la strada da seguire) consiste nell'apertura ai Giovani delle strutture già esistenti nell'Associazione, più che nella creazione di spazi riservati. Il rischio maggiore per qualunque Associazione, superati gli iniziali entusiasmi, è quello di strutturarsi in maniera rigida, facendo dell'età un merito assoluto e dell'ordine cronologico il principale criterio di selezione. C'è il rischio che il grande successo dell'ANMCO generi ambizioni associative come carriere vere e proprie, fine a se stesse, progressivamente sganciate dai valori primari, dalle passioni di cui parlavo all'inizio. Tutte queste cose non possono attirare i Giovani.
E nota bene, se mi guardo attorno non vedo necessariamente questo. Sono e voglio essere ottimista. Però forse non vedo più la leggerezza, la indispensabile leggerezza, che traspare dai racconti dell'ANMCO della tua generazione, Gennaro. Dobbiamo ritrovarla.

Dal rapporto Medico – Paziente al Consenso Informato

di Giovanni Gregorio

Il Rapporto Medico-Paziente

Il cammino del Consenso Informato si intreccia con la evoluzione della concezione del rapporto medico-paziente che ha assunto valenze diverse nel tempo. Sin dalla epoca dell'antica Grecia ad un rapporto medico - paziente basato sul sapere elitario del medico, che ne legittimava il potere assoluto sul paziente, si contrapponeva l'atteggiamento basato sull'ascolto e dialogo, finalizzato alla ricerca di un percorso clinico condiviso. Per molto tempo il rapporto medico - malato è stato caratterizzato dalla predominanza del ruolo del medico, dalla asimmetria del rapporto e dalla unilateralità delle decisioni terapeutiche, nella convinzione che solo il medico era il depositario della conoscenza e che ciò fosse sufficiente a garantire che le scelte operate fossero la soluzione migliore per i problemi del paziente affidatogli. Nella seconda metà del secolo scorso lo scenario è andato via via mutando: il punto centrale della problematica si è spostato dal tipo di decisione da prendere o dai principi che dovessero guidare le scelte sanitarie a chi dovesse essere il soggetto legittimato a prenderle. Si fa strada la convinzione che nel comportamento tradizionale dei medici dovesse vedersi una violazione dell'autonomia del malato e qualunque pratica clinica che non riservasse al paziente la decisione finale dovesse essere ritenuta non corretta. Si passa dal concetto di paziente a quello di persona e di cittadino al quale è riconosciuta la piena autonomia delle scelte e dei percorsi assistenziali. Dal modello di rapporto medico-paziente di tipo paternalistico configurante un rapporto gerarchico in virtù del quale è il medico che, sulla base delle sue conoscenze, stabilisce il percorso più adatto per risolvere i problemi del paziente, si passa al modello informativo che riconosce al paziente il diritto alla informazione a quello interpratívo, fino all'affermarsi del modello deliberativo, in base al quale al paziente non viene riconosciuta solo la capacità di interpretare i dati relativi alla propria condizione ma anche il diritto di decidere quale percorso sanitario si debba percorrere (Figura 1). Tutto ciò trova il suo corrispettivo in una serie di fonti giuridiche internazionali, come la Convenzione Europea di Bioetica, sottoscritta ad Oviedo nel 1997 e ratificata dall'Italia con l. 2001 n. 145, e nazionali, a partire dalla Carta Costituzionale alla legge 833 del 1978, al Codice di Deontologia Medica ed a tutta una serie di norme del Codice Civile e Penale.

Figura 1
Evoluzione del Rapporto Medico - Paziente

Excursus storico

Esempi precorritori del Consenso si ritrovano anche nei poemi omerici. Cosi ad esempio la richiesta di Euripilo ferito, che andando incontro a Patroclo esclama" ...incidi la coscia e togli la freccia e il cupo sangue / lava con l'acqua tiepida, spargi farmaci blandi, / efficaci..." altro non è che l'espressione del consenso alla cura. La storia del Consenso Informato ha inizio, come molte delle cose umane, per caso, nella estate del 1822, quando un trapper franco canadese, Alexis St. Martin, durante una battuta di caccia, viene ferito accidentalmente (Figura 2). Il colpo sparato da distanza ravvicinata provocò una lacerazione più grande del palmo della mano. Al dottor William Beaumont, giunto sul posto per portare soccorso si presentò uno spettacolo raccapricciante: dalla ferita spuntava una costola, una parte del polmone e un tratto dello stomaco. Il medico sistemò e bendò la ferita, con scarse speranze di riuscire a salvare la vita al malcapitato. St. Martin invece si riprese anche se da quel momento dovette convivere con un foro che

> “La storia del Consenso Informato ha inizio, come molte delle cose umane, per caso, nella estate del 1822, quando un trapper franco canadese, Alexis St. Martin, durante una battuta di caccia, viene ferito accidentalmente.”

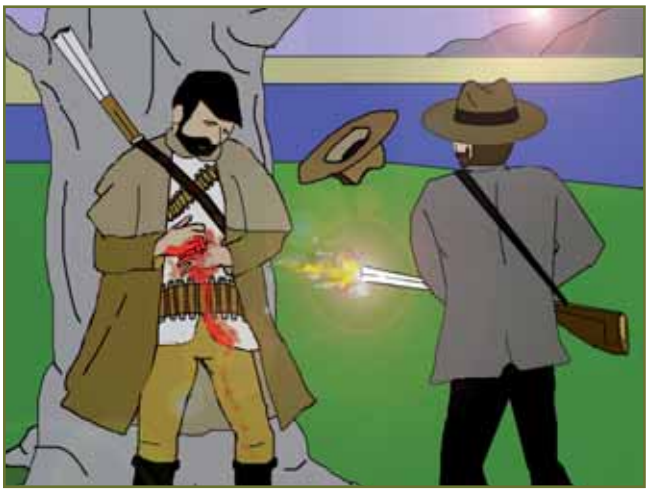


Figura 2 - Il caso Alexis St. Martin

> “Il 19 ottobre 1832 Alexis St. Martin, (in basso a sinistra nella figura), autorizza con la sua firma, in cambio di 107 dollari, il chirurgo William Beaumont, (in alto a sinistra), ad intervenire sul suo stomaco per un esperimento.”

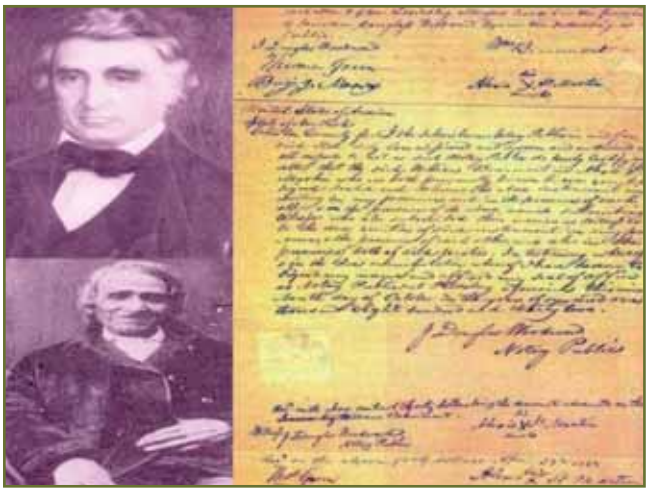


Figura 3

metteva in comunicazione il mondo esterno con il suo stomaco. Non potendo riprendere il suo abituale lavoro di corriere, il giovane fu ospite del dottor Beaumont, che di lì a poco si rese conto che quella finestra sullo stomaco poteva costituire “un’ottima opportunità per esperimenti sui fluidi gastrici e sul processo digestivo”. Si apriva così una stagione di collaborazione scientifica tra il giovane trapper e il medico, che venne formalizzata con un vero e proprio contratto. Il 19 ottobre 1832 Alexis St. Martin autorizza con la sua firma, in cambio di 107 dollari, il chirurgo William Beaumont ad utilizzare la “finestra sul suo stomaco” per una serie di ricerche (Figura 3). Altri due casi, più recenti, evidenziano la importanza del corretto utilizzo del Consenso Informato nella pratica clinica. Il primo è il cosiddetto “Caso Salgo”. Nel 1957, un tribunale statunitense condannò la Stanford University al risarcimento dei danni causati al Sig. Martin Salgo, che, in seguito ad una arteriografia, aveva riportato la paralisi permanente delle gambe. Il principale addebito, mosso dal giudice alla Clinica, fu che i medici non avevano informato preventivamente il malato delle possibili conseguenze nefaste dell’intervento. Il secondo riferimento è il “Caso Massimo” (1993). Il caso riguarda il decesso di un paziente sottoposto ad intervento demolitivo di amputazione addominoperitoneale, eseguito in luogo di quello concordato di asportazione transanale di adenoma villoso, in assenza di stato di necessità ed urgenza terapeutica e del necessario consenso preventivo dell’avente diritto. La Corte ha equiparato il bisturi al pugnale stabilendo che “Il chirurgo che, in assenza di necessità ed urgenza terapeutica, sottopone il paziente ad un intervento operatorio di più grave entità rispetto a quello meno cruento e comunque di più lieve entità del quale lo abbia informato preventivamente e che solo sia stato da quegli consentito, commette il reato di lesioni volontarie, irrilevante essendo sotto ogni profilo psichico la finalità pur sempre curativa della sua condotta, sicchè egli risponde del reato di omicidio preterintenzionale se da quelle lesioni derivi la morte”.

Il Consenso Informato

Il Consenso Informato è l’ atto, autonomo e consapevole, con cui il paziente autorizza il medico ad effettuare uno specifico trattamento medico - chirurgico sulla sua persona. Non si può prescindere da tale consenso, fatte salve le condizioni previste per legge (urgenza, incapacità di intende-

Figura 4 - Contenuti del Consenso Informato

re o volere), perché qualunque azione effettuata senza tale autorizzazione sarebbe illecita, indipendentemente dai risultati ottenuti. Esso è una componente essenziale del contratto che si instaura tra medico e paziente. L'articolo 1.325 del Codice Civile sancisce l'obbligo dell'accordo tra le parti per il perfezionamento del contratto, accordo la cui carenza dà luogo a nullità del contratto stesso (art. 1.418). L'atto medico, sotto il profilo squisitamente formale, rappresenta nella sua essenza un fatto antigiuridico, in quanto produttivo di lesioni personali; esso trae legittimazione dal Consenso del paziente, che permette di dare pratica attuazione alla facoltà di curare escludendo la punibilità dell'atto. Infatti non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto col Consenso della persona che può validamente disporne (Art. 50 CP). Se il Consenso manca del tutto o se questo non è validamente acquisito, l'operato del medico deve considerarsi "atto illecito" che, a norma dell'art. 2.043 del C. C., può dare diritto al risarcimento del danno per responsabilità exracontrattuale anche a prescindere dall'esito dell'intervento o dall'accertamento di un comportamento colpevole. Disattendere a questa norma può comportare il reato di lesioni personali (art. 582) o lesioni personali colpose (art. 590), reato di violenza privata (art. 610 cp), stato di incapacità procurata mediante violenza (art. 613 cp) ed ogni altro reato che derivi dalle conseguenze negative dell'atto medico.

Caratteristiche del Consenso Informato

Il Consenso Informato deve essere:
- Esplicito, cioè deve essere espresso in forma chiara ed inequivocabile;
- Personale: deve essere fornito direttamente ed esplicitamente dall'interessato, salvo casi di impedimento e non può essere presunto;
- Preventivo: deve precedere di un tempo sufficientemente adeguato l'atto sanitario cui si riferisce;
- Specifico: riguarda una specifica condizione e trattamento e non è valido per atti non direttamente autorizzati in precedenza salvo situazioni, non prevedibili e prospettabili, che possano compromettere la sicurezza o la vita del paziente;
- Consapevole: il paziente deve avere piena e documentata coscienza dell'atto sanitario per il quale viene richiesto il consenso che si basa su una preventiva e completa informazione;
- Libero: il paziente deve essere capace di intendere e di volere. Il Consenso deve essere una libera determinazione in assenza di condizionamenti, coercizione, dolo o violenza;
- Attuale: il Consenso iniziale non legittima il trattamento per tutta la sua durata.

Esso è revocabile in qualsiasi momento.

Contenuti del Consenso Informato

La capacità di esprimere un Consenso Informato da parte del paziente dipende dalla chiarezza dei contenuti del Consenso. In sintesi i contenuti del Consenso possono essere riassunti nei seguenti punti (Figura 4):
- descrizione dell' Intervento in maniera semplice e comprensibile ed esponendo in maniera sufficientemente dettagliata come si esegue l'intervento;
- scopi dell'Intervento: esporre perché si vuole e perché si deve eseguire quel determinato tipo di intervento;
- eventuali effetti collaterali: esporre gli eventuali effetti negativi legati alla procedura sia a breve che lungo termine;
- indicazione chiara dei farmaci e dei dispositivi impiegati, specificando se vengono impiegati farmaci o dispositivi al di fuori della loro indicazione ministeriale;
- le alternative all'intervento proposto;
- le conseguenze della mancata esecuzione della procedura o intervento;
- competenze del personale e della equipe che esegue la procedura;
- caratteristiche strutturali e strumentali della struttura dove viene eseguita la procedura specificando anche le dotazioni del presidio in cui è ricoverato il paziente (Figura 5).

Nel caso in cui il paziente opti per un percorso assistenziale che il curante

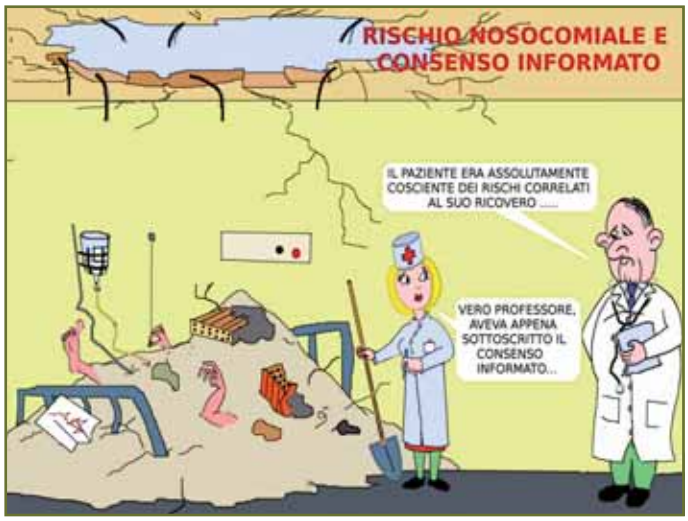


Figura 5 - Rischio nosocomiale e Consenso Informato (Disegno di Romano Croce)

Figura 6 - Il Processo del Consenso Informato

considera di seconda scelta e non pienamente condiviso, va comunque garantita al paziente la migliore assistenza possibile, compatibilmente con la scelta effettuata, senza "abbandono terapeutico".

L' informazione

Il processo che porta alla acquisizione del Consenso è complesso ed articolato e prende l'avvio da una corretta informazione del paziente (Figura 6). L'informazione è integrativa della prestazione sanitaria e costituisce un vero e proprio dovere contrattuale, la cui omissione può comportare responsabilità professionali e pretese risarcitorie. L'informazione non è una formalità ma parte sostanziale del processo di comunicazione che si instaura tra medico e paziente.
L'informazione deve essere:
- Idonea: "Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate" (Art. 33 Codice di Deontologia Medica);
- Tempestiva: Deve essere garantito al paziente un periodo di tempo sufficiente durante cui riflettere sul contenuto informativo ricevuto per consentire al paziente di maturare il Consenso;
- Personalizzata ed atecnica: "Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico - terapeutiche" (Art. 33 Codice di Deontologia Medica);
- Realistica: l'informazione deve essere concreta, funzionale e proporzionale rispetto al tipo di intervento sanitario. Le notizie devono essere rese in modo semplice, evitando esasperate indicazioni di dati, percentuali, statistiche difficilmente comprensibili dai non addetti ai lavori. Vanno precisate le condizioni strutturali e le dotazioni strumentali e tecnologiche di cui si dispone in relazione all'intervento;
- Esauriente: "Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta" (Art. 33 Codice di Deontologia Medica);
- Prudente: "Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza". (Art. 33 Codice di Deontologia Medica);
- Rispettosa della volontà del paziente: "La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata". (Art. 33 Codice di Deontologia Medica).

Espressione del Consenso

Il Consenso segue la informazione e la maturazione della consapevolezza dell'intervento da parte del paziente.
L'acquisizione del Consenso può avvenire sia in forma orale che in forma scritta (Figura 7).
Il Consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33 del Codice di Deontologia Medica (Art. 35 Codice di Deontologia Medica).
Il Consenso può essere acquisito da:
- persona che ha fornito l'informativa;
- persona diversa da quella che ha fornito l'informativa;
- persona diversa da quella che erogherà la procedura;
- persona che eseguirà la procedura.
Il Direttore della S.C. è tenuto ad emanare linee di indirizzo sulle modalità di acquisizione del Consenso Informato, alle quali il personale ope-

Figura 7 - Condizioni in cui il Consenso deve essere acquisito per iscritto.

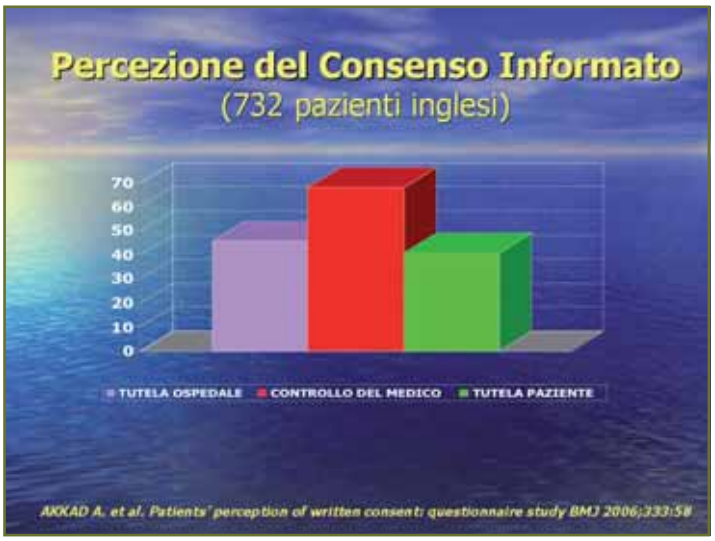


Figura 8 - Percezione del Consenso Informato

rante nella Struttura deve attenersi obbligatoriamente.
È possibile prescindere dal Consenso:
- per documentata volontà del paziente a non essere informato o di delegare ad altro soggetto l'informazione (Art. 30 Codice Deontologia Medica);
- condizioni nelle quali l'intervento medico è finalizzato a salvare la vita o per evitare un danno grave alla persona (art 54 Codice Penale "soccorso di necessità", dottrina del consenso presunto);
- trattamenti sanitari obbligatori per legge;
- in circostanze particolari (per esempio paziente che sopravvaluta i rischi rispetto ai benefici della terapia) può essere ritenuto lecito che l'operatore ometta alcune informazioni sul trattamento purchè ciò sia indifferibile e vi sia un reale vantaggio per il paziente (Art. 30 Codice di Deontologia Medica cosiddetto privilegio terapeutico).

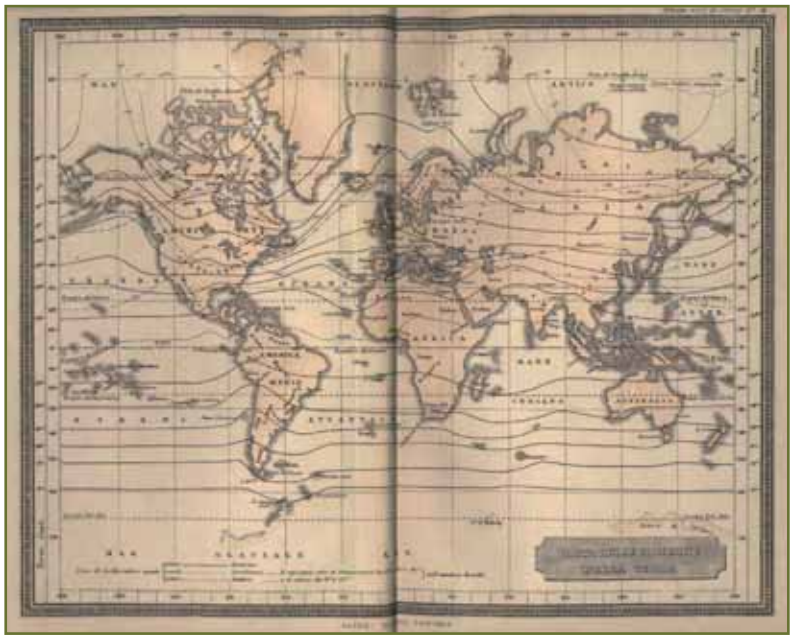
La percezione del Consenso da parte del paziente

Uno studio recente (AKKAD A. et al. Patients' perception of written consent: questionnaire study BMJ 2006;333:58) ha analizzato la percezione da parte del paziente del Consenso Informato. La ricerca che ha coinvolto 732 pazienti, ha evidenziato che il 46 % ritiene che il Consenso serva a garantire l'Ospedale, il 68 % ritiene che il Consenso sia una forma di controllo del medico sul paziente e solo il 41 % ritiene che il Consenso rappresenti una tutela per il paziente (Figura 8).
Gli Autori dell'articolo concludono che "Le procedure di Consenso Informato attualmente in uso non veicolano l'espressione della libertà di scelta del paziente e il loro spessore sia medico che etico è molto discutibile".
Il Consenso Informato da espressione della fiducia e della alleanza terapeutica costruitasi attraverso una corretta relazione tra paziente e curante finisce molte volte per essere una affermazione della diffidenza tra medico e paziente che può pesantemente compromettere la prestazione sanitaria.
Va sottolineato come in un'epoca in cui la medicina è sempre più dominata dalla tecnologia, il rapporto umano, la ricerca del dialogo, la comunicazione tendono ad essere sempre più marginalizzati e di basso profilo. In poche parole alla espansione dell'hight tech fa da contraltare il low touch.

Cambia il clima, la guerra si avvicina

di Alessandro Ferrini

Con questo titolo poco rassicurante un articolo del "Corriere della Sera" del 20 novembre 2007 annunciava i risultati di uno studio del Georgia Institute of Tecnology di Atlanta sul rapporto fra i mutamenti climatici e lo scoppio delle guerre. Le conclusioni a cui sono giunti i ricercatori guidati da Peter Brecke derivano dallo studio comparato del clima e delle guerre scoppiate a partire dagli inizi del Quattrocento: "Il nostro modello di base è che le variazioni di temperatura possono ostacolare la produzione di colture. Questo fattore - spiega Brecke - a sua volta, ha tre effetti: la crescita dei prezzi dei generi alimentari, un maggiore rischio di morte per fame e, conseguentemente, un aumento della tensione sociale, il che porta a conflitti violenti."
I ricercatori americani sottolineano ovviamente che le società moderne più sviluppate possiedono tecnologie probabilmente in grado di far fronte a tali problemi, ma questo non è altrettanto vero per molte aree sottosviluppate, dalle quali si possono originare conflitti ben più ampi. In linea con questa teoria anche il segretario generale delle Nazioni Unite, Ban Ki-Moon, in un recente articolo apparso sul **Washington Post**, ha definito la guerra nel Darfur "un conflitto alimentato in parte dalla desertificazione, dalla degradazione ecologica e dalla scarsità di risorse"; in altre parole da fattori climatici.
L'interesse per il clima e per i fattori di abitabilità del territorio che ne derivano è vecchio quanto l'uomo: migrazioni e guerre per appropriarsi di luoghi più abitabili ci sono sempre state; non solo, un clima considerato ottimale poteva anche giustificare una presunta superiorità fisica e intellettuale di un popolo su altri "meno attivi" e di conseguenza legittimarlo al dominio su di loro. Sia Platone nella **Repubblica** che Aristotele nella **Politica** individuarono la superiorità dei Greci sugli altri popoli nella loro posizione geografica intermedia tra le terre settentrionali e quelle meridionali; Vitruvio nel **De architettura** ripropose simili interpretazioni: la linea di confine fra barbari e civilizzati veniva ulteriormente rafforzata anche da queste considerazioni. Nel XVI secolo, Jean Bodin, affrontando il problema della sovranità dello stato, indicava fra i principi basilari di tale diritto quello naturale e nel **Methodus ad facilem historiarum cognitionem** (Parigi 1566), esponendo la sua teoria circa l'influenza della posizione geografica nella vita politica degli stati, affermò che la Francia si trovava alla "media latitudine" e che perciò aveva un naturale diritto a dominare su altri popoli. Nel 1719, l'abate Jean - Baptiste Du Bos nel saggio **Les Réflexions critiques sur la poésie et sur la peinture** affrontava il problema estetico inserendo una spiegazione climatica dell'ascesa e del declino dei popoli; in particolare affermava che con una temperatura mite, assenza di umidità e di processi che favorissero la putrefazione, la vita poteva fiorire nel suo più perfetto equilibrio: "nulla predispone meglio allo sviluppo di tutte le specie viventi, delle loro attività fisiche, produttive, intellettuali e quindi artistiche: in tale ambiente, gli spiriti migliori e quelli geniali trovano il terreno più adatto alla loro crescita e al potenziamento delle loro qualità". La teoria dei climi di Bodin e Du Bos esercitò una notevole influenza su Montesquieu, il quale formulò nella sua forma classica il concetto di determinismo climatico in **Esprit des Lois** (1748), sostenendo che i caratteri delle nazioni e delle popolazioni oltre che con cause morali, che consistono nella combinazione di leggi, religioni costumi hanno stretta attinenza con fattori fisici e climatici. All'inizio del XX secolo, il geografo Ellsworth Huntington, docente all'Università di Yale, riprese in numerosi dei suoi scritti la teoria del determinismo climatico, in quanto legittimazione del colonialismo e delle mire egemoniche dei paesi industrializzati ed in particolare degli Stati Uniti. Su queste basi, nel 1945, egli giunse ad indicare Providence, nel Rhode Island, come sede ideale delle nascenti Nazioni Unite, in quanto luogo con un clima particolarmente produttivo. Tuttavia l'idea di leggere gli avvenimenti storici condizionati oltre che da motivi socio economici o ideologici anche da altri fattori, fino ad allora non considerati, è relativamente recente: risale agli anni Venti del nostro secolo, agli storici francesi, e alla rivista "Annales" fondata nel 1929 da Luciene Febvre e Marc Bloch, continuata da Fernand Braudel e da altri fino ai contemporanei Jaques Le Goff e Pierre Nora. L'elemento iniziale di novità fu il coinvolgimento nello studio della storia di altre discipline quali la geografia e la sociologia, con il conseguente spostamento dell'attenzione dalla storia degli eventi, e quindi delle vicende politiche, alla



Carta delle isoterme della terra
(da Atlante Perthes, Napoli 1882)

storia delle strutture. Bloch e Febvre intendevano promuovere uno studio interdisciplinare della storia che accogliesse il contributo della psicologia, della sociologia, dell'economia, della politica e della geografia, in contrasto con il metodo storiografico tradizionale; fedeli a questo principio chiamarono a collaborare alla rivista economisti, politologi, geografi e sociologi. Il nuovo metodo non presupponeva necessariamente una modalità diversa di osservare l'evento ma di inserirlo in un contesto di più ampio respiro che tenesse conto anche delle variabili non necessariamente riconducibili esclusivamente alla volontà umana. In quest'ottica allargata trova spazio l'integrazione dei processi storici anche con eventi geografici o naturali o del quotidiano per ricostruire le dinamiche che hanno interagito a produrre e condizionare gli eventi storici (il saggio di Mac Neil **La peste nella storia** ne è un chiaro esempio). Fu proprio uno degli esponenti più prestigiosi dell' "Ecole des Annales", Fernand Braudel a introdurre i fattori climatici come elementi fortemente condizionanti dei processi storici. Nel 1949 pubblicò a Parigi, in collaborazione con altri studiosi, il saggio intitolato **Civiltà e imperi del Mediterraneo nell'età di Filippo II**; i suoi studi sul mondo del Mediterraneo del XVI secolo lo condussero alla tesi che la prima metà di tale secolo fosse stata favorita dal clima, mentre verso il finire del secolo si verificarono condizioni atmosferiche avverse per un periodo di tempo prolungato che portarono alla crisi alimentare e a conseguenti disordini sociali. L'attenzione ai fattori climatici è solo un aspetto presente nel saggio, tuttavia è determinante per lo sviluppo del concetto principale sostenuto dall'autore e cioè che il Mare Nostrum è uno spazio unico, crocevia di terra e acqua, uomini e storia, tradizioni e rivoluzioni. Descrizioni naturalistiche, geologiche, analisi sui costumi e sulle strutture delle società sono la chiave di interpretazione e conducono alla scoperta che l'equilibrio di vita, nell'area mediterranea, sia stato raggiunto attraverso il culto di una triade di "divinità alimentari": l'ulivo, la vite e il grano. Nel 1967 Emmanuel Le Roy Ladurie, altro esponente della scuola degli "Annales", dedicò ai cambiamenti climatici del Medioevo e del primo Rinascimento uno studio che introdusse nuovi parametri. Lo storico francese si preoccupò della ricostruzione del clima in tempi pre - strumentali. Egli individuò una nuova fonte di dati negli atti rurali e nei libri della nobiltà rurale in cui si trovavano annotate le date di inizio della vendemmia e di altri elementi quantificabili, annuali e significativamente correlabili alle temperature medie della stagione. Iniziava così il tentativo, poi realizzato negli ultimi decenni del secolo scorso, di ricostruire la storia del clima dei secoli passati, ricorrendo, in mancanza di dati di rilevazione scientifica, ad analisi e statistiche degli effetti provocati dal cambiamento della temperatura e dell'ambiente. Negli ultimi 10-15 anni gli studi sul clima si sono enormemente sviluppati e in particolare è nata la climatologia storica con il compito di ricostruire l'andamento del clima e dei parametri climatici (temperatura, precipitazioni) e la situazione meteorologica generale nei periodi precedenti all'installazione di reti statali di rilevamento, di indagare la capacità di resistenza delle società alle variazioni climatiche e alle catastrofi naturali e di approfondire le modalità di percezione sociale dei fenomeni climatici. Su queste basi i ricercatori del Georgia Institue of Tecnology hanno elaborato la loro teoria. Appare ovvio che le variazioni nella temperatura non sono certo l'unico fattore determinante quando si vuole ricercare una correlazione tra clima e guerre, ma di sicuro un clima insolitamente molto caldo o molto freddo è in grado di esasperare situazioni già di per sé tese e precarie, mentre storicamente un riequilibrio delle temperature pare abbia sempre portato a un raffreddamento delle tensioni.

Renè Magritte - Decalcomania, 1966

L'uomo di fronte a se stesso

a cura della Redazione

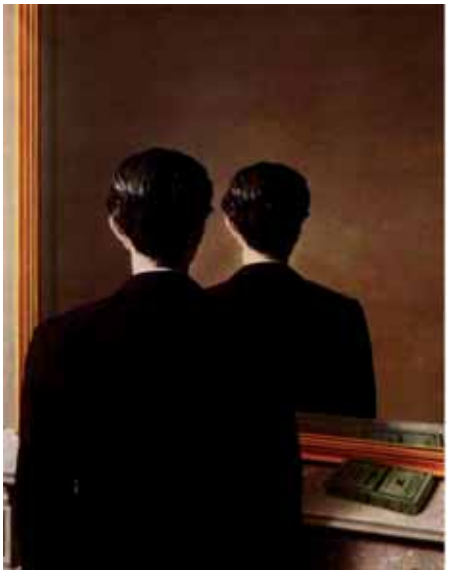
Una delle poche cose, anzi forse la sola ch'io sapessi di certo era questa: che mi chiamavo Mattia Pascal. E me ne approfittavo. Ogni qual volta qualcuno dei miei amici o conoscenti dimostrava d'aver perduto il senno fino al punto di venire da me per qualche consiglio o suggerimento, mi stringevo nelle spalle, socchiudevo gli occhi e gli rispondevo:
- Io mi chiamo Mattia Pascal.
- Grazie, caro. Questo lo so.
- E ti par poco?

Testo tratto da
"Il fu Mattia Pascal" (1904)
di Luigi Pirandello

[...]
Laudisi "...Io sono realmente come mi vede lei! – Ma ciò non toglie, cara signora mia, che io non sia anche realmente come mi vede suo marito, mia sorella, mia nipote e la signora qua - ...Vi vedo così affannati a cercar di sapere chi sono gli altri e le cose come sono, quasi che gli altri e le cose per se stessi fossero così o così..."
[...]
Laudisi (Va un po' in giro per lo studio, sogghignando tra sé e tentennando il capo; poi si ferma davanti al grande specchio su la mensola del camino, guarda la propria immagine e parla con essa)
"Eccoti qua...Eh caro...Chi è il pazzo di noi due?...Eh lo so: io dico TU! E tu col dito indichi me. Va là che, a tu per tu, ci conosciamo bene noi due. Il guajo è che, come ti vedo io, gli altri non ti vedono...Tu per gli altri diventi un fantasma! Eppure, vedi questi pazzi? Senza badare al fantasma che portano con sé, in se stessi, vanno correndo, pieni di curiosità, dietro il fantasma altrui! E credono che sia una cosa diversa."
[...]
Signora Ponza "Nossignori. – Per me, io sono colei che mi si crede!"
Guarda, attraverso il velo, tutti, fieramente, e si ritira. Un silenzio.
Laudisi "Ecco, o signori, come parla la verità!"
Volge attorno uno sguardo di sfida derisoria
"Siete contenti?"
Scoppia a ridere
Ah!Ah!Ah!
Tela

Testo tratto da
"Così è se vi pare" (1917)
di Luigi Pirandello

Giorgio De Chirico - La Musa metafisica ,1945-50
Collezione Mazzolini
Proprietà Diocesi Piacenza - Bobbio



Renè Magritte - Ritratto di Edward James, 1937

CENTRO FORMAZIONE

piano annuale formativo

2008

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

www.anmco.it

Opera di Giorgio De Chirico
La Musa metafisica - 1945/50
Collezione Mazzolini
Proprietà Diocesi Piacenza - Bobbio

Testo tratto da
"Così è se vi pare" (1917)
di Luigi Pirandello

" ...Io sono realmente come mi vede lei! – Ma ciò non toglie, cara signora mia, che io non sia anche realmente come mi vede suo marito, mia sorella, mia nipote e la signora qua - ...Vi vedo così affannati a cercar di sapere chi sono gli altri e le cose come sono, quasi che gli altri e le cose per se stessi fossero così o così..."

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification