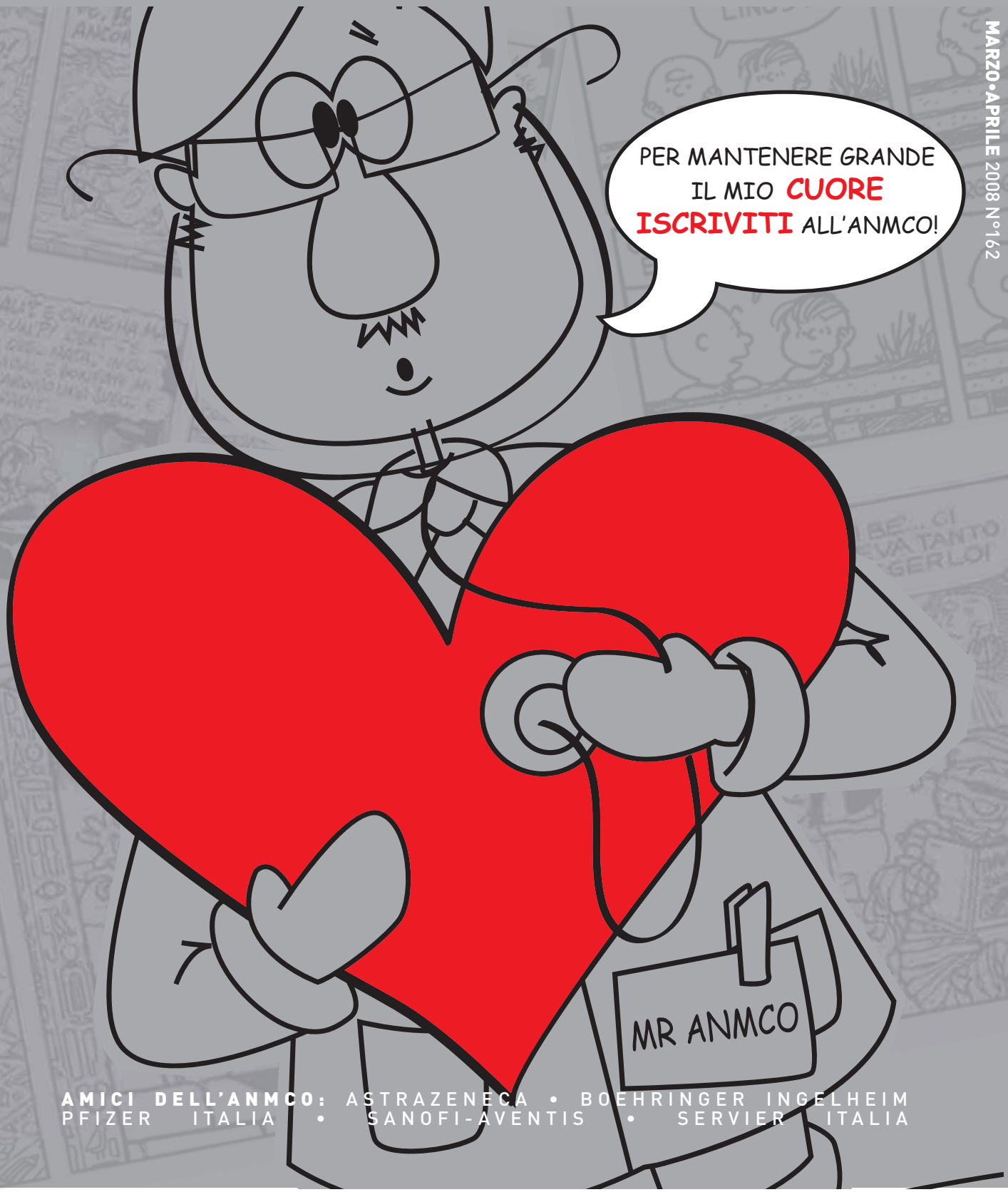
Cardiologia negli Ospedali

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI – ANMCO

MARZO•APRILE 2008 N°162



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

N. 162 - marzo/aprile 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
Stampa:
Tipografia Il Bandino - Firenze

ANMCO 2008

XXXIX CONGRESSO NAZIONALE DI CARDIOLOGIA

Fortezza da Basso, FIRENZE

30 MAGGIO - 2 GIUGNO

C

p.2 **DAL PRESIDENTE**
Una nuova primavera per ANMCO e per HCF
di Francesco Chiarella

p.3 **LASTMINUTENEWS**
Inaugurazione nuova Sede HCF

p.4 **GLI STUDI ANMCO**
Conto alla rovescia per il BLITZ 3
Lo Steering Committee dello studio

p.5 **ATTIVITA' IN CORSO**
Il follow - up dell'Osservatorio Edipemiologico Cardiovascolare 1998 – 2002
di S. Giampaoli e D. Vanuzzo

p.7 **DALLA FIC**
Al via la riedizione del Documento "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia"
di Giuseppe Di Pasquale

p.9 **DAL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO**
Consulenza preoperatoria e profilassi dell'endocardite
di A. Genovesi Ebert, F. Colivicchi, S. Urbinati

p.11 **DAL JCM**
Il fumo e le patologie cardiovascolari
di M. Chiariello e P. Cirillo

p.14 **DAL CENTRO STUDI ANMCO**
Innovazione farmacologica versus innovazione terapeutica: l'esempio "ivabradina"
di Aldo Pietro Maggioni

PAG.19

PAG.33

PAG.55

PAG.11

PAG.65

AREA ARITMIE p.19
Si è conclusa la Survey sulla ablazione chirurgica della fibrillazione atriale
di S. Benussi, G. Inama, C. Grossi, M. Zoni Berisso, C. Pedrinazzi, C. Zussa, L. Martinelli

AREA CHIRURGICA p.21
Per qualche valvola in più
di Claudio Grossi

AREA EMERGENZA - URGENZA p.23
Le iniziative culturali dell'Area Emergenza - Urgenza
di M. R. Conte e M. Lettino

AREA INFORMATICA p.25
Censimento effettuato nel 2007 dall'Area Informatica nelle UTIC italiane
di P. Trambaiolo, M. Magnacca e M. Poli

AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE p.30
Ipertensione polmonare cronica
di Andrea Maria D'Armini

AREA MANAGEMENT & QUALITÀ p.32
La comunicazione tra Amministrazione e Istituzione
di Giuseppe Rosato

AREA NURSING p.40
Cardionursing 2008
di Claudio Coletta

AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE p.42
La mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche
di F. Colivicchi e G. Abrignani

BASILICATA p.46
Stile di vita e cura del corpo, progetto scolastico 2007 - 2008
di F. P. Calciano e A. Cardinale

CALABRIA p.50
- Applicazione dei modelli interdisciplinari della Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco"
di Mario Chiatto
- Evento Formativo ANMCO: Convegno di Aritmologia svoltosi a Cosenza il 9 febbraio 2008
di Marilena Matta

LOMBARDIA p.53
Notizie dalla Regione Lombardia
di Antonio Mafrici

TOSCANA p.54
- Vicino al traguardo il Progetto di miglioramento e sviluppo organizzativo nelle Cardiologie della Regione Toscana
di F. M. Bovenzi, S. Berti, A. Comella, U. Conti, S. Di Marco, M. Filice, A. Genovesi Elbert, R. Gentilini, C. Giustarini e O. Pitocchi (Amministratore Unico OPT Srl)
- Il rischio infarto nella Regione Toscana
di F. M. Bovenzi, S. Berti, A. Comella, U. Conti, S. Di Marco, M. Filice, A. Genovesi Elbert, R. Gentilini, C. Giustarini

VENETO p.58
Nel Veneto la Rete IMA diventa realtà
di D. Marchese e G. Pasquetto

FORUM p.60
- Bioetica, etica pubblica, libertà
di Carlo Vecchio
- Valori di colesterolo LDL molto bassi è sempre meglio? Una possibile associazione fra statine e cancro
di S. Scardi, B. D'Agata, G. Cerchia

CUORI ALLO SPECCHIO p.64
Gennaro Santoro intervista tre giovani Cardiologi

ISTRUZIONI PER L'USO p.70
Il Dipartimento Cardiovascolare
di Giovanni Gregorio

VIAGGIO INTORNO AL CUORE p.76
- Il sottile confine ontologico tra salute e malattia
di Francesco Maria Bovenzi
- Architettura futurista
di Alessandro Ferrini

FIGURARE LA PAROLA p.80
Incontro all'uomo e al medico Ernesto Guevara de la Serna
a cura della Redazione

Una nuova primavera per ANMCO e per HCF

di Francesco Chiarella

Realizzazioni, entusiasmo e grandi novità caratterizzano l'attuale momento della nostra vita associativa. Innanzitutto Heart Care Foundation. La presidenza del Prof. Attilio Maseri ha impresso una formidabile accelerazione alla progettualità di HCF, ma soprattutto ci ha stimolato a ricomprendere il ruolo e lo spessore della Fondazione dell'ANMCO per la ricerca. In questi anni HCF è stata prevalentemente una Onlus funzionale alla operatività del Centro Studi, una entità avvertita come lontana da molti Associati. In pochi mesi questo orizzonte si è completamente capovolto, si è rimessa in moto l'ideazione e la operatività, ma – soprattutto – è risultato evidente che non vi è dualismo tra ANMCO e HCF e che, dopo un periodo di difficoltà, ANMCO e HCF tornano a coincidere. HCF si definisce infatti come la Fondazione "dell'ANMCO" per la ricerca, dove "dell'ANMCO" significa coinvolgimento di tutti gli Associati, con un ruolo decisivo del Consiglio Nazionale e dei Consigli Direttivi Regionali. Queste concetti sono fortemente richiamati dal Prof. Maseri. HCF si sta muovendo per un grande progetto di fund raising per la ricerca cardiovascolare che avrà successo se diventerà capillare, se alla efficace azione del "centro" corrisponderà il coinvolgimento della "periferia" e delle Regioni, che ne trarranno benefici. Nel momento in cui il Prof. Maseri compie passi importanti per il prestigio e la visibilità di HCF, nel momento in cui si interagisce con le istituzioni e con i media e si cercano slogan di facile comprensione dalla gente comune (*HCF: la Fondazione dell'ANMCO "per il tuo cuore"*), cresce la consapevolezza che i protagonisti di questa nuova pagina della storia dell'ANMCO saranno tutti gli Associati ed in particolare i giovani.

In questa primavera 2008 le realizzazioni sono molteplici. Sono in pieno svolgimento gli eventi del Piano Annuale Formativo. Il calendario degli impegni è fittissimo: nelle Regioni si lavora per iniziative qualificate e per le Assemblee che provvederanno al rinnovo dei Consigli Direttivi Regionali. È in atto la Campagna Educazionale Nazionale "Cardiologie Sicure" sulla gestione del rischio clinico. Dal 7 al 20 aprile oltre 300 UTIC hanno realizzato la raccolta dati dello studio epidemiologico BLITZ - 3. Il 12 aprile ha preso il via il Seminario di Aggiornamento sulla Clinical Competence del Cardiologo dell'UTIC. Il 18 aprile si è tenuto a Firenze lo start - up della Campagna Educazionale Nazionale sul Ritardo Evitabile. Il 26 maggio, alla presenza di Autorità e di personalità di altissimo livello della Cardiologia internazionale, verrà inaugurata la nuova sede di HCF nel ristrutturato terzo piano di Via A. La Marmora e il Prof. Attilio Maseri presiederà il Convegno sulla ricerca cardiologica clinica innovativa nella Sala Congressi dell'Ente Casse di Firenze.

Arriveremo al Congresso con tante realizzazioni e tante novità.

Inaugurazione della nuova sede di Heart Care Foundation

Prof. Attilio Maseri
Presidente di
Heart Care Foundation

Dott. Gian Luigi Nicolosi
Vice-Presidente di
Heart Care Foundation

Firenze 26 maggio 2008

Alla cerimonia interverranno i componenti del Consiglio Nazionale ANMCO ed alcuni ospiti d'onore:

Eugene Braunwald

Distinguished Hersey Professor of Medicine
Harvard Medical School Chairman, TIMI Study Group
Brigham and Women's Hospital
Boston, MA – USA

Marc Alan Pfeffer

Professor of Medicine at Harvard Medical School
Senior Physician in Cardiology at Brigham and Women's Hospital
Boston, MA - USA

A. John Camm

Professor of Clinical Cardiology, Cardiac and Vascular Sciences,
St. George's Hospital Medical School,
London, United Kingdom

Renu Virmani

President and Medical Director
CVPath Institute, Inc.
Gaithersburg, MD - USA

C. Richard Conti

Eminent Scholar in Cardiology, Professor of Medicine
Gainesville, FL - USA

Sir Magdi H Yacoub

Professor of Cardiothoracic Surgery,
National Heart and Lung Institute
Imperial College, London
Founder and Director of Research of the Magdi Yacoub Research Institute
Harefield, UK

Conto alla rovescia per il Blitz 3

Dal 7 al 20 aprile sono stati raccolti in tutta Italia i dati del BLITZ 3 al quale hanno aderito 344 UTIC.
La raccolta dati si è svolta in modo molto semplice e sintetico: ai Ricercatori (un Cardiologo e un Infermiere per ciascun Centro) è stata richiesta per ciascun paziente, in forma anonima, la compilazione di una scheda elettronica di una sola pagina.
Una lettera con le istruzioni operative è stata inviata a tutti i Centri partecipanti. Ricordiamo che i risultati dello studio saranno presentati il prossimo 2 giugno alla Convention delle UTIC del Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO 2008.
Durante il Congresso si terrà il Final Investigator Meeting dello studio al quale un Medico e un Infermiere di ogni Centro partecipante saranno invitati.
Per informazioni collegatevi al sito www.anmco.it/blitz3.

Lo Steering Committee
della Studio Blitz 3

Un ultimo slancio, si vede il traguardo...

di S. Giampaoli e D. Vanuzzo

L'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano, realizzato tra il 1998 ed il 2002 grazie alla collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità di Roma e ANMCO, è stato un'importantissima impresa scientifica. Per la prima volta in Italia circa 10.000 cittadini a vita libera dai 35 ai 74 anni, di tutte le regioni italiane, scelti casualmente dalle Anagrafi Comunali, sono stati valutati presso 51 Cardiologie con grande rigore metodologico (procedure e metodologie standardizzate per la raccolta dei fattori di rischio, controllo di qualità con visite in sede da parte dei responsabili, laboratorio di analisi centralizzato, centro unico per l'analisi statistica dei dati presso l'ISS, banca biologica centralizzata presso l'ISS).
È stato possibile "fare la mappa" della prevalenza delle principali malattie cardiovascolari aterosclerotiche, dei loro fattori di rischio e dello stato del controllo di quelli modificabili, con dettaglio nazionale e regionale o di macroarea. Sono stati pubblicati due Atlanti Italiani delle Malattie Cardiovascolari e numerosi articoli a livello nazionale ed internazionale (a titolo di esempio i dati su pressione arteriosa e ipertensione sono stati considerati con quelli di altri cinque Paesi europei, USA e Canada in un articolo di accompagnamento alla pubblicazione delle Linee Guida JNC VII americane su JAMA nel 2003). Un grande lavoro per tutti i 51 Centri protagonisti, per l'ANMCO, per il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS, un grande patrimonio che può e deve dare ancora frutti, per onorare l'impegno di chi vi ha partecipato, tecnici ma anche i cittadini, che si sono fidati dei propri Cardiologi e delle Istituzioni.
La tappa successiva a cui l'OEC 98 - 02 è stato chiamato a collaborare è di grandissima rilevanza per la salute degli Italiani: contribuire all'aggiornamento delle Carte e del sistema a punteggio del Rischio Cardiovascolare Globale del Progetto CUORE del'ISS fornendo i dati raccolti alla linea-base e identificando e validando gli eventi cardiovascolari sospetti che si sono verificati fino a dicembre 2004. I ricercatori dell'ISS hanno già verificato lo stato in vita delle persone arruolate nel progetto, hanno identificato e raccolto i certificati di morte e identificato le schede di dimissione ospedaliera degli eventi sospetti: sono stati identificati 650 eventi ospedalieri sospetti e 336 eventi fatali. I ricercatori ANMCO dell'OEC 98 - 02 sono stati coinvolti nel recupero delle cartelle cliniche degli eventi ospedalieri sospetti per la validazione secondo i criteri standardizzati del Progetto MONICA dell'OMS. I lavori sono in corso, siamo a circa metà del-

Il follow-up dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare 1998-2002

Le Carte e il sistema a punteggio per la valutazione del Rischio Cardiovascolare Globale del Progetto CUORE/ ISS vanno aggiornate; l'ANMCO collabora attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Delle persone esaminate tra il 1998 e il 2002 è stato aggiornato lo stato in vita, raccolti i certificati di morte e identificati gli eventi sospetti: 650 eventi ospedalieri. La raccolta delle cartelle cliniche è in corso d'opera (263), ma per presentare i dati al prossimo Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, è necessario fare un ulteriore sforzo per completare la raccolta.

Regioni Italiane	Esaminati OEC 1998-2002	deceduti fino al dic. 2004	eventi cardiovascolari sospetti	cartelle cliniche ricevute
Abruzzo	201	7	1	0
Basilicata	200	6	20	20
Calabria	600	10	non disponibili	non disponibili
Campania	827	33	55	2
Emilia Romagna	705	21	63	46
Friuli Venezia Giulia	201	2	13	10
Lazio	758	25	61	48
Liguria	349	3	35	13
Lombardia	1205	56	94	0
Marche	200	4	7	0
Molise	178	12	17	17
Piemonte	774	31	27	19
Puglia	600	23	43	0
Sardegna	200	2	4	1
Sicilia	593	17	25	5
Toscana	600	27	67	8
Trentino	200	7	36	32
Umbria	300	8	3	0
Valle d'Aosta	223	12	32	29
Veneto	800	31	51	13
Totale	9714	337	654	263
situazione al 12/03/2008				

Tabella 1

l'opera, come illustrato dalla Tabella 1. Il Consiglio Direttivo Nazionale ANMCO aveva deciso di raggiungere il 100% entro il Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO del 2008 e tributare un giusto riconoscimento al gruppo ANMCO OEC 98 - 02. Il tempo rimasto non è molto per chi ha trovato ostacoli nella raccolta delle informazioni, ma è sufficiente: noi siamo ottimisti, intravediamo il traguardo, per cui ci mettiamo a disposizione di tutti coloro che sono "in corso d'opera", per aiutarli ad adoperarsi al massimo per raggiungere l'obiettivo, con quello spirito di dedizione che l'ANMCO sa mettere in campo per raggiungere l'eccellenza scientifica quando la sfida sembra impossibile (dagli Studi GISSI ai database clinici, in primis lo scompenso etc.). Cari colleghi, Consigli Direttivi Regionali vecchi e nuovi, membri dell'Area Prevenzione Cardiovascolare, rimbocchiamoci le maniche, ce la possiamo fare! Per il Congresso Nazionale 2008, vorremmo mettere nella borsa congressuale i primi risultati, insieme al nuovo grande progetto che ci aspetta per la seconda metà del 2008 - il nuovo Osservatorio - a 10 anni di distanza. Ma questa è un'altra storia e ne riparleremo.

Al via la riedizione del Documento "Struttura e Organizzazione Funzionale della Cardiologia"

di Giuseppe Di Pasquale

Sono trascorsi ormai cinque anni dalla stesura del Documento della FIC "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" presentato a Firenze nel giugno 2003 e pubblicato come Supplemento dell'Italian Heart Journal nel novembre 2003. Il Documento ha costituito in questi anni un punto di riferimento importante per l'organizzazione cardiologica, anche se la sua diffusione e penetrazione all'interno delle Istituzioni Sanitarie nazionali e regionali è stata per alcuni aspetti subottimale.
A distanza di sei anni, essendo infatti iniziata l'elaborazione del Documento nel 2002, il Consiglio Direttivo della FIC ha condiviso l'esigenza di aggiornare il Documento federativo anche in considerazione di nuovi modelli organizzativi che vengono da più parti proposti (es. nuovo modello di Ospedale per "intensità di cure") e della necessità di riorganizzare il ruolo di alcune funzioni cardiologiche (es. UTIC Spoke).
A differenza di quanto avvenuto nel 2003, quando il Documento fu elaborato da ANMCO e SIC e solo successivamente sottoposto all'approvazione di tutte le altre componenti della Cardiologia Italiana, questa volta il Consiglio Direttivo della FIC ha deciso di coinvolgere fin dall'inizio nella stesura della riedizione del Documento tutte le componenti della comunità cardiologica nazionale (Territorio, Ospedalità accreditata e Società Cardiologiche di settore) presenti nel Consiglio Federale, Organismo FIC vigente dal 2004 che ad oggi riunisce tredici Società Cardiologiche.
La metodologia di lavoro ha previsto l'identificazione dei responsabili del progetto (Giuseppe Di Pasquale, Coordinatore FIC, Francesco Chiarella, Referente ANMCO, Marco Matteo Ciccone, Referente SIC) e l'identificazione dei seguenti otto temi:
1 - Organizzazione della Rete dell'Emergenza Cardiologica;
2 - Organizzazione della Rete del Paziente Cronico;
3 - Prevenzione Cardiovascolare:
4 - Epidemiologia nazionale e regionale;
5 - Cardiopatie congenite in età pediatrica e adulta;
6 - Interazioni con il SSN ed articolazione di nuovi modelli organizzativi;
7 - Appropriatezza clinica strumentale e strutturale e liste di attesa;
8 - Formazione post - laurea e scuole di specializzazione).
A tali temi, in parte comuni al precedente Documento, corrispondono altrettante Commissioni di Lavoro, ciascuna comprendente due Coordinatori e vari Componenti di differente provenienza culturale e societaria.
In data 4 marzo 2008 si è svolta a Milano una riunione preliminare dei Coordinatori delle otto Commissioni, coordinata da Giuseppe Di Pasquale, Francesco Chiarella e Marco Matteo Ciccone, con lo scopo di condividere la metodologia del lavoro e la sua tempistica.
La struttura del Documento ricalcherà la falsariga del precedente, ovvero una introduzione, il Documento base (in cui saranno trattate le Reti per l'emergenza ed il paziente cronico e la prevenzione) ed una serie di appendici da sviluppare sugli altri temi in trattazione (epidemiologia, cardiopatie congenite, interazioni con il SSN e nuovi modelli organizzativi,

appropriatezza e liste di attesa, formazione post - laurea).
In occasione del Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, nella giornata del 30 maggio 2008 all'interno dell'evento FIC "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia", verrà presentata una prima traccia degli elaborati con un ampio spazio destinato alla discussione. La stesura definitiva del Documento sarà presentata in occasione del Congresso Nazionale di Cardiologia della SIC (13 - 16 dicembre 2008, Roma) e successivamente pubblicata come Supplemento del Giornale Italiano di Cardiologia.
Il periodico aggiornamento del Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia", che fa seguito al 5° Censimento delle Strutture Cardiologiche in Italia, di imminente pubblicazione, rappresenta il contributo propositivo di modelli organizzativi per rispondere alla domanda di salute cardiovascolare che la Cardiologia italiana intende riaffermare in modo unitario, attraverso la FIC, nei confronti delle Istituzioni Sanitarie del nostro Paese.
Il coinvolgimento nella riedizione del Documento federativo di oltre novanta professionisti Cardiologi identificati da ANMCO, SIC e da ciascuna delle altre Società cardiologiche affiliate alla FIC (AIAC, ANCE, ARCA, GdS ATBV, GICN, GIEC, GICR, GSIPC, SICI - GISE, SICOA, SICP, SIC Sport, SIEC) costituisce la garanzia che quello che verrà elaborato esprima la posizione unitaria della Cardiologia Italiana.

Commissioni Federative

1. **Organizzazione della Rete dell'Emergenza Cardiologica**
Coordinatori: Antonio Di Chiara e Antonio Marzocchi

2. **Organizzazione della Rete del Paziente Cronico**
Coordinatori: Andrea Di Lenarda e Marco Metra

3. **Prevenzione Cardiovascolare**
Coordinatori: Gian Francesco Mureddu e Salvatore Novo

4. **Epidemiologia nazionale e regionale**
Coordinatori: Alberico Catapano e Diego Vanuzzo

5. **Cardiopatie congenite in età pediatrica e adulta**
Coordinatori: Raffaele Calabrò e Giacomo Pongiglione

6. **Interazioni con il SSN ed articolazione di nuovi modelli organizzativi**
Coordinatori: Alessandro Boccanelli e Livio Dei Cas

7. **Appropriatezza clinica strumentale e strutturale e liste di attesa**
Coordinatori: Francesco Bovenzi e Paolo Marino

8. **Formazione post-laurea e scuole di specializzazione**
Coordinatori: Francesco Fedele e Massimo Santini

Le Linee Guida per la consulenza cardiologica preoperatoria e per la profilassi dell'endocardite batterica: novità 2007

A. Genovesi Ebert, F. Colivicchi, S. Urbinati

La consulenza cardiologica è una attività di cui ogni reparto o servizio di Cardiologia deve farsi carico. Nel caso delle consulenze preoperatorie il Cardiologo è al centro di un difficile equilibrio tra le due figure principali dell'atto chirurgico che sono gli anestesisti ed i chirurghi.

Nel corso del 2007 sono state pubblicate dall'AHA/ACC Linee Guida su due argomenti che interessano il Consulente Cardiologo, una specificamente sulla consulenza cardiologica perioperatoria ed una relativa alla gestione della profilassi dell'endocardite batterica

Allo scopo di favorire la reciproca comprensione e di chiarire il ruolo del consulente, negli ultimi due anni l'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO ha organizzato con il supporto di SPA, diversi corsi rivolti a tutte le figure coinvolte in questa attività. Nel corso del 2007 sono state pubblicate dall'AHA/ACC Linee Guida su due argomenti che interessano il Consulente Cardiologo, una proprio sulla consulenza cardiologica preoperatoria ed una relativa alla gestione della profilassi dell'endocardite batterica che sono state argomento di discussione durante gli incontri organizzati dall'Area Prevenzione Cardiovascolare. Non è possibile entrare nel merito di tutti gli argomenti affrontati nelle Linee Guida per i quali si rimanda ai testi integrali, ma credo sia interessante riportare alcuni punti salienti.

Linee Guida della consulenza cardiologica preoperatoria

Come nella precedente edizione, gli estensori pongono al centro della valutazione cardiologica la clinica con particolare riguardo alla tolleranza allo sforzo, ed il rischio intrinseco all'intervento programmato.

Gli accertamenti strumentali

L'ecocardiogramma basale viene riservato a situazioni sostanzialmente simili a quelle in cui è indicato nella pratica clinica e cioè pazienti con dispnea di origine non chiara o pazienti con peggioramento del compenso o

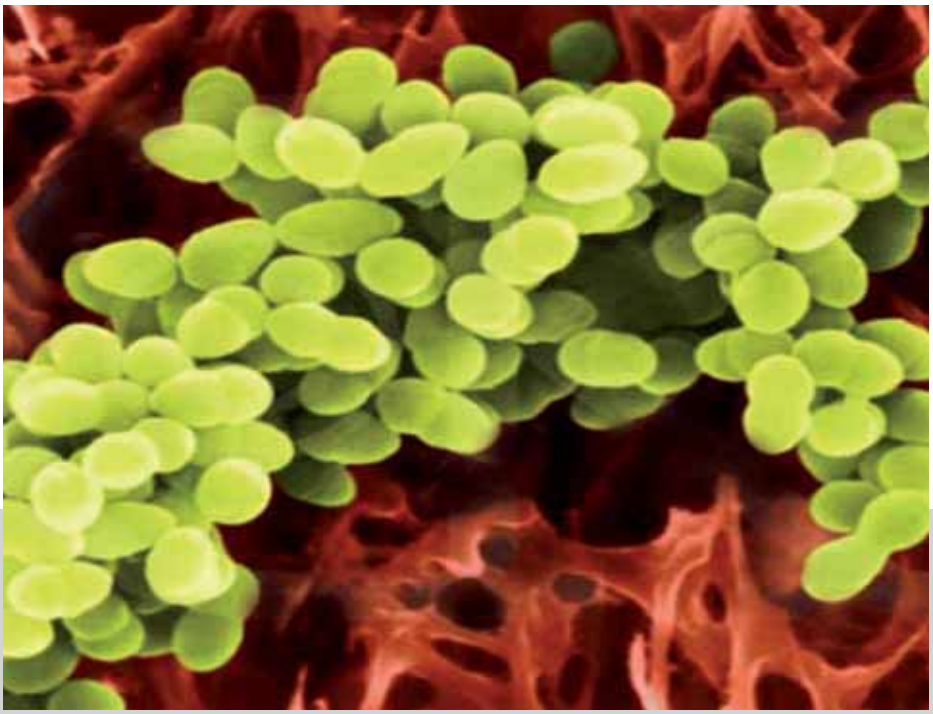


Immagine al microscopio dello Staphylococcus Aureus

con modificazioni dello stato clinico. Gli stress test e la coronarografia vengono riservati a pazienti con angina severa, recente IMA o significative variazioni dello stato clinico.

La rivascolarizzazione

La rivascolarizzazione al di fuori della instabilità clinica, ha le stesse indicazioni della arena clinica quotidiana cioè angina e malattia del TC; malattia dei tre vasi, 2 vasi comprensivi di IVA prossimale associati sia a FE <50% sia ad ischemia inducibile. La stenosi aortica severa sintomatica, che ha indicazione alla correzione chirurgica, rappresenta una indicazione a posporre l'intervento ed a dare la precedenza alla correzione del vizio valvolare. La rivascolarizzazione profilattica non è indicata come dimostrato dagli studi CARP e il DECREASE V.

La gestione del paziente che deve sottoporsi a chirurgia dopo una PTCA

In vista di un intervento chirurgico, l'attesa raccomandata è di almeno due settimane dopo una angioplastica semplice, quattro settimane dopo l'impianto di un bare metal stent per permettere un congruo periodo di doppia antiaggregazione e un anno dopo l'impianto di uno stent medicato.

Terapie raccomandate

Tra le terapie raccomandate per la riduzione degli eventi perioperatori, almeno nella chirurgia vascolare, i betabloccanti giocano un ruolo importante e l'obiettivo da raggiungere è una FC inferiore a 70 bpm. In alternativa la clonidina ha dimostrato una riduzione della mortalità nei pazienti ad alto rischio di CAD. Utili sembrano anche le statine. L'ASA andrebbe in genere proseguita eccetto che si debbano eseguire interventi di neurochirurgia o di chirurgia della prostata.

Linee Guida della profilassi dell'endocardite batterica

In questa nuova edizione gli estensori, partendo dall'osservazione della elevata frequenza di batteriemie spontanee e dalla bassa probabilità statistica di ridurre l'incidenza di endocardite trattando con antibiotici le batteriemie secondarie a chirurgia sulle cavità anatomiche, hanno modificato le raccomandazioni presenti nelle precedenti Linee Guida semplificandole in maniera sostanziale.

I pazienti oggetto della profilassi

Sono soltanto i portatori di protesi valvolari, i pazienti portatori di cardiopatie congenite non operate, palliate o con difetti residui che impediscano l'endotelizzazione dei patchs e i pazienti trapiantati.

Gli interventi in cui in questi pazienti è ritenuta necessaria la profilassi antibiotica

Sono pressoché tutti gli interventi dentari e gli interventi sulla mucosa orale e respiratoria quali tonsillectomia e adenoidectomia.

Per gli interventi sul tratto genitourinario e gastrointestinale incluso le procedure endoscopiche non c'è più indicazione alla profilassi antibiotica dell'endocardite batterica neanche in questi pazienti. Gli schemi terapeutici consigliati sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli finora in uso.

Bibliografia essenziale

ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). Circulation. 2007;116: e418-e499

AHA Guideline Prevention of Infective Endocarditis Guidelines From the American Heart Association: A Guideline From the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group Circulation. 2007;116:1736-1754

McFalls EO, Ward HB, Moritz TE, Goldman S, Krupski WC, Littooy F, Pierpont G,Santilli S, Rapp J, Hattler B, Shunk K, Jaenicke C, Thottapurathu L, Ellis N, Reda DJ, Henderson WG. Coronary-artery revascularization before elective major vascular surgery. New Eng J Med 2004; 351: 2795-804

Poldermans D, Schouten O, Vidakovic R, Bax JJ, Thomson IR, Hoeks SE, Feringa HH, Dunkelgrün M, de Jaegere P, Maat A, van Sambeek MR, Kertai MD, Boersma E; DECREASE Study Group. A clinical randomized trial to evaluate the safety of a noninvasive approach in high-risk patients undergoing major vascular surgery: the DECREASE-V Pilot Study. J Am Coll Cardiol. 2007 ;49:1763-9.

Fumo e malattie cardiovascolari. Quali meccanismi?

di M. Chiariello e P. Cirillo

Recenti evidenze sperimentali hanno dimostrato il ruolo svolto da alcune componenti del fumo nella fisiopatologia del danno cardiovascolare. Tuttavia, ulteriori progressi sono necessari per poter raggiungere una migliore conoscenza di tali meccanismi e quindi consentire un adeguato approccio preventivo e terapeutico.

È ormai largamente noto il ruolo esercitato dal fumo di sigaretta quale fattore di rischio per tutte le patologie cardiovascolari, tanto per gli uomini che per le donne. È invece di più recente acquisizione il riconoscimento che sia il fumo diretto che quello passivo si associano al rischio di sviluppare malattie cardiovascolari. È inoltre interessante il fatto che anche l'uso di tabacco non fumato sia stato associato ad un incremento dell'incidenza di cardiopatia ischemica. In base alle ultime proiezioni Doxa, in Italia il 29,2% della popolazione adulta dichiara di essere fumatore (il 35% dei maschi e il 23,8% delle donne). Di questi il 29% fuma sigarette e lo 0,2% fuma esclusivamente pipa o sigari. Circa la metà dei fumatori (14,6%) dichiara inoltre di fumare 15 o più sigarette al giorno. Gli ex fumatori rappresentano invece il 16,6% del campione (il 25,4% dei maschi e l'8,4% delle femmine) mentre coloro che dichiarano di non essere mai stati fumatori sono il 54,3% del campione. Gli effetti deleteri del tabagismo sono sempre stati motivo di preoccupazione per le autorità sanitarie internazionali. Nell'ormai lontano 1987 infatti, in Europa veniva lanciata la prima azione regionale nell'ambito dell'O.M.S. sul tabacco: il *First European Action Plan on Tobacco 1987 - 1991*. Sebbene il tabagismo rappresenti ancora uno dei fenomeni sanitari più preoccupanti, la recente pubblicazione del rapporto della Organizzazione Mondiale della Sanità sulle misure di controllo registra un trend favorevole in Italia, grazie anche alle numerose campagne di prevenzione ed ai recenti interventi normativi sulla limitazione del tabagismo nei luoghi pubblici. Secondo l'O.M.S. infatti il 28,3% degli uomini e il 16,2% delle donne fuma. Secondo i dati dell'Agenzia Regionale per la protezione ambientale della Toscana (Arpat), in Italia vengono fumate 100.000 milioni di sigarette l'anno, anche se la produzione di sigarette per il mercato interno è in costante declino, in favore di un incessante aumento delle esportazioni. Nel complesso, numerosi progressi sono stati registrati nel campo delle patologie correlate al fumo, sia in ambito sociale che scientifico. Tuttavia, nonostante le ormai consolidate evidenze del legame tra fumo di sigarette e rischio cardiovascolare, molti dubbi restano ancora circa gli esatti componenti del fumo responsabili dei fenomeni osservati a carico del sistema cardiovascolare e dei relativi meccanismi d'azione. Nonostante sia stato valutato che il fumo di sigarette comprende oltre 5.000 sostanze differenti, queste possono essere suddivise in due componenti principali: la fase particolata, contenente tutte le particelle di dimensioni maggiori a 0,1µm, e la fase gassosa. In entrambe queste frazioni sono presenti elevate

quantità di radicali liberi dell'ossigeno, molecole altamente reattive a provata azione citotossica. Inoltre numerosi composti presenti nella fase gassosa hanno la capacità di indurre "in situ" la produzione intracellulare di radicali liberi, oltre ad esercitare numerosi effetti sulle cellule della parete vascolare (cellule endoteliali e muscolari lisce) e cellule del sangue (piastrine, leucociti mononucleati). Uno dei componenti chimici maggiormente rappresentati nel fumo è la nicotina, metabolizzata, nell'uomo, nel suo principale derivato, la cotinina. Queste sostanze esercitano molteplici effetti emodinamici (frequenza cardiaca, contrattilità miocardia, gittata cardiaca, e flusso coronarico). Ball and Turner (*Lancet*, 1974) hanno riportato come la nicotina abbia un significativo effetto vasocostrittivo in diversi distretti del sistema vascolare, tra cui quello coronarico. Inoltre, è stato dimostrato che tali derivati del fumo sono in grado di modificare il profilo lipidico (Kershbaum et al, *Circ Res* 1961). Infine, in letteratura sono documentati numerosi effetti sulla parete vascolare, (disfunzione endoteliale, iperplasia intimale), e sulle piastrine. Il risultato finale sembra essere rappresentato dalla facilitazione dei fenomeni trombotici (Hawkins, *Nature* 1972). Numerose evidenze sono state prodotte sul possibile ruolo dei radicali liberi dell'ossigeno nella fisiopatologia delle patologie cardiovascolari correlate al fumo di sigaretta, anche se nel complesso i dati disponibili sono frammentari (Jaimes et al, *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004; Barua et al, Circulation 2003). In linea con queste osservazioni, esperimenti condotti dal nostro gruppo hanno dimostrato come la nicotina e la cotinina abbiano un ruolo attivo nel promuovere la trombosi vascolare. In particolare, esse agirebbero su specifici "pathways" di segnale intracellulare controllati dai radicali liberi dell'ossigeno che confluiscono inducendo l'espressione di tromboplastina tissutale (Tissue Factor) sulla superficie delle cellule endoteliali e muscolari lisce della parete vasale (Cirillo et al, *J Thromb Haemost*, 2005). Inoltre, la nicotina sarebbe in grado di indurre l'espressione delle molecole di adesione ICAM-1 e VCAM-1 sulle cellule endoteliali. ICAM-1 e VCAM-1 sono coinvolte nelle fasi di adesione dei leucociti alla parete vascolare, momento fisiopatologico chiave nella formazione della placca ateromasica (Albaugh et al, *Ann Vasc Surg* 2004). Particolarmente stimolante e' il dato prodotto dai nostri laboratori secondo cui il trattamento con statine sarebbe in grado di ridurre significativamente la produzione di molecole di adesione indotto dalla nicotina (Cirillo et al, *J Vasc Res* 2007). Nel complesso, grazie agli sforzi costanti profusi dalla comunità scientifica l'associazione causale tra fumo e patologia cardiovascolare è stata ampiamente dimostrata, anche se dal punto di vista epidemiologico alcune questioni restano irrisolte, tra queste la mancanza di un chiaro effetto lineare dose - risposta. Tuttavia, ulteriori progressi sono auspicabili nel campo dello studio dei meccanismi fisiopatologici responsabili di tale associazione. I ritardi registrati possono essere ascritti in parte alle difficoltà intrinseche, legate alla molteplicità dei fattori in gioco e dalla instabilità di molte delle sostanze oggetto di attenzione da parte dei ricercatori. Resta infatti da identificare un vero e proprio modello in vitro per l'esposizione al fumo di sigarette, che permetta di valutarne in maniera appropriata i meccanismi. Di certo nell'ambito degli ormai numerosi studi disponibili in letteratura, tra gli attori principali della fisiopatologia del danno cardiovascolare legato al tabagismo sono da annoverare la nicotina ed il suo principale metabolita nell'uomo, la cotonina, oltre ai radicali liberi dell'ossigeno. Pur tuttavia, è innegabile l'esigenza di una migliore comprensione della complessa fisiopatologia sottesa all'associazione tra fumo di sigarette e patologia cardiovascolare. Ulteriori ricerche su tale argomento dovrebbero essere incentivate, in particolare quelle rivolte allo studio dei meccanismi cellulari e molecolari di tale fenomeno.

Poster pubblicitario russo sul consumo di sigarette, 1910

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. 0984/68763 - 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

Innovazione farmacologica versus innovazione terapeutica: l'esempio "ivabradina"

di Aldo Pietro Maggioni

L'innovazione in farmacoterapia è fonte di continui dibattiti per tutti coloro che, a vario titolo, s'interessano di farmaci[1-3].
Secondo l'*International Society of Drug Bulletins*[4] il concetto di innovazione terapeutica si riferisce a tutte le nuove molecole che portano benefici ai pazienti rispetto ad opzioni già presenti sul mercato farmaceutico.
D'altra parte, i farmaci autorizzati in base a studi che dimostrano un migliore profilo farmacocinetico, una migliore compliance, oppure un nuovo meccanismo d'azione, senza una chiara dimostrazione di un profilo di efficacia aggiuntivo, non possono essere definiti necessariamente farmaci innovativi dal punto di vista terapeutico.
Il documento "Criteri per l'attribuzione del grado di innovazione terapeutica dei nuovi farmaci", approvato dalla Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) il 10 luglio 2007, prendendo spunto dai principi sopra menzionati, ha affrontato la problematica dell'innovatività fissando i criteri per l'individuazione del grado di innovazione terapeutica e definendo le metodologie generali di valutazione dei nuovi farmaci.
Tali criteri sono stati adattati sulla base di un recente studio[5] prodotto da alcuni membri del "Gruppo di Lavoro sull'Innovatività dei Farmaci", promosso dall'AIFA.
Per l'attribuzione del grado di innovazione terapeutica si considerano due criteri fondamentali:
1) la disponibilità di trattamenti preesistenti;
2) l'entità dell'effetto terapeutico. Su queste basi è possibile classificare i farmaci di recente introduzione nei seguenti gruppi:
• innovazione terapeutica importante o moderata (in presenza di limitate evidenze sull'efficacia terapeutica): farmaci indicati per patologie prive di adeguato trattamento o destinate a sottogruppi di pazienti portatori di controindicazioni assolute all'uso dei farmaci già in commercio;
• innovazione "farmacologica": farmaci caratterizzati solo da un nuovo meccanismo d'azione, in assenza di un documentato vantaggio in termini terapeutici;
• innovazione "tecnologica": molecole già disponibili ma ottenute mediante tecniche biotecnologiche o presentate con nuovi sistemi di rilascio del principio attivo.

L'innovazione farmacologica, pertanto, non è da considerare come una innovazione terapeutica reale, ma solo come una "innovazione terapeutica

L'innovazione farmacologica non è da considerare come una innovazione terapeutica reale, ma solo come una "innovazione terapeutica potenziale"

potenziale", che sarà dimostrata come reale solo quando saranno fornite prove di vantaggi terapeutici aggiuntivi rispetto ai trattamenti già disponibili (per esempio, maggiore specificità sul bersaglio con minori effetti collaterali). Analogamente, un'innovazione tecnologica va considerata solo una "innovazione terapeutica potenziale" fin quando non si presentano evidenze che, ad esempio, un nuovo metodo di produzione offre una maggiore sicurezza o un nuovo sistema di rilascio consente una migliore compliance.
Su queste premesse, l'AIFA, nel definire gli ambiti e i criteri per "l'ammissione alla rimborsabilità condizionata" di farmaci con innovatività terapeutica potenziale, richiede alle Aziende produttrici un documento tecnico che stabilisca:

- i bisogni di terapia che il farmaco va a colmare (per es. pazienti resistenti o intolleranti alla terapia standard);
- i potenziali benefici aggiuntivi derivanti dalla introduzione del farmaco, rispetto alle opzioni già disponibili (per es. migliore aderenza al trattamento, maggiore tollerabilità);
- le ricerche che saranno condotte per fornire risposte alle questioni non ancora risolte, in particolare tutte le problematiche riguardanti la sicurezza dei nuovi farmaci, una volta introdotti sul mercato, che per la natura degli studi pre-registrativi non sempre forniscono un quadro esaustivo.

L'AIFA, nel documento della CTS, stabilisce inoltre che le ricerche successive all'introduzione sul mercato vengono promosse dalla stessa Azienda in un ambito temporale non superiore ai tre anni. Gli obiettivi e la tipologia degli studi sono proposti dall'Azienda e la loro pertinenza è valutato dalla CTS.

Ivabradina: innovazione terapeutica potenziale

L'angina stabile è la manifestazione più comune della cardiopatia ischemica. In Italia i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare stimano che il 3.3% degli uomini ed il 3.9% delle donne tra i 35 ed i 74 anni ne sono affetti[6].
Sebbene le linee guida più recenti suggeriscano una superiorità terapeutica dei beta-bloccanti, rispetto ai nitrati o ai calcio-antagonisti, l'analisi dei dati raccolti in registri di pazienti italiani suggerisce che almeno il 30% dei pazienti con angina stabile non è trattato con beta-bloccanti e solo una minoranza di questi viene trattato con un calcio antagonista capace di ridurre la frequenza cardiaca. Ne deriva che circa il 25% dei pazienti con angina stabile non riceve un trattamento capace di ridurre la frequenza cardiaca[7]. Le ragioni di questo sostanziale sottoutilizzo sono riconducibili a problemi di tollerabilità. L'ivabradina è un farmaco che riduce selettivamente la frequenza cardiaca attraverso una inibizione selettiva e specifica della corrente pacemaker cardiaca *If*, che controlla la depolarizzazione diastolica spontanea nel nodo del seno e regola la frequenza cardiaca. Alle dosi normalmente raccomandate, la riduzione della frequenza cardiaca è di circa 10 bpm a riposo e durante l'esercizio. L'efficacia antianginosa è stata valutata in quattro studi clinici, randomizzati, in doppio cieco (due vs. placebo e due vs. atenololo ed amlodipina). Tali studi hanno incluso circa 3.500 pazienti con angina cronica stabile. L'efficacia è stata confermata alla dose di 7.5 mg due volte al giorno e si è totalmente mantenuta durante i periodi di trattamento di 3 o 4 mesi. Gli stessi studi clinici indicano che, in virtù della sua azione non selettiva sui recettori beta, non si sono verificati gli effetti indesiderati classici dei beta-bloccanti, come broncospasmo, riduzione della contrattilità del miocardio, della conduzione del sistema cardiaco o della resistenza vascolare periferica[8].
Sulla base dei risultati fino ad oggi ottenuti, l'ivabradina è stata autorizzata con la seguente indicazione: "trattamento sintomatico dell'angina pectoris cronica stabile in pazienti con normale ritmo sinusale, che abbiano una controindicazione o intolleranza ai beta-bloccanti"; tale indicazione potrebbe rispondere ai criteri di innovatività farmacologica stabiliti dall'AIFA[5]. Tuttavia, fino alla verifica di tali premesse nella pratica clinica, l'innovatività terapeutica del farmaco può considerarsi solo potenziale.

Monitoraggio d'uso nei pazienti con angina stabile in terapia con ivabradina

Nell'ambito di quanto fino ad ora discusso, in accordo a quanto previsto nel documento sulla innovatività approvato dalla CTS, l'AIFA promuove la conduzione di un programma di monitoraggio d'uso che ha come obiettivo principale la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva del farmaco ed una valutazione preliminare del profilo di sicurezza nel "mondo reale". Il monitoraggio sarà a carico economico dell'Azienda produttrice e verrà condotto su pazienti con diagnosi di

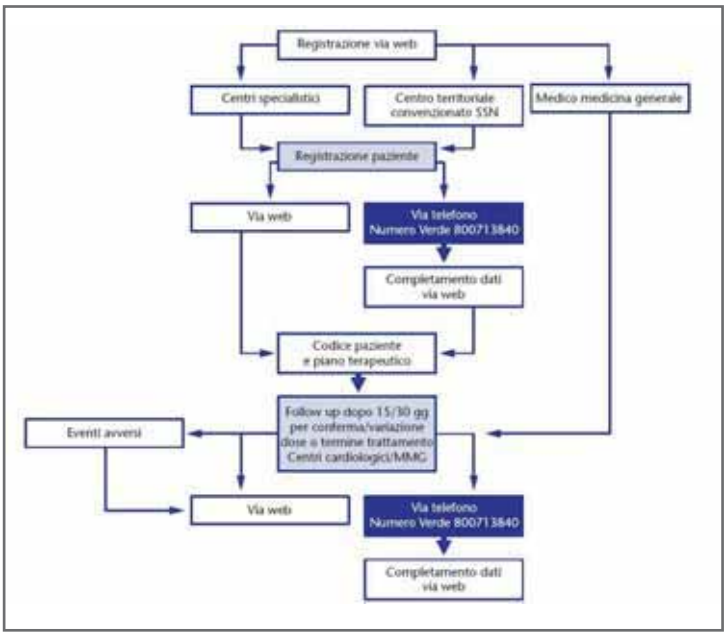


Figura 1 - Percorso prescrittivo e flusso dati del monitoraggio sull'uso dell'ivabradina

angina stabile eseguita da specialisti Cardiologi ospedalieri o del territorio, convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale, e poi seguiti, nell'ambito della pratica clinica quotidiana, dai medici di medicina Generale (MMG).

Breve articolazione del monitoraggio

La popolazione oggetto del monitoraggio comprende tutti i pazienti con angina ai quali gli specialisti Cardiologi del SSN prescrivono l'ivabradina in base alle indicazione previste nel piano terapeutico.
Le modalità di trattamento, compilazione delle schede di raccolta dati, nonché dell'interazione tra MMG e Cardiologi sono schematizzate nella Figura 1. Oltre alla compilazione del piano terapeutico, il Cardiologo dovrà compilare, al momento della prima visita/prescrizione, una scheda raccolta dati comprendente le seguenti informazioni:
• dati clinici (per es. BMI, profilo di rischio associato all'angina, pregressa storia cardiovascolare);
• descrizione dello stato anginoso (storia, numero di episodi, gravità);
• terapia farmacologica in corso;
• motivazioni associate al non uso di betabloccanti.

Un primo controllo (e compilazione di una seconda scheda), atto a valutare l'eventuale insorgenza di reazioni avverse da farmaci e a valutare la dose prescritta, viene effettuato a 15-30 giorni dalla prima prescrizione/visita da parte del Cardiologo prescrittore o da parte del MMG responsabile del paziente. Successivamente alla conferma terapeutica, la terapia potrà essere gestita dal MMG sulla base del piano terapeutico disegnato inizialmente dallo specialista che avrà la durata di un anno. Al Cardiologo spetta il compito di informare il MMG circa l'avvio al trattamento con ivabradina tramite una lettera, nel quale saranno esplicitate tutte le caratteristiche tecniche del farmaco, nonché i vari contatti per eventuali comunicazioni. La raccolta dati potrà avvenire direttamente per via telematica o raccogliendo le informazioni su un modulo cartaceo. In questo secondo caso sarà necessario, per poter completare la stesura del piano terapeutico, richiedere, al momento della sua compilazione cartacea, un numero di codice tramite un sistema telefonico automatico. In seguito, le schede di raccolta dati dovranno essere compilate per via elettronica. Sia il MMG che il Cardiologo, a fronte di una sospetta reazione avversa, dovranno valutare la interruzione della terapia in corso e compilare la scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa secondo le normali procedure della farmacovigilanza. Nel caso in cui l'interruzione della terapia venga effettuata in regime ambulatoriale, il MMG potrà, attraverso un sito internet dedicato, segnalare l'avvenuta interruzione e le relative motivazioni.
Il MMG, qualora lo ritenesse opportuno, potrà segnalare, sempre nell'apposito sito internet, tutti i potenziali fattori di rischio associati all'uso di ivabradina (per es. uso di farmaci interagenti) che intercorrono nel corso del follow-up.

Angina stabile: studio osservazionale

Obiettivi

Contestualmente al programma di monitoraggio, è prevista l'implementazione di uno studio osservazionale per la valutazione del profilo epidemiologico e del trattamento farmacologico dei pazienti con angina stabile. Gli obiettivi del presente studio possono essere riassunti nei seguenti punti:
• descrivere il profilo epidemiologico e clinico dei pazienti con diagnosi di angina stabile;

• confermare il reale bisogno clinico di ivabradina e caratterizzare i pazienti con angina stabile in ritmo sinusale che, nell'ambito della pratica clinica, non possono essere trattati con beta-bloccanti;
• valutare la effectiveness dell'ivabradina nella pratica corrente in termini di:
- tollerabilità e sicurezza (reazioni avverse attese e non attese);
- numero di pazienti che necessitano la sospensione del trattamento e le cause di sospensione;
- frequenza ed intensità degli episodi anginosi nel corso del trattamento.

Breve articolazione dello studio

Entrano nel presente studio tutti i soggetti con angina stabile, indipendentemente dalla prescrizione di ivabradina da parte del centro cardiologico. I pazienti dovranno essere inclusi nello studio sia che la diagnosi venga posta per la prima volta in ambito cardiologico, sia che venga confermata in seguito a una specifica richiesta di consulenza da parte di un MMG partecipante al progetto. È previsto che ogni cluster, caratterizzato da circa 10 MMG, afferisca ad un centro cardiologico di riferimento per la conferma diagnostica del paziente e per l'eventuale eleggibilità al trattamento con ivabradina. In caso di trattamento con ivabradina verranno applicate tutte le modalità previste nel programma di monitoraggio.
L'arruolamento dei pazienti avviene in un periodo di circa sei mesi, periodo durante il quale è previsto l'arruolamento di circa 30 pazienti per ogni cluster di MMG/centro cardiologico. Il centro cardiologico al momento dell'arruolamento compila, attraverso un sito dedicato, una scheda raccolta dati simile a quella prevista nel programma di monitoraggio nel quale sono sinteticamente raccolte le informazioni demografiche, il profilo di rischio cardiovascolare, la comorbilità, la terapia corrente (con focus sull'eventuale uso di nitrglicerina), la frequenza di angina, e le ragioni dell'eventuale non utilizzo di beta-bloccanti. Successivamente, viene consegnato il diario paziente nel quale viene richiesto di indicare la frequenza degli episodi anginosi. È pertanto prevista la realizzazione di database multicentrico informatizzato. La visita di follow-up verrà effettuata dopo sei mesi dall'arruolamento e in questa fase viene valutata, con l'ausilio del diario paziente, l'insorgenza di eventi clinici associati all'angina, la frequenza di eventi anginosi, il profilo di tollerabilità dei farmaci usati per il trattamento dell'angina, indipendentemente dal fatto che venga usata l'ivabradina.
Il MMG potrà accedere in via informatica al sito dedicato per aggiungere tutte le informazioni che riterrà utile per la valutazione complessiva del paziente arruolato, inclusa l'eventuale interruzione del trattamento, secondo le modalità descritte nella Figura 1.

Conclusioni

Il presente progetto di valutazione postmarketing dell'ivabradina nasce certamente come uno strumento di valutazione per l'ammissione alla rimborsabilità e per la negoziazione del prezzo di un nuovo farmaco. Va sottolineato tuttavia il presupposto culturale di questo nuovo approccio che, per la prima volta in Europa, si propone di creare un osservatorio sul profilo di appropriatezza ed effectiveness di un nuovo farmaco, che viene prescritto nel cosiddetto mondo reale.

Bibliografia
1. Garattini S, Bertelè V. Efficacy, safety and cost of new anticancer drugs. BMJ 2002; 325: 269-71.
2. Garattini S, Bertelè V. Efficacy, safety and cost of new drugs acting on the central nervous system. Eur J Clin Pharmacol 2003; 59: 79-84.
3. Garattini S, Bertelè V. Efficacy, safety and cost of new cardiovascular drugs: a survey. Eur J Clin Pharmacol 2003; 59: 701-6.
4. International Society of Drugs Bulletins declaration 2001: www.isdbweb.org
5. Motola D, De Ponti F, Rossi P, Martini N, Montanaro N. Therapeutic innovation in the European Union: analysis of the drugs approved by the EMEA between 1995 and 2003. Br J Clin Pharmacol 2005; 59: 475-8.
6. Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. 1a edizione 2003. Giampaoli S, Vanuzzo D, (eds) a nome del Gruppo di Ricerca dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano. Ital Heart J Suppl 2003; 4 (Suppl 4): 9S-121S.
7. Casella G, Di Pasquale G, Tavazzi L, Maggioni AP. La frequenza cardiaca come obiettivo terapeutico dell'angina stabile. Ruolo delle terapie attuali e loro sottoutilizzo in Italia. G Ital Cardiol 2007; 8: 207-14.
8. European Medical Evaluation Agency. Procolaran. Summary of product Characteristics. www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/procoralan/H-597-PI-it.pdf (accesso verificato il 27/02/2008).

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

Frida Kahlo, Le due Frida, 1939

Stretta sinergia tra Area Aritmie ed Area Chirurgica ANMCO

Si è conclusa la Survey sulla ablazione chirurgica della fibrillazione atriale

di S. Benussi, G. Inama, C. Grossi, M. Zoni Berisso, C. Pedrinazzi, C. Zussa, L. Martinelli

Nel primo anno del biennio 2007 - 2008 l'attività dell'Area Aritmie è stata caratterizzata da un rinnovato processo di integrazione e collaborazione con l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione (AIAC) e con le altre Aree dell'ANMCO in particolare con l'Area Chirurgica e con l'Area Scompenso Cardiaco.
Si è deciso di analizzare, attraverso delle "survey", i comportamenti e le tendenze operative della Cardiologia Nazionale nei confronti di due importanti problematiche:

- la gestione del paziente con cardiomiopatia ipocinetica ischemica e non ischemica con FE depressa;
- il Censimento delle procedure di ablazione chirurgica della fibrillazione atriale, associate ad intervento cardiochirurgico maggiore, effettuate annualmente in Italia.

Entrambi i progetti sono stati sottoposti al Comitato Scientifico dell'ANMCO ed hanno ottenuto l'endorsement di ANMCO, AIAC e SICCH (Società Italiana di Chirurgia Cardiaca). Il primo lavoro, in collaborazione con l'Area Scompenso Cardiaco, già pianificato, è stato rinviato per motivi organizzativi a dopo il Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO 2008. La Survey sull'ablazione chirurgica della fibrillazione atriale "Survey del numero di procedure di ablazione chirurgica effettuate nell'anno 2006", realizzata insieme all'Area Chirurgica, è invece stata completata. Riteniamo che questo progetto di studio costituisca per l'ANMCO un efficace strumento al fine di ricercare un consenso tra Cardiologi e Cardiochirurghi circa le indicazioni al trattamento

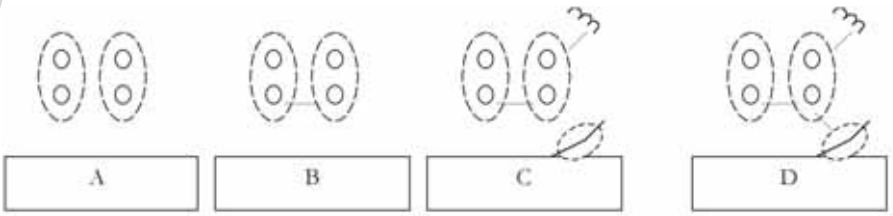


Figura 1 - Schema ablativo riprodotto nella scheda inviata (Configurazione delle linee ablative)

Figura 2 - Distribuzione geografica dei 50 Centri Cardiochirurgici che hanno inviato i dati

non farmacologico della fibrillazione atriale e al tipo di procedura ablativa, percutanea o chirurgica, a cui sottoporre il paziente in base alle sue caratteristiche e alla eventuale presenza di comorbidità. Il razionale di questa Survey è stato la consapevolezza del rinnovato interesse per la cardiochirurgia delle aritmie ed in particolare per l'ablazione chirurgica della fibrillazione atriale. Il progressivo aumento del numero di pazienti affetti da fibrillazione atriale e lo sviluppo delle opzioni terapeutiche non farmacologiche rendono infatti la chirurgia ablativa un importante momento di convergenza di interesse clinico - scientifico da parte del Chirurgo e del Cardiologo. La tecnologia biomedica evolve in modo incalzante e strumenti sempre più nuovi sono a disposizione degli Operatori per realizzare con rapidità (10 - 20 minuti) lesioni ablative efficaci e trans murali, sostituendo il noto e storico "gesto" chirurgico "cut and sew". Nuovi "device" sono all'orizzonte con proposte di nuove fonti di energia capaci di realizzare lesioni idonee e poco invasive. La miniaturizzazione dei sistemi permette inoltre una sempre minore invasività.

La scheda, che è stata inviata a tutti i Centri Cardiochirurgici Italiani, si proponeva di ottenere una stima del numero, della tipologia, delle indicazioni e delle complicazioni delle ablazioni chirurgiche in Italia, dato ad oggi sconosciuto. Infatti, nonostante il progressivo incremento del numero di ablazioni chirurgiche, non vi è ancora consenso su indicazioni e tipo di procedura da adottare. L'End Point primario della Survey era quello di valutare il numero delle procedure di ablazione chirurgica della fibrillazione atriale effettuate nel 2006 in Italia, con End Point secondari rappresentati dalla valutazione delle indicazioni e controindicazioni generalmente osservate, tecnica adottata (schema ablativo e tipo energia), effetti collaterali, gestione post procedurale.

La risposta delle Cardiochirurgie Italiane è stata tempestiva ed ampia con segnalazione di circa 1.285 pazienti trattati prevalentemente con impiego della radiofrequenza unipolare o bipolare ed in percentuale minore della MW, della Cryo e degli ultrasuoni.

I dati ottenuti sono in corso di elaborazione ed i risultati definitivi verranno a breve messi a disposizione della Comunità Cardiologica. Concludiamo con il ringraziamento a tutti i Colleghi e con l'invito a partecipare con la stessa puntualità alla realizzazione della Survey "Strategie di prevenzione primaria della Morte Improvvisa. Prassi clinica-comportamentale delle Unità Operative di Cardiologia Italiane" che verrà inviata nei prossimi mesi.

Per qualche valvola in più

Apriamo una discussione sul percorso degli stent valvolati aortici

di Claudio Grossi

Quali sono le prospettive che si aprono con l'impianto percutaneo e transapicale di stent valvolati in posizione aortica? Si apre la competizione tra Cardiochirurghi ed Emodinamisti?

Esiste una crescente letteratura dedicata alle esperienze iniziali e sperimentali di impianto di protesi valvolari aortiche mediante catetere con accesso percutaneo endovasale o transapicale. È un aspetto di evoluzione tecnologica sicuramente interessante che può portare a concreti vantaggi terapeutici. Secondo l'Euro Heart Survey esiste infatti un "deficit" di offerta di sostituzione valvolare protesica aortica in pazienti anziani ad alto rischio, giudicati non idonei alla Chirurgia Cardiaca tradizionale. Non è chiaro se questa discrepanza sia dovuta ad un rifiuto all'intervento da parte dei Chirurghi o se esista un rifiuto alla proposta di indicazione da parte dei Medici curanti.

Per molti Chirurghi in Italia si è posto il problema di non riconoscersi in questa statistica e tanti hanno detto: "non è vero, non ci credo…"; forse non pochi hanno pensato: "vedi che gli altri sono meno bravi di me ed operano in modo molto più selezionato, io ho appena operato quella vecchietta di 89 anni…". Può essere che questi pazienti esistano davvero e siano semplicemente fuori dal percorso che porta al parere del Cardiochirurgo ovvero non siano visti perché qualche Medico, o Geriatra o Cardiologo, a fronte di un riscontro di stenosi aortica, più o meno severa, avrà espresso un parere di "inoperabilità" dettato dal buon senso o forse da un breve colloquio con il paziente. In ogni modo non è detto che questo debba essere necessariamente una valutazione sbagliata (sia essa del Medico o del Chirurgo) e pertanto accedere ad una tecnica che permetta di andare oltre queste limitazioni rappresenta comunque un vantaggio. E poi ci sono anche i pazienti che vengono realmente controindicati dai Chirurghi, magari meno di quelli riportati dall'Euro Heart Survey, ma ci sono. I criteri di non operabilità sono essenzialmente quelli derivanti dalla presenza di severe co - patologie, da considerazioni legate a controindicazioni, all'impiego della circolazione extracorporea, dalla presenza di severe calcificazioni dell'aorta ascendente che aumentano il rischio di clampaggio aortico. Un'altra classe di questa categoria è rappresentata dai cosiddetti "pazienti ad alto rischio" ovvero quei sottogruppi in cui la presenza di molteplici fattori di rischio (anche assimilabili ai precedenti) portano ad una previsione di mortalità peri - operatoria tutt'altro che trascurabile. Queste considerazioni sulla mortalità attesa introducono necessariamente la problematica degli score di rischio chirurgico: il più diffuso è l'Euroscore che deve la sua popolarità alla sua relativa semplicità ma anche al

fatto che, producendo delle stime di mortalità modicamente superiori al reale nella gran parte della patologia corrente, consente ai suoi principali utilizzatori (i Cardiochirurghi) di conseguire valutazioni appaganti della performance in termini di risultati verso obbiettivi. È tutto da provare che possa essere impiegato come criterio di selezione per l'operabilità. Ma torniamo al punto iniziale: adesso arrivano le tecniche percutanee e transapicali: ci sarà comunque un vantaggio per tutti questi pazienti. Paradossalmente il problema nasce tra Cardiologi e Cardiochirurghi. Meglio tra Emodinamisti e Cardiochirurghi. I primi vedono aprirsi una nuova opportunità, i meno giovani sorridono, di soppiatto, ricordando le prime angioplastiche coronariche; i secondi si mettono sulla difensiva, iniziano a parlare di "gold standard" e negano quella che sembra una cosa ormai evidente ovvero che sia possibile schiacciare una valvola calcifica contro le pareti aortiche per far posto ad uno "stent" che supporta una bioprotesi al suo interno. Ovviamente il discorso è molto serio e merita tutta una serie di considerazioni metodologiche e scientifiche con analisi delle indicazioni e dei risultati, tutto ciò però non appartiene a questo spazio. In questo contesto mi sembra invece giusto porsi il problema di discutere della filosofia della cosa e degli atteggiamenti che le categorie professionali dovrebbero assumere (in senso lato degli aspetti politici). Per questo l'Area Chirurgica ANMCO è un contenitore ideale ed apre le porte a contributi utili al dibattito. Se si vedono le cose dalla parte dei pazienti non ci sono grosse perplessità: fate quello che volete basta mi diate una buona cura con il minimo dei rischi possibili. Per i Medici gli obbiettivi possono essere molto diversi. L'Emodinamista considera la tecnica di sua proprietà, deve esercitarla nell'ambiente più idoneo (il suo), deve accettare una "learning curve", ha fretta di essere uno dei primi altrimenti non potrà avere il privilegio della pubblicazione a stampa (quotidiano locale, non rivista internazionale). Il Chirurgo mette in gioco una fetta importante del suo spazio "residuo": un nostro importante collega statunitense dice che il motivo principale per cui il Cardiochirurgo deve gestire l'impianto delle protesi percutanee e transapicali è quello economico di categoria. Difficile contare su una collaborazione spontanea. Solo una metodologia ed una "cultura" di condivisone di conoscenze e pazienti può garantire che non si scateni la competizione per fare qualche valvola in più. E questa è una metodologia ed una cultura che deve appartenere a tutte le figure sul proscenio, non solo all'Emodinamista e al Cardiochirurgo ma anche al Cardiologo clinico, all'Ecocardiografista. Idealmente tutti dovrebbero confrontarsi anche con il Geriatra e con l'Internista, perchè può accadere (e accade..) che siano loro a dare il giudizio di inoperabilità, senza contare il Medico di base o i familiari… o il paziente stesso (quando questo è possibile e utile). Fare le cose "insieme" serve a questo: serve ad impedire che si sviluppi una logica di semplice mercato in cui il beneficiario sia il Medico e non il paziente, serve per imparare a conoscere le indicazioni più appropriate e impiegare sempre la tecnica più vantaggiosa per quel malato, serve ad utilizzare con appropriatezza le risorse sempre più limitate. Le sperimentazioni, in accordo con lo "statement" delle maggiori Società, sono necessarie ma devono essere controllate e limitate. Il ruolo del Cardiologo clinico in questo è fondamentale. Cosa vuol dire "insieme": è difficile dare regole operative, soprattutto nel breve termine non ci sono ricette; ma l'idea di fondo - per dirla con un mio collega Emodinamista - è quella di un'integrazione in sala operatoria, in un lavoro a quattro mani, fra operatori che fino ad oggi si sono fatti concorrenza. Il paziente dovrebbe rivolgersi all'Ospedale sapendo di poter contare sulla professionalità della struttura e non al singolo Medico senza sapere di effettuare, in quel momento, una scommessa sul miglior curante.

Le iniziative culturali dell'Area Emergenza - Urgenza

di M. Lettino e M. R. Conte

L'Area Emergenza - Urgenza è presente nel Piano Annuale Formativo dell'ANMCO con un evento dal titolo: "Sindromi coronariche acute. La gestione del rischio emorragico e del sanguinamento in UTIC e nel Laboratorio di Emodinamica"

Le Sindromi Coronariche Acute sono una delle manifestazioni più drammatiche dell'aterotrombosi: potenzialmente fatali richiedono un trattamento antitrombotico multiplo che prevede sempre l'associazione di un anticoagulante a uno o più antiaggreganti. Le complicanze emorragiche del trattamento possono essere a loro volta rilevanti, limitando il trattamento antitrombotico stesso, manifestandosi talora come pericolose per la vita, associandosi, secondo le ultime acquisizioni scientifiche, ad una prognosi a medio e lungo termine più sfavorevole per un incremento di mortalità e di eventi ischemici maggiori.
Il Cardiologo deve essere in grado di gestire la terapia del paziente con Sindrome Coronarica Acuta valutandone anche il profilo di rischio emorragico e fronteggiando nel modo migliore i sanguinamenti o le piastrinopatie indotte dai farmaci, che potrebbero compromettere il successo del trattamento anticoagulante e antiaggregante.

Le Sindromi Coronariche Acute e il loro trattamento

Le Sindromi Coronariche Acute (SCA) sono determinate nella grande maggioranza dei casi dalla brusca formazione di un trombo in corrispondenza di una placca coronarica vulnerabile che va incontro a instabilizzazione. La placca può subire una vera e propria ulcerazione del cappuccio fibroso che la ricopre o l'erosione dell'endotelio sovrastante; si parla di aterotrombosi per la stretta connessione che si verifica in questo contesto tra lo sviluppo e la progressione dell'aterosclerosi e la complicanza trombotica che la rende clinicamente evidente.
La terapia delle SCA si basa essenzialmente sui farmaci antitrombotici: in fase acuta è indicata in particolare l'associazione di antiaggreganti piastrinici e di anticoagulanti. Gli antiaggreganti vengono associati fra loro fino all'impiego di tre diversi preparati nei pazienti a profilo di rischio medio-alto, quali l'aspirina, il clopidogrel e un inibitore del recettore glicoproteico delle piastrine GPIIb IIIa. Nell'infarto miocardico acuto con ST sopraslivellato o STEMI, sottoposto a terapia fibrinolitica, al trombolitico si associano un anticoagulante e la doppia antiaggregazione.

Il problema dei sanguinamenti

Il beneficio dei farmaci antitrombotici porta inevitabilmente con sé gli svantaggi delle complicanze emorragiche. I sanguinamenti cosiddetti maggiori configurano una condizione clinica assai sfavorevole per il paziente, soprattutto quando comportano instabilità emodinamica o necessità

di intervento chirurgico e di emotrasfusioni. Nei trial clinici con farmaci antitrombotici esiste sempre una percentuale, fortunatamente modesta, di emorragie fatali o pericolose per la vita. Diventa quindi sempre più importante valutare il profilo di rischio del paziente con coronaropatia acuta sia in termini di probabilità di eventi cardio-vascolari maggiori durante il follow - up a breve e lungo termine, che di complicanze emorragiche secondarie alla terapia. E questo è tanto più rilevante quanto più è indicata la somministrazione contemporanea di diversi farmaci antitrombotici. Si configura pertanto caso per caso l'opportunità di stimare il potenziale beneficio clinico netto di una determinata scelta terapeutica: la stima dell'incidenza di complicanze ischemiche per un determinato profilo di rischio del paziente, si confronta con la probabilità di complicanze emorragiche favorite dal numero e dal tipo di farmaci antitrombotici in associazione e dalle caratteristiche stesse del paziente (storia di pregressa emorragia, malattia dell'apparato gastro-intestinale potenzialmente emorragipara, etc.): se gli eventi ischemici risparmiati sono superiori agli eventi emorragici possibili la scelta terapeutica merita di essere perseguita e, nel paziente più esposto al sanguinamento, si attueranno tutte le misure volte a minimizzare comunque le complicanze della terapia.

Emorragie maggiori e prognosi

Uno degli ultimi studi clinici randomizzati che ha confrontato il fondaparinux con l'enoxaparina nella terapia delle SCA ha evidenziato una correlazione positiva tra i sanguinamenti maggiori in fase acuta e un incremento di mortalità a 30 giorni e a 6 mesi. La valutazione retrospettiva di studi precedenti, nei quali erano stati sperimentati altri anticoagulanti o la doppia antiaggregazione ASA+clopidogrel versus la sola aspirina sembrerebbero confermare l'associazione. Il fenomeno ha peraltro una plausibilità biologica, in quanto il paziente che sanguina in fase acuta non solo deve sospendere ogni terapia antitrombotica, perdendone i potenziali benefici a medio e lungo termine, ma va incontro ad una attivazione ulteriore della coagulazione, già stimolata dall'evento aterotrombotico, per arginare i danni dell'emorragia. E questo può tradursi in una persistente attività dei meccanismi emocoagulativi che lo predispongono a nuova ischemia e a morte.

L'obiettivo del meeting organizzato dall'Area Emergenza - Urgenza è proprio quello di rivalutare la letteratura attualmente disponibile sulle complicanze emorragiche e la terapia antitrombotica nei pazienti con Sindrome Coronarica Acuta, approfondendo il concetto di beneficio clinico netto e di impatto prognostico sfavorevole sugli eventi ischemici. È stata dedicata una parte dell'incontro alle coagulopatie indotte dai farmaci antitrombotici e alla conoscenza dei test di monitoraggio della coagulazione e della aggregazione piastrinica. Le piastrinopatie da aspirina, piuttosto che le forme più rare ma assai più gravi di porpora trombotica trombocitopenica da tienopiridinici o di piastrinopenia indotta da eparina (HIT) sono destinate ad uscire dalla sfera di conoscenza dei soli ematologi per entrare nel percorso diagnostico dei Cardiologi che utilizzano i farmaci che le determinano. Alcune di queste forme sono potenzialmente fatali, richiedono diagnosi e terapia tempestive e un livello di sensibilità che nasce solo dalla loro conoscenza approfondita.
Quanto agli strumenti per il monitoraggio della funzione coagulativa e piastrinica, si è voluto dare spazio all'argomento per fare chiarezza sull'impiego dei sistemi di misura, laddove questo si traduce in una diversa scelta di posologie di un determinato preparato farmacologico. Nulla è infatti più pericoloso che misurare l'efficacia di un anticoagulante (esempio l'enoxaparina) con lo strumento sbagliato che non ne esplora il meccanismo d'azione (ACT nel Laboratorio di Emodinamica), e utilizzare i risultati per modularne le dosi o per impiegare un altro farmaco. In un momento in cui proliferano le osservazioni sulla presunta "resistenza" o "non responsività" agli antiaggreganti è importante conoscere limiti e possibili vantaggi delle metodiche di valutazione dell'inibizione piastrinica: l'auspicio è quello di fornire gli strumenti per valorizzare solo gli aspetti scientifici del problema e di interpretare le numerose evidenze che attualmente sono ancora lontane dal confluire in una definizione condivisa del fenomeno e, ancora di più, in una sua possibile correzione.

Cosa dovremmo informatizzare in una moderna Unità di Terapia Intensiva Cardiologica?

Risultati preliminari del Censimento effettuato nel 2007 dall'Area Informatica nelle UTIC italiane

di P. Trambaiolo, M. Magnacca, M. Poli

Introduzione

Nel 2005 l'Area Informatica dell'ANMCO aveva effettuato un Censimento via WEB sulle dotazioni informatiche e sul loro utilizzo nelle strutture cardiologiche italiane. Le risposte inviate (13% su 800 strutture cardiologiche intervistate) avevano mostrato da un lato una elevata dotazione di tecnologie informatiche aziendali (reti), dall'altro la limitata dotazione di hardware e l'impiego dello strumento informatico prevalentemente per procedure amministrative, con l'eccezione dei laboratori di ecocardiografia ed emodinamica.
Un'altra esperienza dell'ANMCO nel campo informatico è stata quella del Cardio WEB ANMCO che non ha avuto la diffusione che ci si poteva attendere probabilmente per la difficoltà da parte di strutture ospedaliere non omogenee, già dotate di database, a dotarsi di un software precostituito sostitutivo e per i costi di utilizzo giudicati eccessivi da molte USL in un sistema di risorse non illimitate.
Negli ultimi anni la "vecchia" UTIC si è andata evolvendo diventando sempre più una vera e propria Terapia Intensiva Cardiologica per pazienti ad alto rischio e ad alta intensità di cure e la sensibilità verso questo cambiamento da parte dell'ANMCO ha posto recentemente il problema della Clinical Competence degli operatori (Medici/Infermieri) che vi si trovano a lavorare quotidianamente. In questo nuovo contesto che si va delineando lo strumento informatico si ripropone efficace ed indispensabile.

Materiali e metodi

Con queste premesse come Area Informatica è nata l'idea di effettuare "l'ennesimo" (!) Censimento, indirizzato solo alle UTIC sia per conoscere il "desiderio di informatizzazione" da parte dei loro operatori, sia con lo scopo di decidere insieme cosa dovrebbe essere informatizzato al di là del livello di informatizzazione di ogni Centro e del modo di realizzazione dello strumento informatico In altre parole vogliamo condividere i contenuti indipendentemente dal "recipiente informatico" – il software – di cui ogni Centro può essere dotato. Il Sondaggio che abbiamo inviato a tutte le UTIC italiane a nome dell'Area Informatica ANMCO ha lo scopo di identificare una sorta di "Minimal Data Set Informatico" indispensabile, al di sotto del quale non si dovrebbe andare per etichettare una Terapia Intensiva Cardiologica moderna. Il giorno 16 luglio 2007 è stato inviato via e-mail (59 %) o per posta (41%) a tutti i Direttori e ai Responsabili delle UTIC nazionali (410 strutture ospedaliere ed universitarie) una pagina che conteneva dieci domande (Tabella 1) con la possibilità di rispondere "SI", "NO", "VORREI", utilizzando l'e-mail o il fax.

Risultati

Il Sondaggio previsto dal 16 luglio 2007 al 16 agosto 2007 è stato prorogato fino al 30 settembre 2007 dopo una recall. In totale (Tabella 2) hanno risposto il 50% delle UTIC (207/410) con una distribuzione (Figure 1, 2, 3) abbastanza omogenea nel Nord (55%), nel Centro (52%) e nel Sud (43%) utilizzando all'incirca in ugual misura l'e-mail o il fax (≅50%). Entrando nel merito del questionario hanno avuto risposta il 98,5% delle domande con una compilazione pressoché completa del censimento. Le domande 1, 8, 9, 10 hanno ottenuto un plebiscito di "SI" (barre rosse nella Figura 4); le risposte alle domande 2 e 3 (barre verdi nella Figura 4) hanno espresso un forte "desiderio" (circa il 60% di "VORREI") mentre le domande 4, 5, 6, 7, si sono divise in "SI", "NO", "VORREI" con un "democratico" terzo ciascuno (Figura 4). Se poi analizziamo i dati sommando i "SI" ed i "VORREI" si ottengono percentuali superiori al 70% alle domande 2, 3, 4, 5, 7 (Figura 5), escludendo la domanda 6 (barra rossa nella Figura 5) che raccoglie circa un 60%.

Discussione

La partecipazione è stata soddisfacente considerando il gran numero di materiale "cartaceo e non" che raggiunge il medico. Probabilmente contenere il Sondaggio in una sola pagina e la possibilità di rispondere sia via web sia per fax hanno facilitato la partecipazione. Comunque il 50% è da considerarsi un buon risultato ed ancora di più la distribuzione omogenea per macroaree (Nord, Centro, Sud) dà ancora maggior valore ai risultati e indica che chi ha partecipato sente particolarmente il problema e questo è evidenziato dalla quasi completa compilazione e risposta a tutte le domande.
Più in dettaglio, le domande 1, 8, 9, 10 hanno avuto un plebiscito di "SI" e ciò acquisisce, a nostro parere, una particolare importanza specialmente per la domanda 1 relativa alla Cartella Clinica (La DIARIA in UTIC resa in

Tabella 1

Sondaggio Area Informatica ANMCO
La gestione informatizzata dell'UTIC

da restituire compilato per posta elettronica all'indirizzo aree@anmco.it oppure per fax al numero 055/579334

Nome_____Cognome_____
Ospedale_____
Via_____n._____CAP_____
Città_____Prov._____
Tel. UTIC_____Fax_____e-mail_____
Responsabile UTIC_____

Sbarrare soltanto la casella SI oppure NO
Sbarrare la casella VORREI se, pur non essendo ancora attivo nella UTIC di appartenenza, si ritiene importante per la gestione di una UTIC moderna

1. La DIARIA in UTIC resa in formato elettronico potrebbe essere contemporaneamente "cartella medica", "cartella infermieristica", "quaderno della terapia": il medico **scrive** quanto è di sua competenza, l'infermiere accede alla stessa cartella, la utilizza per il diario infermieristico e per la somministrazione dei farmaci impiegando ad esempio una scheda terapeutica unica. Ritieni appropriata ed utile una DIARIA informatizzata con queste caratteristiche?	**SI** ☐	**NO** ☐	
2. Utilizzi nella tua UTIC già una DIARIA con simili caratteristiche?	**SI** ☐	**NO** ☐	**VORREI** ☐
3. Utilizzi una Cartella Clinica Elettronica in UTIC?	**SI** ☐	**NO** ☐	**VORREI** ☐
4. Utilizzi protocolli farmacologico standardizzati anche informatizzati?	**SI** ☐	**NO** ☐	**VORREI** ☐
5. Utilizzi un protocollo della terapia eparinica ev, personalizzato (U/kg) ed informatizzato in modo che la somministrazione avvenga da parte dell'Infermiere, con correzioni in maniera "automatica" ed autonoma delle dosi seguendo il PTT?	**SI** ☐	**NO** ☐	**VORREI** ☐
6. Le consegne mediche al cambio-turno vengono effettuate su documento scritto, standardizzato ed informatizzato?	**SI** ☐	**NO** ☐	**VORREI** ☐
7. Hai in uso in UTIC un ecocardiografo miniaturizzato (ridotte dimensioni, alta qualità) con possibilità di memorizzazione digitale delle immagini?	**SI** ☐	**NO** ☐	**VORREI** ☐
8. In particolare, in riferimento ai quesiti precedenti, saresti disposto a modificare almeno in parte il tuo modo attuale di lavorare in UTIC?	**SI** ☐	**NO** ☐	
9. Pensi che uno strumento elettronico di questo tipo, diffusamente impiegato, possa consentire la raccolta di dati omogenei utilizzabili per motivi di ricerca e studio?	**SI** ☐	**NO** ☐	
10. Pensi sia necessario produrre documenti o azioni educative di standardizzazione delle definizioni in medicina?	**SI** ☐	**NO** ☐	

PIEMONTE

Acqui Terme	Ospedale Civile
Alessandria	Ospedale Civile SS. Antonio e Biagio
Novi Ligure	Ospedale San Giacomo
Asti	Ospedale Cardinal Massaia
Biella	Ospedale degli Infermi
Cuneo	Azienda Osp. Santa Croce e Carle
Mondovì	Ospedale Civile
Savigliano	Ospedale Maggiore SS. Annunziata
Borgomanero	Ospedale SS. Trinità
Novara	Ospedale Maggiore della Carità
Ivrea	Ospedale Civile
Moncalieri	Ospedale Santa Croce
Orbassano	Ospedale San Luigi Gonzaga
Rivoli	Ospedale degli Infermi
Torino	Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista
Torino	Ospedale Giovanni Bosco
Verbania	Ospedale Castelli di Verbania
Borgosesia	Ospedale SS. Pietro e Paolo
Vercelli	Ospedale Sant'Andrea

VALLE D'AOSTA

Aosta	Ospedale Generale Regionale

LOMBARDIA

Bergamo	Humanitas Gavazzeni
Bergamo	Ospedali Riuniti
Ponte San Pietro	Policlinico San Pietro
Brescia	Fondazione Poliambulanza
Desenzano Garda	Azienda Osp. Desenzano del Garda
Ome	Clinica San Rocco di Franciacorta
Como	Ospedale Generale di Zona Valduce
Erba	Ospedale Sacra Famiglia
Gravedona	Ospedale Moriggia Pelascini
Lecco	Ospedale Alessandro Manzoni
Lodi	Ospedale Maggiore
Cinisello Balsamo	Ospedale Bassini
Desio	Ospedale di Circolo di Desio
Legnano	Ospedale Civile
Magenta	Ospedale Civile Fornaroli
Milano	Casa di Cura Santa Rita
Milano	Centro Cardiologico Monzino
Milano	Ospedale Fatebenefratelli
Milano	Ospedale San Carlo Borromeo
Milano	Ospedale San Paolo
Monza	Ospedale San Gerardo
Paderno Dugnano	Clinica San Carlo
Rho	Ospedale Civile
Vizzolo Predabissi	Ospedale di Vizzolo Predabissi
Mantova	Presidio Ospedaliero C. Poma
Voghera	Ospedale Civile
Sondrio	Ospedale Civile
Saronno	Presidio Ospedaliero di Saronno
Tradate	Ospedale di Circolo Galmarini
Varese	Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi

P.A. BOLZANO

Bolzano	Ospedale Generale Regionale
Merano	Ospedale Generale Provinciale

P.A. TRENTO

Trento	Ospedale Santa Chiara

VENETO

Belluno	Ospedale Civile
Feltre	Ospedale Santa Maria del Prato
Camposampiero	Ospedale di Camposampiero
Cittadella	Ospedale di Cittadella
Padova	Azienda Ospedaliera Padova
Piove di Sacco	Ospedale Civile Immacolata Concezione
Adria	Ospedale Civile
Montebelluna	Presidio Ospedaliero
Treviso	Ospedale Ca' Foncello
Mestre	Ospedale Civile Umberto I
Mirano	Ospedale Civile
Arzignano	Ospedale Civile
Legnago	Ospedale Mater Salutis
Verona	Azienda Ospedaliera Verona

FRIULI VENEZIA GIULIA

Monfalcone	Ospedale Civile San Polo
Pordenone	A. O. S. Maria degli Angeli
Trieste	A.O.U. Ospedali Riuniti
Udine	Santa Maria della Misericordia

LIGURIA

Genova	E.O. Ospedali Galliera
GE - Sampierdarena	Ospedali Civili di Sampierdarena
Genova	S. Martino
GE - Sestri Ponente	Ospedale Padre Antero Micone
Imperia	Ospedale Civile

EMILIA ROMAGNA

Bentivoglio	Ospedale di Bentivoglio
Bologna	Ospedale Bellaria
Bologna	Ospedale Policlinico S.Orsola-M.Malpighi
Forli'	Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni
Cento	Ospedale SS. Annunziata
Carpi	Ospedale Ramazzini
Mirandola	Ospedale Santa Maria Bianca
Modena	Ospedale Policlinico
Piacenza	Ospedale Civile 'Guglielmo da Salicetò
Parma	A.O.U. di Parma
Lugo	Ospedale Civile
Ravenna	Ospedale Civile Santa Maria delle Croci
Guastalla	Ospedale Civile
Montecchio Emilia	Ospedale E. Franchini
Riccione	Ospedale G. Ceccarini

TOSCANA

Bagno A Ripoli	Ospedale Santa Maria Annunziata
Empoli	Ospedale Civile San Giuseppe
Firenze	A.O.U. Careggi
Firenze	Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio
Livorno	Ospedali Riuniti
Piombino	Ospedale Villamarina
Lido di Camaiore	Nuovo Ospedale Versilia
Pisa	A.O.U. Pisana
Pistoia	Spedali Riuniti
Montepulciano	Presidio Ospedaliero Valdichiana Senese
Siena	Policlinico Santa Maria alle Scotte

UMBRIA

Citta' di Castello	Presidio Ospedaliero Città di Castello
Foligno	Nuovo Ospedale San Giovanni Battista
Gualdo Tadino	Ospedale Altochiascio
Perugia	Azienda Ospedaliera di Perugia
Terni	Azienda Ospedaliera Santa Maria

MARCHE

Fabriano	Ospedale Civile Profili
Fermo	Ospedale Civile Augusto Murri
Camerino	Ospedale Santa Maria della Pietà
Civitanova Marche	Presidio Ospedal. di Civitanova Marche
Pesaro	Azienda Ospedaliera San Salvatore
Urbino	Ospedale Santa Maria della Misericordia

LAZIO

Frosinone	Ospedale Umberto I
Sora	Ospedale Civile SS. Trinità
Formia	Ospedale del Dono Svizzero
Albano Laziale	Ospedali Riuniti Albano-Genzano
Anzio	Ospedali Riuniti Anzio-Nettuno
Rieti	Ospedale S. Camillo de Lellis
Colleferro	Ospedale Generale Zona Parodi Delfino
Ostia	Ospedale G.B. Grassi
Pomezia	Casa di Cura Sant'Anna
Roma	Campus Biomedico
Roma	Fatebenefratelli Isola Tiberina
Roma	Casa di Cura Nuova Itor
Roma	Ospedale San Pietro Fatebenefratelli
Roma	Ospedale Madre Giuseppina Vannini
Roma	Ospedale San Camillo
Roma	Ospedale San Filippo Neri
Roma	Ospedale San Giovanni
Roma	Ospedale Sandro Pertini
Roma	Ospedale Sant'Andrea di Roma
Roma	Ospedale Sant'Eugenio
Roma	Ospedale Santo Spirito
Roma	Policlinico Agostino Gemelli
Roma	Policlinico Casilino
Roma	Policlinico Tor Vergata
Roma	Policlinico Umberto I
Tivoli	Ospedale San Giovanni Evangelista

ABRUZZO

L'aquila	Presidio Ospedaliero San Salvatore
Sulmona	Ospedale dell' Annunziata
Vasto	Ospedale San Pio Da Pietrelcina
Pescara	Ospedale Civile dello Spirito Santo
Giulianova	Ospedale Maria SS.ma dello Splendore
S. Omero	Ospedale Val Vibrata

CAMPANIA

Ariano Irpino	Presidio Ospedaliero
Avellino	AORN Giuseppe Moscati
San Felice A Cancello	Ospedale Ave Gratia Plena
Sessa Aurunca	Presidio Ospedaliero San Rocco
Giugliano In Campania	Ospedale Generale di Zona
Napoli	Azienda Ospedaliera Vincenzo Monaldi
Napoli	Clinica Mediterranea
Napoli	Policlinico Universitario Federico II
Sorrento	Ospedale Santa Maria della Misericordia
Eboli	Ospedale Maria SS. Addolorata
Polla	Presidio Ospedaliero Luigi Curto
Roccadaspide	Ospedale di Roccadaspide
Salerno	A.O. S.Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona
Sarno	Ospedale Villa Malta
Scafati	Ospedale Civile

PUGLIA

Acquaviva delle Fonti	Ospedale Miulli
Altamura	Ospedale Umberto I
Andria	Ospedale L. Bonomo
Bari	Casa di Cura Villa Bianca
Bari	Ospedale Consorziale Policlinico
Bari	Ospedale San Paolo
Canosa	Ospedale Civile Caduti in Guerra
Terlizzi	Ospedale M. Sarcone
Brindisi	Ospedale Perrino
Casarano	Presidio Ospedaliero F. Ferrari
Copertino	Ospedale San Giuseppe da Copertino
Gallipoli	Ospedale Civile Sacro Cuore di Gesù
Lecce	Casa di Cura Città di Lecce
Lecce	Ospedale Vito Fazzi
Scorrano	Ospedale Ignazio Veris delli Ponti
Manduria	Ospedale Civile M. Giannuzzi
Taranto	Ospedale S. Giuseppe Moscati

BASILICATA

Matera	Ospedale Madonna delle Grazie
Policoro	Ospedale Civile
Potenza	Azienda Ospedaliera San Carlo
Venosa	Ospedale San Francesco

CALABRIA

Castrovillari	Ospedale Civile Ferrari
Cosenza	INRCA Istituto Cardiovasculop. Senili
Cosenza	Ospedale SS. Annunziata
Paola	Ospedale S. Francesco di Paola
Catanzaro	Ospedale Civile Pugliese
Lamezia Terme	Ospedale Civile
Locri	Ospedale Civile
Reggio Calabria	Ospedali Riuniti G. Melacrino F. Bianchi

SICILIA

Sciacca	Ospedali Civili Riuniti
Caltanissetta	Ospedale S. Elia
Catania	Ospedale Garibaldi - Centro
Pedara	Centro Cuore Morgagni
Milazzo	Presidio Ospedaliero 'Giuseppe Fogliani'
Patti	Ospedale Barone Romeo
Palermo	Ospedale V. Cervello
Palermo	Policlinico P. Giaccone
Augusta	Ospedale E. Muscatello
Lentini	Ospedale Civile
Siracusa	Azienda Ospedaliera Umberto I
Marsala	Ospedale San Biagio

SARDEGNA

Cagliari	Azienda Ospedaliera G. Brotzu-S. Michele
Cagliari	Ospedale San Giovanni di Dio
Cagliari	Presidio Ospedaliero SS. Trinità
Carbonia	Ospedale Sirai
Nuoro	Ospedale San Francesco
Sassari	Ospedale SS. Annunziata

Tabella 2

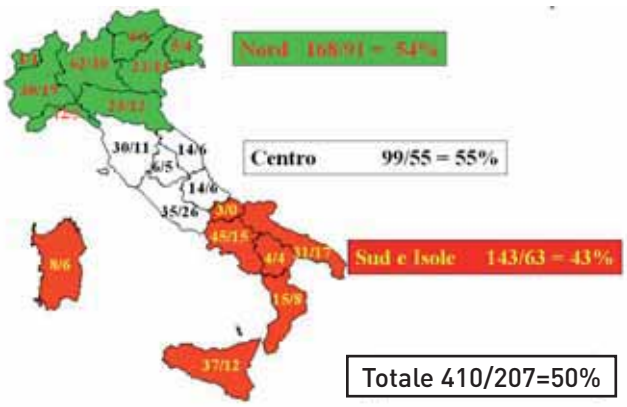


Figura 1 - Numero di UTIC a cui è stato inviato il questionario / numero di UTIC che hanno risposto

formato elettronico potrebbe essere contemporaneamente "cartella medica", "cartella infermieristica", "quaderno della terapia": il medico scrive quanto è di sua competenza, l'infermiere accede alla stessa cartella, la utilizza per il diario infermieristico e per la somministrazione dei farmaci impiegando ad esempio una scheda terapeutica unica. Ritieni appropriata ed utile una DIARIA informatizzata con queste caratteristiche?). L'esperienza personale positiva degli autori che utilizzano già da tempo questo tipo di strumento non faceva comunque prevedere un tale successo: il 98 % (188 UTIC su 207) dei colleghi considerano appropriata ed utile una diaria informatizzata con tali caratteristiche; anche se (domanda 2) solo il 17% la utilizza, un 60% dei colleghi la desidera e ciò vale anche (domanda 3) per la Cartella Clinica in generale. Quindi in UTIC è molto sentita la necessità di una informatizzazione della cartella clinica ed ancora più importante l'abolizione del quaderno della terapia. Questo ultimo punto è a nostro parere molto significativo non solo per la possibilità di ridurre la probabilità di errore ma di più per rendere effettiva e producente la collaborazione ed il lavoro di squadra medico - infermiere. Nella nostra esperienza lo scrivere sullo stesso foglio da parte del medico e dell'infermiere è stato una sorta di abbattimento delle frontiere che ha solo migliorato il rapporto di stima e fiducia tra le due figure professionali. Le domande 4, 5, 7 riguardanti l'informatizzazione e la standardizzazione dei farmaci e la necessità di un ecocardiografo miniaturizzato UTIC - dedicato hanno raccolto un "SI" o un "VORREI" nei 2/3 dei casi evidenziando come anche questo versante dell'informatizzazione è considerata molto importante. In ultimo molto interessante la risposta alla domanda 6 (Le consegne mediche al cambio - turno vengono effettuate su documento scritto, standardizzato ed informatizzato?) in quanto ben il 40% dei colleghi ha risposto "NO". Riteniamo che il passaggio delle consegne sia un momento nodale della vita giornaliera di una U.O. di Emergenza - Urgenza. Nella Tabella 3 è evidenziato il modello (un semplice foglio excel, compilato a cura del Cardiologo smontante e salvato nel computer) utilizzato nell'UTIC dell'Ospedale Sandro Pertini. Nell'esperienza di chi scrive questo "semplice" strumento informatico ha permesso di limitare difetti di comunicazione tra colleghi, ridurre i tempi con definizione aggiornata e non equivoca dei percorsi diagnostico - terapeutici offerti al paziente (esami eseguiti, in attesa di referto, programmati e quant'altro), migliorare la comunicazione tra lo staff medico ed il paziente (ed i suoi familiari) trasferendo anche questi aspetti relazionali con consegna scritta a chi subentra nel turno.

Conclusioni

Dai dati raccolti e da una loro prima analisi si possono effettuare le seguenti considerazioni finali:
1 - informatizzare l'UTIC è una problematica sentita in maniera diffusa

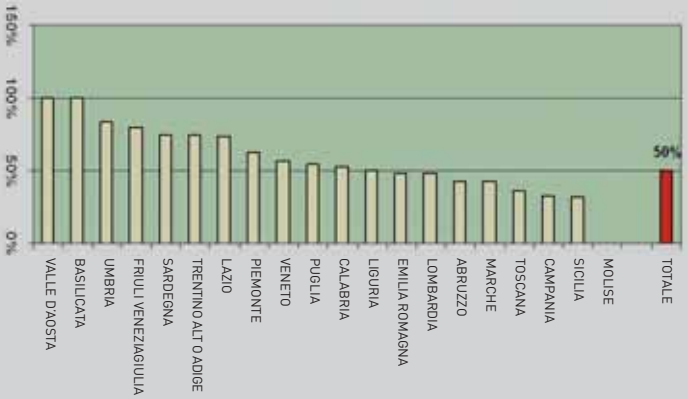


Figura 2 - % risposte al questionario per regione

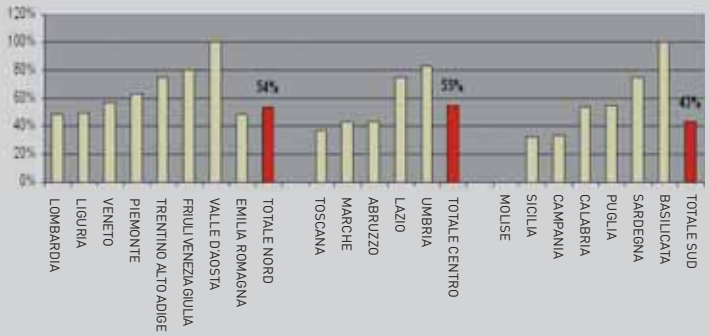
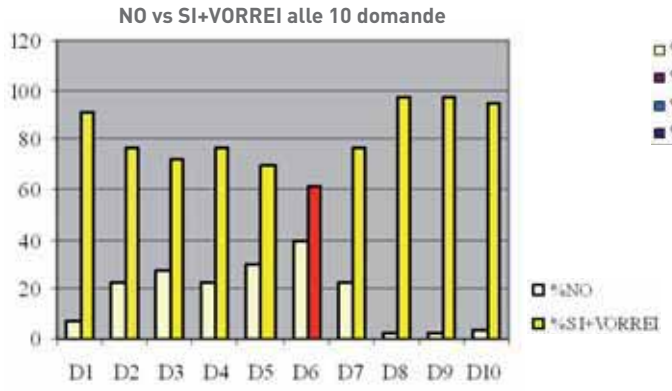
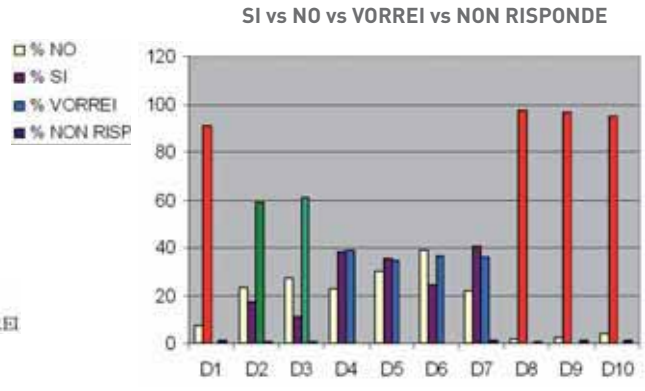


Figura 3 - % risposte al questionario per macroarea

Figura 4 e 5 - % nazionale di risposte





COGNOME e NOME DATA ENTRATA	DIAGNOSI	CREAT	diab	PMT	CVC	FE	RX torace	Febbre	PARENTI	CONSEGNE
Xxxxx Yyyyy, aa 54, entra 21/12/2009	NSTEMI, dimesso 2/2008 con indicazione a BAC, rifiutato dal paziente	9,0	no	no	no	**40%**	si	no	**DA INFORMARE**	**NON VUOLE ASSOLUTAMENTE FARE IL BAC!!!**
Xxxxx Yyyyy, aa 68, entra 20/12/2009	STEMI anteriore da spasmo su DA. In K gastroesofageo	0,9	si	no	no	**35%**	**si**	no	**INFORMATI**	**CONS ONCO URGENTE PER TRASFERIMENTO IN ONCO: ENZIMI NEGATIVI, CORO NEGATIVA, NEUTROPENIA (1300)**
Xxxxx Yyyyy, aa 79, entra 19/12/2009	BAV III (PMT), frattura gamba sin (sincope), PREGESSA PCI (2 des SU CDX) con BAV e sincope	1,4	SI	si	no	**30%**	si	no	**DA INFORMARE**	**Marcatori negativi. 1.CORO PER MERC; 2. POI SI DECIDE PER PMK ED INTERVENTO ORTOPEDICO (Plavix?). Oggi gesso.**
Xxxxx Yyyyy, aa 84, entra 17/12/2009	EPA, valvulopatia mitralica, FAC, pregressa AVR, ipertensione, FV trattata con DC Shock	1,4	no	no	no	**30%**	**si**	no	**DA INFORMARE SULLA NECESSITA' DI ICD**	Ricoverato per EPA, la sera FV trattata con DC Shock. **CORO OGGI: CORONARIE INTEGRE. E ADESSO ICD?**
Xxxxx Yyyyy, aa 62, entra 17/12/2009	STEMI - shock cardiogeno - IOT, VAM, CORO	**1,9 --> 2.1**	no	no	si	**20%**	SI	NO	**VORREBERO PORTARLO A milano**	MENO GRAVE, Pregresso BAC. IOT, VAM. Coro: TRIVASALE, stenosi PRE e POST ANASTOMOSI CON BAC pervi. Grave disf VS. **Hb: 8,2 - PLT 75000, Apiretico. DIURESI ED EMODINAMICA OK. FAX PER TUTTI I CR?**
Xxxxx Yyyyy, aa 76, entra 17/12/2009	STEMI inf,obesità, ipert art. poba SU Cx (vaso piccolo)	1,0	no	no	no	**50%**	**si**	NO	**INFORMATI**	**oggi TRASFERIMENTO IN CARDIO**
Xxxxx Yyyyy, aa 46, entra 21/12/2009	PERICARDITE, PLEURITE, RETTOCOLITE ULCEROSA RIACUTIZZATA, toracentesi sinistra.	0,8	no	no	no	**40%**	SI	si	**parlato con la mamma: OK**	**v**ersamento pericardico CON ABBONDANTE CONPONENTE FIBRINOSA e versamento pleurico BILATERALE (> SIN). Iniziato Metacen. Inviate richieste per la sierologia. TORACENTESI SN evacuati 1100 cc. All'eco: versamento pericardico DIFFUSO 8 mm (ridotto) Ancora piretico. **CONS gastro: INIZIA CORTISONE. INIZIATA PARENTERALE SENZA LIPIDI, PAZIENTE A DIGIUNO. Eseguita diretta addome: OK.**
Xxxxx Yyyyy, aa 79, 22/12/2009	Angina instabile. Pregresso NSTEMI ANT e DES nel 2005. 2005 k vescica trattato; 2006 Pancreatite.	1,0	no	no	no	**55%**	si	NO	**INFORMATI**	**OGGI CORO: STENT OK, STENOSI AL 50% PRE STENT SU DA E SU I DIaGONALE. Bilirubina: 2.1; LDL: 248**

Tabella 3

lungo tutta la nostra penisola;
2 - indipendentemente dal modo di informatizzare (software acquistato o "hand - made"), sono ben chiari i campi da informatizzare in maniera prioritaria.
Potremmo concludere queste brevi considerazioni con un messaggio positivo e di speranza in un futuro con il ritorno alla centralità del medico al servizio del cittadino, ottimizzando i costi senza dimenticare che il nostro lavoro deve prima di tutto rispondere al bisogno di cure dei malati: i colleghi delle moderne Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, senza distinzione di latitudine, hanno risposto alla domanda 8 (In particolare, in riferimento ai quesiti precedenti, saresti disposto a modificare almeno in parte il tuo modo attuale di lavorare in UTIC?) dimostrando un grande entusiasmo, nel 98% dei casi in maniera affermativa.
Grazie ancora a tutti coloro che hanno collaborato a questo Censimento augurandoci di continuare questo progetto insieme e di convincere anche gli altri a partecipare!

Ipertensione Polmonare Cronica Tromboembolica: l'importante è pensarci

di Andrea Maria D'Armini

Una malattia rara? Forse piuttosto una malattia ancora "orfana" di un interesse collettivo

"… Una spiegazione dello scarso interesse per questa patologia tra la comunità cardiologica è già insito nel nome. Se invece di ipertensione polmonare cronica tromboembolica si parlasse di cuore polmonare cronico tromboembolico si avrebbe sicuramente un maggior livello di attenzione …".
Così, circa due anni fa, mi confidava un Cardiologo italiano "di fama internazionale" e credo, allora, avvesse pienamente ragione. Oggi la situazione è positivamente cambiata ed il termine "Ipertensione Polmonare Cronica Tromboembolica" (IPCTE) fa parte del bagaglio culturale della maggior parte dei Cardiologi. Se consideriamo, invece, la classe medica extra - cardiologica ancora oggi perdura uno scarso livello di conoscienza nei riguardi di questa patologia e del suo trattamento. Un esempio abbastanza esplicativo è il valore clinico che viene solitamente dato ad un riscontro occasionale ecocardiografico di Ipertensione Polmonare (IP). Se, ad un paziente ricoverato in un reparto non cardiologico, un esame ecocardiografico evidenzia un quadro di IP, anche in presenza di una anamnesi positiva per Embolia Polmonare (EP), è poco probabile che venga richiesta una consulenza specialistica. Queste considerazioni servono per capire come mai ancora oggi l'IPCTE viene definita una malattia rara. In realtà credo piuttosto si tratti di una malattia "orfana", nella misura in cui nella classe medica manca una piena consapevolezza delle dimensioni del problema ed una conoscienza delle possibilità e dei risultati del trattamento. L'epidemiologia dell'IPCTE non è quella di una malattia a larga diffusione con aspetti "sociali" di interesse nazionale come la cardiopatia ischemica ma il numero di pazienti affetti da IPCTE è sicuramente maggiore di quanto comunemente si creda. In Italia, ogni anno, vengono diagnosticate circa 65.000 EP acute. Di queste l'80% sopravvive e, considerando l'evoluzione in forma cronica una evenienza che si manifesta fino al 3.8% dei casi, ogni anno dovremmo avere circa 2.000 nuovi pazienti affetti da IPCTE. A questo numero vanno aggiunte le EP che non vengono diagnosticate e che quindi, non venendo trattate adeguatamente, dovrebbero avere una evoluzione cronica più elevata.
Ma che fine fanno tutti questi pazienti "acuti" e quelli che poi evolvono diventando "cronici"? Questo è sicuramente uno dei punti cruciali nell'iter diagnostico - terapeutico di questi malati che giustifica parzialmente l'attuale sottostima del numero di pazienti portatori di IPCTE.
Se un paziente colpito da infarto miocardico acuto giunge al Pronto Soccorso il suo trasferimento è presso una struttura cardiologica dove, dopo il necessario periodo di ricovero, viene dimesso con già programmato un controllo ambulatoriale a distanza di pochi mesi. Con una programmazione di questo tipo si offre al paziente cardiopatico la possibilità di essere seguito da specialisti in grado di ottimizzare la terapia.
Lo scenario cambia radicalmente se si tratta di un paziente colpito da EP. Escludendo i casi in cui una compromissione emodinamica severa obbliga al ricovero presso una struttura protetta quale una Rianimazione, una Terapia Intensiva o una Unità Coronarica, nella maggior parte dei pazienti il ricovero segue delle logiche di "disponibilità" di posti letto. Per questo motivo vengono solitamente coinvolti tutti i reparti che presentino delle connotazioni clinico - mediche quali la Cardiologia, la Pneumologia, le Cliniche Mediche (Medicina Generale, Medicina Interna, Medicina d'Urgenza, etc.) e, dove presenti, anche la Geriatria, la Reumatologia, l'Ematologia. In questi reparti il paziente con EP viene trattato in maniera ottimale ma, al momento della dimissione, salvo rari casi in cui nell'iter diagnostico - terapeutico del paziente è stato coinvolto un medico che abbia particolari interessi nella patologia, non viene fatta menzione di un successivo controllo a distanza per verificare l'eventuale evoluzione cronica della malattia. Solitamente il paziente viene riaffidato alle cure del medico di base e quindi, da un punto di vista ospedaliero, se ne perdono le tracce fino all'eventuale successivo ricovero o per una recidiva di EP o per il manifestarsi di un quadro di IPCTE.
Esistono quindi due possibili strategie per migliorare la situazione attuale, una di tipo prospettico, l'altra di tipo retrospettivo. La prima consiste nel seguire nel tempo i pazienti ricoverati

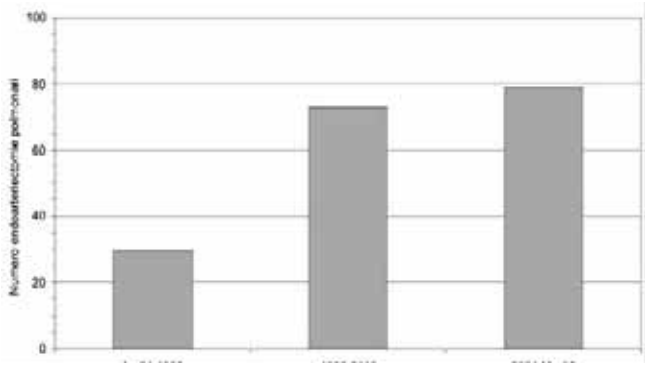


Figura 1 - numero endoarteriectomie polmonari eseguite presso la Divisione di Cardiochirurgia dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia da aprile 1994 a marzo 2008 divise per quinquenni: 182

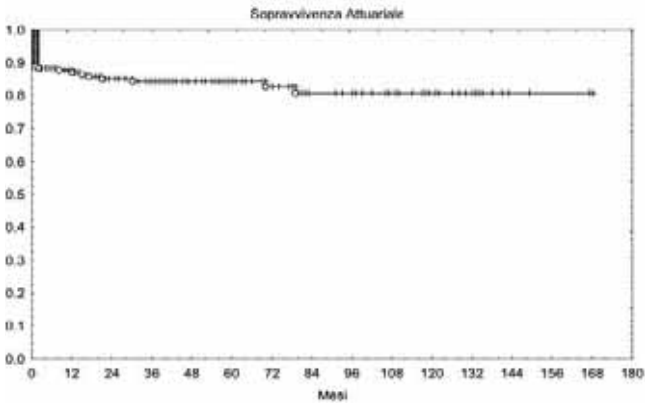


Figura 2 - sopravvivenza attuariale a 14 anni dall'intervento di endoarteriectomia polmonare: 80.7±3.7%

in Ospedale per un episodio di EP verificandone l'eventuale evoluzione in IPCTE. In questo senso riveste particolare importanza il Registro sull'EP dell'Area Malattie del Circolo Polmonare dell'ANMCO. La seconda strategia, di tipo retrospettivo, può essere attuata da qualsiasi struttura cardiologica interessata e consiste nel richiamare tutti i pazienti dimessi con diagnosi certa di EP dal proprio Ospedale e verificare, mediante esame ecocardiografico, la presenza di un quadro di IPCTE. Se l'esame ecocardiografico risulta positivo per un quadro di IP il passo successivo è una scintigrafia polmonare ventilo - perfusoria che rappresenta l'esame base di screening della malattia tromboembolica. Se anche questo esame risulta positivo siamo autorizzati ad identificare questo paziente come affetto da IPCTE ed iniziare una valutazione più approfondita. Ma quali esami vanno eseguiti per un completo inquadramento di un paziente affetto da IPCTE e quale terapia proporre? Gli esami strumentali possono essere raggruppati in 3 livelli (D'Armini et al. Giornale Italiano di Cardiologia 2006;7(7):454-463). Il punto cruciale, però, è quali effettuare nel Centro "di prima diagnosi" e quali nel Centro "di riferimento" per la scelta della migliore opzione terapeutica. Il "gold standard" terapeutico di questa patologia è chirurgico, consiste in un intervento chiamato Endoarteriectomia Polmonare (EAP) e di conseguenza è opportuno che gli esami discriminanti l'operabilità vengano effettuati nel Centro di riferimento. È cruciale, infatti, stabilire l'esatta localizzazione anatomica delle lesioni tromboemboliche responsabili del quadro di IPCTE. Queste lesioni, nella maggior parte dei pazienti (≅ 75%), sono definite "prossimali" in quanto presenti a livello dei rami principali, lobari o segmentali delle arterie polmonari. Nei rimanenti pazienti (≅ 25%) sono invece esclusivamente "distali" (rami subsegmentali). Nel primo gruppo possono essere trattate mediante EAP mentre nel secondo questo intervento non può essere eseguito e le possibilità terapeutiche in nostro possesso sono limitate alla terapia medica e, nei casi più avanzati, al trapianto polmonare.

Dopo intervento di EAP nella maggioranza dei pazienti si assiste ad una immediata e duratura normalizzazione dell'emodinamica cardio - polmonare; anche la morfologia cardiaca e la classe funzionale migliorano stabilmente. Da aprile 1994 a marzo 2008 presso la Divisione di Cardiochirurgia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia sono state eseguite 182 EAP con una sopravvivenza attuariale a 14 anni dell'80.7±3.7%.

In conclusione ci troviamo, quindi, di fronte ad una patologia che, a fronte di una storia naturale estremamente severa, presenta, nella maggioranza dei casi, una soluzione chirurgica che garantisce ottimi risultati. È quindi doveroso da parte di tutti noi impegnarci per aumentare il numero di pazienti affetti da IPCTE che possano fruire di questo intervento.

Come discutere con l'Amministrazione e con i Rappresentanti Istituzionali

di Giuseppe Rosato

Il lavoro di squadra rappresenta un'arma in più per cercare di persuadere l'interlocutore verso posizioni condivise. Il leader del gruppo conduce la discussione

Burocrazia e Amministrazione sono spesso avvertite dai medici come sinonimi di vincoli, norme e procedure con i quali si è costretti a confrontarsi. Per sfatare questo tabù è opportuno puntare su un'efficace integrazione tra clinica e managment. Un'adeguata capacità comunicativa rappresenta il requisito indispensabile per riuscire a confrontarsi in maniera proficua con Amministratori e Rappresentanti Istituzionali esterni all'Azienda. La corretta conduzione di una negoziazione si ottiene lavorando in team e servendosi di alcune tecniche che aiutano a definire il soggetto con il quale si interloquisce.

"Non è possibile non comunicare, non esiste un comportamento che non sia comunicativo" (Voslavic).
Non possiamo, però, non tener conto di quanto sia difficile districarsi nella giungla della burocrazia, governare e tenere sotto controllo il continuo evolversi della normativa, confrontarsi con figure professionali "particolari" e, soprattutto, farsi capire.
Burocrazia ed Amministrazione sono spesso avvertite dai medici come sinonimi di vincoli, norme e procedure defatiganti, in quanto i professionisti, detentori delle conoscenze tecniche, sono costretti a confrontarsi con le ineludibili esigenze della gestione e dell'organizzazione.
Per uscire da questa sterile contrapposizione è necessario ricreare un'integrazione di competenze e di regole condivise.
La prima regola da accettare e interpretare è quella di assumere una funzione manageriale all'interno dell'organizzazione. Una seconda regola è quella di considerare che il fine della Sanità non è fare profitto o aziendalizzare la gestione, bensì fornire una risposta corretta ai bisogni di salute della popolazione e organizzare le prestazioni così da evitare sprechi e inefficienze.
L'obiettivo finale è l'integrazione tra clinica e management, dove il clinico dovrà acquisire competenze professionali nella gestione manageriale e il direttore generale dovrà essere capace di organizzare una squadra, coinvolgendo nei processi decisionali le figure cui sono delegati i compiti di gestione e di raggiungimento dei risultati aziendali.
Una gestione, quindi, partecipativa in virtù della quale la responsabilizzazione economica dei dirigenti medici diventa chiave di volta del percorso di aziendalizzazione e il controllo economico non significa affatto subordinazione dell'autonomia professionale ai criteri economici. Al contrario, serve ad esaltare la professionalità degli operatori i quali, attraverso l'adozione di logiche e strumenti tipici del controllo economico, potranno utilizzare le risorse nei modi più confacenti allo sviluppo della loro professionalità.
Esempio di tale delicato argomento è proprio fornito da come il medico può vedere il budget: lo può vedere come mero strumento contabile, oppure come strumento di programmazione, di coinvolgimento della dirigenza medica, di corretta utilizzazione delle risorse, di controllo dei risultati, come strumento per migliorare le prestazioni.
In tale logica, è evidente che il budget va negoziato e, come in tutte le negoziazioni, è necessario che i soggetti che negoziano debbano conciliare posizioni diverse che possono de-

terminare per entrambe le parti un fallimento o una soluzione.
Per una buona negoziazione è necessario disegnare i confini. A ciò si giunge attraverso un'adeguata capacità comunicativa che predisponga ad una discussione in cui vi sia una proposta, seguita da una trattativa che porti ad una conclusione.
È indispensabile iniziare una negoziazione avendo chiari gli obiettivi e per realizzare tale condizione, è necessario che ai cambiamenti strutturali e culturali dell'organizzazione corrisponda la condivisione generalizzata della mission e del senso di appartenenza.
Anche se un'organizzazione avesse la fortuna di avere nel suo organigramma tutti manager particolarmente dotati, ognuno di essi esplicherebbe le sue capacità comunicazionali e di leadership in modo diverso; non ci sarebbe uno stile di visibilità specifico dell'organizzazione sia all'esterno (a livello dell'utenza, dei clienti, di altre organizzazioni), che all'interno (a livello dei gruppi di lavoro gestiti dai manager). Ciò determinerebbe confusione negli interlocutori esterni e difficoltà di interattività tra i diversi gruppi di lavoro all'interno.
Indispensabili sono pertanto: lo studio del profilo dei Rappresentanti Istituzionali che partecipano alla trattativa; la raccolta di informazioni sulla problematica da affrontare; l'individuazione di punti forti e come contenerli; la scoperta dei punti deboli e come utilizzarli; la stima degli obiettivi e la loro importanza.
I contatti con interlocutori interni ed esterni e in sedi diverse hanno necessità di visibilità omogenea, chiara, per cui è necessario tener presente alcuni suggerimenti prima della negoziazione:
- raccolta delle informazioni (dati, notizie, posizioni);
- analisi degli incontri precedenti
- ruoli, equilibri, conduzione;
- esame ordine del giorno - argomenti, partecipanti, ora e luogo riunione.

Non bisogna sottovalutare mai l'effetto squadra. La controparte utilizza le migliori risorse a sua disposizione per ottenere vantaggi. Bisogna sempre tener presente che le potenzialità del team sono superiori alla somma delle capacità di ogni singolo componente e la sinergia rappresenta l'elemento determinante per ottenere un team efficiente ed efficace.
Il ruolo che si può assumere al tavolo della discussione è quanto mai vario. L'irriducibile indebolisce le argomentazioni, interrompe le trattative e presidia l'area sostenendo le posizioni. L'accomodante, invece, comprende le opinioni, rivede le posizioni e garantisce il clima cordiale della discussione. L'intransigente rivede le offerte, rallenta la trattativa e quindi mantiene l'attenzione.
Infine il facilitatore evidenzia le contraddizioni, suggerisce le alternative e considera gli obiettivi.
Il leader gestisce gli argomenti, conduce la negoziazione, assume decisioni e quindi governa il risultato.
È un grave errore iniziare la trattativa senza definire la posizione. Bisogna chiarire la strategia (personalità, circostanze, argomenti), assegnare i ruoli (caratteristiche, capacità, punti di forza), definire i compiti (tempistica, modalità, conduzione).
La conduzione della negoziazione consta di quattro fasi: ascoltare; osservare (umore, segnali, messaggi) valutare, esporre (riassunto, chiarimenti, ipotesi).
Bisogna ascoltare attentamente la controparte, chiedere spiegazioni sulle proposte, garantire spazi di manovra quanto più ampi, utilizzare il condizionale nella proposta. Non bisogna formulare giudizi sui pareri, ma presentare proposte vantaggiose, fare concessioni nelle fasi finali, usare affermazioni categoriche.
Ai medici, come singoli dirigenti, e alle loro associazioni non resta che accettare le regole del gioco, interpretandole non in modo passivo ma fornendo il proprio insostituibile contributo di competenza tecnico-specialistica con un atteggiamento di partecipazione critica, accettando e interpretando pienamente la funzione manageriale.
Possiamo dire con J.F. Kennedy: "Non negoziate senza timore, ma non abbiate timore di negoziare".

Sono quattro le parole - chiave di una proficua negoziazione: ascoltare, osservare, valutare, esporre

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

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

Io sottoscritto:

Cognome _____

Nome _____

Via _____ N° _____

CAP _____ Città _____ PROV. ____

Autorizzo a prelevare € _____

per la quota associativa dell'anno _____

Socio Ordinario

☐ € 90,00 per i Direttori di Struttura Complessa

☐ € 70,00 per i Responsabili di Struttura Semplice/Dirigenti

☐ € 10,00 Iscrizione Unatantum (solo per i nuovi Soci Ordinari)

Socio Aggregato

☐ € 50,00

a mezzo carta credito:

☐ **Carta Si** ☐ **Carta Visa** ☐ **Eurocard** ☐ **Master Card**

numero carta:

data di scadenza: Codice di Sicurezza CV2
(le ultime 3 cifre del codice sul retro della carta)

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 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 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?

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 servizi ai propri associati nonché a soggetti terzi che comunque operano nel campo della Cardiologia, attivandosi per l'organizzazione di congressi ed altre iniziative a carattere scientifico in tale ambito. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero in occasione di convegni o altre iniziative medico-scientifiche), 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. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poterLe inviare tutte le informazioni in nostro possesso sulle Aree da Lei prescelte, nonché per consentirLe di abbonarsi gratuitamente alla Rivista dell'Associazione "Cardiologia negli Ospedali", ponendo in essere tutte le operazioni a ciò strumentali. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati ad ANMCO non sarà possibile provvedere ad informarLa sulle iniziative legate alle Aree di suo interesse, né potrà esserLe inviata in abbonamento la Rivista dell'Associazione ovvero 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.
I dati da Lei conferiti non saranno diffusi e verranno esclusivamente comunicati a società terze addette a porre in essere tutte le operazioni materiali strumentali a consentirLe di ricevere le informazioni come sopra individuate nonché la Rivista dell'Associazione.
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 _____

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 servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo, nonché per consentirLe di abbonarsi agli organi scientifici legati all'Associazione, 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 dell'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 Bolgna c/o Ospedale Maggiore, Unità Operativa di Cardiologia, Largo Nigrisoli n. 2 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine, potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio in abbonamento 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

Cardiologia negli Ospedali

SONDAGGIO PER I LETTORI

Gentile Lettore,
nel realizzare l'ultimo restyling di "Cardiologia negli Ospedali" (CnO), Rivista ufficiale dell'ANMCO, la Redazione si è trovata a valutare la fruibilità delle informazioni e l'efficacia della comunicazione. Adesso per avere un feedback sul risultato chiediamo ai nostri Lettori di esprimersi rispondendo alle domande che seguono, inerenti non solo gli aspetti grafici e contenutistici, ma anche alle aspettative e alle abitudini dei Soci. È possibile inviare il sondaggio compilato al numero di fax 055/579334 oppure al seguente indirizzo:
Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze.
In alternativa è possibile partecipare al Sondaggio online sul Sito WEB ANMCO alla pagina
http://www.anmco.it/cardiologiaospedali/sondaggio

1) Ricevete tutti i numeri di CnO?

☐ Sì ☐ No

2) Se no specificare quanti nell'ultimo anno: _____

3) Legge CnO?
☐ Sì, tutte le rubriche
☐ Sì, ma solo alcuni articoli
☐ Raramente
☐ Mai

4) Legge CnO perchè:
☐ È utile in ambito professionale
☐ Per conoscere le attività che si svolgono in ambito associativo
☐ Per svago
☐ Altro:_____

5) Quali rubriche trova più interessanti?
☐ Quelle che danno voce agli Organi Istituzionali
☐ I Reportage
☐ Dalle Aree
☐ Dalle Regioni
☐ Forum/Istruzioni per l'uso
☐ Cuori allo specchio
☐ Viaggio intorno al cuore/Figurare la parola

6) Quali argomenti vorrebbe fossero approfonditi o aggiunti?

_____

_____

7) Se abitualmente non legge CnO qual è la motivazione principale?
☐ Non trovo le tematiche interessanti
☐ Non è utile nella pratica lavorativa
☐ Non è fruibile
☐ Non ho tempo

8) Come valuta la veste grafica?
☐ Accattivante
☐ Piacevole
☐ Non adatta
☐ Non mi piace

9) Come valuta il carattere di scrittura adottato nella redazione dei testi?
☐ Adatta
☐ Troppo piccola
☐ Non chiara

10) L'aspetto grafico quanto influenza la sua predisposizione alla lettura?
☐ Molto
☐ Abbastanza
☐ Poco
☐ Per niente

11) Consulta il Sito WEB ANMCO:
☐ Spesso
☐ Qualche volta
☐ Raramente
☐ Mai

12) Legge CnO on line?
☐ Spesso
☐ Qualche volta
☐ Raramente
☐ Mai

13) Trova interessante il supplemento di "Cardiologia negli Ospedali" dedicato ai Soci Fellow dell'ANMCO?
☐ Molto
☐ Abbastanza
☐ Poco
☐ Per niente

14) Ha letto il "Congress News Daily", il quotidiano pubblicato in occasione del Congresso Nazionale ANMCO?
☐ Sì l'ho letto e l'ho trovato interessante
☐ Sì l'ho letto, ma non l'ho trovato particolarmente interessante
☐ Ricordo la pubblicazione ma non ho avuto modo di leggerla
☐ Non l'ho letto

15) Qual è la rivista in ambito cardiologico che legge più di frequente?

_____

16) Ha delle considerazioni di ordine generale da esprimere?

_____

_____

_____

ANMCO 2008

XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia

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

Informazioni scientifiche e generali

MAIN SESSION
- Sindromi Coronariche Acute: Linee Guida, mondo reale, innovazioni
- Fibrillazione Atriale: Linee Guida, mondo reale, innovazioni
- Gli Studi Clinici dell'ANMCO
- La Cardiologia del futuro tra certezze e speranze
- Convention UTIC 2008

SIMPOSI
- Tradizionali
- Congiunti con altre Società Scientifiche
- Satellite

EVENTI SEMINARIALI
Incontri di un'ora a carattere prevalentemente formativo di diversa tipologia.

How to
Metodologia clinica
Controversie
Pro e contro su argomenti di attualità
Focus on
Il punto su tecniche, procedure e terapie di avanguardia
Clinical Round
Presentazione e discussione di casi clinici con snodi decisionali

MOVIE SESSION

LIVE SESSION

MINIMASTER
Corsi teorico-pratici di clinical competence in Cardiologia della durata di oltre 4 ore. Le tematiche vengono trattate in modo esauriente ed interattivo. L'iscrizione al Congresso include la partecipazione ai Minimaster per i quali è necessaria la preiscrizione. Per i non iscritti al Congresso la quota d'iscrizione al solo Minimaster è di Euro 150,00. I Minimaster sono stati accreditati presso il Ministero della Salute con un punteggio autonomo rispetto a quello relativo alle giornate congressuali.

EVENTO FEDERAZIONE ITALIANA DI CARDIOLOGIA

INCONTRO COMMISSIONE NAZIONALE PER LA RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE

EVENTI A CURA DI HEART CARE FOUNDATION

SESSIONI DI COMUNICAZIONI

SESSIONE POSTER

RIUNIONI DI AREA
Le riunioni delle Aree dell'ANMCO si svolgeranno domenica 1 giugno dalle ore 18.15 alle ore 20.15.

ASSEMBLEA DEI SOCI ANMCO
L'Assemblea dei Soci si svolgerà sabato 31 maggio dalle ore 17.45 alle ore 20.00.
Per partecipare all'Assemblea occorre essere in regola con il pagamento delle quote associative.

ELEZIONI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE DELL'ANMCO
Durante il Congresso si svolgeranno le operazioni di voto per il rinnovo del Consiglio Direttivo Nazionale dell'ANMCO. I Soci con diritto di voto devono essere in regola con il pagamento delle quote associative. Il nuovo Direttivo si insedierà il 2 giugno 2008 e resterà in carica fino al giugno 2010.
Apertura dei seggi:
- domenica 1 giugno dalle ore 8.00 alle ore 20.00
- lunedì 2 giugno dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

EVENTO TUTTI INSIEME
Si svolgerà la sera del 1 giugno 2008, alle ore 20.30 nel Chiostro dello Spedale degli Innocenti in Piazza SS. Annunziata.

ISCRIZIONI
L'iscrizione al Congresso include la possibilità di partecipare ad un Minimaster. La quota di iscrizione verrà restituita con la detrazione del 30% per rinunce comunicate in data anteriore al **28 aprile 2008**.
Non sono previsti rimborsi dopo tale data.
L'iscrizione al Congresso sarà accettata fino al **5 maggio 2008**, successivamente sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale.

CREDITI FORMATIVI ECM
È stata inoltrata al Ministero della Salute richiesta per i Crediti Formativi ECM-Educazione Continua in Medicina.

CARDIONURSING 2008

Informazioni scientifiche e generali

MAIN SESSION

SIMPOSI

MINIMASTER
Corsi di approfondimento teorico - pratici della durata di 6 ore a numero chiuso per cui è necessaria la preiscrizione utilizzando l'apposita scheda a seguire, da inviare al Centro Servizi ANMCO (Via La Marmora 36 - 50121 Firenze) entro il **5 maggio 2008.**
Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei posti e per l'assegnazione varrà la data del timbro postale. A coloro che resteranno esclusi dal Minimaster prescelto verrà offerta la possibilità di partecipare ad un altro corso, oppure verrà restituita interamente la quota versata. In caso di annullamento si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il **28 aprile 2008**. La quota verrà restituita con una detrazione del 30%. Per gli annullamenti dopo tale data non è previsto alcun rimborso. I Minimaster sono suddivisi in tre parti ed è stata inoltrata domanda di accreditamento alla Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute con un punteggio autonomo rispetto a quello relativo alle giornate del Cardionursing.

CASI CLINICI INFERMIERISTICI

INCONTRI CON L'ESPERTO

HOW TO

MINI-CORSI

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE E POSTER

ISCRIZIONI
La quota di iscrizione è indispensabile per poter partecipare ai lavori scientifici. In caso di annullamento, si prega di rivolgersi al Centro Servizi ANMCO entro il 28 aprile 2008. La quota verrà restituita con la detrazione del 30%. Gli annullamenti dopo tale data non avranno diritto ad alcun rimborso.
L'iscrizione al Congresso sarà accettata fino al 5 maggio 2008; dopo tale data sarà possibile iscriversi solo in sede congressuale.
L'iscrizione ai Minimaster con una quota di Euro 100,00 (IVA inclusa) include l'iscrizione al Congresso e verrà accettata fino al raggiungimento del numero massimo previsto per ciascuno di essi. L'elenco dei Minimaster si trova nella scheda di iscrizione.

ASSEMBLEA ISCRITTI AREA NURSING
L'Assemblea degli iscritti all'Area Nursing è prevista domenica 1 giugno dalle ore 14.00 alle ore 15.30.

CREDITI FORMATIVI ECM
È stata inoltrata al Ministero della Salute richiesta per i Crediti Formativi ECM Educazione Continua in Medicina per le seguenti professioni:
1 giugno 2008: Infermiere, Fisioterapista, TFCePC
2 giugno 2008: Infermiere, Infermiere pediatrico, TFCePC
Minimaster:
- "Elettrocardiografia clinica"
→ Infermiere, TFCePC
- "La prevenzione cardiovascolare: tecniche di counseling e di comunicazione per la riduzione del rischio"
→ Infermiere, Assistente sanitario
- "L'Infermiere e lo scompenso"
→ Infermiere, Fisioterapista
- "Come si fa ricerca"
→ Infermiere, TFCePC

Venerdì 30 Maggio 2008

	SALA MICHELANGELO	SALA BRUNELLESCHI	SALA LEONARDO	SALA MASACCIO	SALA CIMABUE	SALA DONATELLO	SALA GHIRLANDAIO	SALA ANGELICO
8.15-12.45		MINIMASTER Cuore e diabete	MINIMASTER Elettrocardiografia	MINIMASTER Ecocardiografia	MINIMASTER Applicazioni cliniche del nuovo imaging cardiaco: TC e RM	MINIMASTER Valvulopatie	10.15-13.00 SEMINARIO DI AGGIORNAMENTO Il trattamento del paziente ad alto rischio cardiovascolare	9.00-13.00 INCONTRO ANMCO - Commissione Nazionale per la Rianimazione Cardiopolmonare
13.00-14.00	LUNCHEON COMUNICAZIONI Sindromi coronariche acute	LUNCHEON COMUNICAZIONI Insufficienza cardiaca: valutazione non invasiva	LUNCHEON COMUNICAZIONI Ablazione della fibrillazione atriale	LUNCHEON COMUNICAZIONI Ipertensione arteriosa	LUNCHEON COMUNICAZIONI Malattie miocardiche e pericardiche	LUNCHEON COMUNICAZIONI Circolo polmonare	LUNCHEON COMUNICAZIONI Miscellanea	
14.15-17.15	EVENTO FIC Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia							
17.15-18.45	SIMPOSIO La terapia antitrombotica nelle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST: nuovi farmaci	SIMPOSIO Il punto sul trattamento dello scompenso cardiaco acuto	SIMPOSIO Il defibrillatore impiantabile nei pazienti con grave disfunzione ventricolare sinistra: tra Linee Guida, evidenze scientifiche, problemi etici e limitazioni delle risorse	SIMPOSIO Management delle patologie pericardiche	SIMPOSIO Interventi riparativi valvolari: quali indici chiede il chirurgo all'ecocardiografista?	SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-CROI Coinvolgimento cardiaco nelle malattie del connettivo	SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-ISS Profilo di rischio cardiovascolare "favorevole"	SIMPOSIO Cardiopatie e gravidanza
18.45-20.00	CERIMONIA INAUGURALE							

- Cardiopatia ischemica
- Scompenso cardiaco
- Aritmie cardiache
- Prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, Ipertensione arteriosa
- Eco, Imaging, Cardiomiopatie, Cardiopatie congenite/Valvulopatie, Cardiochirurgia
- Cardiologia clinica, Malattie del circolo polmonare, Varie
- Problemi organizzativi e gestionali in cardiologia

ANMCO 2008

XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia
Time Table

Sabato 31 Maggio 2008

	SALA MICHELANGELO	SALA BRUNELLESCHI	SALA LEONARDO	SALA MASACCIO	SALA CIMABUE	SALA DONATELLO	SALA GHIRLANDAIO	SALA ANGELICO
8.15-9.45	LIVE SESSION Emodinamica	SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-SIMEU Il paziente con dolore toracico in pronto soccorso: dalla teoria alla pratica	SIMPOSIO Lo studio anatomo-funzionale della placca aterosclerotica	SIMPOSIO Embolia polmonare	SIMPOSIO Diabete mellito e cardiopatia ischemica	SIMPOSIO Ruolo della Cardiologia riabilitativa nel paziente sottoposto ad impianto di device	SIMPOSIO Cuore e stroke	SIMPOSIO Cuore e sport-terapia: oltre la "semplice" attività motoria
9.45-10.45	MAIN SESSION Sindromi coronariche acute: Linee Guida, mondo reale, innovazioni	SEMINARIO La gestione del paziente con palpitazioni di origine sconosciuta alla luce del Policy Document dell'AIAC	SEMINARIO Valutazione funzionale e indicatori prognostici nello scompenso cardiaco					
10.45-11.45		SEMINARIO I tumori del cuore	SEMINARIO Insufficienza cardiaca di origine ischemica: il ruolo della terapia con statine					
12.00-13.00	LUNCHEON COMUNICAZIONI Sindromi coronariche acute e comorbilità	LUNCHEON COMUNICAZIONI Insufficienza cardiaca: meccanismi neuroumorali	LUNCHEON COMUNICAZIONI Appropriatezza e rischio clinico	LUNCHEON COMUNICAZIONI Cardiologia interventistica	LUNCHEON COMUNICAZIONI Cardiochirurgia	LUNCHEON COMUNICAZIONI Ablazione transcatetere	LUNCHEON COMUNICAZIONI Epidemologia, prevenzione e riabilitazione	LUNCHEON COMUNICAZIONI Ecocardiografia I
13.15-14.00	SIMPOSIO Ontarget: applicazioni nella prevenzione cardiovascolare, implicazioni nella clinica			LETTURA Linee Guida SCA: impiego di enoxaparina nei pazienti sottoposti a PCI		13.15-13.45 LETTURA La gestione della FA nel pz iperteso: implicazioni cliniche degli AIIA	13.15-13.45 LETTURA I recettori beta 3: ruolo fisiopatologico ed implicazioni cliniche	
14.00-14.45		14.15-14.45 LETTURA Strategie terapeutiche nei diversi tipi di ipertensione polmonare		LETTURA Obesità addominale, rischio cardiometabolico e placca aterosclerotica: risultati dello studio Stradivarius con rimonabant				
15.00-16.00	SEMINARIO La fibrillazione atriale: dal caso clinico alle Linee Guida	SEMINARIO L'occlusione coronarica subacuta e cronica: indicazioni alla rivascolarizzazione	SEMINARIO La sindrome cardio-renale	SEMINARIO Cardiopatia ischemica nei due sessi	SEMINARIO Ipertensione polmonare	SEMINARIO Ecocardiografia e chirurgia cardiaca: percorsi e standard richiesti	SEMINARIO Arteriopatia periferica: una patologia sottostimata e sottotrattata	SEMINARIO Stenosi aortica nell'anziano
16.00-17.30	SIMPOSIO Le migliori comunicazioni	SIMPOSIO Infarto miocardico e disfunzione ventricolare sinistra	SIMPOSIO Il punto sul trattamento dello scompenso cardiaco avanzato	SIMPOSIO Terapia rigenerativa del miocardio	SIMPOSIO Stent a rilascio di farmaco: a che punto siamo	SIMPOSIO Insufficienza mitralica ischemica	SIMPOSIO Il governo clinico in Cardiologia	SIMPOSIO Le nuove Linee Guida europee per la prevenzione cardiovascolare: dalle evidenze scientifiche alla pratica clinica
17.45-20.00	ASSEMBLEA DEI SOCI ANMCO							

Domenica 1 Giugno 2008

	SALA MICHELANGELO	SALA BRUNELLESCHI	SALA LEONARDO	SALA MASACCIO	SALA CIMABUE	SALA DONATELLO	SALA GHIRLANDAIO	SALA ANGELICO
8.15-9.15	MOVIE SESSION Aritmologia	SEMINARIO La terapia antiaggregante nei pazienti trattati con stent: problemi quotidiani	SEMINARIO La TC multistrato delle arterie coronarie nella pratica clinica cardiologica	SEMINARIO Il monitoraggio dell'idratazione nel paziente con scompenso cardiaco congestizio	SEMINARIO La chiusura del forame ovale pervio	SEMINARIO Shock cardiogeno: dalla teoria alla pratica	SEMINARIO Bicuspidia della valvola aortica	SEMINARIO Innovazione tecnologica in ecocardiografia. Quale impatto clinico?
9.15-10.15	MAIN SESSION Fibrillazione atriale: Linee Guida, mondo reale, innovazioni	SEMINARIO Angina stabile	SEMINARIO Cardiopatie infiammatorie ad esordio pseudoinfartuale	9.15-10.45 SIMPOSIO La patologia non aterosclerotica delle coronarie				
10.15-11.15		SEMINARIO Dolore toracico: ruolo dei marcatori biochimici	SEMINARIO Risonanza magnetica nella cardiopatia ischemica					10.15-11.45 SEMINARIO HCF La correzione di alterati stili di vita nel mondo della scuola per un'efficace prevenzione cardiovascolare
11.30-13.00	SIMPOSIO Infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST	SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-FADOI La terapia antiaggregante piastrinica ed anticoagulante nel paziente sottoposto a rivascolarizzazione	SIMPOSIO Cardiomiopatie e nuova classificazione	SIMPOSIO La responsabilità professionale del cardiologo clinico	SIMPOSIO Attualità in tema di endocardite infettiva	SIMPOSIO È utile studiare la rigidità arteriosa nel paziente iperteso?	SIMPOSIO Problematiche aperte nell'impiego di dispositivi elettrici (PM e ICD)	
13.15-14.45	LUNCHEON POSTER - AREA POSTER PIANO ATTICO				LUNCHEON POSTER - AREA POSTER PIANO ATTICO			ASSEMBLEA SOCI HCF
15.00-16.30	SIMPOSIO Sindromi coronariche acute e terapia antiaggregante oggi in Italia	15.00-15.30 LETTURA Obiettivi terapeutici necessari: riduzione pressoria e protezione vascolare!	SIMPOSIO La terapia farmacologica con statine: dall'evento cardio - cerebrovascolare acuto alla continuità ospedale - territorio	SIMPOSIO Il trattamento antitrombotico nei pazienti con sindrome coronarica acuta	15.00-16.00 MINI-SIMPOSIO Realtà clinico-organizzative nella gestione dello STEMI: opportunità presenti e future	15.00-15.30 LETTURA Approccio farmacologico integrato nella FA: dalla terapia antiaritmica all'*«upstream therapy»*	15.00-16.00 MINI-SIMPOSIO Gestione dell'ipertensione polmonare: update 2008	SIMPOSIO Strategie innovative per un controllo ottimale del rischio cardiovascolare
16.30-17.30	MAIN SESSION Gli studi clinici dell'ANMCO	SEMINARIO Aggiornamenti in tema di cardiomiopatia ipertrofica	SEMINARIO La sincope nelle diverse stagioni della vita					
17.30-18.15								
18.15-20.15	RIUNIONE AREA EMERGENZA-URGENZA	RIUNIONE AREA SCOMPENSO CARDIACO	RIUNIONE AREA ARITMIE	RIUNIONE AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	RIUNIONE AREA MANAGEMENT & QUALITÀ	RIUNIONE AREA CHIRURGICA	RIUNIONE AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE	RIUNIONE AREA INFORMATICA

- Cardiopatia ischemica
- Scompenso cardiaco
- Aritmie cardiache
- Prevenzione e riabilitazione cardiovascolare, Ipertensione arteriosa
- Eco, Imaging, Cardiomiopatie, Cardiopatie congenite/Valvulopatie, Cardiochirurgia
- Cardiologia clinica, Malattie del circolo polmonare, Varie
- Problemi organizzativi e gestionali in cardiologia

ANMCO 2008

XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia
Time Table

Lunedì 2 Giugno 2008

	SALA MICHELANGELO	SALA BRUNELLESCHI	SALA LEONARDO	SALA MASACCIO	SALA CIMABUE	SALA DONATELLO	SALA GHIRLANDAIO	SALA ANGELICO
8.15-9.15	SEMINARIO Problemi aperti in tema di resincronizzazione cardiaca	SEMINARIO Scompenso cardiaco con frazione di eiezione conservata	SEMINARIO Terapia medica in prevenzione secondaria: quali farmaci sono realmente necessari?	SEMINARIO Cardiopatia ischemica cronica: il peso prognostico delle stenosi coronariche	SEMINARIO La sindrome di Marfan: dalla diagnosi al trattamento	SEMINARIO Ecografia vascolare: valore prognostico incrementale rispetto ai fattori di rischio tradizionali	SEMINARIO Attualità in tema di riabilitazione del paziente con scompenso cardiaco	SEMINARIO Attualità in tema di sindromi aortiche acute
9.15-10.15	MAIN SESSION Convention UTIC 2008	SEMINARIO Valvulopatia asintomatica di grado moderato-severo: ruolo dei test provocativi	SEMINARIO Lo screening cardiologico nella popolazione sportiva: un'opportunità per la diagnosi precoce e la prevenzione cardiovascolare primaria					
10.15-11.15		SEMINARIO I nuovi snodi decisionali nella gestione dello scompenso: ritorno alla clinica	SEMINARIO Problemi clinici: interazione tra pneumologi e cardiologi					
11.15-12.45	SIMPOSIO Studio GISSI-AF: nuove evidenze sulla fibrillazione atriale	SIMPOSIO Ottimizzazione degli interventi antipertensivi nell'ottica della prevenzione cardiovascolare		SIMPOSIO Rilievo clinico della inibizione piastrinica nei pazienti con sindrome coronarica acuta	11.15-11.45 LETTURA La gestione della triade lipidica nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare	11.15-11.45 LETTURA Efficacia e sicurezza della terapia antitrombotica: ruolo del fondaparinux		
12.45-14.15	SIMPOSIO CONGIUNTO ANMCO-ESC Heart failure: new concepts / scompenso cardiaco: nuovi concetti	LUNCHEON COMUNICAZIONI Sindromi coronariche acute: indicatori prognostici	LUNCHEON COMUNICAZIONI Modelli organizzativi nella gestione delle sindromi coronariche acute	LUNCHEON COMUNICAZIONI Insufficienza cardiaca, resincronizzazione, devices e trapianto	LUNCHEON COMUNICAZIONI Insufficienza cardiaca, e disfunzione sistolica	LUNCHEON COMUNICAZIONI Ecocardiografia II	LUNCHEON COMUNICAZIONI Sincope	LUNCHEON COMUNICAZIONE Interventistica non coronarica
14.30-15.30	MAIN SESSION La Cardiologia del futuro tra certezze e speranze	SEMINARIO Le alterazioni del respiro nelle cardiopatie	SEMINARIO Le tachicardie ventricolari	SEMINARIO L'ANMCO e la gestione dell'emergenza				
15.30-16.30		SEMINARIO Resincronizzazione cardiaca nello scompenso cardiaco	SEMINARIO Il rischio di morte improvvisa nei pazienti senza disfunzione ventricolare sinistra	SEMINARIO Obesità e rischio cardiovascolare				
16.30-17.45	DIBATTITO Testamento biologico							
17.45	Proclamazione risultati elettorali e insediamento Consiglio Direttivo 2008-2010							

CARDIONURSING 2008

XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO

Time Table

Domenica 1 Giugno 2008

	SALA CAVANIGLIA	SALA CAVANIGLINO	SALA VOLTA	SALA ARCO
9.00-11.00	MINIMASTER Elettrocardiografia clinica (I parte)	MINIMASTER La prevenzione cardiovascolare: tecniche di counseling e di comunicazione per la riduzione del rischio (I parte)	MINIMASTER L'Infermiere e lo scompenso (I parte)	MINIMASTER Come si fa Ricerca (I parte)
11.00-12.30	MAIN SESSION Il cammino della professione infermieristica in Italia e in Europa			
12.30-14.00	SIMPOSIO La gestione dell'emergenza intraospedaliera	HOW TO Il paziente con insufficienza renale acuta in terapia intensiva cardiologica	MINI-CORSO CARDIOCHIRURGIA (I) Cosa è necessario sapere per una adeguata assistenza infermieristica	SESSIONE DI COMUNICAZIONI
14.00-15.30	ASSEMBLEA ISCRITTI AREA NURSING ANMCO			
15.30-17.00	SIMPOSIO Il controllo glicemico in terapia intensiva cardiologica	LE MIGLIORI COMUNICAZIONI	MINI-CORSO CARDIOCHIRURGIA (II) Il trapianto di cuore	CASI CLINICI
17.00-19.45	MINIMASTER Elettrocardiografia clinica (II parte)	MINIMASTER La prevenzione cardiovascolare: tecniche di counseling e di comunicazione per la riduzione del rischio (II parte)	MINIMASTER L'Infermiere e lo scompenso (II parte)	MINIMASTER Come si fa Ricerca (II parte)

Lunedì 2 Giugno 2008

	SALA CAVANIGLIA	SALA CAVANIGLINO	SALA VOLTA	SALA ARCO
8.00-9.15	MINIMASTER Elettrocardiografia clinica (III parte)	MINIMASTER La prevenzione cardiovascolare: tecniche di counseling e di comunicazione per la riduzione del rischio (III parte)	MINIMASTER L'Infermiere e lo scompenso (III parte)	MINIMASTER Come si fa Ricerca (III parte)
9.15-11.15	MAIN SESSION Convention UTIC 2008			
11.30-13.00	SIMPOSIO La sicurezza del paziente in Cardiologia	SESSIONE DI COMUNICAZIONI A TEMA: EMODINAMICA	MINI-CORSO CARDIOLOGIA PEDIATRICA (I) Cardiologia pediatrica interventistica	SESSIONE DI COMUNICAZIONI
13.00-14.00	SESSIONE POSTER			
14.00-15.30	SIMPOSIO La sincope: nuovi percorsi diagnostico-assistenziali	INCONTRO CON L'ESPERTO I test funzionali per la diagnosi di malattia coronarica	MINI-CORSO CARDIOLOGIA PEDIATRICA (II) L'insufficienza cardiaca e il counseling in età pediatrica	SESSIONE DI COMUNICAZIONI
15.30-17.00	MAIN SESSION Update sulla sindrome coronarica acuta			

ANMCO 2008

XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia

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

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel._____ Fax _____

e-mail_____

Cod. Fiscale / P. IVA _____

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

ISCRIZIONE*

Allego la seguente quota (incl. IVA 20%)	entro il 28/4/2008	dal 29/4 al 5/5/2008	al Congresso
Soci FIC	☐ € 300,00	☐ € 330,00	☐ € 400,00
Non Soci	☐ € 410,00	☐ € 460,00	☐ € 520,00
Giovani Medici (nati dopo il 1/1/73)	☐ € 50,00	☐ € 50,00	☐ € 50,00
Minimaster**	☐ € 150,00	☐ € 150,00	☐ € 150,00

mediante assegno N. _____

della Banca _____

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

*** L'iscrizione al Congresso include la possibilità di partecipare ad un Minimaster**

**** Quota d'iscrizione per non iscritti al Congresso**

Si prega di indicare il Minimaster prescelto tra quelli elencati:

DESIDERO ISCRIVERMI AL SEGUENTE MINIMASTER

- ☐ Cuore e diabete
- ☐ Elettrocardiografia
- ☐ Ecocardiografia
- ☐ Applicazioni cliniche del nuovo imaging cardiaco: TC e RM
- ☐ Valvulopatie

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla privacy)
ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate tutte le riviste pubblicate dall'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC - Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bologna c/o Ospedale Maggiore U.O. di Cardiologia, Largo Nigrisoli, 2 ed alla ESC (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi della 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

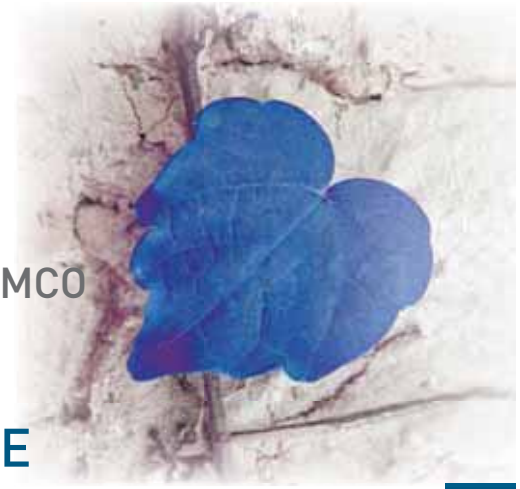
Data _____ Firma _____

Si prega di inviare la scheda di iscrizione entro e non oltre il 5 MAGGIO 2008 a
Centro Servizi ANMCO srl Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze

CARDIONURSING 2008

XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO

1 - 2 giugno - Firenze, Fortezza da Basso



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Via _____ N. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____

Cod. Fiscale / P. IVA_____

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

ISCRIZIONE

Allego la seguente quota (incl. IVA 20%)	entro il 28/4/2008	dal 29/4 al 5/5/2008	al Congresso
Iscrizione	☐ € 30,00	☐ € 30,00	☐ € 30,00
Iscrizione incluso Minimaster*	☐ € 100,00	☐ € 100,00	☐ € 100,00

mediante assegno N. _____

della Banca _____

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

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

***Si prega di indicare il Minimaster prescelto tra quelli elencati.**

DESIDERO ISCRIVERMI AL SEGUENTE MINIMASTER

- ☐ Elettrocardiografia clinica
- ☐ La prevenzione cardiovascolare: tecniche di counseling e di comunicazione per la riduzione del rischio
- ☐ L'Infermiere e lo scompenso
- ☐ Come si fa ricerca

INFORMATIVA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - D.Lgs. n. 196/2003 (Codice sulla privacy)
ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36, è un'associazione a scopi scientifici che presta servizi ai propri associati, attivandosi per l'organizzazione di congressi a carattere scientifico. I dati vengono acquisiti direttamente dall'interessato (ad esempio, al momento dell'adesione all'associazione ovvero mediante i moduli di iscrizione ai convegni), nonché presso terzi, quali associazioni di categoria o pubblici elenchi, comunque nel rispetto dei principi di cui al D.Lgs. n. 196/2003. Il trattamento sarà effettuato mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato manualmente o tramite strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. Nello specifico, dati trattati vengono inseriti in un database informatizzato, ubicato nel sito web dell'ANMCO (www.anmco.it), in una parte del sito riservata ai soli soci e consultabile solo dopo registrazione tramite login e password. I dati richiesti sono necessari ad ANMCO per poter rendere i propri servizi ai fini della costituzione dello stesso rapporto associativo. Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, in quanto senza tali dati non sarà possibile procedere alla Sua iscrizione alla nostra associazione; inoltre, dal mancato conferimento dei medesimi può scaturire un pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'ANMCO e non potranno essere a Lei inviate tutte le riviste pubblicate dall'Associazione, o aggiornato su tutte le iniziative promosse dalla medesima. Titolare del trattamento è ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, con sede in Firenze, Via La Marmora n. 36. Per motivi inerenti lo svolgimento dell'attività istituzionale e per ragioni di rappresentatività nazionale e comunitaria, i dati raccolti saranno comunicati alla FIC - Federazione Italiana di Cardiologia, con sede a Bologna c/o Ospedale Maggiore U.O. di Cardiologia, Largo Nigrisoli, 2 ed alla (European Society of Cardiology, con sede in Sophia Antipolis Cedex - France - 2035, Route des Colles - Les Templiers), cui i Soci ANMCO hanno diritto ad essere iscritti. Inoltre, sono comunicati, in ragione della realizzazione di iniziative formative o di ricerca scientifica, alla Centro Servizi ANMCO srl e alla Fondazione Italiana per la lotta alle malattie cardiovascolari Heart Care Foundation Onlus, entrambe con sede in Firenze Via La Marmora 36. Infine potranno essere comunicati ad altri enti o associazioni, operanti nell'ambito della ricerca e dell'organizzazione di convegni a carattere scientifico, nonché a terzi fornitori (ad esempio per la spedizione di programmi congressuali, per le attività formative, per i progetti scientifici, per l'invio delle riviste scientifiche, ecc.). La informiamo che, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, la mancata prestazione di un Suo specifico consenso a tali forme di comunicazione impedisce l'esercizio delle stesse. D'altra parte, il rifiuto del consenso può comportare pregiudizio all'ordinario svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione. Un elenco dettagliato dei soggetti ai quali è possibile che siano comunicati i dati è disponibile presso la nostra sede. ANMCO assicura l'esercizio dei diritti ai sensi della 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 _____

Si prega di inviare la scheda di iscrizione entro e non oltre il 5 MAGGIO 2008 a
Centro Servizi ANMCO srl Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze

CARDIONURSING 2008

Un programma ricco di eventi formativi, con tante occasioni per discutere insieme il presente e le prospettive future della professione infermieristica

di Claudio Coletta

Il prossimo 1 e 2 giugno 2008 avrà luogo a Firenze, presso l'ormai storica Sede della Fortezza da Basso, accanto alla Stazione di Santa Maria Novella, la VII Edizione del Cardionursing, incontro nazionale dedicato agli Infermieri di Cardiologia, ai Tecnici e ai Terapisti della Riabilitazione Cardiologica. Come da tradizione, l'evento sarà contemporaneo e contestuale al Congresso Nazionale dell'ANMCO, rappresentando così un'occasione di incontro e di scambio culturale fra operatori medici e delle professioni sanitarie aventi come progetto lavorativo comune la cura del malato cardiologico presso le strutture ospedaliere italiane. Dopo le problematiche organizzative dello scorso anno legate alle prese di posizione di Farmindustria, brillantemente superate con uno sforzo comune e con grandi dosi di buona volontà, il Cardionursing di quest'anno si presenta ricco di eventi formativi, di Simposi appassionanti sulle principali tematiche di interesse infermieristico e di incontri finalizzati all'analisi della condizione attuale degli Infermieri di Cardiologia e delle loro prospettive future. Non a caso la Sessione Plenaria che inaugurerà il Congresso sarà dedicata al "Cammino della Professione Infermieristica in Italia e in Europa", e vedrà la partecipazione di esponenti stranieri del Consiglio del Nursing Cardiovascolare e delle Professioni Alleate, Gruppo di Lavoro della Società Europea di Cardiologia dedicato alla gestione delle professioni sanitarie non mediche in ambito cardiologico, nel quale anche il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing ANMCO è rappresentato dallo scorso anno. Probabilmente per la prima volta nella storia della nostra Associazione di Cardiologi Ospedalieri questa Sessione Plenaria vedrà la presenza dei soli Infermieri, sia in veste di Relatori che Moderatori, che si incontreranno per discutere del presente e del futuro della loro professione, per confrontare le realtà lavorative e formative esistenti in Italia con quelle del resto d'Europa, e per delineare insieme le linee per il futuro di questa professione. Particolare attenzione sarà rivolta al problema della formazione e della competenza, e al riconoscimento del faticoso percorso che conduce un giovane dalla laurea triennale alla avanzata professionalità di un esperto Infermiere di Cardiologia. È quest'ultimo, infatti, che dovrà operare in strutture ad alto contenuto tecnologico e ad alto impatto clinico, dove la capacità del singolo nella sua sempre più ampia autonomia professionale può fare la differenza in termini di qualità e di efficacia dell'assistenza erogata. Verrà affrontata la problematica dei Dipartimenti Infermieristici, che già stanno profondamente modificando la realtà lavorativa, soprattutto nelle regioni del Nord e del Centro, partendo dall'osservazione dell'esistente, tracciando i nuovi percorsi organizzativi e modulandoli nelle diverse realtà assistenziali del nostro paese, al fine di garantire la massima resa in termini di qualità assistenziale per un così importante cambiamento nel modo di lavorare e di rapportarsi dentro i nostri ospedali. Ampio spazio verrà riservato alla discussione finale, dove ci attendiamo numerosi interventi e commenti su tali problematiche. Quattro Simposi tradizionali avranno luogo nelle due giornate dei lavori presso la Sala Cavaniglia, quella tradizionalmente dedicata al Cardionursing. Saranno incentrati sui vari aspetti dell'assistenza infermieristica, dalla gestione della glicemia nelle nostre Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, al problema dell'emergenza intraospedaliera, dalle principali strategie utilizzabili per la sicurezza del paziente cardiologico in area critica, comprese le metodiche di Risk - Management e i nuovi sistemi di monitoraggio del ritmo, alle problematiche diagnostico - assistenziali del paziente con sincope. La seconda Sessione Plenaria, che anche quest'anno concluderà il Cardionursing, tratterà il problema della gestione delle Sindromi Coronariche Acute alla luce delle più aggiornate Linee Guida cliniche di trattamento, dando però particolare risalto alla gestione farmacologica in UTIC, al controllo dell'ischemia residua nel follow - up e all'analisi delle strategie di approccio riabilitativo ed educazionale pre e post - dimissione, particolarmente importanti nei pazienti sottoposti a procedure di PTCA. Numerosi appuntamenti culturali e formativi sono stati previsti in contemporanea nelle altre tre Aule a disposizione del nostro Congresso, per consentire ai partecipanti la più ampia scelta nell'ambito delle proprie necessità di aggiornamento. È stato previsto un evento How to, nel quale verranno affrontate le problematiche relative al paziente con Insufficienza Renale in Terapia Intensiva Cardiologica, con la partecipazione di Nefrolo-

Il Comitato di Coordinamento dell'Area Nursing

gi e di Infermieri addetti al trattamento dialitico, e un incontro con gli esperti, che affronterà tutti gli aspetti dei Test Funzionali per la Diagnosi di Malattia Coronarica, dal test da sforzo all'ecocardiografia da stress fino alle metodiche di Cardiologia nucleare, argomenti particolarmente stimolanti per tutti gli Infermieri e i Tecnici che si trovano ad operare nei servizi di diagnostica cardiologica. Per la prima volta nella storia del Cardionursing, quest'anno verrà organizzato un Simposio basato sulle Migliori Comunicazioni presentate in tema di Emodinamica, che sarà preceduto da una Relazione del Rappresentante dei Soci Aggregati GISE sul presente e sul futuro dell'emodinamica in Italia. Sicuramente questo evento sarà seguito con particolare attenzione da tutti gli Infermieri e i Tecnici che si trovano ad operare presso le sale di diagnostica e di interventistica coronarica dei nostri ospedali, e darà modo di confrontarsi sulle principali novità tecnologiche e procedurali in un settore così importante della Cardiologia. Nel tradizionale incontro ad essi dedicato, verranno presentati e discussi insieme con i partecipanti tre interessanti Casi Clinici, su problematiche di aritmologia, cardiopatia ischemica e scompenso. Il programma ufficiale sarà completato da due Minicorsi della durata di tre ore ciascuno e di particolare interesse, che affronteranno argomenti specialistici ma di sicuro richiamo per molti dei partecipanti. Nel minicorso di Cardiochirurgia verranno messe a punto le attuali Linee Guida di trattamento del paziente in fase peri e post - operatoria, le complicanze più comuni e gli attuali schemi di riabilitazione, mentre la seconda parte del Minicorso affronterà le tematiche relative al problema del trapianto di cuore in Italia, con l'intervento di testimonianze dirette da parte di pazienti e di operatori esperti provenienti dai maggiori Centri di trapianto del Nord, del Centro e del Sud del Paese. Il secondo Minicorso, anch'esso suddiviso in due parti, affronterà le principali problematiche della Cardiologia Pediatrica, dal trattamento del bambino aritmico al counseling familiare, dall'epidemiologia della miocardiopatia in età infantile alla cardiochirurgia delle cardiopatie congenite, per finire con le nuove esperienze di assistenza domiciliare in cardiologia pediatrica, raccontate da gruppi di lavoro esperti in questo settore. Come da tradizione, un Simposio verrà interamente dedicato alle sei Migliori Comunicazioni che verranno premiate con la consegna di un diploma, mentre numerose altre esperienze dei gruppi italiani verranno presentate nell'ambito di quattro sedute di Comunicazioni Orali e nella Sessione Poster, che quest'anno prevede una presentazione attiva da parte degli autori nello spazio ad essi dedicato. Quattro Minimaster completeranno il programma formativo, proponendo corsi intensivi di sei ore ciascuno su argomenti pratici, al di fuori degli orari congressuali e quindi facilmente accessibili ai partecipanti. Gli argomenti scelti quest'anno in parte riprendono tematiche già affrontate con successo nei precedenti incontri, come l'Elettrocardiografia Clinica, diretto dal Dottor Martinelli, Co - Chairman dell'Area Nursing e il Counseling Infermieristico in Prevenzione, diretto dal Dottor Colivicchi, Chairman dell'Area Prevenzione Cardiovascolare. Un Minimaster, diretto dal Dottor Valle sarà dedicato alle problematiche gestionali dello Scompenso Cardiaco, mentre la vera novità dell'anno sarà il Minimaster sulla Ricerca Infermieristica, diretto dalla Prof.ssa Di Giulio, che vedrà la partecipazione anche di esperti dell'istituto Mario Negri di Milano. Essendo i Minimaster eventi a numero chiuso, si raccomanda agli interessati l'iscrizione in anticipo per evitare spiacevoli esclusioni. Evento clou del Cardionursing 2008, così come del Congresso Nazionale ANMCO, sarà la presentazione dei dati ottenuti con lo studio BLITZ 3 nell'ambito della ormai storica Convention delle UTIC, che avrà luogo la mattina del 2 giugno in seduta plenaria. In tale occasione i principali dati di interesse infermieristico saranno presentati in una relazione dedicata, e analizzati alla luce dei risultati del recente Censimento delle UTIC, presentati lo scorso anno a Firenze. È lecito attendersi grandi risultati da questa ricerca, che prevede la partecipazione della maggior parte delle UTIC italiane e di centinaia di Infermieri italiani e che analizzerà, come in una nitida fotografia, la situazione assistenziale nelle nostre Unità di Terapia Intensiva Cardiologica in un intervallo di due settimane nei mesi di marzo e aprile 2008. Arrivederci allora a Firenze!

La mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche: un fattore di rischio dimenticato

Se un paziente non assume correttamente i farmaci prescritti, non potrà ottenerne alcun beneficio

di F. Colivicchi e M. G. Abrignani

L'esperienza comune e gli studi clinici dimostrano che molti pazienti non assumono correttamente la terapia prescritta o la interrompono. Il fenomeno ha cause complesse, è difficile da misurare ma è molto più diffuso del previsto, ha conseguenze prognostiche negative e richiede complessi interventi per migliorare la qualità complessiva delle cure

In epoca di evidence - based medicine molti dei programmi per il miglioramento dell'assistenza sanitaria sono indirizzati ai Medici per l'implementazione di una corretta prescrizione dei farmaci che hanno dimostrato una sicura efficacia nei grandi trial clinici, considerata un indicatore di buona qualità delle cure cardiovascolari. Al contrario, la compliance individuale dei pazienti, ossia l'effettiva aderenza alle terapie prescritte, spesso considerata un'esclusiva responsabilità del paziente, ha ricevuto negli anni un'attenzione decisamente inferiore. Tuttavia, essa costituisce un aspetto non secondario della gestione clinica di medio e lungo periodo, non soltanto nel trattamento di patologie croniche come la cardiopatia ischemica o lo scompenso cardiaco, ma anche e soprattutto in prevenzione cardiovascolare. Le misure preventive dispiegano infatti i loro effetti favorevoli in un arco di tempo decisamente più lungo e richiedono quindi che il paziente riceva la terapia in modo continuativo e nelle dosi dimostratesi efficaci. La mancanza di aderenza è quindi un fattore di rischio significativo ma spesso nascosto.

Definizione e misurazione del fenomeno

L'aderenza alla terapia è un comportamento individuale che comprende la compliance (assumere i farmaci ai dosaggi indicati e con la frequenza prescritta) e la persistenza (continuare la cura per il periodo di tempo consigliato). Nella letteratura scientifica i termini compliance ed adherence vengono utilizzati come sinonimi. In realtà il termine compliance, classicamente definita come il grado di coincidenza tra il comportamento

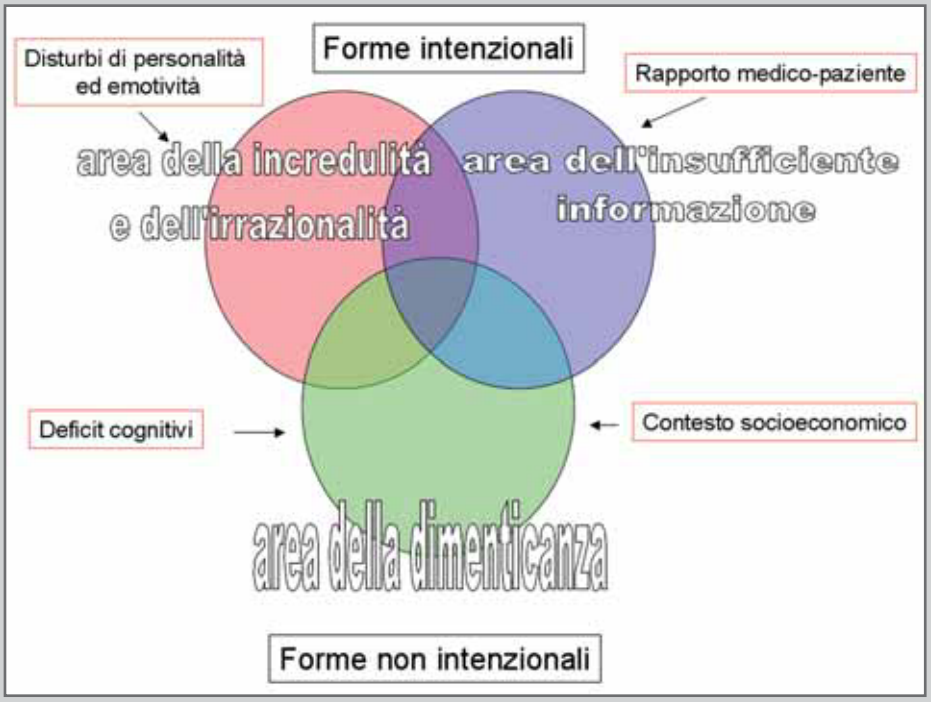


Figura 1 - I complessi meccanismi della non aderenza

Morisky Medication Adherence Scale

Morisky DE, et al. Med Care. 1986;24:67-74

- Si è mai dimenticato di assumere i farmaci?
- E' indifferente agli orari in cui assume i farmaci?
- Quando si sente meglio, a volte interrompe la terapia?
- Quando si sente peggio, a volte interrompe la terapia?

Ogni risposta positiva ha un punteggio di 0 ed ogni negativa di 1.
I pazienti con punteggio di 1-2 sono considerati poco aderenti;
quelli con punteggio di 3-4 sono considerati aderenti.

Tabella 1 - Scala di Morisky

Fattori correlati al paziente:

- età
- sesso
- razza
- grado di educazione
- stato coniugale
- livello di reddito
- patologia principale
- comorbilità
- deficit cognitivi, visivi, acustici
- stress e depressione

Fattori correlati alla terapia

- numero di farmaci
- posologia dei farmaci
- effetti collaterali
- costo

Fattori correlati al rapporto medico/paziente

- Adeguata informazione sulla patologia e sui farmaci
- chiarezza circa la durata del trattamento
- autorevolezza del curante
- tempo dedicato al paz.
- cadenza dei follow up

Tabella 2 - Fattori associati all'aderenza

di una persona ed i consigli medici, implica un'asimmetria decisionale tra il medico, che pone indicazione al trattamento, ed il paziente, che deve attenervisi. Il termine adherence, successivamente affermatosi, è invece ritenuto più corretto e privo di connotazioni potenzialmente negative, in quanto sottolineerebbe il ruolo attivo del paziente. Esiste un terzo termine, forse più felice ma ancora poco usato, concordanza, che è basato sul concetto che l'alleanza terapeutica tra medico e paziente è un processo di negoziazione, con pari rispetto delle esigenze di entrambi. La mancata aderenza può essere classificata in due grandi categorie: intenzionale e non intenzionale (Figura 1). La prima forma è caratterizzata da una decisione consapevole del paziente, che può avere aspetti razionali (convinzione soggettiva che i medicamenti non siano efficaci, ovvero siano potenzialmente tossici, o problemi di presunti costi diretti od indiretti legati alla terapia) o irrazionali (come conseguenza di una risposta emotiva alla patologia ed alla terapia). Ad ogni modo, essa porta prima o poi (a volte sin dalla prima prescrizione), ad una interruzione del trattamento. La forma non intenzionale rappresenta invece una condizione in cui il paziente, che ha un'esplicita volontà di seguire la terapia, ha difficoltà a farlo per motivi in gran parte riconducibili al suo contesto socio - economico, o semplicemente la "dimentica". In assenza di una definizione universalmente accettata, la misura dell'aderenza negli studi retrospettivi e prospettici si avvale di diversi strumenti, come le interviste ed i questionari somministrati ai pazienti (uno dei più usati è la Scala di Morisky, Tabella 1, il "pill counting" (conteggio delle pillole presenti nelle confezioni consegnate al paziente), i metodi elettronici che segnalano l'apertura dei flaconi (Medication Event Monitoring System), il monitoraggio delle prescrizioni attraverso i database amministrativi o delle farmacie e i dosaggi dei livelli dei farmaci nei liquidi biologici. Molti di questi metodi, tuttavia, non chiariscono con certezza se il paziente abbia effettivamente assunto il farmaco. Indipendentemente dal tipo di misura, il tasso medio di aderenza viene espresso come una variabile continua, con range compreso tra lo 0% (interruzione della terapia) ed il 100% (assunzione completa e continua della terapia). In genere il paziente è considerato "aderente al trattamento" se assume più dell'80% del farmaco prescritto.

Dimensioni del problema

La mancata aderenza è un fenomeno diffuso tra i pazienti portatori di fattori di rischio o affetti da patologie cardiovascolari, che si stima intorno al 50% in prevenzione primaria ed al 30% in prevenzione secondaria e riguarda tutte le principali categorie di farmaci cardiovascolari: antipertensivi, statine, betabloccanti, antiaggreganti ed anticoagulanti.

Fattori associati

Questo fenomeno è determinato da vari fattori, sia inerenti al paziente sia esterni ad esso (Tabella 2), che sono stati identificati a livello di popolazione ma che, nel singolo paziente, non sempre sono riconducibili a ragioni precise. Si deve tuttavia sottolineare che esso potrebbe rappresentare in realtà il marker di un particolare profilo di rischio cardiovascolare, indicando in sostanza una spiccata predisposizione a comportamenti e stili di vita non salutari (Health Belief Model). In alcuni studi, infatti, i pazienti non aderenti al trattamento con placebo e quelli non aderenti al trattamento attivo hanno presentato un analogo incremento del rischio di eventi clinici avversi.

Modificazioni della prescrizione terapeutica	Interventi educazionali	Interventi sul comportamento	Interventi "complessi"
1. riduzione del numero delle dosi e dei farmaci (monoterapie/ associazioni) 2. Somministrazione trans-dermica 3. adattare il regime terapeutico allo stile di vita 4. facilitare la scorta di farmaci	1. audiovisivi 2. fogli informativi 3. contatti telefonici 4. invio di reminders postali, sms, e-mail	1. counselling motivazionale breve 2. controlli a breve termine dopo l'inizio della terapia 3. uso di promemoria (calendari, diari, porta-pillole, sveglie) 4. conteggi programmati delle pillole residue 5. visite domiciliari	1. Combinazione di 2 o più interventi tra quelli delle altre categorie

Tabella 3 - Interventi finalizzati ad incrementare l'aderenza alle prescrizioni terapeutiche

Conseguenze

Gli effetti sfavorevoli della mancanza di aderenza sono stati dimostrati in studi clinici come il WOSCOPS e lo CHARM e successivamente confermati nella popolazione generale per quanto riguarda sia le misure di prevenzione non farmacologica sia le prescrizioni terapeutiche: nei pazienti meno aderenti si è osservato non solo un minore raggiungimento dei goal tensivi, lipidici o glicemici, ma anche un aumento delle ospedalizzazioni e degli eventi cardiovascolari letali e non, nonché dei costi sanitari. In una recente metanalisi, il rischio relativo di esito clinico sfavorevole per i pazienti non aderenti al trattamento attivo è risultato pari a 3,4 per la terapia anti - ipertensiva, a 2,8 per la terapia ipolipemizzante ed a 1,5 per la terapia anti - ischemica.

Interventi possibili

Si distinguono quattro possibili tipologie di interventi (Tabelal 3) sulla prescrizione (con semplificazione di posologie e dosaggi dei farmaci), educazionali, comportamentali e "complessi e combinati" (articolati su più piani e con modalità integrate). Solo questi ultimi hanno dimostrato una discreta efficacia, determinando un miglioramento del 20 - 30% dell'aderenza alla terapia, ma richiedono tuttavia la creazione di complesse sinergie interdisciplinari e comportano elevati costi iniziali, con un rapporto costo - benefici del tutto insoddisfacente.

Prospettive future

La consapevolezza da parte dei professionisti sanitari circa l'esistenza di questo nodo irrisolto è solo un passaggio iniziale verso i primi tentativi di soluzione. È necessario strutturare un approccio articolato in strategie pratiche che ruotano attorno ad una buona relazione medico - paziente e dedicare una sufficiente quantità di tempo a chiarire obiettivi e finalità della terapia, come pure i rischi connessi ad eventuali interruzioni del trattamento. Pazienti ben informati e attivamente coinvolti saranno più motivati ad assumere i farmaci ed implementare migliori stili di vita. La qualità delle cure non è solo corretta prescrizione ma anche valutazione delle preferenze e delle aspettative dei pazienti al fine di ottenere, in una alleanza terapeutica, una piena adesione al trattamento. La prevenzione cardiovascolare trova in questo particolare aspetto una nuova frontiera lungo la quale si deciderà il futuro di molti pazienti.

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

Analisi Progetto "Stile di vita e cura del corpo"

di F. P. Calciano e A. Cardinale

Negli ultimi anni l'espressione "stile di vita" è divenuta d'uso comune. Tutti ne parlano. È come voler esorcizzare qualcosa parlandone. Stile di vita: cos'è? Non un'espressione fine a se stessa, non un termine alla moda. È una condivisione profonda di aspetti multifattoriali nella vita del singolo. È tendere ad una sana alimentazione. È tendere a comportamenti salutari nella vita quotidiana: evitare abusi, abbandonare o non intraprendere abitudini dannose per la propria salute ed anche per quella degli altri. È salvaguardare la propria mente insieme al corpo.

Patto con i giovani "Chi guida non deve bere alcolici" Arresto cardiaco e rete integrata territoriale di pronto intervento

Questi ed altri aspetti richiedono una reale attuazione nella vita quotidiana. Non proclami, ma fatti, piccoli e indicativi fatti, che ognuno può, se crede, mettere in atto. "Così fan tutti" è la giustificazione dei ragazzi, di fronte a comportamenti non proprio salutari. Occorre allora individuare il capo branco ed agire su di lui, per una modifica dei comportamenti del gruppo? Un po' triste, anche se questa via non è da scartare completamente. La prima, la più importante, anche se la più tortuosa e spesso difficile, è quella che passa per il singolo individuo, attraverso la consapevolezza del singolo, che poi determini una sua autodifesa verso messaggi d'altro genere. Implica anche una consapevolezza forte dell'individuo di alcune pratiche, abitudini e comportamenti che dovrebbero essere a prova di "contestazione – derisione" da parte del gruppo. Strada questa non in discesa. È più facile adeguarsi ad un gruppo, più che starci con comportamenti e condizioni diverse e con una dialettica sostenuta. Stile di vita, ne parlano tutti. Poi, ad esempio, nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica, le indagini statistiche ci informano che siamo un popolo con un alto indice di massa corporea media, con una notevole percentuale di bambini in sovrappeso. Qualcosa allora non torna. Parliamo di dieta mediterranea, ed allora? La dieta mediterranea è un feticcio buono per varie occasioni, una base per intavolare una discussione. Quale stile di vita emerge ascoltando ad esempio il telegiornale nei fine settimana con l'aggiornamento delle "stragi sulle strade?" Qualcosa ancora non quadra. Così come per i comportamenti individuali, e per i rapporti interpersonali. Tutti questi aspetti rientrano in una dinamica aperta dello stile di vita. La risposta quale potrebbe essere? Quella dell'inasprimento delle sanzioni, per i campi d'applicazione specifici? È una strada, non la strada. Quello delle analisi socio - pedagogiche con tutte le tiritere televisive? Chiamare sempre in causa la scuola? È come sparare sul pianista. Lo stile di vita nei suoi variopinti aspetti richiama sempre in causa la famiglia: il nodo centrale, dal quale non si può prescindere. Sono importanti i comportamenti dei genitori, dare attenzione ed affetto, dare tempo. Spostare il tempo da sé stessi ai figli.

"Tutti abbiamo le nostre giuste aspirazioni…": è un ritornello molto in voga oggi. Siamo portati dalla cultura prevalente della società del benessere a porre in primo piano l'aspetto ludico - ricreativo del singolo a dare priorità alle esigenze dell'individuo. Così nei rapporti interpersonali, si va ad una atomizzazione dei rapporti. La famiglia potrebbe divenire un "luogo d'incontro di singoli individui, che condividono a volte insieme alcuni aspetti". Rientra nell'accezione storica della famiglia? Non rientra, ma occorre augurarsi di non intraprendere questa strada. Stile di vita è anche preoccuparsi degli altri, ad iniziare "dagli altri vicini, dai figli e dall'altro genitore".

Progetto scolastico 2007 – 2008 Stile di vita e cura del corpo

Il progetto scolastico attuale (Tabella 1) conclude un percorso durato tre anni, modificatosi strada facendo ed oggi aperto ad aspetti anche di Pronto Intervento in caso di Arresto Cardiaco e di Primo Soccorso. Un progetto complesso, che implica la partecipazione di più soggetti. Si parte dalla parte storica, quella basata sui consigli alimentari e sull'attività fisica, con un obiettivo importante, riuscire ad elaborare consigli alimentari e comportamentali condivisi dai ragazzi. Siamo partiti dalle conclusioni del progetto 2006 - 2007, progetto che ha trovato

ASSOCIAZIONE
AMICI DEL CUORE
ONLUS
ADERENTE AL CONA Cuore
GRASSANO

ANMCO Basilicata

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

A - STILE E VITA E CURA DEL CORPO

B - ARRESTO CARDIACO E RETE INTEGRATA TERRITORIALE DI PRONTO INTERVENTO

A - Soggetti interessati:

a. Istituti Scolastici
b. Associazione Amici del Cuore Grassano
c. ANMCO Basilicata
d. Heart Care Foundation
e. U.O. Cardiologia Matera
f. Angiologia Matera
g. Laureata in Scienze della Formazione
h. Specialista in Medicina dello Sport

Riproporre proposta alimentare sulla base della dieta mediterranea. Incontri sui modelli comportamentali e le scelte nei giovani in tema d'alimentazione, di tempo libero ed attività fisica. Spazio agli aspetti comportamentali con particolare attenzione a: il gruppo e il rispetto della persona; omologazione e rispetto delle diversità; alcol e guida, alcol e cura del corpo. Patto con i giovani: fumo e cura del corpo, attività fisica e vita all'aperto, programmare attività sportive.

B - Soggetti interessati:

a. Istituti Scolastici
b. Associazione Amici del Cuore Grassano
c. ANMCO Basilicata
d. Heart Care Foundation
e. U.O. Cardiologia Matera
f. Angiologia Matera
g. Basilicata Soccorso
h. Pronto Soccorso

Preparare gruppi di 10 persone per ogni istituto tra ragazzi, personale scolastico, insegnanti con corsi di BLS – D. Valutare l'acquisto di defibrillatori da collocare strategicamente in nicchie esterne. Elaborare proposte condivise in tema di prevenzione e pronto intervento in caso d'arresto cardiaco (protocollo da utilizzare nelle manifestazioni dove concorrono molte persone, formare giovani che possano intervenire nei luoghi da loro frequentati).

Tabella 1

la sua sintesi nel pubblicazione "Stile di vita e prevenzione malattie cardio - vascolari", che ha ottenuto un importante riconoscimento il logo di Heart Care Foundation sulla copertina. Il progetto prevedeva l'elaborazione di consigli alimentari per quattro settimane. Abbiamo elaborato altre due settimane di consigli alimentari e li

abbiamo illustrati ad alunni e genitori delle classi interessate. Compito delle famiglie è quello di mettere in pratica quotidianamente i consigli proposti, facendosi anche carico di "entrare" nel progetto, indicando sostituzioni, scelte diverse nella proposta dei vari piatti, rispettando alcuni canoni della proposta elaborata: mantenere la colazione classica con latte e biscotti, o pane o fette biscottate, invitando i ragazzi ad alzarsi 15 minuti prima proprio per la colazione; rispettare la scelta di abbondare in frutta e verdura, di prevedere per tre volte la settimana i legumi, sempre tre volte la settimana il pesce, con una priorità per il pesce azzurro; non eccedere con i grassi e con il sale, preferire cibi al forno rispetto alle fritture; prevedere qualche volta la settimana il consumo di frutta anche per il break scolastico. I consigli che i ragazzi proporranno saranno analizzati e discussi insieme per trovare una sintesi finale che sia accettata dai ragazzi. Questa strada potrebbe indurre probabilmente una condivisione maggiore da parte di coloro ai quali il messaggio è diretto. Non è semplice, ma provarci è importante, è importante lavorare alla pari con i ragazzi, tutti sullo stesso piano in un totale rispetto di posizioni, con un'apertura ampia a proposte e suggerimenti. Tutti attori, tutti protagonisti. Importante sottolineare come i consigli alimentari "salutari" siano indirizzati a tutti, in primis ai normo - peso, perché per il soprappeso o l'obeso, i consigli alimentari, sempre importanti, rappresentano solo un tassello di un processo multiplo, che prevede anche aspetti di tipo psicologico o propriamente aspetti di cura medica. Attenzione identica viene prestata per l'attività fisica, per i consigli a diminuire la sedentarietà, le ore trascorse in modo statico davanti il computer o la televisione, a favore d'ore trascorse all'aria aperta a camminare insieme. Almeno trenta minuti al giorno di camminata a passo svelto, rappresentano già una buona base di partenza. Ben venga poi l'attività sportiva per chi lo desideri. Presupposti ed impianto generale del progetto sembrano molto semplici, ma non facili da realizzare. Questi anni d'incontri ci hanno reso comunque ottimisti. I ragazzi preparati e motivati, non solo aderiscono ai progetti, ma intervengono con osservazioni, proposte interessanti e complementari. Nello scorso dicembre abbiamo organizzato una iniziativa riservata ai bambini piccoli ed alle famiglie sempre in tema di stile di vita e prevenzione cardiovascolare: "Fiabe, storie da leggere, ascoltare, rappresentare. Raccontami una fiaba, raccontami una storia", il titolo della manifestazione.

Partendo dal mondo incantato delle fiabe, abbiamo intervallato i momenti di lettura, anche animata, delle fiabe, con messaggi legati all'importanza del consumo di frutta e spremute per i ragazzi. Questa sollecitazione è stata presa dal progetto del 2006 - 2007, da quelle conclusioni dove i ragazzi ci invitavano ad allargare il campo d'intervento relativo ad una sana alimentazione ai bambini piccoli. Il progetto 2007 - 2008 si propone vari obiettivi, fra i quali, in modo prioritario, quello di combattere alcune abitudini dannose per i ragazzi quale l'abuso d'alcool. Abbiamo presentato loro le proposte dell'Associazione Amici del Cuore proposte inviate anche al Ministro della salute (Tabella 2), tese a sviluppare un Patto iniziale con i giovani – chi guida non deve bere alcolici – oltre a ricordar loro che l'abuso di alcol è dannoso per la salute. Su questo abbiamo registrato interesse e partecipazione vera da parte delle classi e dagli Istituti Scolastici. Hanno elaborato cartelloni che vengono esposti nei fine settimane, per ricordare ai ragazzi di attenersi a comportamenti salutari e sicuri per loro stessi, onde cercare di incidere in positivo sulle stragi del sabato sera. Altri aspetti del

Progetto attuale riguardano l'Arresto Cardiaco ed il Primo Soccorso. Per l'Arresto Cardiaco abbiamo parlato ai giovani di questa gravissima emergenza partendo da quelle situazioni a loro più vicine, quali il ballo, quale lo sport, ricordando come quest'emergenza non risparmi nessuno e come sia essenziale la tempestività e l'adeguatezza di un intervento. Abbiamo portato avanti questo tema insieme a Basilicata Soccorso, il 118, che si è fatta carico anche di preparare personale scolastico ed un gruppo di ragazzi con corsi di BLS - D. Ci auguriamo ora di sviluppare il Progetto Cuore Amico Scolastico, con una rete territoriale di pronto soccorso in caso d'arresto cardiaco e con la disponibilità si spera in questi istituti dei DAE (defibrillatori semiautomatici). È importante aver formato dei diciottenni, in modo da iniziare ad avere giovani preparati ed abilitati a riconoscere l'arresto cardiaco ed a prestare le prime essenziali e spesso vitali manovre di rianimazione cardiopolmonare anche nei luoghi frequentati dai ragazzi. È un inizio. Il prossimo incontro sarà sul Primo Soccorso, con particolare riguardo ad incidenti e traumi che interessano la scuola, lo sport e i ragazzi nei loro spostamenti. L'obbiettivo è dare loro delle direttive per sapere come comportarsi in alcune circostante: svenimento, piccole ferite, traumatismi, distorsioni, incidenti stradali (cosa fare, ma anche cosa eventualmente non fare, onde evitare che un incidente, a causa di manovre maldestre, possa trasformarsi in qualcosa di molto serio). Un impegno, quello attuale, gravoso e portato avanti con generosità da parte di tutti i soggetti coinvolti. Un ringraziamento ai ragazzi, per la loro partecipazione "non scolastica", ma sentita e condivisa. Loro rappresentano il carburante del progetto. Un ringraziamento alle Professoresse, Anna Maria Agresti per il Liceo Scientifico, Ciriaca Tortorelli per l'Istituto Superiore I Morra, Maria Teresa Vignola per l'Istituto Tecnico Commerciale. Un ringraziamento ai Dirigenti degli Istituti che hanno aderito al Progetto. Grazie al Presidente ed al Vice Presidente dell'Associazione Amici del Cuore di Grassano, Lucia Bolettieri e Pasquale Bonomo. Un grande team si è costituito in questi anni, con un'opera attenta e corale. L'esperienza di questi anni è disponibile per quanti desiderano condividere questi temi.

LETTERA APERTA INDIRIZZATA AL MINISTRO DELLA SALUTE ED AI GIOVANI

STILE DI VITA E PREVENZIONE: DIFENDIAMOCI DALL'ABUSO DI ALCOL

A - Etilometri a disposizione nei Pub, nei locali frequentati dai giovani, nelle discoteche, negli Autogrill, a margine di concerti e manifestazioni dei giovami, per permettere un auto esame prima di uscire dal locale per coloro che non si sono attenuti al Consiglio Prioritario di non bere alcolici se si deve guidare.

B - Favorire controlli preventivi davanti a discoteche, Pub, ritrovi e/o concerti, per scoraggiare i giovani che hanno bevuto bevande alcoliche a porsi alla guida.

C - Incentivare mezzi pubblici notturni sino all'ora di chiusura dei locali frequentati dai giovani nei fine settimana e durante i periodi di festa, nelle città e nelle località turistiche.

D - Evitare la pubblicità delle bevande alcoliche nei programmi rivolti ai ragazzi. Obbligo comunque sui mezzi di comunicazione, nella pubblicità delle bevande alcoliche, di alcune avvertenze:

- L'ABUSO DI ALCOL È DANNOSO PER LA SALUTE
- CHI GUIDA NON DEVE BERE ALCOLICI

Tabella 2

Applicazione dei modelli interdisciplinari della Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco"

di Mario Chiatto

La Divisione di Cardiologia dell'Ospedale Civile di Cosenza è da sempre particolarmente attiva nella gestione delle problematiche legate allo Scompenso Cardiaco. Ha attivato nel 1994 un Ambulatorio dedicato che aderisce sin dalla sua costituzione alla Rete IN - CHF con oltre 400 pazienti, ed ha partecipato a tutti i principali Studi sostenuti dall'ANMCO sul tema (ValHeFT, BRING UP 1 e 2, GISSI - HF, CandHeart). Nell'ambito del Dipartimento di Medicina del quale la Cardiologia fa parte, si è deciso di dare forma concreta alla necessaria multidisciplinarietà della gestione dei pazienti con Scompenso, costituendo un "Gruppo di lavoro interdisciplinare per la gestione integrata dello Scompenso Cardiaco". Di tale Gruppo fanno parte oltre a Cardiologi, rappresentanti di ciascuna delle Divisioni di Medicina Generale, della Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, della Geriatria, della Nefrologia, della Rianimazione e della Pneumologia. Tale Gruppo di Lavoro, riunitosi mensilmente, ha lo scopo di stimolare una maggiore condivisione ed aderenza alle Linee Guida in tema di diagnosi, terapia e gestione dello Scompenso Cardiaco all'interno dell'Ospedale e rispetto al territorio, individuando criteri di ricovero funzionali alle esigenze del paziente ed alle opportunità fornite dai vari reparti. Il primo concreto obiettivo è stata la creazione di un Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco gestito dai Colleghi delle Medicine e dedicato a quei pazienti che per età e comorbidità maggiormente si giovano di una gestione internistica. Per omogeneizzare i comportamenti, gli Internisti comunque partecipano all'attività dell'Ambulatorio Cardiologico ed i Cardiologi partecipano a quella dell'Ambulatorio Internistico. Oltre a favorire la crescita culturale reciproca, la disponibilità di due Ambulatori differenziati consente di selezionare per ciascun paziente il modello ottimale in base alle sue caratteristiche cliniche, migliorando la qualità della gestione. Pazienti che potrebbero dover ricorrere a procedure interventistiche o ad impianto di Devices, o con necessità di follow - up ecocardiografico per valulopatie, vengono seguiti nell'Ambulatorio Cardiologico; pazienti più anziani, con maggiori comorbidità e minor prospettiva di trattamenti invasivi vengono gestiti nell'Ambulatorio Internistico. Ciò ha consentito di indirizzare alcuni pazienti già afferenti all'Ambulatorio Cardiologico a quello Internistico. Si è poi realizzato un prototipo di lettera

Cosenza - La Città Vecchia

di dimissione unificata per i pazienti con Scompenso Cardiaco adottata da tutte le Unità del Dipartimento, che prevede l'inserimento di quelle informazioni ritenute necessarie dal Documento della Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco". Tale soluzione consente di facilitare il rispetto degli indicatori di qualità previsti e di semplificare il reperimento delle informazioni utili in caso di successivi controlli o ricoveri. Alla lettera viene allegato un opuscolo curato dallo scrivente, componente del Consiglio Direttivo ANMCO, contenente quelle informazioni, per il paziente ed i suoi familiari utili ad una maggiore comprensione e quindi ad una migliore capacità di gestione della malattia. Il 4 febbraio si è tenuto il primo incontro ospedaliero dedicato a "Il ricovero per Scompenso Cardiaco: proposta di definizione dei percorsi all'ammissione in Ospedale, percorsi durante il ricovero, modalità di dimissione protetta". A tale riunione, hanno partecipato oltre a tutti i Componenti del Gruppo di Lavoro, numerosi Colleghi dell'Azienda Ospedaliera con i quali ci si è confrontati sulle problematiche gestionali quotidiane: chi ricoverare, dove ricoverare, quando e perché trasferire i pazienti con Scompenso da un reparto ad un altro, utilizzando il Documento della Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco" quale guida. Il taglio informale della riunione ha favorito una discussione costruttiva e chiarificatrice dei comportamenti spesso fonte di incomprensioni (Me lo devi ricoverare! Mandalo in Medicina! Ci vuole il Cardiologo!). Si è inoltre elaborato un documento che può fungere da guida condivisa e nel contempo garantire la legittimità dei percorsi seguiti (Può stare in Medicina!). Si è riconosciuto al PS il difficile ruolo di trattare il paziente nell'immediatezza della presentazione e quindi quello di indirizzare il decorso successivo in base alla prima diagnosi eziologica ed alla scelta del reparto di ricovero. Si è riconosciuta la grande importanza dell'assistenza respiratoria con CPAP in Pronto Soccorso nella gran parte dei pazienti. Si è condiviso di indirizzare in Cardiologia pazienti con Scompenso dovuto a cardiopatia ischemica acuta, aritmie sopraventricolari complesse, soprattutto se tali da far ritenere probabile l'impianto di devices, pazienti con Scompenso Cardiaco avanzato, che necessitano di inotropi e.v. e/o di contropulsazione aortica. Si sono inoltre definiti i criteri di trasferimento dalla Cardiologia a reparti a minor intensità di cura, percorso spesso assai più difficile di quello inverso, al fine di rendere disponibili maggiori possibilità di ricovero ai pazienti più complessi. In generale è stata tangibile la volontà di condividere l'impegnativa gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco, con uno spirito di collaborazione che è parso andare al di là della semplice adozione di Linee Guida. L'interdisciplinarietà della gestione di pazienti con Scompenso Cardiaco rende indispensabile creare percorsi condivisi ed automatizzati all'interno dell'Ospedale; la creazione di questo Gruppo di Lavoro è volta a semplificare ed ottimizzare tale iter. Lo sviluppo successivo sarà quello di creare un percorso solido e chiaramente definito di interazione con i Medici del territorio.

Evento Formativo ANMCO: Convegno di Aritmologia svoltosi a Cosenza il 9 febbraio 2008

Evento Formativo ANMCO dal titolo "Attualità in Cardiologia Clinica ed Aritmologia"

di Marilena Matta

Negli ultimi 10-15 anni i percorsi diagnostico terapeutici della Aritmologia hanno subito una notevole trasformazione infatti da una Aritmologia basata su sintomi e farmaci si è passati ad una Aritmologia di tipo interventistco. Anche in Calabria pertanto si è avvertita l'esigenza di organizzare un Evento Formativo ANMCO, dal titolo "Attualità in Cardiologia Clinica ed Aritmologia". Questo evento si è svolto a Cosenza presso la Casa delle Culture, il 9 febbraio 2008, e ha contemplato un percorso che va dalla Sincope e considera la Fibrillazione Atriale all'esordio, per arrivare poi alle sindromi e alle nuove tecnologie. L'evento è stato organizzato dal Dott. Francesco De Rosa, Direttore della Struttura Complessa di Cardiologia del Presidio Ospedaliero "M. Santo" e dal Dott. Mario Chiatto, Dirigente della stessa struttura nonché componente del Consiglio Direttivo Nazionale ANMCO. Hanno partecipato oltre 100 iscritti tra internisti e Cardiologi, che hanno seguito e dibattuto gli argomenti del convegno con particolare interesse.
I temi sono stati esposti con competenza e appropriatezza specie quelli che hanno riguardato patologie particolarmente complesse e frequenti nella pratica clinica quotidiana come la Fibrillazione Atriale, la Sindrome di W.P.W. e la Sindrome di Brugada, nonché le emergenze aritmiche.
Molto seguita la tematica relativa a due sindromi aritmiche congenite quali la sindrome di Wolff-Parkinson-Withe e la Sindrome di Brugada, che colpiscono la giovane età e che decorrono asintomatici. A volte solo visite occasionali svelano i segni di questa patologia ed essendo soggetti in età giovanile si è sottolineato l'impegno dei medici dello sport, che spesso sono i primi a venire a contatto con questi pazienti per valutare l'idoneità sportiva. Infatti è stato rimarcato il concetto che con semplici metodiche, come un elettrocardiogramma e una anamnesi accurata, si riesce a fare la diagnosi di malattia.
Molto interesse ha suscitato la lettura magistrale sui progressi tecnologici in ecocardiografia, metodica ormai indispensabile per il Cardiologo che oggi ha raggiunto livelli molto avanzati con l'ecocardiografia tridimensionale.
L'ultima sessione ha approfondito le "indicazioni" alla coronarografia, all'angioplastica, alla sostituzione valvolare aortica e mitralica dando spazio al ruolo che hanno oggi le Linee Guida, documenti ufficiali delle Società Scientifiche che danno gli indirizzi scientifici per l'esecuzione degli esami clinici o per determinate terapie. È stato in questa sessione rimarcato il concetto che l'importanza delle Linee Guida deriva dal fatto di basarsi su studi clinici controllati, che rappresentano dei punti di riferimento oggettivi e non derivano da singole esperienze lavorative. Il convegno si è concluso con la discussione del caso clinico esposto dal Dott. Caporale che relazionava di un caso insolito di Insufficienza Mitralica Acuta in SCA, e con la relazione del Prof. Mauro Cassese del S. Anna Hospital di Catanzaro, che ha parlato delle ultime novità in tema di sostituzione della valvola aortica e mitralica.
In questo convegno è emersa anche una considerazione che è stata sottolineata dal Dott. Mario Chiatto, consigliere nazionale: "oggi la sanità più che mai ha bisogno di personale medico preparato e gli Eventi Formativi ANMCO sono stati elaborati proprio in tal senso infatti, sono oltre 100 gli Eventi Formativi ANMCO distribuiti in tutta la penisola." E questo fa onore a una Società Scientifica che dà a tutti i professionisti la possibilità di aggiornarsi perché come ha detto il Dott. Francesco De Rosa "I momenti formativi rappresentano la via maestra per migliorare i nostri percorsi diagnostico-terapeutici, riducendo così al minimo l'errore che in medicina è sempre in agguato".

Notizie dalla Regione Lombardia

di Antonio Mafrici

Il Consiglio Direttivo Regionale della Lombardia, come consuetudine, si è riunito con cadenza mensile.
I lavori delle ultime sedute sono stati rivolti alla messa a punto delle iniziative già a suo tempo preannunciate e che stanno per concretizzarsi.
In particolare, oltre all'evento del Piano Annuale Formativo ANMCO, organizzato dalla Dott.ssa G. Belotti, tenutosi a Treviglio il primo marzo 2008, che ha visto una nutrita partecipazione di colleghi discutere sulle problematiche della fibrillazione atriale, è stata varata per il 13 - 14 marzo la "Prima Convention delle UTIC Lombarde. Proposta di Progetto organizzativo e scientifico".
È questo un evento fortemente voluto dal Consiglio Direttivo Regionale ed organizzato per discutere delle problematiche gestionali ed organizzative dei nostri reparti intensivi. Come si può rilevare dal programma (visualizzabile alla pagina del Sito WEB ANMCO http://www.anmco.it/regioni/elenco/lombardia/calendario/) l'obiettivo è stato quello di realizzare un evento residenziale per gli addetti ai lavori, riconoscendo alle UTIC un ruolo centrale nell'attuale organizzazione della Cardiologia come, d'altra parte, si poteva già rilevare dal Documento "Struttura ed organizzazione funzionale della Cardiologia".
Il programma prevede sia relazioni tradizionali, con ampio spazio per la discussione, sia la presentazione di casi clinici paradigmatici, dal punto di vista organizzativo e del Risk Management, sia esercitazioni teorico - pratiche su argomenti specifici quali la ventilazione non invasiva, la contropulsazione aortica, l'emofiltrazione e la lettura/interpretazione degli elettrocardiogrammi nei pazienti portatori di ICD e/o PM atrio - biventricolari.
Abbiamo avuto l'onore di avere tra noi il Prof. Attilio Maseri, Presidente di Heart Care Foundation, il Presidente dell'ANMCO Dott. Francesco Chiarella, il Dott. Salvatore Pirelli, lombardo e Presidente Eletto ANMCO, il Dott. Gianni Casella, Chairman dell'Area Emergenza - Urgenza, il Dott. Filippo Ottani, il Dott. Giancarlo Fontana, responsabile Struttura Progettazione Sviluppo Piani e Emergenza - Urgenza della Regione Lombardia, e i Rappresentanti di quasi tutte le 63 UTIC censite dall'ultima rilevazione nazionale.
Come recita il titolo crediamo possa essere l'inizio di un progetto comune i cui obiettivi principali sono:

- ridefinire il ruolo delle UTIC dal 2008 in poi;
- ridefinire gli standard di competenza richiesti al personale sanitario che vi lavora;
- rivedere le patologie che rientrano nel campo di appropriatezza delle nuove UTIC e le modalità procedurali per gestirle;
- creare una cultura della collaborazione per la creazione di un network culturale e scientifico.

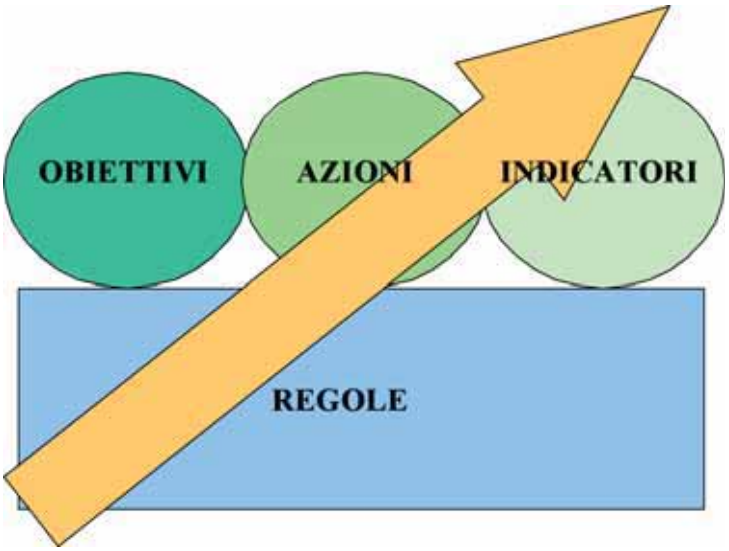
A tale scopo nel corso della Convention è stato previsto uno spazio dedicato alle proposte di collaborazione: il Consiglio Direttivo Regionale ne ha presentate alcune e altri Soci, con uno spazio di 5 minuti e tre-cinque diapositive a disposizione, hanno illustrato agli altri il proprio progetto per realizzare eventuali aggregazioni organizzative o culturali.
Tra i progetti in fase di avanzata realizzazione è il convegno interassociativo FIC delle Società "generaliste" (ANMCO, SIC, SICOA, ARCA, ANCE) previsto per la fine di novembre del presente anno e il cui programma è in fase di stesura finale.
Nel campo delle iniziative scientifiche, è stato avviato, con la presentazione ai Comitati Etici, lo studio GLICINE STARS, per la validazione in ambito cardiologico di un algoritmo dinamico di infusione di insulina nei pazienti diabetici ricoverati in UTIC per SCA. Saranno coinvolte 12 UTIC, quelle che hanno costituito il primo nucleo del GLICINE (Gruppo Lombardo per lo studio dell'IperglicEmia nelle sIndromi coroNariche acutE) che, si spera, possa allargarsi alla maggior parte delle UTIC regionali per iniziative in questo campo.
Passando ai rapporti con le Autorità Regionali, la situazione è, al momento, di stasi. È prevista la nomina della nuova Commissione per la realizzazione del Piano per le Malattie Cardio - Cerebro - Vascolari ma la sensazione è che la piena operatività sarà rimandata a dopo le elezioni di aprile.
Infine, è stata varata l'Assemblea Elettorale per il rinnovo del Consiglio Direttivo Regionale, in programma a Milano il 16 aprile alle ore 18.00.
Sono già state inviate le lettere di convocazione con l'invito a presentare le eventuali candidature: ricordiamo che sono nove i Consiglieri da eleggere e che, in questa tornata, sei possono essere eletti per un secondo mandato.

Vicino al traguardo il Progetto di miglioramento e sviluppo organizzativo nelle Cardiologie della Regione Toscana

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

Stato di avanzamento dei lavori del Progetto

Il "Miglioramento e sviluppo organizzativo per le Unità Operative di Cardiologia della Regione Toscana", realizzato con il prezioso contributo educazionale regionale di AstraZeneca, è in dirittura di arrivo per quanto attiene la visita per l'ottenimento della certificazione di qualità da parte del Bureau Veritas, prevista per la seconda metà di maggio 2008.
Il percorso sino a questo punto seguito ha permesso di impostare un modello organizzativo semplice e fruibile, in grado di misurare attraverso adeguati indicatori i risultati raggiunti e quelli da conseguire attraverso mirati piani di miglioramento.
Il progetto punta ad un dimostrabile aumento del rendimento dell'Unità Operativa di Cardiologia, sia in termini di razionalizzazione nel consumo delle risorse, sia in termini di crescita quantitativa e qualitativa delle performance.
Il team di progetto (ANMCO - Cardiologie - OPT) ha fornito una chiave di lettura concreta e pratica del concetto di Clinical Governance:
1. Gestione per processi e integrazione tra i settori interni all'Unità Operativa di Cardiologia ed i servizi esterni, anche in ottica di cambiamenti nel modello logistico e organizzativo attuale rispetto al modello per intensità di cura.
2. Analisi delle criticità nei processi operativi e nei percorsi legati al trattamento delle principali patologie cardiovascolari.
3. Misurabilità e trasparenza riguardo ai risultati raggiunti dalla singola Unità Operativa di Cardiologia nel tempo, attraverso un'efficace siste-



ma di monitoraggio degli indicatori essenziali.
4. Coinvolgimento di tutto il personale medico, infermieristico, tecnico e amministrativo riguardo alle logiche e gli strumenti organizzativi implementati.
5. Condivisione del percorso formativo con i Dirigenti Responsabili del Settore Assicurazione Qualità e del Centro Gestione del Rischio Clinico dell'Assessorato al Diritto alla Salute della Regione Toscana.

I primi risultati del Progetto

A circa nove mesi si possono elencare i primi risultati:
- definizione approfondita dei profili professionali delle figure operanti in Cardiologia, con l'avvio di riflessioni riguardo le modalità da adottare per dimostrare e garantire una "flessibilità organizzativa progettata";
- analisi dettagliata dei percorsi e delle attività, condotta in modo incrociato tra le dieci Unità Operative di Cardiologia, con definizione completa, seppur preliminare, dei rischi con relativa codifica dei potenziali errori in Cardiologia, degli indici di priorità dei rischi (IPR) e del relativo piano delle azioni preventive, per ciascuna delle Cardiologie partecipanti al progetto;
- individuazione di alcuni ambiti di particolare interesse su cui si sta lavorando per impostare "Buone Pratiche" per la sicurezza del paziente in Cardiologia, secondo i dettami delle Campagne di Prevenzione, coordinate dal Centro Gestione del Rischio Clinico - Assessorato alla Salute della Regione Toscana;
- sviluppo di percorsi strutturati per agevolare i processi di Knowledge Management all'interno dell'Unità Operativa di Cardiologia, favorendo momenti di confronto su esperienze e conoscenze, atti a garantire una rapida crescita del capitale intellettuale;
- definizione di piani di miglioramento "motivati e condivisi", la cui efficacia viene misurata attraverso opportuni indicatori, a garanzia di un'oggettiva valutazione delle ricadute sull'organizzazione;
- individuazione di un preliminare panel di indicatori comuni a tutte le Cardiologie.

Le attività di Progetto post certificazione

Il momento della certificazione viene inteso come una validazione del percorso effettuato: la logica del miglioramento vuole infatti che la certificazione, pur da intendersi come un momento significativo, non rappresenti un punto di arrivo bensì un'importante tappa di un percorso.
Per questo, a seguito dell'avvenuta certificazione, si procederà (giugno 2008 - marzo 2009) con la messa a punto delle regole organizzative e del sistema di monitoraggio degli indicatori individuati: regole ed indicatori che andranno a rappresentare il minimo comune denominatore di riferimento per eventuali estensioni presso altre Cardiologie, magari anche di altre Regioni.
Questo sistema di regole e di indicatori, strutturato in modo semplice e facilmente gestibile, permetterà a ciascun Direttore ed alla stessa ANMCO di promuovere periodicamente dei momenti di confronto e di stimolo per Medici Cardiologi e per il personale infermieristico. Ciò al fine di illustrare le azioni intraprese e la loro efficacia in merito alla sicurezza del paziente ed al corretto utilizzo delle risorse, nonché le azioni che si intendono intraprendere nel breve - medio periodo.
Una struttura sanitaria orientata verso la Clinical Governance non potrà quindi "accontentarsi" della certificazione di qualità, ma sulla base di una crescente motivazione e consapevolezza, saprà trasformare una "esperienza di un progetto" in una insostituibile "crescita della propria cultura organizzativa."

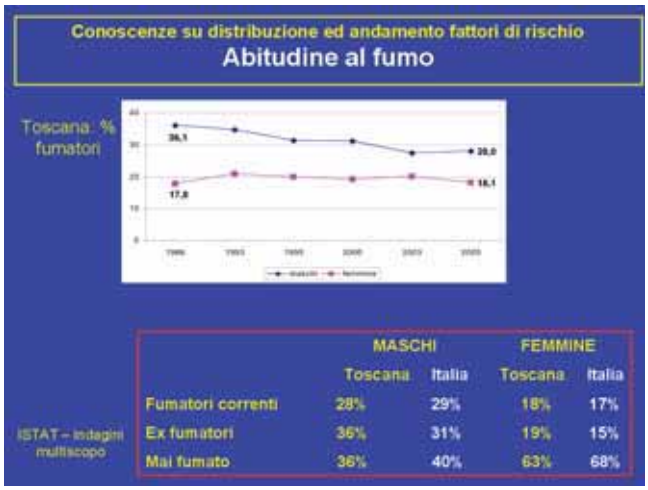
Il rischio di infarto nella Regione Toscana

Oltre 800.000 toscani fumano, 1.500.000 sono in sovrappeso o obesi, oltre 1.300.000 non praticano alcun tipo di attività fisica. Un toscano su tre è iperteso e uno su cinque ha il colesterolo elevato. Gli infarti sono circa 11.000, ma di questi 2.800 muoiono prima del ricovero.

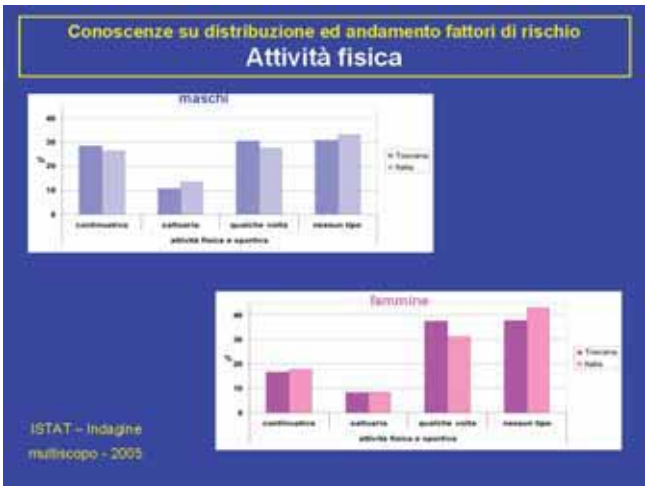
di F. M. Bovenzi, S. Berti, A. Comella, U. Conti, S. Di Marco, M. Filice, A. Genovesi Elbert, R. Gentilini, C. Giustarini

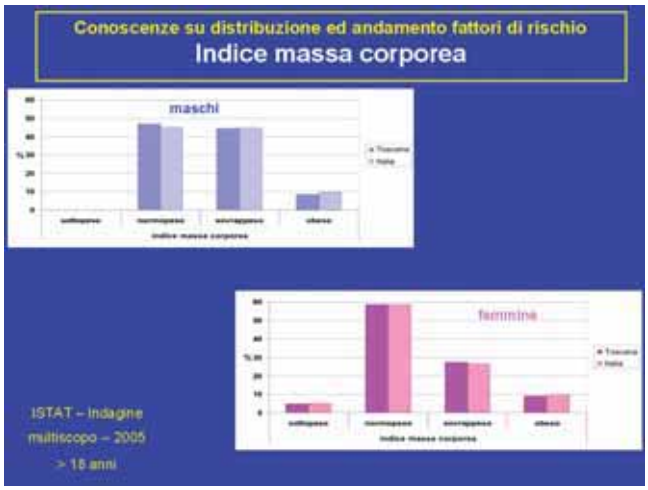
In Toscana una persona su tre è a rischio d'infarto, perché presenta almeno due dei fattori di rischio più importanti oppure risulta già colpita da un evento cardiovascolare. L'allarme alle autorità istituzionali regionali è stato lanciato al termine della Campagna Educazionale Regionale (CER) "Difendiamo il Cuore", promossa dall'ANMCO Toscana, in collaborazione con due importanti associazioni di Medicina Generale - la FIMG e la SIMG - e con il contributo educazionale di Pfizer Italia. Uno start up organizzativo si è tenuto a Lucca nel luglio 2007 e a seguire si sono svolti 16 incontri regionali (Figura 1) che hanno visto la partecipazione di oltre 1.000 Medici, fra Cardiologi e Medici di Medicina Generale. Un grande successo di partecipazione, in cui sono stati anche presentati i dati della sorveglianza epidemiologica regionale sulle malattie cardiovascolari. Una sorta di fotografia che ha mostrato le luci e le ombre sull'attuale stato di salute del cuore di molti cittadini, che sono esposti al rischio di patologia cerebro - cardiovascolare. Nella nostra regione nel 2005 si sono registrati 10.800 infarti del miocardio, di cui circa un terzo è risultato mortale prima dell'ospedalizzazione. Il bacino di maggiore incidenza di infarto miocardio è risultato l'area del Nord-Ovest, dove il rischio risulta quasi una volta e mezzo superiore rispetto alla media regionale (419 ogni 100.000 abitanti). Uno degli elementi che potrebbe spiegare questo dato è legato ad un indice di sopravvivenza della popolazione più alto rispetto ad altre zone del territorio. Tuttavia, questi risultati rispecchiano anche una maggiore incidenza di fattori di rischio in questa popolazione. Se negli ultimi cinque anni l'abitudine al fumo sembra essersi ridotta, sono 500.000 gli uomini e oltre 350.000 le donne che continuano a fumare regolarmente. Non va meglio se guardiamo i dati del sovrappeso con 1.500.000 toscani che litigano ogni giorno con la bilancia. Nella fattispecie emerge che il 45% degli uomini è in sovrappeso, mentre

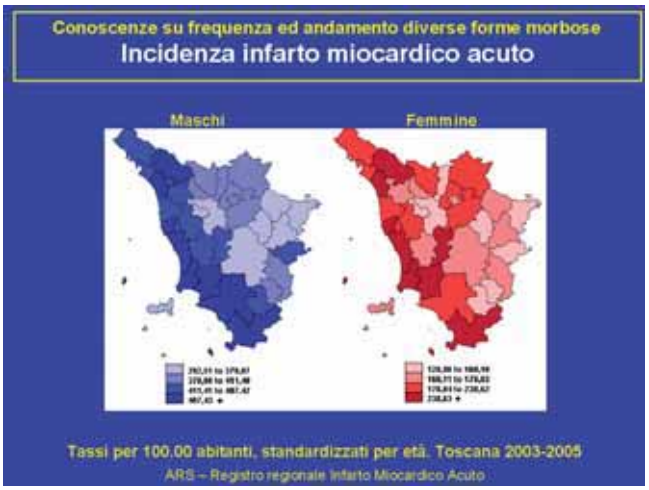
Figura 1



	MASCHI		FEMMINE	
	Toscana	Italia	Toscana	Italia
Fumatori correnti	28%	29%	18%	17%
Ex fumatori	36%	31%	19%	15%
Mai fumato	36%	40%	63%	68%







le donne sono il 30%, ma in entrambi i sessi il 10% risulta addirittura obeso. Anche la sedentarietà danneggia il cuore dei toscani: oltre 1.300.000 non praticano alcun tipo di attività fisica e solo 700.000 svolgono una regolare attività fisica (84% sono uomini). In aumento anche l'incidenza di ipertensione arteriosa e di ipercolesterolemia. Il primo è un problema per il 28% degli uomini e per il 26% delle donne, mentre il secondo riguarda rispettivamente il 19% degli uomini e il 21% delle donne. Solo il 21% dei toscani, poco meno di 800.000 persone, segue una terapia antipertensiva. Sono soprattutto le donne (una su quattro) che si curano con assiduità. Un dato in più: 400.000 toscani fanno uso di statine, con una spesa regionale pari a ben 48 milioni di euro nel 2007, pari al 5% in meno rispetto alla media italiana. Il consumo delle statine risulta in continua crescita, tanto che questi farmaci sono stati regolati nella prescrivibilità da una delibera ad hoc della Giunta Regionale (N°148 del 26 febbraio 2007), per la razionalizzazione del loro utilizzo. Secondo le indicazioni contenute nel provvedimento, per il quale è attesa un'imminente revisione, l'uso dei farmaci non coperti da brevetto deve rappresentare su base annua almeno il 60% del totale prescritto. Per ridurre la mortalità extraospedaliera dell'infarto, ma anche quella ospedaliera, occorre sostenere e implementare il modello di Rete regionale dell'infarto, con ottimizzazione delle terapie, follow up omogeneo dei pazienti ed educazione sanitaria dei cittadini. In Toscana è imminente il passaggio agli Ospedali organizzati secondo intensità di cura, che considera prioritari i posti letto "funzionali", non strutturati per disciplina specialistica di reparti. Il timore è che accorpando aree specialistiche disomogenee le competenze e le conoscenze del personale delle UTIC, formato ed esperto nella gestione delle emergenze cardiologiche, vadano disperse con risultati negativi sul contenimento della mortalità ospedaliera. Dato questo che emerge significativamente anche in letteratura. Ultimi ma non trascurabili aspetti sono le criticità legate alla carenza di percorsi assistenziali per le patologie croniche come lo scompenso e la scarsità di programmi di educazione sanitaria per insegnare ai cittadini a riconoscere il dolore toracico come sintomo d'infarto sensibilizzando sulla necessità di chiamare subito il 118. Per garantire la buona salute del cuore la prevenzione deve partire dai giovani e nelle scuole dovrebbe essere prevista "l'ora della salute", in cui spiegare ai ragazzi l'importanza dell'alimentazione corretta e dell'esercizio fisico e il peso di fattori di rischio come il fumo o l'alcol. La CER ANMCO Toscana "Difendiamo il Cuore", in sintesi, ha inteso riaffermare che la difesa della salute del cuore consiste nell'umanizzazione della medicina e nella presa di coscienza definitiva dei principi di prevenzione, con regole e sani stili di vita.

Nel Veneto la Rete IMA diventa realtà

Approvata dalla Regione Veneto la Delibera sulla Rete integrata interospedaliera per il trattamento dell'Infarto Miocardico Acuto

di D. Marchese e G. Pasquetto

È finalmente realtà in Veneto la realizzazione della Rete Interospedaliera per il trattamento dell'Infarto Miocardico Acuto.
Il percorso per giungere a questa meta è stato lungo e travagliato, partendo da una precedente delibera del 2004 della Regione Veneto nella quale si auspicava la realizzazione di una collaborazione tra le varie realtà cardiologiche della Regione in modo da garantire uguale trattamento ad ogni cittadino colpito da un infarto.
Nel 2003 erano stati raccolti in tutte le Cardiologie del Veneto i dati del Registro VENERE (VENEto acute myocardial infarction REgistry), uno studio prospettico osservazionale e multicentrico sull'epidemiologia ospedaliera dell'Infarto Miocardico Acuto con sopraslivellamento del tratto ST ed applicabilità dell'angioplastica primaria nel contesto di rete interospedaliera (Ital Heart J 2005; 6 (Suppl 6):57S-64S). Tale Registro aveva evidenziato al dì là dei meriti della Cardiologia Veneta nell'ottenere un eccellente outcome a distanza per i pazienti colpiti da IMA, anche dei limiti quali i ritardi intraospedalieri alla riperfusione o nei trasferimenti interospedalieri e soprattutto che troppo spesso la terapia riperfusiva aggressiva non veniva applicata ai pazienti a più alto rischio.
Un grosso stimolo è quindi arrivato dall'edizione veneta della Campagna Educazionale Nazionale denominata "Rete Interospedaliera e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute" organizzata dall'ANMCO sotto l'egida della FIC, in collaborazione con SIC e GISE ed il contributo di SIMEU e 118. Il Convegno, svoltosi a Padova il 23 febbraio 2007 (Figura 1), aveva visto un'ampia partecipazione di tutti gli operatori dell'emergenza e delle istituzioni rappresentate dall'Assessore alla Salute della Regione, che in tale occasione si era impegnato per dar corso ad un tavolo di discussione per la realizzazione della Rete. In effetti dopo tale evento, è stata istituita con decreto del Segretario Regionale Sanità e Sociale una Commissione Regionale composta dai rappresentanti delle associazione cardiologiche e dai rappresentanti del 118, presieduta dal Dirigente della Direzione per i Servizi Sanitari Dott. Domenico Mantoan, che si è riunita più volte ed ha prodotto il documento finale oggetto della Delibera della Giunta Regionale n. 4550 del 28 dicembre 2007.
La Commissione ha individuato come obbiettivo primario la gestione appropriata dei soggetti con IMA ST sopraslivellato e ad alto rischio. L'obiettivo è la riduzione dei tempi di accesso dei pazienti al trattamento, l'aumento del numero delle rivascolarizzazioni coronariche, con la garanzia dell'accesso all'angioplastica, nei casi in cui è indicata.
Per il raggiungimento di tale obbiettivo si è optato per la realizzazione di una Rete assistenziale interospedaliera che coinvolge tutte le strutture secondo il modello organizzativo "Hub and Spoke", con la presenza di Centri di riferimento (Hub) e di Centri periferici (Spoke) coordinati tra di loro, in applicazione di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi.
Un apposito gruppo di lavoro, costituito solo dai Cardiologi, all'interno della Commissione ha prodotto un protocollo clinico-organizzativo per il trattamento dello STEMI in base all'età del paziente (minore o maggiore di 75 anni), tempo di esordio dei sintomi (< 2 h, 2-6 h, 6-12 h), profilo di rischio (alto rischio: Killip > 1, F.C. > 100/min, PAS < 100 mmHg, ST > 5 derivazioni, pregresso IMA, pregresso by-pass, BBSin di nuova insorgenza) e tempo di trasferimento, suggerendo il trattamento più opportuno in base a

Figura 1

Figura 2

queste variabili.
Come centri Hub sono stati confermati i Laboratori di Emodinamica Interventistica H 24 attualmente esistenti (n. 12) che sono adeguati a coprire i fabbisogni regionali: 1/375.000 abitanti.
I Centri Hub dovranno accettare sistematicamente tutti i pazienti provenienti dai Centri Spoke o dal SUEM 118 nell'ambito dei protocolli stabiliti, ed a garanzia del ruolo delle UTIC Spoke, tutti i pazienti sottoposti ad angioplastica primaria presso i Centri Hub dovranno essere sistematicamente ritrasferiti presso l'UTIC di riferimento, dell'ULSS di appartenenza del paziente, entro le 24 ore successive alla procedura, a meno di non presentare complicanze.
La delibera prevede inoltre che tutti i mezzi di soccorso del SUEM 118 dovranno essere dotati di elettrocardiografi a 12 derivazioni con teletrasmissione o teleconsulto per la trasmissione dell'ECG alle UTIC di riferimento, con possibilità di avvalersi della consulenza cardiologica per valutare il miglior trattamento nel rispetto del protocollo condiviso.
Un gruppo tecnico composto dai Responsabili delle Centrali Operative SUEM 118 ha definito una mappa dei comuni di afferenza per ciascun Centro Hub, ma la delibera prevede anche che a livello locale l'organizzazione funzionale della Rete e la condivisione del protocollo (rapporti fra Centri Hub e Spoke) devono essere definiti nel dettaglio da un Comitato Provinciale o di Area Vasta, composto dai Direttori di tutte le UU.OO. di Cardiologia, Emodinamica, SUEM 118, Pronto Soccorso e da un rappresentante della Direzione Regionale per i Servizi Sanitari, a garanzia di un'omogeneità regionale dell'organizzazione.
A questo punto, come recita la Delibera, sarà compito dei Direttori Generali e di tutti gli attori coinvolti nella gestione della Rete, attivarsi per l'applicazione del modello indicato, e sarà compito della Direzione Regionale dei Servizi Sanitari vigilare sulla piena attivazione e sul funzionamento della Rete.
Il documento verrà presentato a tutta la comunità cardiologica veneta nel corso del prossimo Congresso Regionale ANMCO Veneto che si terrà a Legnaro (Padova) presso la sede della Facoltà di Agraria "Agripolis", sabato 10 maggio 2008 (Figura 2), e che avrà per argomento "Strategie terapeutiche attuali nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica". Il Congresso, che sarà onorato dalla presenza del Presidente FIC Dott. G. Di Pasquale e dall'Assessore alla Salute della Regione F. Martini, intende affrontare il ruolo delle UTIC moderne alla luce dei cambiamenti avvenuti in questi anni riguardo la complessità dei pazienti che vi accedono e dei nuovi trattamenti farmacologici e non farmacologici introdotti.
Il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO Veneto, giunto quasi alla fine del suo biennio, auspica pertanto una numerosa partecipazione di tutta la Cardiologia Veneta a questo importante appuntamento, dal quale trarre sempre nuovi stimoli e preziosi insegnamenti per il nostro lavoro.

Bioetica, etica pubblica, libertà

di Carlo Vecchio

Insisto nel sostenere che l'etica della sacralità della vita e l'etica della qualità della vita sono, in linea di principio, tra loro inconciliabili in maniera assoluta e non riducibile. Ciò perché non conciliabili sono i loro elementi fondativi: la fede per la prima, la ragione per la seconda. Sono convinto che questo sia un dato di fatto non discutibile che, di necessità, pone limiti ad ogni tentativo di conciliazione tra i due sistemi di valori, poiché da esso derivano alcuni corollari che ulteriormente li caratterizzano in modo specifico ed antitetico:

- il primo (legittimato dogmaticamente dal suo principio fondante) produce schemi normativi rigidi, intransigenti, immutabili;
- il secondo (legittimato dialetticamente dalla ricerca del consenso) produce schemi normativi flessibili, modulati dalle condizioni storiche e sociali e, pertanto, mutabili nel tempo e nei luoghi.

Ed è proprio questa derivata diversità normativa ad offrire qualche ragionevole possibilità di successo al tentativo, necessario, di ritrovare e instaurare una convivenza accettabile fra i due universi bio-etici e, più in generale, di etica pubblica. In sua mancanza esiste il legittimo timore del generarsi di una frattura difficilmente sanabile a breve tempo, entro il corpo sociale del nostro Paese, della quale ben pochi, a parer mio, sentono la necessità e molti avvertono il pericolo.

Il rischioso cambio d'intensità e di toni che in questi ultimi tempi è venuto manifestando l'attrito tra cattolici e laici su temi di etica pubblica fa vedere la possibilità che esso (talvolta sopito, talvolta più o meno affiorante, fin dai tempi della nascita dello Stato unitario) si trasformi in scontro. Ritengo evitabile questa, che immagino come una sciagura per il nostro Paese, alla sola condizione che il contrasto tra le due concezioni morali venga spostato dal piano dei principi a quello della prassi.

Ciò è possibile e su questo terreno l'inconciliabilità cui ho ripetutamente fatto cenno può attenuarsi. Gli uni e gli altri potranno continuare a considerarsi diversi, ma non avversari, men che meno nemici. È accaduto più volte nella storia d'Europa ed anche d'Italia; accade tuttora in Paesi più fortunati (civilmente più maturi?) del nostro, ove, al contrario, differenze di credo religioso sembrano tornate a "marcare" differenze nei diritti di cittadinanza. È necessario fra noi che, da una parte, vengano abbandonate la rigidità dogmatica e la vocazione missionaria e, dall'altra, che si faccia miglior ricorso ad uno dei suoi caratteri costitutivi: il principio della osservanza normativa del consenso, coniugato a quello del rispetto della libertà.

Certo è più facile che ciò avvenga tra i laici per i quali il presupposto del possesso della verità e della sua unicità non sussiste. Può esserlo meno (almeno per un po') per i credenti,

per i quali qualche difficoltà può sussistere nel praticare la tolleranza e la ricerca dei dialogo alla pari con chi credente non è o con chi, peggio, professa un credo diverso dal proprio. Possono pregiudicare il raggiungimento di questo fine gli atteggiamenti enfaticamente e reiteratamente intransigenti quali quelli proclamati in questi anni dal Pontefice romano, con il suo dire così rigidamente assertivo in ambito etico, cui fa coro una parte (ampia, ma non intera) delle gerarchie ecclesiali. Proprio per l'autorevolezza della fonte, tal manifesta volontà di radicalizzare i contrasti va rifiutata con fermezza!
A questo mirava il mio breve scritto sulle pagine di "Cardiologia negli Ospedali" (n°160, novembre-dicembre 2007) cui Pasquale Bossa ha ritenuto fosse il caso di prestar attenzione ("Cardiologia negli Ospedali" n°161, gennaio-febbraio 2008). Lo ringrazio, tuttavia non credo di dover considerare il suo suggerimento a "stemperare il pessimismo" che da lui mi è attribuito, pur con garbo e cortesia. E questo semplicemente in virtù del fatto che esso non esiste! Non sono affatto pessimista; non lo sono stato mai, perché ho sempre riposto fiducia nella ragionevolezza degli uomini, anche quando, in un passato non tanto lontano da esser dimenticato, il buon uso della ragione poteva apparire perduto, smentito dai fatti che ci accadevano intorno (il mio gradito interlocutore ne fa cenno nel suo scritto). Non lo sono anche nella contingenza di cui stiamo parlando, a condizione che vengano accantonate antistoriche pretese egemoniche, dogmatismo, astiosità e violenza verbale.
Come si vede, si tratta di comportamenti, non di principi! Quanto al richiamo di P. Bossa al principio secondo cui la tutela dei diritti dei cittadini, in qualsiasi ambito, spetta allo Stato e non ad altri, lo giudico del tutto opportuno (è sancito dalla nostra Carta Costituzionale). Ed ancora concordo con lui nell'affermare il diritto intangibile di ciascuno ad illustrare la propria opinione ed il proprio sentimento etico. Ricordo tuttavia che il diritto di ciascuno ha limite non valicabile nel rispetto e nella tutela delle altrui legittime convinzioni e che l'uso eccessivamente spregiudicato di tale diritto lo avvicina ad un colposo abuso, civilmente ed eticamente riprovevole. Anche questa è un'ovvietà, ma forse giova ricordarla. Ancora una nota: tutti ricordino che "Pacta sunt servanda"!
Bello sarebbe se questo scambio di pensieri non restasse unico e isolato, ma fosse stimolo ad un più largo dibattito su "Cardiologia negli Ospedali" e all'interno dell'ANMCO.

Valori di colesterolo LDL molto bassi è sempre meglio?

Una possibile associazione fra statine e cancro

di S. Scardi, B. D'Agata, G. Cerchia

La riduzione del colesterolo LDL (C-LDL) mediante statine si è rivelato un approccio farmacologico utile per ridurre gli eventi cardiovascolari (1). Per ridurre ulteriormente il rischio si afferma che più basso è il C-LDL meglio è, le linee guida nordamericane perciò raccomandano valori < 100 mg /dl (2). Recentemente su JACC 2007,50, 409, Alsheikh-Ali AA et al (JACC 2007,50,409-3) hanno pubblicato una metanalisi di 23 grandi trial che avevano arruolato 75.117 pazienti con un follow-up di 309.506 pazienti/anno trattati con varie statine versus placebo. I pazienti che raggiungevano bassi livelli di C-LDL (< 100 mg/dl) sviluppavano un rischio significativamente più alto (R2=0.45, p=0.009) di avere una nuova diagnosi di cancro rispetto a quelli con valori di C-LDL più alti (100-150mg/dl). Le sedi del cancro erano diverse: apparato gastroenterico e genitourinario, polmone, mammella ecc. Pertanto, secondo gli autori, i benefici cardiovascolari che si raggiungono con un basso livello di C-LDL sono neutralizzati dall'incremento di rischio di cancro (Figura 1).

La notizia di un certo rilievo ci ha spinto a consultare Medline alla voce Cancer and Statin. Abbiamo trovato 945 voci bibliografiche, abbiamo letto le più significative.

I risultati riportati da Alsheikh confermano quelli dello studio PROSPER (4), nel quale la statina è stata utilizzata solo nella popolazione anziana (70-82 anni), la nuova diagnosi di cancro era del 25% più frequente nel gruppo trattato con pravastatina. Altri studi prospettici (LIPID, CARE e altri) (5-7) hanno dimostrato un'associazione inversa fra bassi livelli di C-LDL e diversi tipi di cancro. In una metanalisi con regressione di 35 trial randomizzati (109.143 pazienti) condotta da Bonovas S et al (8) l'uso di statina, dopo un follow-up di 4.4 anni, non si associa ad un rischio aumentato o diminuito di cancro (RR=0.99 IC 95% 0.94-1.04), tuttavia nei pazienti con età avanzata il rischio di sviluppare il cancro è risultato alto (p=0.003).

Viceversa alcuni studi epidemiologici hanno dimostrato che le statine hanno un effetto protettivo sul rischio oncologico in alcune specifiche sedi (colon) e studi osservazionali anche effetti benefici su altri (rettocolon, prostata, polmone, pancreas, mammella ecc.) (9-16).

Invece, nello studio GISSI-Prevenzione (17) non è stata rilevata alcuna differenza significativa per la comparsa di cancro fra i trattati con statina e i controlli (0.3% vs 0.7%). Lo stesso trend si osserva in alcune metanalisi (18-22) compresa quella CCT (90.056 pazienti trattati con statine e placebo per 6 anni) (21).

Ma il problema non affrontato prima della metanalisi di Alsheikh et al è se l'incidenza di cancro aumenta in rapporto al tasso di riduzione del colesterolo LDL.

Infatti, già negli anni '90 alla conferenza sui livelli di colesterolemia risultò da studi epidemiologici una correlazione fra bassi livelli di colesterolo e incidenza di cancro che disegnava una curva ad U. L'incremento di rischio di cancro per ogni 10% di riduzione del C-LDL risultò di circa 4-5 per 1.000 pazienti (23). Nel TNT (24) nel quale sono stati utilizzati 2 dosaggi di atorvastatina (10 vs 80 mg) non è stato confermato un legame fra cancro e livelli di LDL raggiunti (1.5 vs 1.79, P=0.42); è stata osservata invece una significativa riduzione di eventi e di mortalità cardiovascolare senza però una riduzione della mortalità per tutte le cause.

È plausibile biologicamente l'associazione fra bassi livelli di C-LDL e cancro o vi sono altre spiegazioni alternative?

Le statine hanno un uptake selettivo epatico e una bassa biodisponibilità sistemica. Tuttavia esistono differenze fra statine lipofile ed idrofile per differenti effetti extraepatici di questi preparati compresi quelli sui cancri extraepatici per sintesi extraepatica di melovalanato (25). La possibile associazione fra statine e cancro è stata dimostrata nei roditori nei quali le statine provocano il cancro con concentrazioni equivalenti a quelle usate comunemente nell'uomo (26).

Viceversa, diversi studi hanno mostrato un effetto protettivo delle statine lipofile sulla crescita di vari tipi di tumori e sulla crescita cellulare delle cellule del cancro della mammella in cultura, per inibizione della sintesi delle selenoproteine, riduzione dell'infiammazione e della neoangiogenesi. Narisawa T et al (27) hanno dimostrato effetti chemioprotettivi delle statine sulla carcinogenesi del colon nei ratti. Altri studi condotti in laboratorio hanno evidenziato che le statine provocano apoptosi e riducono le cellule invasive in varie linee cellulari comprese le cellule del

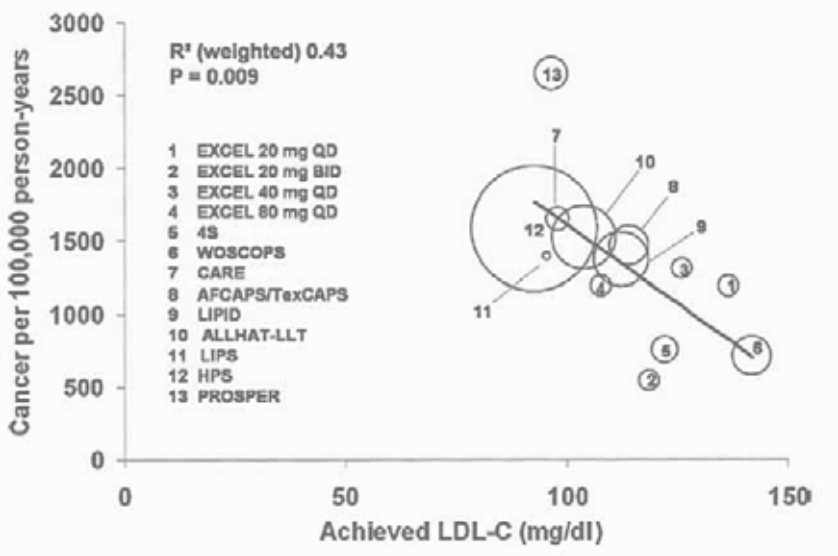


Figura 1

carcinoma mammario (28-30).

BIAS delle metanalisi e degli studi clinici

Numerosi bias possono condizionare la corretta interpretazione dei risultati sia degli studi clinici sia delle metanalisi probabilmente per la presenza di fattori confondenti. Alcune metanalisi hanno preso in considerazione sono alcuni studi e non altri, gli studi spesso sono non standardizzati o retrospettivi con ampia variabilità del tipo e dei dosaggi delle statine e senza confronto con il placebo. In particolare i criteri d'arruolamento possono inficiare i risultati di trial differenti: l'età dei pazienti arruolati può aumentare o ridurre il rischio di cancro, in quanto il tumore per il suo sviluppo richiede usualmente 10-20 anni. Pertanto i follow - up dovrebbero avere una lunga durata.

Molti studi sulle statine condotti per rilevare gli effetti protettivi sugli eventi cardiovascolari hanno preso in considerazione come endpoint secondario l'incidenza di cancro. Il piccolo numero di cancri, riscontrato nel follow-up, riduce il potere predittivo del rischio (31).

Altri fattori confondenti sono: aderenza al trattamento e alle procedure di screening, uso contemporaneo di altre terapie (ASA, Fibrati ecc.), storia familiare, fumo, obesità, presenza occulta di stati precancerosi, tipo, dose, inizio e durata della terapia ipolipemizzante. LaRosa JC et al (24) nel TNT hanno valutato gli effetti di 2 dosaggi di atorvastatina, l'incidenza di cancro è risultata dell'1.5% vs 1.7% rispettivamente (P=0.42), come se la più importante riduzione delle lipoproteine a bassa densità influenzasse il rischio senza però una significatività statistica.

Infine l'eterogeneità dei metodi statistici utilizzati può inficiare la corretta interpretazione delle metanalisi

In definitiva le statine prevengono, causano o hanno un effetto neutro sull'incidenza del cancro?

Antony DeMaria, nell'editoriale d'accompagnamento alla metanalisi di Alsheikh, riferisce che negli ultimi 5 anni nessun manoscritto è stato tanto discusso nel comitato di redazione. Tuttavia la metanalisi pubblicata non permette di rispondere in modo adeguato a questa domanda. Il problema però non può essere ignorato ma l'ipotesi richiede ulteriori ricerche.

A nostro parere la dimostrazione di effetti favorevoli o deleteri delle statine sulla comparsa di cancro richiede trial controllati con placebo da condurre anche negli anziani e nelle donne, prendendo in considerazione come endpoint clinici l'incidenza e la mortalità per tutti i tipi di tumore, tenendo conto però della eterogeneità eziopatogenetica dei cancri rispetto alla cardiopatia ischemica.

In ogni caso gli alti dosaggi di statine devono essere utilizzati solo nei pazienti ad alto rischio, continuando a monitorizzare il loro profilo di sicurezza a lungo termine.

Bibliografia su richiesta:
sabino.scardi@libero.it

BLIOGRAFIA
1.Pasternak RC. JACC 2002; 40: 567.
2.Topol E. NEJM 2004; 350: 1562
3.Alsheikh-Ali AA. JACC 2007; 5: 409
4.Shepherd J. Lancet 2002: 360; 1623
5.LIPID Study Group. Lancet 2002; 359: 1379
6.Kaye JA. Br J Cancer 2004; 90: 365
7.Sacks FD. NEJM 1996;335:1001
8.Bonovas S. CMAJ 2007;176: 649
9.Naris AW. Carcinogenesis 1994; 15: 2045
10.Bjerre LM. Am J Med 2001; 110: 716
11.Pfeffer MA. Circulation 2002;160: 2363
12.Pedersen TR. AJC 2000; 86: 257
13.Blais L. Arch Intern Med 2000; 160: 2363
14.Graf MR. J Clin Oncol 2004; 22: 2388
15.Graf MR. Circulation 2002; 160: 2363
16.Poynter N. NEJM 2005; 352: 2184
17.Ebert PR. JAMA 1997: 278; 313
18.GISSI- Prevenzione Investigators. Ital Heart J 2000; 1: 810-20
19.Dale KM. JAMA 2006; 295: 74
20.Bonovas S. J Clin Oncol 2005; 23: 8606
21.Baigent C et al (Lancet 2005,366,1267)
22.Heart Protection Study Collaborative Group. Lancet 2002; 360: 7.
23.Jacobs D Circulation 1992; 86: 1046
24.La Rosa JC. JACC 2007; 50: 419
25.Hamelin BA. Trends Pharmacol Sci 1998; 19: 26
26.Inano H. Carciogenesis 1997; 18: 1723
27.Seeger H. Exp Clin Endocrinol Diabetes 2003; 111: 47
28.Moosmann B. 2004; 363: 892
29.Narisawa T. Carcinogenesis 1994; 15: 2045
30.Newman TB. JAMA 1995; 275: 55
31.DeMaria AN. JACC 2007; 50: 421

Gennaro Santoro intervista tre Giovani Cardiologi: Francesco Meucci, Salvatore Notaristefano e Guido Parodi

Francesco Meucci

Nato a Firenze nel 1970.
Sposato, due figli (Pietro 7 anni e Caterina 2 anni).
Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1995 a Firenze. Specializzato in Cardiologia a Firenze nel 1999. Dal 2000 al 2004 Dirigente medico ospedaliero presso la Cardiologia dell'Ospedale di Fucecchio (in provincia di Firenze). Dal 2004 ad oggi lavora all'ospedale di Careggi a Firenze, attualmente presso la Cardiologia Geriatrica (Direttore Prof. Niccolò Marchionni). Fino dalla specializzazione l'area di principale attività è la Cardiologia Interventistica, coronarica e non coronarica.

Salvatore Notaristefano

Chi è Salvatore Notaristefano. E' nato a Perugia il 03 marzo 1974 ed ha conseguito la Maturità Scientifica nell'anno 1993. Si è laureato presso l'Università degli Studi di Perugia nel luglio del 1999. Iscritto alla Scuola di Specializzazione in Cardiologia, seguendo le orme paterne, si è sempre dedicato alla cura intensiva della cardiopatia ischemica acuta ed in particolare dal 2001 alla cardiologia interventistica per la diagnosi ed il trattamento della cardiopatia ischemica con una particolare dedizione all'urgenza – emergenza cardiologica (PTCA primaria). Specializzato nell'anno 2003 ha continuato a frequentare l'ambiente cardiologico perugino e dal 2005 lavora nell'Azienda Ospedaliera di Perugia nel Reparto di Cardiologia diretta dal Dott. Claudio Cavallini. Sempre attratto dalla cardiologia interventistica, in tutti i suoi aspetti, frequenta costantemente e periodicamente il Laboratorio di Emodinamica dell'Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze sotto la preziosa guida del Direttore Dott. Gennaro Santoro.
Non ha mai abbandonato la passione, trasmessagli dal padre, per la medicina e la cardiologia dello sport.
E' fidanzato e tra gli hobby annovera i motori, in tutte le loro forme, in particolare le automobili, la corsa e lo sci.

Guido Parodi

Ho conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pisa nel 1996, successivamente ho conseguito il Diploma di Specializzazione in Cardiologia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 2001 ed il Dottorato di Ricerca in "Biologia e fisiopatologia cardiaca" presso l'Università di Genova nel 2005. Nel 2004 sono stato nominato Fellow of the European Society of Cardiology. Nel 2002 sono stato assunto a tempo indeterminato presso la S.O.D. Cardiologia Generale ed Invasiva 1 (Direttore Dott. David Antoniucci) dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Careggi a Firenze dove attualmente presto servizio, svolgendo prevalentemente attività di Cardiologia interventistica ed UTIC. Nel frattempo mi sono sposato e ho avuto 2 bambine (Chiara nel 2003 e Giulia nel 2005). I miei principali campi di interesse (insieme ovviamente alla famiglia) sono il trattamento dell'infarto miocardico acuto, lo studio del rimodellamento ventricolare sinistro postinfartuale, ed in generale la fisiopatologia e la terapia della cardiopatia ischemica e dello scompenso cardiaco. Infine, ultimamente mi sono appassionato allo studio della miocardiopatia da stress (tako-tsubo). L'attività scientifica che ho fin ora svolto comprende oltre ad alcune pubblicazioni anche l'attività di revisore di 8 riviste internazionali peer-reviewer e la partecipazione al Comitato Editoriale del Giornale Italiano di Cardiologia.

Mojmir Ježek, Heartbeats

Intervista a Francesco Meucci

Cosa pensi che sia una Società Scientifica e a quali compiti dovrebbe assolvere?

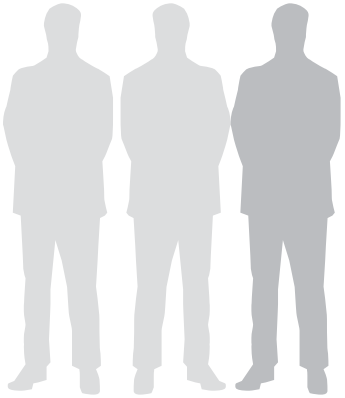
Non credo di avere una idea precisa di cosa debba essere una società scientifica; quello che posso dire è che le società scientifiche in ambito cardiologico più importanti e prestigiose mi hanno da sempre attratto per la loro capacità di produrre cultura e conoscenza, a partire dalle linee guida fino agli studi clinici su larga scala, specialmente quelli a carattere "no profit". Quest'ultimo aspetto è quello che mi rende maggiormente sensibile verso le società scientifiche in generale e l'ANMCO in particolare, cioè quello di poter ideare, condurre e pubblicare studi clinici che rispondono a domande ed esigenze "reali" dei medici e dei pazienti. Un trial clinico come lo studio OAT, recentemente pubblicato sul NEJM (che ha visto anche la partecipazione del Centro Studi ANMCO) è uno degli esempi di ricerca clinica di alto profilo che sicuramente rendono merito alle associazioni che lo hanno ideato e condotto. In sostanza vedrei nelle società scientifiche degli organismi indipendenti che producono e diffondono formazione e cultura in ambito specialistico rispondendo unicamente a criteri di conoscenza e innovazione e non a criteri commerciali. La spinta dell'industria farmaceutica e dei dispositvi terapeutici a diffondere ricerche cliniche "mirate" sul profitto è uno dei mali attuali della medicina e spero che le società scientifiche possano essere un argine contro questa tendenza.

Quale conoscenza hai dell'ANMCO e quale compito dovrebbe avere sia nella formazione che nella ricerca?

Conosco l'ANMCO da quando ho cominciato la scuola di specializzazione in Cardiologia, ed a quei tempi il congresso dell'ANMCO era una specie di "boccata di ossigeno" o di ventata di aria nuova in un ambiente universitario a quell'epoca ancora molto chiuso e ad impostazione piuttosto "antica". A Firenze abbiamo la fortuna di ospitare ogni primavera il Congresso Nazionale dell'ANMCO e l'incontro "Conoscere e Curare il Cuore", due eventi formativi di alto valore culturale, senz'altro stimolanti per chi inizia a fare il cardiologo. In seguito ho conosciuto l'ANMCO da cardiologo ospedaliero, felicemente strutturato in un piccolo ospedale periferico (Fucecchio) , circondato da Colleghi di alto valore professionale e da un ambiente di lavoro piuttosto ben organizzato. In questa realtà l'ANMCO diventava meno importante come strumento di contatto con il "mondo reale" della cardiologia rispetto agli anni della specializzazione, mentre ho cominciato ad apprezzare la capacità di "formazione continua" che l'associazione offre ai cardiologi italiani, soprattutto attraverso il Congresso Nazionale. I compiti che penso l'ANMCO dovrebbe assolvere nel campo della formazione e ricerca sono quelli che ho elencato appena sopra, di orientare la ricerca per problemi clinici reali, che nascono nei reparti di cardiologia e non dall'esistenza di una nuova molecola o di un nuovo stent coronarico da promuovere. Per quanto riguarda la formazione il Congresso Nazionale è per me l'evento centrale, dunque da curare e valorizzare al massimo.

La nostra attività congressuale, in particolare il Congresso Nazionale, nonostante alcune novità ricalca sostanzialmente la tradizione. Come dovrebbe essere oggi, in un mondo dominato dalla velocità e da internet?

Il Congresso Nazionale dell'ANMCO per me è interessante soprattutto per tenermi aggiornato là dove tendenzialmente sono più "carente" . Mi piace sfruttare il tempo del congresso per seguire le sessioni che trattano argomenti più lontani possibile dalla mia pratica clinica quotidiana; in fondo la cardiologia mi piace tutta insieme e venire ad aggiornarmi anche su quello che accade di nuovo fuori dal mio "pezzettino" mi diverte e mi incuriosisce sempre. Per quanto riguarda la struttura del congresso, tradizionale o meno che sia, credo non dovrebbe allontanarsi troppo da quella attuale, piuttosto omnicomprensiva e rappresentativa di quello che si fa in tutto il paese. Sicuramente la possibilità di avere on line i contenuti del congresso in tempo reale o quasi sarebbe bello. Magari un podcast aggiornabile quotidianamente dal sito ANMCO con le voci registrate in diretta durante le varie sessioni, o anche solo le diapositive presentate da poter scaricare sul proprio PC. Quello che ancora mi manca e che credo sarebbe una bella novità per il congresso ANMCO è un po' di contaminazione con il mondo filosofico e della cultura generale. Alcuni temi tipo l'assistenza al malato critico terminale nelle UTIC o il ruolo



del medico-cardiologo superspecialista (emodinamista, aritmologo, intensivista ecc..ecc..) sempre più legato professionalmente alle competenze del microcosmo in cui deve operare messo a confronto con la crescente necessità delle persone malate di trovare nella medicina risposte di ampio respiro, che sappiano andare oltre "il piccolo taglietto sulla cute", la "retina nel cuore" o "l'apparecchio che da la scossa quando serve"... Questo tipo di domande della medicina moderna riguardano anche noi cardiologi e sinceramente mi sento piuttosto impreparato a rispondere.

Cosa dovrebbe fare l'ANMCO per farsi conoscere dai Cardiologi "specializzandi" o appena specializzati?

Il ponderoso testo in tre volumi "Trattato di Cardiologia" edito dall'ANMCO negli anni scorsi è stata un' idea di notevole significato per i Cardiologi della mia generazione, perché ci dava la misura di cosa "si pensava" in quegli anni nei reparti di cardiologia del paese con i quali stavamo per entrare in contatto. Un aggiornamento del testo e la sua re-diffusione, soprattutto fra i medici in specializzazione, sarebbe un'opera di grande valore e di ottima "pubblicità" (in senso buono) per l'associazione. Borse di studio ANMCO ne esistono già, ma ovviamente sono una delle prospettive più ricercate dai giovani specialisti, poterle aumentare in numero e diffusione sarebbe senz'altro un'opera meritoria verso questa categoria. Il sito internet dell'ANMCO potrebbe essere più ricco di offerte di aggiornamento, per esempio lezioni e interviste a carattere scientifico , fatte con i Colleghi culturalmente più autorevoli ascoltabili in formato mp3. Infine l'"ANMCO giovani" , per quello che ho capito da "esterno" è stata una buona iniziativa per cercare di farsi conoscere dai neo specialisti. In particolare mi era piaciuta l'idea di collaborare con il centro studi ANMCO, a partire dalla "epidemiologia dell'incertezza", una proposta di lavoro culturalmente molto stimolante. Forse l'ANMCO ha bisogno (come la maggior parte delle Cardiologie del nostro paese) di persone giovani al suo interno, ma per attrarle occorre fare ancora di più, probabilmente anche abbassando l'età anagrafica dei gruppi dirigenti.

Visto il tuo recente percorso universitario, come vedi i rapporti tra Cardiologia ospedaliera e Cardiologia universitaria?

Io lavoro in una azienda ospedaliera mista, ospedaliero-universitaria, pertanto mi sembra piuttosto normale vivere le due realtà come piuttosto integrate. I medici specializzandi ad esempio frequentano regolarmente i reparti ospedalieri e spesso le lezioni frontali della scuola di specializzazione e del Corso di laurea in medicina e Chirurgia sono tenute da medici ospedalieri, che ricevono un conguaglio nello stipendio per l'attività didattica. Allargando l'orizzonte il discorso per me si fa complesso, non ho molta esperienza di "politica" sanitaria e quindi sono più in difficoltà nel rispondere a questa domanda. I quattro anni passati a lavorare in un ospedale periferico, molto lontano da qualsiasi logica "universitaria" mi hanno fatto capire che per trovare medici colti, aggiornati e molto bravi non bisogna andare per forza "al centro". D'altro canto lavorare a stretto contatto con l'università offre stimoli culturali e possibilità di aggiornamento difficilmente raggiungibili per chi lavora in altri ospedali. Una buona sintesi, in ambito formativo, mi sembra la recentissima iniziativa del Master di secondo livello per i medici delle UTIC , organizzato dall'ANMCO e dall'Università di Firenze, che è appena cominciato nel mio ospedale ed al quale partecipano Colleghi di molte zone del paese. Il clima di scambio e di arricchimento reciproco che si è subito instaurato mi fa pensare che se esistono "problemi" di rapporti fra Ospedalieri e Universitari non sono certo a questo livello, ma probabilmente riguardano un ambito più politico.

Oggi come oggi se non fossi Socio ti iscriveresti nuovamente all'ANMCO oppure lo escluderesti?

La verità è che sono socio dell'ANMCO per via dello studio GISSI: quando l'ho scoperto, nei testi rigorosamente americani che utilizzavo durante la specializzazione, è stato un effetto tipo la vittoria ai mondiali di Spagna del 1982, inattesa e bellissima. Credo che avere in Italia una associazione così seria, ben organizzata e attiva culturalmente sia un vantaggio per tutti i cardiologi, quindi sì, penso che mi iscriverei anche oggi.

Intervista a Guido Parodi

Mojmir Ježek, Heartbeats

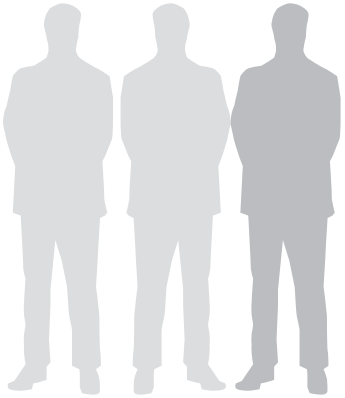
Cosa pensi che sia una Società Scientifica e a quali compiti dovrebbe assolvere?

A mio avviso una Società Scientifica è un'Associazione di "persone simpatiche", nel senso etimologico della parola sympàtheia (dal greco sym-pathos = stesse passioni). Infatti, i Medici che sono accomunati dagli stessi interessi e passioni, ed anche ovviamente da uno stesso vissuto quotidiano che comporta inevitabilmente conflitti e dubbi, sentono la necessità di confronto su alcuni punti cruciali della loro attività, fra i quali: la promozione della buona pratica clinica, la prevenzione delle malattie, l'educazione professionale e la formazione, la conduzione di studi e ricerche, la preparazione di standard e linee guida. Per l'appunto questi punti sono alla base dello spirito associativo dell' ANMCO.

Quale conoscenza hai dell'ANMCO e quale compito dovrebbe avere sia nella formazione che nella ricerca?

Da quando mi sono specializzato in Cardiologia sono stato a conoscenza dell'esistenza dell'ANMCO e la conoscenza ovviamente si è accresciuta durante la mia attività di Cardiologo Ospedaliero, svolta per lo più a Firenze dove l'ANMCO ha sede e dove si svolgono molte delle sue attività, fra le quali l'annuale Congresso Nazionale. Ho tuttavia sempre visto l'ANMCO come una Società abbastanza chiusa, composta da professionisti già affermati e con poche possibilità di apertura per giovani che non sono ancora nessuno per essere presi in considerazione anche quando potrebbero avere energie (e forse qualche piccola idea) da condividere.
In Italia la formazione post laurea e la specializzazione è lasciata un po' alla buona volontà dei singoli. L'ANMCO da parte sua fornisce una buona gamma di appetibili prodotti (includente congressi, corsi, seminari, eventi formativi, ecc..) che spesso meriterebbero maggiore pubblicità e partecipazione. Senza dimenticare il grosso sforzo dell' ANMCO per tenere in vita e rilanciare le sue Riviste Scientifiche (lo storico Giornale Italiano di Cardiologia e l'internazionalmente promettente Journal of Cardiovascular Medicine) che sono degli strumenti con grandi potenzialità per l'aggiornamento dei Cardiologi Italiani. Infine per quanto riguarda la ricerca, sicuramente l'ANMCO ha una forte tradizione ed una della sempre prolifica attività garantita dal Centro Studi ANMCO. Ultimamente ho molto apprezzato lo spirito degli Studi BLITZ, mentre ho avuto scarsa possibilità di interagire con le altre interessanti iniziative di studio dell'Associazione.

La nostra attività congressuale, in particolare l'annuale Congresso Nazionale, nonostante alcune novità ricalca



sostanzialmente la tradizione. Come dovrebbe essere oggi, in un mondo dominato dalla velocità e da internet?

Negli ultimi dieci anni ho raramente mancato di frequentare l'annuale Congresso Nazionale dell'ANMCO. È forse vero che esso presenta un'impostazione tradizionale, ma ritengo che questo appuntamento fisso con l'aggiornamento cardiologico abbia fino ad oggi funzionato, riscosso ripetuti apprezzamenti e consensi e possa ritenersi comunque complementare a quello web - based dominato dalla velocità frenetica dell'informazione, ma anche eccessivamente puntiforme e caratterizzato dalla distanza tra le persone e dall'impossibilità di confronto. Il vero valore aggiunto del Congresso è il contatto tra le persone che non potrà mai essere sostituito da uno schermo.

Cosa dovrebbe fare l'ANMCO per farsi conoscere dai Cardiologi "specializzandi" o appena specializzati?

Durante gli anni della Specializzazione in Cardiologia i Medici vengono più facilmente a conoscenza delle attività della SIC, in quanto i Docenti delle Scuole fanno più frequentemente parte di questa Associazione. L'ANMCO è più conosciuta a livello dei reparti Ospedalieri, i quali in molte situazioni sarebbero in grado di concorrere alla formazione degli Specialisti, ma attualmente sono poco coinvolti. L'eventualità della formazione degli Specialisti anche a livello dei reparti Ospedalieri potrebbe rappresentare una situazione in grado di far avvicinare gli specializzandi all'ANMCO. Ovviamente la politica di istituire borse di studio per aiutare i giovani nel periodo di ricerca di un impiego stabile, come recentemente si è verificato, ha anche la ricaduta di un rafforzamento nei più giovani della convinzione dell'utilità dell'Associazione. Infine, l'istituzione di quote agevolate per l'iscrizione al Congresso Nazionale ANMCO (come già si verifica per gli under 35, ma che potrebbe essere estesa agli under 40) o per diventare Socio sono sicuramente dei mezzi che possono avere una loro efficacia. È ipotizzabile un beneficio a lungo termine per l'ANMCO dall'investimento rappresentato dall'agevolazione della partecipazione alla Società dei più giovani.

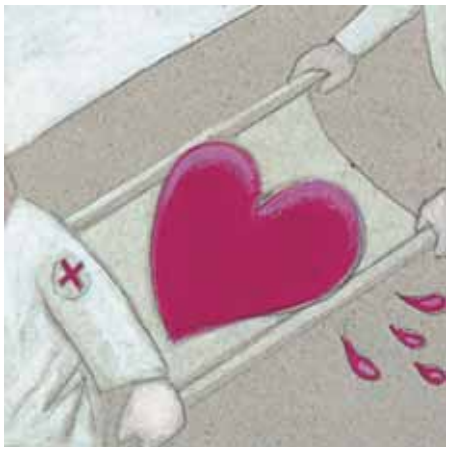
Visto il tuo recente percorso universitario, come vedi i rapporti tra Cardiologia ospedaliera e Cardiologia universitaria?

I rapporti tra Cardiologia ospedaliera ed universitaria sono disomogenei e differiscono a secondo delle realtà che consideriamo. A mio modestissimo avviso vi è sempre troppa distanza ed il livello di collaborazione può sicuramente aumentare. In particolare, l'assistenza, la formazione e la ricerca potrebbero essere ripartiti fra le varie componenti cardiologiche (ospedaliera ed universitaria) in base alle disponibilità, alle risorse umane, alle caratteristiche individuali, ed agli interessi specifici in modo da potenziarsi localmente a vicenda e poter conseguire obiettivi sempre più ambiziosi. L'ostacolo reciproco che talvolta è stato in uso negli anni passati ha avuto il solo effetto di limitare le potenzialità locali, laddove vi era un non ben definito campo di azione tra ospedalieri ed universitari.

Oggi come oggi se non fossi Socio ti iscriveresti nuovamente all'ANMCO oppure lo escluderesti?

Io sono in generale un ottimista e cerco di vedere sempre il bicchiere mezzo pieno. Ho la sensazione che l'Associazione possa sempre aiutare il singolo a trovare delle risposte ai vari quesiti che si presentano nella professione di Cardiologo. Credo che nei prossimi anni la battaglia per la sopravvivenza della Cardiologia come specialità indipendente sarà durissima ed avremo quanto mai bisogno di unità. Il ridimensionamento della Cardiologia come disciplina autonoma significherebbe la perdita di un grande patrimonio assistenziale e culturale per tutta la medicina. Bisogna tenere presente che l'Associazione è in grado di dare molto più di quanto chiede (70 euro/anno o poco più). Personalmente, non ho avuto per il momento delusioni tali da dovermi pentire di essere Socio ANMCO.

Ringrazio la Redazione di "Cardiologia negli Ospedali" ed in modo particolare l'Editor Dott. Gennaro Santoro per aver dato voce ad alcuni pensieri di un "giovane" Cardiologo, che si augura comunque di essere considerato tale il più a lungo possibile.



Mojmir Ježek, Heartbeats

Intervista a Salvatore Notaristefano

Cosa pensi che sia una Società Scientifica e a quali compiti dovrebbe assolvere?

Una Società Scientifica dovrebbe essere una Associazione col compito di agevolare la formazione e l'aggiornamento scientifico dei suoi iscritti nonché di divulgare l'informazione scientifica con particolare riguardo al settore competente. Inoltre si dovrebbe prodigare per la promozione della ricerca scientifica e per il raggiungimento e mantenimento di standard qualitativi delle strutture operative funzionanti sul territorio. Dovrebbe inoltre fornire al Decisore Pubblico gli strumenti tecnico - scientifici per la corretta pianificazione territoriale delle attività a questo competenti.

Quale conoscenza hai dell'ANMCO e quale compito dovrebbe avere sia nella formazione che nella ricerca?

L'ANMCO è la più grande Associazione cardiologica italiana e dovrebbe avere un ruolo centrale nella formazione ed accrescimento scientifico post - specilizzazione dei suoi iscritti. Inoltre dovrebbe avere un ruolo chiave nella ricerca cardiologica in Italia. Dovrebbe anche stilare delle Linee Guida per la pianificazione territoriale della rete dell'emergenza cardiologica in quanto spesso i governi locali sono deficitari.

Nella formazione scientifica dovrebbe avere un ruolo primario nell'aggiornamento dei Cardiologi ed attraverso i congressi e riviste direi che riveste un ruolo cardine nel panorama italiano.

Nella ricerca la questione è più difficile in quanto i fondi a disposizione devono essere ingenti; ha però dimostrato di avere una struttura solida e soprattutto di possedere nella rete ospedaliera la vera forza in quanto "a chiamata" ha sempre risposto in maniera eccellente (vedi ad esempio gli studi Blitz).

La nostra attività congressuale, in particolare il Congresso Nazionale, nonostante alcune novità ricalca sostanzialmente la tradizione. Come dovrebbe essere oggi, in un mondo dominato dalla velocità e da internet?

Il Congresso Nazionale è stato sempre il punto portante nell'aggiornamento e divulgazione scientifica cardiologica italiana. Certo è che a mio modo di vedere dovrebbe essere più interattivo (anche se non è così semplice dal punto di vista organizzativo). Oggi i giovani vogliono "toccare con mano" e sapere ciò che realmente accade nelle UTIC e nei laboratori di emodinamica e quindi il solo nozionismo, seppure importantissimo, non è sufficiente da solo anche perché con internet l'aggiornamento continuo è pressoché quotidiano.

Cosa dovrebbe fare l'ANMCO per farsi conoscere dai Cardiologi "specializzandi" o appena specializzati?

Dovrebbe essere semplicemente più vicina ai giovani, quindi offrire tutti gli strumenti di cui il neospecialista ha bisogno, ma non sa come e dove trovarli; mi riferisco per esempio ad un sito internet più dinamico dove è possibile trovare Linee Guida delle Società Scientifiche Internazionali, approfondimenti di esperti su temi controversi della cardiologia, forum per lo scambio di opinioni dove sia anche possibile trovare notizie utili, comprese opportunità di lavoro. Non da ultimo potrebbe anche fornire contatti per iniziare rapporti collaborativi o di interscambio con Colleghi stranieri e per periodi di stage all'estero.

Visto il tuo recente percorso universitario, come vedi i rapporti tra Cardiologia ospedaliera e Cardiologia universitaria?

La differenza tra le due impostazioni è di notevole importanza; per la mia breve e limitata esperienza direi che la Cardiologia ospedaliera è più concreta, va dritta al nocciolo del problema senza tanti formalismi o riverenze, insomma si occupa della cura e offre un valido contributo alla ricerca scientifica.

La Cardiologia universitaria è, ovviamente, importante, ma si dovrebbe preoccupare più sia della formazione culturale che di quella pratica del neospecialista.

Insomma la Cardiologia ospedaliera la vedo più dinamica, veloce, più efficace e concreta, mentre quella universitaria più ossequiosa e con meno sostanza, ovviamente salvo eccezioni.

Oggi come oggi se non fossi Socio ti iscriveresti nuovamente all'ANMCO oppure lo escluderesti?

Sicuramente continuerei ad iscrivermi però dovrebbe esserci un maggior coinvolgimento dei giovani altrimenti l'ANMCO rischia di essere vista come un'Associazione distante e lontana dalle esigenze e dai bisogni delle nuove generazioni.

Il Dipartimento Cardiovascolare

di Giovanni Gregorio

Là dentro Scilla vive, orrendamente latrando:
la voce è come quella di cagna neonata
ma essa è mostro pauroso, nessuno
potrebbe avere gioia a vederla, nemmeno un dio,se l'incontra.
I piedi son dodici, tutti invisibili:
e sei colli ha, lunghissimi: e su ciascuno una testa
da fare spavento; in bocca su tre file i denti,
fitti e serrati, pieni di nera morte.
Per metà nella grotta profonda è nascosta,
ma spinge le teste fuori dal baratro orribile,
e li pesca, e lo scoglio intorno intorno frugando
delfini e cani di mare e a volte anche mostri più grandi
afferra, di quelli che a mille nutre l'urlante Anfitrìte...
...L'altro scoglio, più basso tu lo vedrai.Odisseo
Vicini uno all'altro, dall'uno potresti colpire l'altro di freccia.
Su questo c'è un fico grande, ricco di foglie:
e sotto Cariddi gloriosa l'acqua livida assorbe.
Tre volte al giorno la vomita e tre la riassorbe
Paurosamente. Ah che tu non sia là quando assorbe!

Omero ODISSEA, Libro XII

La Cardiologia oggi

Inizialmente la Cardiologia nacque come emanazione della Medicina Interna e trovò più facile sviluppo negli ospedali rispetto alla Università, dove la rigidità delle gerarchie impedì per molto tempo il formarsi di una realtà cardiologica autonoma. La miopia di coloro che dirigevano le Medicine Interne Universitarie portò di fatto alla rinuncia ad una prospettiva di progresso e sviluppo sulla base della difesa di privilegi personali e professionali, che alla lunga non sarebbero stati difendibili. La Cardiologia tuttavia pur essendosi inizialmente distaccata con una certa difficoltà dalla Medicina Interna ha rapidamente guadagnato in autonomia ed importanza.

Il processo di separazione della Cardiologia dalla Medicina Interna è avvenuto all'interno delle corsie degli ospedali e questo ha finito per condizionare lo sviluppo di una organizzazione assistenziale cardiologica centrata prevalentemente sul mondo ospedaliero, che rappresenta l' 81% delle strutture cardiologiche italiane (Figura 1).

L'evoluzione tecnologica, la crescita culturale e professionale dei cardiologi, la ricerca di assetti organizzativi nuovi e più rispondenti alla esigenza di una disciplina in continua e rapida evoluzione hanno favorito da un lato la tendenza alla polverizzazione e alla frammentazione organizzativa della cardiologia e dall' altro il pericolo dell'assorbimento di singole attività cardiologiche in altri ambiti. La Cardiologia si è venuta di fatto a trovare in una condizione di chi transitava in epoca omerica tra i marosi di Scilla e Cariddi, rappresentati dal mito greco come due mostri che terrorizzavano i naviganti al loro passaggio tra Scilla (colei che dilania), e Cariddi (colei che risucchia) (Figura 2). Come per gli antichi greci queste due tendenze, dilaniatrici e assorbenti, rappresentavano le forze distruttrici del mare così , ai nostri giorni, queste due forze centrifughe rischiano di distruggere la Cardiologia. La condizione attuale rischia di essere contraddistinta dalla perdita della specificità culturale, dalla frammentazione organizzativa, dalla polverizzazione delle competenze e dalla dispersione della visione unitaria del paziente con conseguente alienazione della continuità assistenziale.

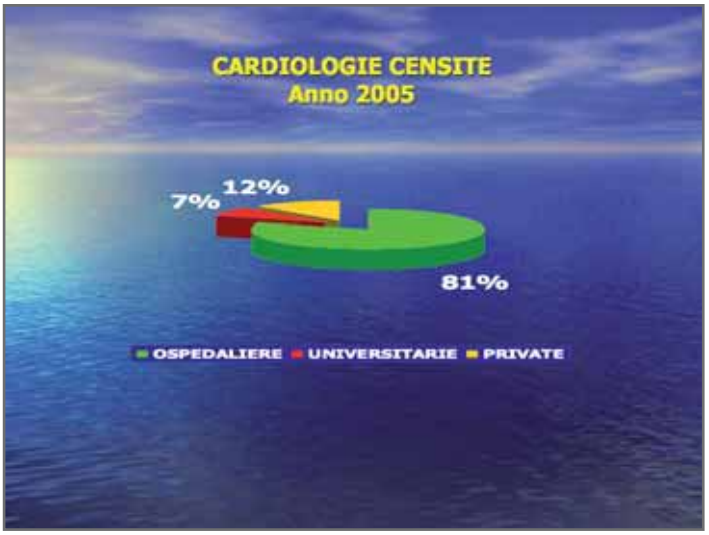


Figura 1
STRUTTURE CARDIOLOGICHE ITALIANE
Le Cardiologie Ospedaliere rappresentano l'81% delle strutture cardiologiche secondo il Censimento delle Strutture Cardiologiche ANMCO - SIC - FIC

Le Ragioni per la realizzazione del Dipartimento Cardiovascolare

Le motivazioni alla base della nascita del Dipartimento Cardiovascolare sono molteplici e possono essere riassunte in ragioni demografiche, epidemiologiche, socioculturali, tecnostrumentali, professionali, organizzative, assistenziali, economiche.

Ragioni demografiche

Il progressivo allungamento della vita, unito al decremento delle nascite, ha fatto in modo che la società italiana, come del resto tutte le società industrializzate occidentali, sia sempre più una società di anziani. Il progressivo aumento della durata della vita si accompagna ad un aumento esplosivo delle malattie cardiovascolari e conseguente necessità assistenziali..

Come argutamente nota Jeremiah Stamler "I governanti dovrebbero porsi il problema di questa massa di individui anziani, molti dei quali in grado di dare un contributo attivo. Dovrebbero essere create le condizioni perché l'anziano venga tutelato e gli siano assicurate le migliori condizioni di esistenza rendendo possibile una vita in cui attività fisica, alimentazione e relazioni sociali consentano la piena integrazione dell'anziano."

Gli anziani rappresentano nella società moderna una quota importante di pazienti cardiopatici, ai quali per le specifiche peculiarità, va garantito un' approccio disciplinare integrato ed un organizzazione assistenziale che garantisca la continuità delle cure.

Ragioni epidemiologiche

La transizione epidemiologica che ha interessato la nostra epoca ha fatto si che alla progressiva riduzione delle patologie infettive facesse da contrappeso la esplosione delle malattie cardiovascolari e neoplastiche. Il peso crescente di queste ultime, la loro genesi multifattoriale, la possibilità di prevenzione con la modifica degli stili di vita e con idonee strategie di popolazione, il miglioramento degli interventi preventivi, curativi e riabilitativi ha fatto si che le patologie cardiovascolari rappresentano una delle problematiche più importanti con i quali i moderni sistemi sanitari si devono cimentare.

Ragioni socioculturali

La nostra società è stata investita nell'ultimo scorcio del millennio passato da una radicale transizione socioculturale. La società italiana degli anni '50 era una società rurale, con economia agricola, con popolazione giovane nella quale predominava la patologia infettiva ed il rischio cardiovascolare era contenuto; si trattava di una società nella quale le attività lavorative erano prevalentemente manuali, l'alimentazione era a basso contenuto di grassi animali, la attività fisica quotidiana era rilevante, i valori dell'assetto glicolipidico ematico erano bassi. La società italiana odierna è una società di anziani, con una alimentazione ricca di grassi saturi ed ipercalorica, con scarsa attività fisica, attività lavorativa sedentaria e con una larga diffusione di fattori di rischio cardiovascolare e di patologia cardiovascolare.

A questi mutamenti ha fatto riscontro un profondo cambiamento culturale del medico e del paziente. Alla figura del medico di famiglia racchiudente in se la quasi totalità dell'assistenza e del sapere si è andata mano a mano sostituendo una costellazione di attività ultraspecialistiche con la conseguente perdita di unitarietà della visione e dell'approccio al paziente. Lo stesso paziente è cambiato radicalmente rispetto al passato: il paziente di ieri era un paziente rassegnato alla malattia, vissuta come un fatto ineluttabile, il ricorso al medico era comunque assai raro e anche quando avveniva l'intervento sanitario era limitato ad una terapia domiciliare. Il ricovero in ospedale era estremamente raro, perché pochi e malfunzionanti erano la maggior parte di essi. Gran parte del territorio e della popolazione era affidato al medico condotto, una figura nella quale la grande carica umana e la profonda conoscenza dei proprio assistiti sopperiva ai limiti delle

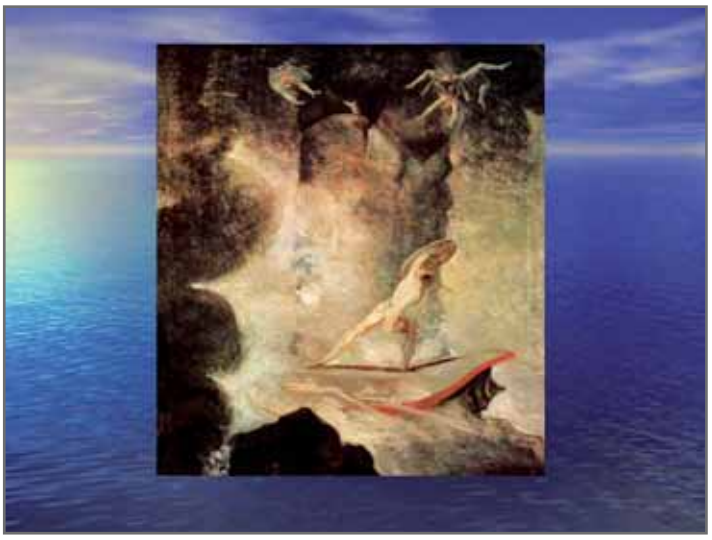


Figura 2 - SCILLA E CARIDDI
Scilla e Cariddi in un dipinto di Johann Heinrich Füssli, noto in inglese come Henry Fuseli (Zurigo, 7 febbraio 1741 – Putney Hill, 16 aprile 1825). La Cardiologia si è venuta di fatto a trovare in una condizione di chi transitava in epoca omerica tra i marosi di Scilla e Cariddi, rappresentati dal mito greco come due mostri che terrorizzavano i naviganti al loro passaggio tra Scilla (colei che dilania), e Cariddi (colei che risucchia)

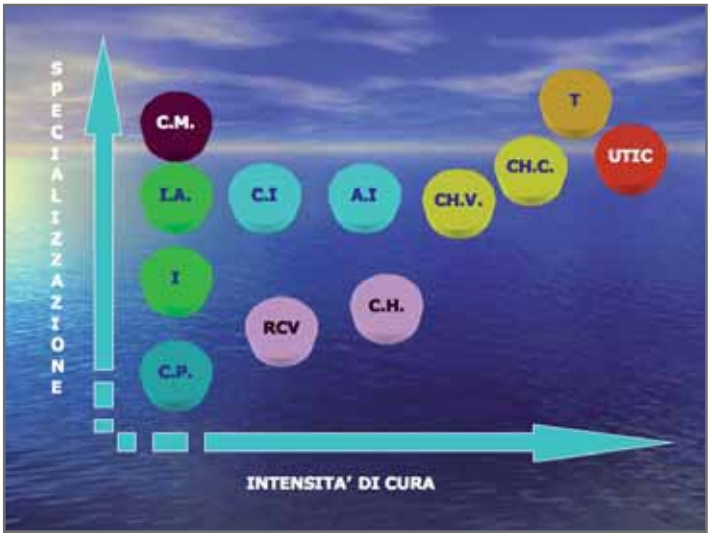


Figura 3 - ATTIVITÀ CARDIOVASCOLARE PER LIVELLO DI SPECIALIZZAZIONE E INTENSITÀ DI CURA
In poche altre discipline come in cardiologia è possibile ritrovare un'articolazione cosi varia di attività con un ampissimo spettro di gradazioni specifiche di competenze, legate al grado di specializzazione, ed assetti assistenziali che vanno da medi a elevati livelli assistenziali.
A.I. : Aritmologia Interventistica ; C.H.: Cardiologia Ospedaliera; C.I.: Cardiologia Interventistica; C.V.:Chirurgia Vascolare; CH.C: Cardiochirurgia; T: Cardiochirugia con Trapianto; I.: Imaging Cardiovascolare; I.A.:Imaging Cardiovascolare Avanzato; C.P.: Cardiologia Primaria; RCV.: Riabilitazione Cardiovascolare; C.H.: Cardiologia Ospedaliera; UTIC:Unità di Terapia Intensiva Cardiologia; C.M.:Cardiologia Molecolare e Genetica.

conoscenze scientifiche dell'epoca. Il mondo della Cardiologia era dominato da pochi farmaci e la diagnostica strumentale andava poco al di là dello sfigmomanometro e del fonendoscopio, confinata all'elettrocardiografo ed al telecuore; oggi il paziente a fronte della moltiplicazione delle indagini e delle procedure ha sempre più la coscienza della propria malattia ed esige trattamenti certi, tempestivi ed adeguati ponendo in termini perentori il problema di ricondurre ad una visione unitaria gli interventi . Come sottolinea Kary Mulin "dopo le guerre mondiali la nostra cultura , in tutto il mondo, abbia cominciato ad accettare il concetto che la realtà non è quella che vediamo con i nostri occhi, ma qualcosa che può essere percepito solo dagli specialisti con macchinari speciali e lenti potenti". In questo contesto appare fondamentale la capacità professionale di adattare gli interventi ad una visione globale del paziente e della malattia, che passi dalla fase intensiva a quella a media assistenza e agli interventi riabilitativi.

Ragioni tecno - strumentali

La Medicina in generale e la Cardiologia in particolare sono state investite da una autentica rivoluzione tecnologica. Se l'inizio del '900 rappresenta il punto di partenza della rivoluzione tecnologica, la cardiologia si pone come antesignano rispetto alle altre discipline: la invenzione dell'elettrocardiografo già delinea il percorso di un secolo dominato dalla innovazione. La tecnologia ha di fatto determinato una situazione nella quale la macchina, in moltissime situazioni, finisce per assumere un significato totalizzante nell'approccio alla malattia ed al paziente: se da un lato si è andato sempre più diffondendo un modello di medico " specialista di una macchina" o "specialista di una procedura" dall'altro si è fatta sempre più strada la consapevolezza di garantire percorsi diagnostico-assistenziali unitari che trovino sicuri riferimenti organizzativi nell'ambito dei Sistemi Sanitari.

Ragioni professionali

In poche altre discipline come in cardiologia è possibile ritrovare un'articolazione cosi varia di attività con un ampissimo spettro di gradazioni specifiche di competenze ed assetti assistenziali che vanno da medi a elevati livelli assistenziali (Figura 3). Parimenti diventa fondamentale la capacità di coniugare innovazione tecnologica, professionale e organizzativa.

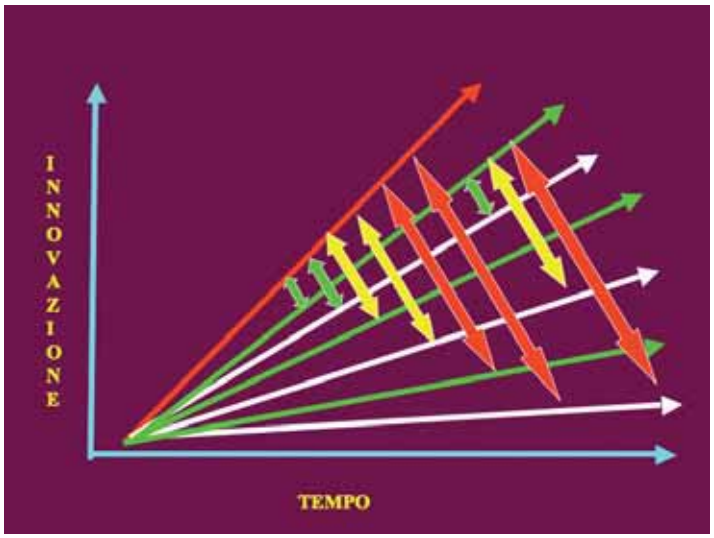


Figura 4
RAPPORTI TRA INNOVAZIONE TECNOLOGICA, COMPETENZA PROFESSIONALE ED ASSETTI ORGANIZZATIVI
Il medico deve mantenere entro limiti accettabili la distanza tra i processi legati alla innovazione, alle risposte organizzative e alla crescita professionale: se la distanza tra queste variabili supera un livello critico il sistema implode. La linea rossa rappresenta la innovazione tecnologica, la linea verde la evoluzione professionale e quella bianca la evoluzione degli assetti organizzativi. La freccia verde rappresenta il livello ideale distanza tra i diversi livelli, quella gialla è un livello di allarme; la freccia rossa rappresenta una condizione di implosione del sistema per la eccessiva distanza tra innovazione tecnologica, competenze professionali ed assetti organizzativi.

È di fondamentale importanza che il medico riesca a mantenere entro limiti accettabili la distanza tra i processi legati alla innovazione, alle risposte organizzative e alla crescita professionale (Figura 4): se la distanza tra queste variabili supera un livello critico il sistema implode. Queste caratteristiche presuppongono una crescita culturale e professionale che consenta nell'ambito della specialità di appartenenza la unitarietà degli approcci e dei percorsi. Si pone in termini di sopravvivenza stessa della Cardiologia e del Cardiologo, come figura professionale compiuta ed autonoma, la necessità di rifuggire sia dalle tentazioni della Sindrome di Scilla – caratterizzata dalla frammentazione degli interventi e dalla lacerazione della Specialità – sia dalla Sindrome di Cariddi – rappresentata dal pericolo che la Cardiologia venga riassorbita nell'ambito di altre Disciplina con conseguente perdita di identità e specificità. Del resto è ampiamente dimostrato che migliori risultati in termini di outcome si ottengono per la medesima patologia – sia questa l'infarto miocardio acuto o lo scompenso cardiaco - quando la gestione del paziente è affidata alla competenza dello specialista della disciplina.

Ragioni organizzative

Per molti anni la Cardiologia è stata ritenuta una Specialità da grande Ospedale e quindi da area metropolitana. La prima vera iniziativa di riforma sanitaria, disegnata dalla legge 132.1968 e dal DPR 128.1969, collocava la Cardiologia negli ospedali regionali unitamente alla cardiochirurgia. Doveva passare del tempo perché nei documenti di programmazione sanitaria incominciasse a farsi strada l'idea di una diffusione capillare di strutture cardiologiche, in grado di assolvere in primo luogo ai problemi della urgenza-emergenza. Una spinta decisiva in tal senso era stata senz'altro l'esperienza degli studi GISSI, che oltre a porre la Cardiologia Italiana all'attenzione mondiale, aveva anche evidenziato come fosse possibile, attraverso una capillare diffusione delle Unità Coronariche, assicurare una risposta all' Infarto Acuto del Miocardio in maniera efficace ed appropriata. Il DPR 27 marzo 1992, Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle regioni e p.a. di Trento e di Bolzano in materia di Emergenza Sanitaria, individua per i DEA di II e I livello la obbligatorietà della presenza di cardiologia. La necessità di una integrazione tra i diversi soggetti erogatori di prestazioni è stata rilevata da tempo. Già la legge 132 del 1968 ed il relativo Decreto applicativo 128 del 1969 prevedevano la implementazione di un modello organizzativo dipartimentale " tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari" con lo scopo di una migliore efficienza ed efficacia gestionale.
La legge 833 del 1978 e le leggi di Riforma 502, 517 e 229 pongono fine all'organizzazione degli Ospedali in divisioni e servizi stabilendo che l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie .
Si pone quindi in primo piano la esigenza di riprogettare il percorso assistenziale del paziente nell'ottica di una continuità di cure che garantisca una reale saldatura tra i servizi di tipo preventivo - diagnostico, terapeutico e riabilitativo - residenziale.
Particolare importanza assume la implementazione di appropriate forme di architettura organizzativa dove il grado di specializzazione, eterogeneità delle componenti, la numerosità delle strutture aggregate contraddistinguono ciascun modello: la predominanza della specificità delle competenza sulla eterogeneità dei componenti e sulla numerosità delle strutture definiscono tipicamente una Strutture Complessa, con le sue limitate articolazioni interne (Strutture Semplici); lo scarso livello di specializzazione a fronte di eterogeneità strutturale ed in genere di numerosità di strutture contraddistingue organizzazioni a bassa assistenza, come le strutture di lungodegenza e riabilitazione non specialistica; elevato grado di spe-

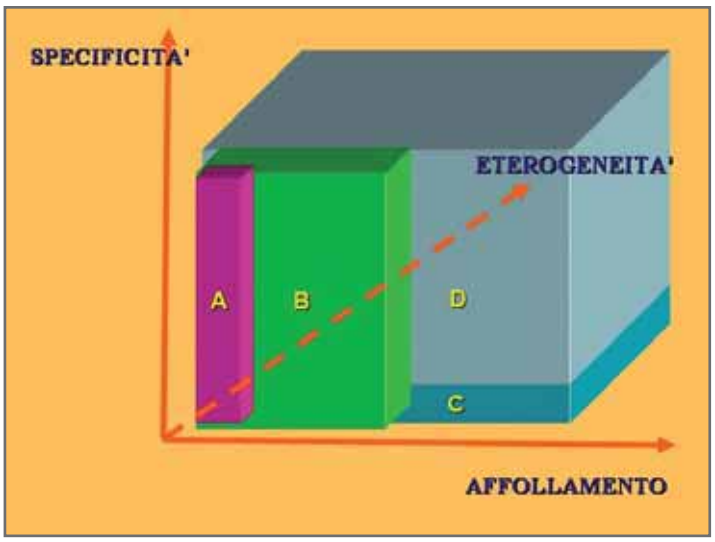


Figura 5 - ARTCHITETTURA ORGANIZZATIVA SANITARIA
Ciascuna forma organizzativa sanitaria è il risultato del rapporto tra specificità o grado di specializzazione, eterogeneità delle componenti e numerosità delle strutture aggregate. La predominanza della specificità delle competenza sulla eterogeneità dei componenti e sulla numerosità delle strutture definiscono tipicamente una Strutture Complessa di Specialità, con le sue limitate articolazioni interne (Strutture Semplici) (Forma A); lo scarso livello di specializzazione a fronte di eterogeneità strutturale ed in genere di numerosità di strutture contraddistingue organizzazioni a bassa assistenza, come le strutture di lungodegenza e riabilitazione non specialistica (Forma C); gradi diversi di specializzazione, elevata eterogeneità e numerosità di strutture definiscono tipicamente il contenitore Ospedale (Forma D); il Dipartimento è definito tipicamente da elevata specificata, limitata eterogeneità delle Struttura e contenuto numero di strutture aggregate (Forma B).

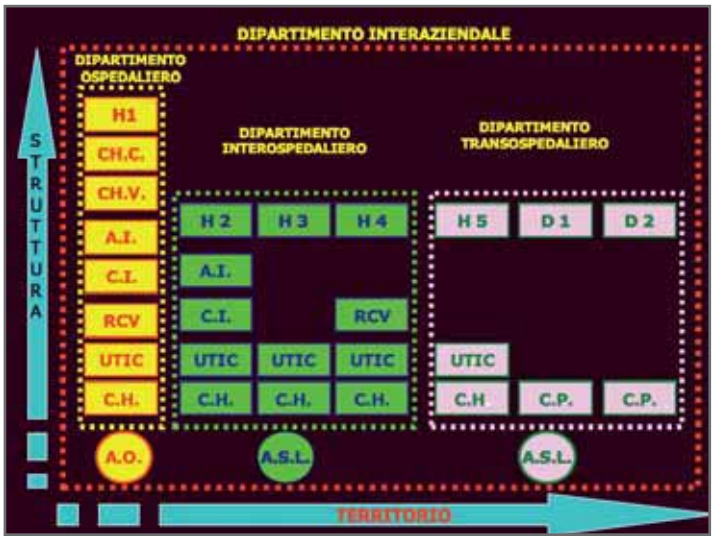


Figura 6 - TIPOLOGIA DI DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE
Il Dipartimento Cardiovascolare può essere ospedaliero, quando raggruppa strutture cardiologiche di un unico ospedale, interospedaliero, quando raggruppa strutture cardiologiche di più ospedali, transospedaliero, quando raggruppa strutture cardiologiche ospedaliere e territoriali, aziendale, quando raggruppa strutture cardiologiche ricadenti in un'unica azienda, interaziendale, quando raggruppa strutture cardiologiche o anche dipartimenti di aziende diverse. I Dipartimenti Aziendali ed Interaziendali sono i Dipartimenti i quali, in collegamento funzionale con i Dipartimenti di Emergenza, sono deputati al governo della Rete Integrata Assistenziale Cardiologica.

cializzazione, elevata eterogeneità e numerosità di strutture definiscono tipicamente il contenitore Ospedale; il Dipartimento è definito tipicamente da elevata specificità, limitata eterogeneità delle Struttura e contenuto numero di strutture aggregate (Figura 5). E' fonte di inefficienza collocare in architetture improprie assetti organizzativi proprie di una funzione. Tale errore è alla base dello scarso sviluppo del modello dipartimentale in ambito sanitario in generale ed in quello cardiovascolare in particolare, provato dal fatto che del Dipartimento si sono date interpretazioni diverse, che hanno dato vita a realizzazioni nelle quali alla omogeneità di area ed alla comunanza professionale ed organizzativa si sono preferite soluzioni nelle quali l'aggregazione delle strutture in Dipartimento è avvenuta privilegiando motivazioni di carattere clientelare, politico e talora di fantasia.

D'altro canto la necessità di un sistema che assicuri la continuità delle prestazioni diventa fondamentale nella assistenza ai pazienti acuti, cronici e postacuti, nella gestione dei quali soltanto un modello organizzativo dipartimentale è in grado di assicurare la necessaria integrazione tra le diverse articolazioni assistenziali (Ambulatori, Day Hospital, Day Surgery, Day Service, Ospedalizzazione domiciliare, Cure Primarie, Strutture per acuti, Strutture residenziali, Strutture riabilitative etc.).

Il Dipartimento Cardiovascolare rappresenta un modello di assistenza cardiologica che comprende l'insieme organizzato di strutture e competenze professionali destinati alla assistenza delle malattie cardiovascolari con la finalità di assicurare percorsi diagnostico-terapeutici certi, condivisi ed unitari. E' nozione comune che le risposte più adatte a dare soluzione a problemi complessi debbano riuscire a coniugare competenze, architettura organizzativa e limitata eterogeneità di articolazioni .

Le modalità di implementtazione del Dipartimento cardiovascolare sono molteplici e variano a seconda della realtà considerata (Figura 6).

Il Dipartimento Cardiovascolare può essere ospedaliero, quando raggruppa strutture cardiologiche di un unico ospedale, interospedaliero, quando raggruppa strutture cardiologiche di più ospedali, transospedaliero, quando raggruppa strutture cardiologiche ospedaliere e territoriali; aziendale, quando raggruppa strutture cardio-

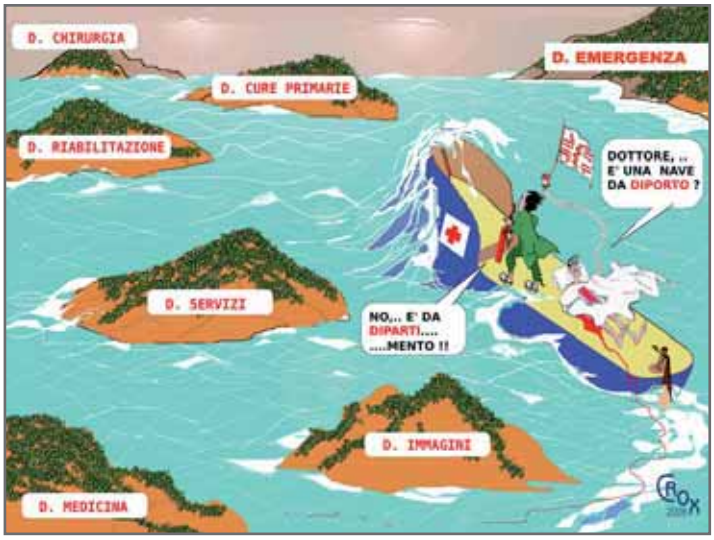


Figura 7 - Disegno di Romano Croce
PERCORSI ASSSISTENZAILI E CONFUSIONE ORGANIZZATIVA
Spesso il viaggio all'interno del Sistema Sanitario assume gli aspetti di un'autentica odissea con il paziente vagante in una confusione di competenze tra i diversi assetti organizzativi

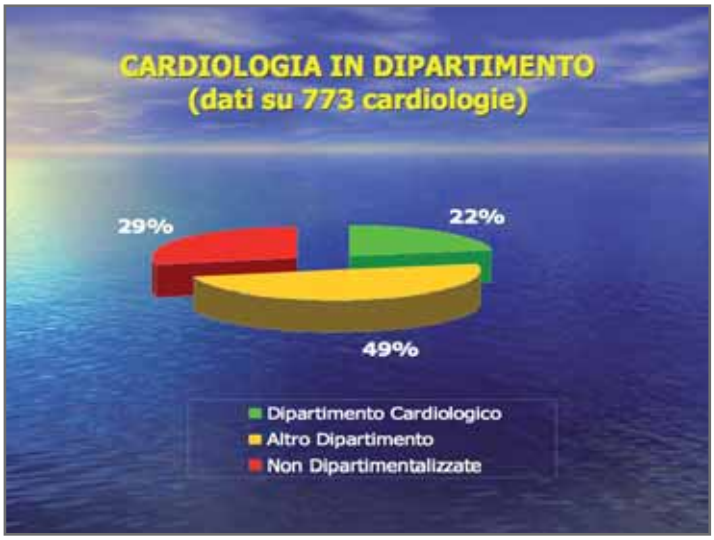


Figura 8
CARDIOLOGIE DIPARTIMENTALIZZATE NEL 2005
Il 22 % delle Cardiologie italiane è inserito in un Dipartimento Cardiovascolare, il 49% è collocato in un Dipartimento non cardiovascolare a fronte di un 29 % che non è dipartimentalizzato (Fonte Censimento ANMCO-SIC/FIC delle Strutture Cardiologiche Italiane Anno 2005).

logiche ricadenti in un'unica azienda, interaziendale, quando raggruppa strutture cardiologiche o anche dipartimenti di aziende diverse. I Dipartimenti Aziendali ed Interaziendali sono i Dipartimenti i quali, in collegamento funzionale con i Dipartimenti di Emergenza sono deputati al governo della Rete Integrata Assistenziale Cardiologica.

Ragioni Assistenziali

La salvaguardia del paziente, intesa come facilità e completezza di percorsi diagnostico-terapeutici, deve essere al primo posto nella progettualità di un contenitore organizzativo. La confusione e l'approssimazione organizzativa sono la causa principale di percorsi assistenziali tortuosi ed inappropriati.
Troppo spesso il viaggio all'interno del Sistema Sanitario assume gli aspetti di un'autentica odissea con il paziente vagante in una confusione di competenze tra i diversi assetti organizzativi (Figura 7). La centralità del problema clinico cardiovascolare può trovare adeguate risposte solo attraverso l'implementazione di un percorso calato all'interno di un dipartimento di specialità.

Ragioni Economiche

Condurre ad unitarietà gli interventi sulla base di un percorso assistenziale condiviso centrato sul paziente e sul problema clinico evita il ricorso ad esami e procedure inappropriate con conseguente risparmio di risorse umane e strumentali.
Solo l'affermazione della competenza clinica può evitare la polverizzazione degli interventi , la moltiplicazione delle procedure e la catastrofe econonomica.

La realtà

Nonostante la esigenza di assetti organizzativi unitari sia sempre più sentita la istituzioni del Dipartimento Cardiovascolare rappresenta ancora oggi una meta da raggiungere. Secondo quanto risulta dal Censimento ANMCO-SIC/FIC delle Strutture Cardiologiche condotto nel 2005 solo il 22 % delle Cardiologie è inserito in un Dipartimento Cardiovascolare, il 49% è collocato in un Dipartimento non cardiovascolare a fronte di un 29 % che non è dipartimentalizzato (Figura 8).
(Sullo stesso argomento consulta anche l'articolo pubblicato sempre su "Cardiologia negli Ospedali" N. 157 maggio – giugno 2007 pp.73-77)

Il sottile confine ontologico tra salute e malattia

di Francesco Maria Bovenzi

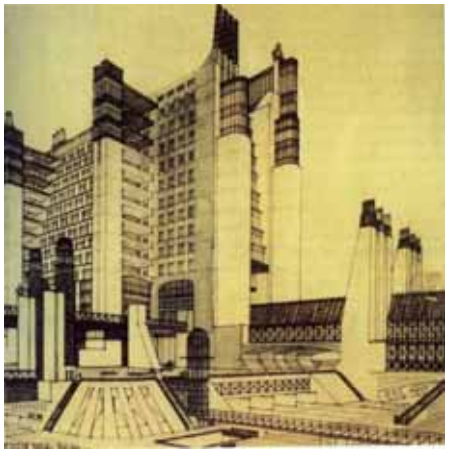
La medicina moderna dimentica progressivamente i vecchi insegnamenti fondati sulla parola e sull'ascolto. Un tempo ai medici veniva insegnato come la cultura della comunicazione al letto del malato costituisse un bagaglio di conoscenze che induceva alla costruzione di relazioni di insostituibile efficacia clinica. La medicina non è mai stata una scienza esatta, ma un'arte del presumibile, una pratica esperenziale, che opera in un mondo di valori proiettato in esclusivo rapporto duale, ma che oggi sempre più è proiettato verso il complesso cosmo dell'individuo che diviene sempre più parte integrante della Società. Di qui nasce la necessità di rifondare, attualizzandolo, il concetto di religiosità che si esprime nella prassi del medico. La centralità del malato resta l'essenza e la priorità dell'operato dei medici, che devono essere sempre disponibili a comprendere e a sostenere l'individualità, l'originalità, l'unicità e la dignità del malato nella sempre più articolata e complessa varietà dei contesti culturali, familiari, lavorativi, economici e sociali. Sforzarsi di offrire dignità, rispetto delle idee, dei sentimenti, dei desideri, delle attese e al tempo stesso garantire organizzazione, competenza scientifica e clinica, permette al medico di non limitarsi a prospettare sterili prescrizioni e talora inutili prestazioni. L'etica delle scelte del medico subisce mutamenti e divergenze di operato che superano ogni evidenza clinica, affrontando un progresso che, specie in campo molecolare e genetico, ha uno straordinario valore, ma che è difficile da valutare, perchè spesso conflittuale in quanto stretto e costretto tra Fede e Scienza. Lo sviluppo e il miglioramento delle conoscenze tendono a travolgere oggi quell'insostituibile dialogo tra medico e cittadino malato che dovrebbe rimanere fortemente ancorato alla sua straordinaria unicità e originaria irripetibilità, nel detto come nel non detto. Ogni malattia ha una sua propria specificità, che la rende non uguale per tutti e che è tale da influenzarne il percorso logico di probabilità clinica diagnostica e terapeutica: pur tuttavia essa è sempre parte ed appartiene ad una sfera sociale più ampia, fisicamente situata fuori delle mura dell'Ospedale. La salute, come diritto fondamentale della persona, va difesa nella sua dimensione organica, come in quella sociale e umanistica e l'esercizio reale del diritto alla conoscenza, alla corretta informazione, implica la consapevole e inderogabile partecipazione del malato alle decisioni che lo riguardano, con l'impegno implicito delle istituzioni, dei servizi sanitari nel garantire uguaglianza delle cure. Oltre che divulgare conoscenze, la "parola" del medico deve creare priorità comportamentali e formare delle consuetudini, decisive per le condizioni di alto rischio; deve fornire consigli preventivi efficaci in grado di incidere positivamente e di avere ricadute pratiche virtuose, non solo sulla qualità della vita del singolo, ma della Società. In questo vedere oltre la ricaduta sul singolo malato risiede, oggi, l'essenza "religiosa" del nostro lavoro, che dovrebbe essere in grado di collocare ogni singola malattia nel contesto ontologico dell'individuo malato, ma anche e necessariamente nel corpo vivo della società civile. La medicina del futuro come soluzione ai nuovi bisogni di salute dovrà preservare con forza il riaffermato rapporto tra cittadini/pazienti, istituzioni/medici, proiettandolo nella dimensione di uomini tra uomini, in un'ampia rete di connessioni che dall'ospedale riporta alla famiglia, al lavoro e alla società civile, ovvero dalla malattia agli aspetti antropologici più innovativi e globalizzanti della nostra storia umana collettiva.

Incisione di Theodor de Bry basata sul-
l'opera "Come gli Indiani curano i malati"
di Jaques Le Moyne, 1591

L'architettura futurista

Attualità di una proposta

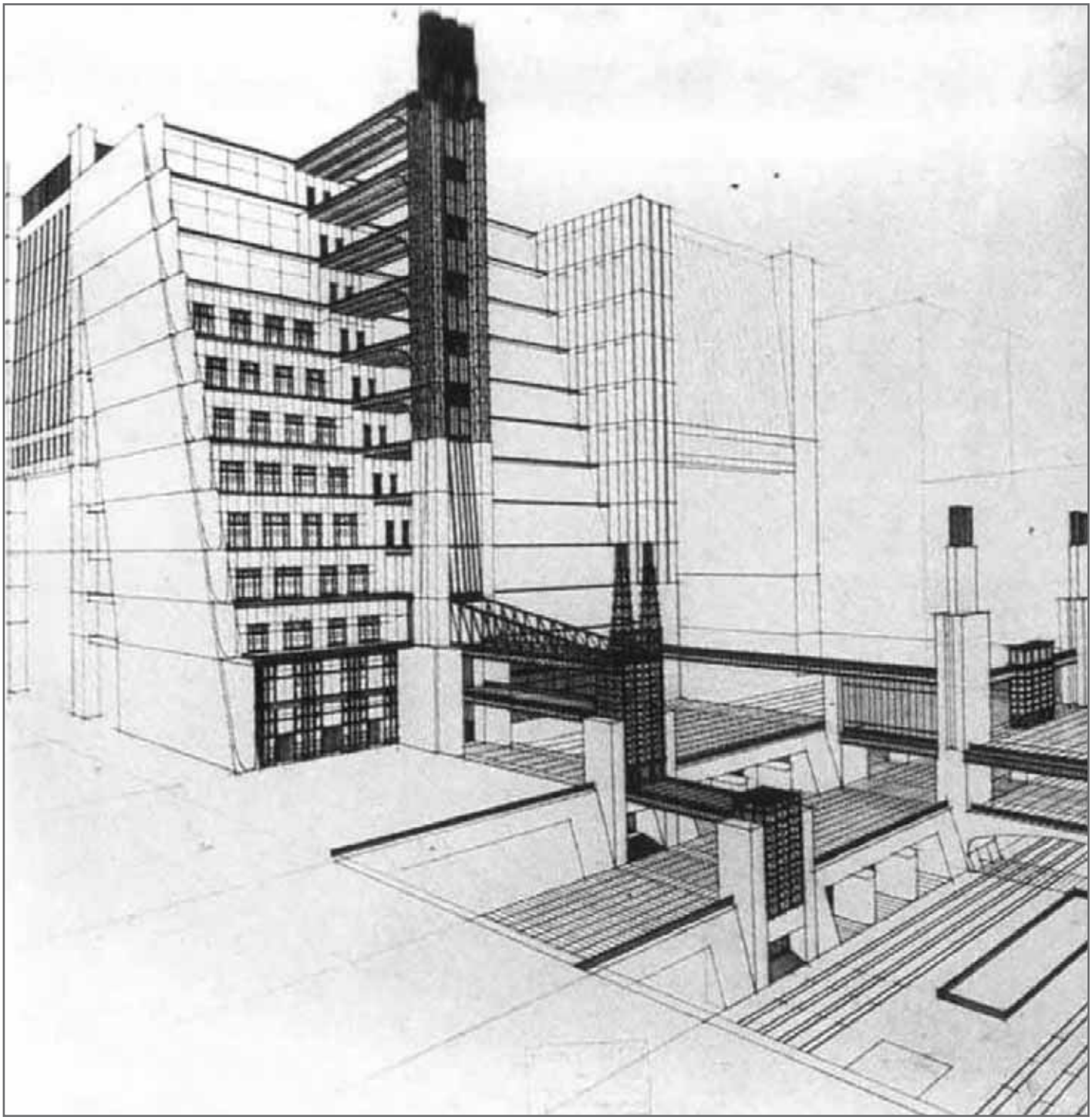
di Alessandro Ferrini



Casa comunicante con ascensori e ponte esterno. Inchiostro e matita colorata su carta, 1914

"Noi dobbiamo inventare e rifabbricare ex novo la città moderna simile ad un immenso cantiere tumultuante, agile, mobile, dinamico in ogni sua parte, e la casa moderna simile ad una macchina gigantesca. Gli ascensori non debbono rincantucciarsi come vermi solitari nei vani delle scale che, diventate inutili, debbono essere abolite, e gli ascensori debbono inerpicarsi, come serpenti di ferro e di vetro lungo le facciate. La casa di cemento, di vetro e di ferro senza pittura e senza scultura, ricca soltanto della bellezza congenita alle sue linee e ai suoi rilievi, straordinariamente brutta nella sua meccanica semplicità alta e larga quanto più è necessario, e quanto non è prescritto dalla legge municipale, deve sorgere sull'orlo di un abisso tumultuante: la strada, la quale non si stenderà più come un soppedaneo a livello delle portinerie, ma sprofonderà nella terra per più piani, che accoglieranno il traffico metropolitano e saranno congiunti, per i transiti necessari, da passerelle metalliche e da velocissimi tapis roulants."

Questo significativo brano è tratto dalla Prefazione al catalogo della mostra 'Nuove tendenze', scritto nel 1914 dal giovane architetto Antonio Sant'Elia, indubbiamente una delle figure più geniali che abbia partecipato al movimento futurista. Prematuramente scomparso durante la Prima Guerra Mondiale Sant'Elia non realizzò mai nessuno dei numerosi progetti avveniristici da lui elaborati e che contengono una notevole carica innovativa destinata ad essere ripresa e attuata in tempi successivi. Accomunato ai compagni futuristi nella volontà di distruggere le tradizionali teorie artistiche, Sant'Elia ribalta sull'architettura ed in particolare sulla organizzazione urbanistica la sua volontà di nuovo, polemizzando aspramente, tra l'altro, con la concezione liberty e decorativistica imperversante nel suo periodo, a favore di linee funzionali ed essenziali che precorrono certi aspetti del funzionalismo:
"Bisogna abolire il decorativo. Bisogna risolvere il problema dell'architettura futurista, non più rubacchiando da fotografie della Cina, della Persia e del Giappone, non più rimbecillendo sulle regole del Vitruvio, ma a colpi di genio, e armati di una esperienza scientifica e tecnica. Tutto deve essere rivoluzionato. Bisogna sfruttare i tetti, utilizzare i sotterranei, diminuire l'importanza delle facciate, trapiantare i problemi del buon gusto in quello più ampio dei grandi aggruppamenti di masse, della vasta disposizione delle piante. Finiamola coll'architettura monumentale funebre commemorativa."
È sua opinione che non si debba continuare a vivere in case costruite in stili passati che rispondevano alle necessità della vita di allora ma non a quelle dell'uomo moderno; occorre quindi che la casa si «organizzi» secondo i modi e i tempi della società contemporanea, secondo una concezione dinamica e modernista, quanto più possibile vicina alla condizione del momento in cui si vive.
Insieme al modo di progettare viene rinnovata anche la scelta dei materiali di costruzione che devono essere ovviamente quanto più funzionali alle scelte anzidette:
"L'architettura futurista è l'architettura del calcolo, dell'audacia temeraria e della semplicità, l'architettura del cemento armato, del ferro, del vetro, del cartone, della fibra tessile e di tutti quei surrogati del legno, della pietra e del mattone che permettono di ottenere il massimo della elasticità e della leggerezza."
Buona parte delle proposte elaborate dal giovane architetto comasco sono puramente teoriche, ipotizzabili solo in una fantastica città del futuro globalmente modificata (una possibile ricostruzione architettonica vicina a queste concezioni può essere individuata nella scenografia del film **Metropolis**, realizzato nel 1927 dal regista austriaco Fritz Lang); a Sant'Elia rimane il merito di aver intuito modelli architettonici avveniristici in stretta connessione con il progetto di ristrutturazione totale tanto caro agli uomini dell'avanguardia. A un secolo dalla sua morte, tuttavia, le sue teorie appaiono molto più vicine alla realtà.



Casa a gradinata con ascensori dai quattro piani stradali, 1914

Oltre l'ideologia...

Incontro all'uomo e al medico Ernesto Guevara de la Serna

a cura della Redazione

Oggi, ricordandomi di te,
mi è nata, come nei tanghi,
una melanconica necessità di rimpianto...
L'essenziale è che mi sento "da tango"
vale a dire un po' argentino.

Lettera alla madre (giugno 1955) di Ernesto Guevara de la Serna

Cari Vecchi,
Sento di nuovo sotto i talloni i fianchi di Ronzinante, riprendo la strada.
[...]
Molti mi tratteranno come un avventuriero, e lo sono, ma di un genere diverso, e di quelli che rischiano la pelle per difendere le proprie convinzioni.
[...]
Vi ho amati molto, ma non ho saputo dare voce alla mia tenerezza.
[...]
Ricordatevi di tanto in tanto di questo piccolo condottiero del XX secolo.
Un bacio a Celia, a Roberto, a Juan Martin e a Pototin, a Beatriz, a tutti.
A voi un grande abbraccio di figliol prodigo e ostinato.

Ernesto

Testo tratto da "Lettera ai genitori" (1 aprile 1965) di Ernesto Guevara de la Serna

Cari Hildita, Aleidita, Camilo, Celia ed Ernesto,
se un giorno dovreste leggere questa lettera, è perché non sarò più tra voi. Quasi non vi ricorderete di me e i più piccolini non mi ricorderanno affatto. Vostro padre è stato un uomo che agisce come pensa ed è certamente stato fedele alle sue convinzioni.
[...]
Siate sempre capaci di sentire nel più profondo di voi stessi ogni ingiustizia commessa contro chiunque in qualsiasi parte del mondo.
[...]
Arrivederci, bambini miei, spero di rivedervi ancora.

Un grande bacio e abbraccio da papà.

Testo tratto da "Lettera ai figli" (1963) di Ernesto Guevara de la Serna

Dopo che Ernesto era già partito per il Venezuela, stavo pranzando a casa di una mia sorella assieme a padre Cuchetti, un sacerdote suo amico, noto nel nostro paese per le idee liberali, e gli raccontavo la parte del viaggio attraverso la foresta amazzonica e l'attività di Ernesto e di Granado nel lebbrosario di San Pablo, sulle rive del grande Rio delle Amazzoni.

Questi ascoltò con grande attenzione e, dopo aver sentito la descrizione delle terribili condizioni di vita a cui erano costretti i lebbrosi mi disse:

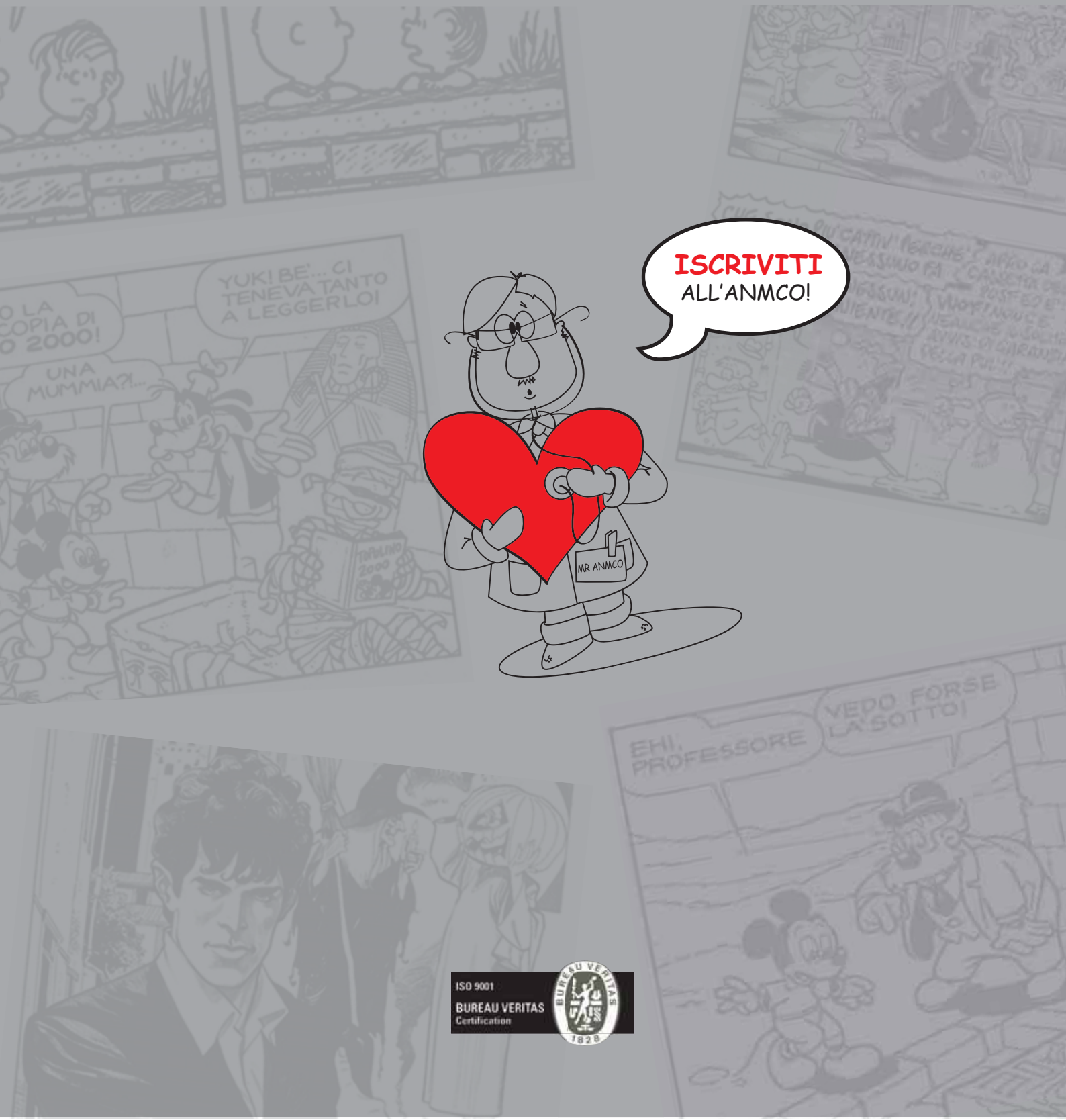
Amico mio, sarei capace di fare qualsiasi sacrificio per i miei fratelli, ma posso assicurarle che convivere con i lebbrosi in quelle condizioni, da mattina a sera e anche la notte, in quel clima tropicale, e per di più nella totale mancanza di qualsiasi forma di igiene, non sarei in grado di farlo, non riuscirei a sopportarlo. Mi inchino davanti all'umanità e alla forza di suo figlio e del suo compagno perché, per poter fare ciò, occorre qualcosa di più del semplice coraggio: occorre avere, oltre ad una tempra d'acciaio, un animo immensamente generoso e pervaso della più profonda carità. Suo figlio andrà molto lontano".

Testo tratto da "Mi hijo el Che"(1988) di Ernesto Guevara Lynch

QUANDO UN CUORE È FORTE NULLA LO PUÒ SCALFIRE.

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

Heart Care Foundation
O.N.L.U.S.



ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification