Cardiologia negli Ospedali

RIVISTA DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI – ANMCO

MAGGIO•GIUGNO 2008 N°163

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 - Contiene Inserto Redazionale

In copertina opere di

Diego Velázquez
Venere allo specchio (1648)
Pierre Auguste Renoir
Ragazze che disegnano (1890)
Mary Cassatt
Sotto l'albero di castagno (1897)
Roy Lichtenstein
Il bacio (1964)
Marc Chagall
Amanti in blù (1914)
Mario Minarini
Rose (2005)
Valerio Mirannalti
Camargue (2002)

N. 163 - maggio/giugno 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

C

p.2 **DAL PRESIDENTE**
Due anni alla guida dell'ANMCO per lo sviluppo della Cardiologia italiana
di Francesco Chiarella

p.4 **HCF RISPONDE**
Un nuovo sviluppo per HCF
di Attilio Maseri

DALLA FIC
p.6 Dieci candeline per la FIC
di Giuseppe Di Pasquale
p.8 A breve il primo evento formativo FIC
di Giuseppe Di Pasquale

p.10 **DAL DIRETTIVO**
Perché un Fondo ANMCO per la Formazione?
di Alessandra Chinaglia

p.12 **DAL SITO WEB**
Il restyling del Sito WEB
di G. F. Mureddu, A. Chinaglia, G. Mazzotta, G.Santoro, G. Scorcu, S. Ricci

p.14 **GLI STUDI ANMCO**
Lo studio Cardio - Sis: quasi in dirittura di arrivo
di Paolo Verdecchia

p.16 **DAL COMITATO SCIENTIFICO ANMCO**
Comitato Scientifico e Ricerca
di Andrea Di Lenarda

PAG. 29

PAG.5

PAG.10

PAG.52

PAG.79

AREA CHIRURGICA p.19
Cardiologi in Cardiochirurgia
di Maria Elena Rovere
AREA EMERGENZA - URGENZA p.20
La formazione del Cardiologo UTIC è diventata realtà!
di Gianni Casella
AREA INFORMATICA p.22
Il Laboratorio digitale di Ecocardiografia: una innovazione attempata
di Guido Giordano
AREA MALATTIE DEL CIRCOLO POLMONARE p.24
Area Malattie del Circolo Polmonare: la vidimazione di un metodo
di Carlo D'Agostino
AREA MANAGEMENT & QUALITÀ p.26
Competenze Cliniche, Formazione e Aggiornamento medico
di G. Rosato e E. Pasini
AREA NURSING p.28
Lettera ai Referenti Regionali dell'Area Nursing
di Vincenzo Martinelli
AREA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE p.30
I Corsi di Formazione dell'Area Prevenzione Cardiovascolare
di S. Urbinati, F. Colivicchi, M. Uguccioni, C. Riccio
AREA SCOMPENSO CARDIACO p.33
I sistemi di Assistenza Meccanica al Circolo: ultima frontiera
di G. Leopardi e F. Oliva

CALABRIA
- Come gestire la Sincope in assenza di una Syncope Unit p.43
di F. De Rosa e P. Mancuso
- News dalla Calabria p.46
di Marilena Matta
CAMPANIA p.48
Progetto: Cardiovascular Emergency Card (CEC)
di E. Murena, E. Montibello, M. Scherillo
LOMBARDIA p.50
Prima Convention delle UTIC lombarde
di Antonio Mafrici
MARCHE • UMBRIA • ABRUZZO p.52
Spunti e sensazioni dal Congresso MUMA 2008
di D. Gabrielli, G. Alunni, L. Piccioni
PUGLIA p.56
Campagna Educazionale Nazionale Cardiologie Sicure: Gestione del Rischio Clinico
di P. Caldarola e A. Matera
SICILIA p.60
ANMCO - Sicilia: giro di boa
di Alberto Carrubba
TOSCANA p.62
Qualità certificata nelle Cardiologie della Toscana: obiettivo raggiunto
di F. M. Bovenzi, S. Berti, A. Comella, U. Conti, S. Di Marco, M. Filice, A. Genovesi Elbert, R. Gentilini, C. Giustarini , O. Pitocchi
VENETO p.65
Bilancio del biennio 2006 - 2008
di Giampaolo Pasquetto

CUORI ALLO SPECCHIO p.67
Giuseppe Palazzo intervista Sebastiano Ardita

ISTRUZIONI PER L'USO p.70
La Rete Integrata di assistenza cardiologica
di Giovanni Gregorio

VIAGGIO INTORNO AL CUORE
- Bioetica: il grande paradigma della medicina moderna p.76
di Francesco Maria Bovenzi
- Il cuore tra poesia e scienza p.79
di Mario Chiatto
- Ideologie e correnti di pensiero nell'"Italietta giolittiana" p.81
di Alessandro Ferrini

FIGURARE LA PAROLA p.84
L'Amore
a cura della Redazione

Due anni alla guida dell'ANMCO per lo sviluppo della Cardiologia italiana

di Francesco Chiarella

Il Consiglio Direttivo 2006 - 2008: le ragioni dell' impegno

Nel giugno 2006, all'inizio del mandato, il Consiglio Direttivo si è interrogato sulle motivazioni dell'intenso lavoro richiesto a chi guida una grande Società Scientifica. La risposta a questo "perché" si è trovata, in ultima analisi, nella scelta a favore dei Pazienti affidati alle nostre cure, nel servizio a favore della crescita della professionalità, della formazione, della ricerca, in una dimensione di rapporti umani intensi ed amicali. Sono queste le ragioni della nostra adesione all'ANMCO ed il filo conduttore dell'intero operato del Consiglio Direttivo 2006 - 2008, che conclude il suo mandato proponendo l'Appello a favore della centralità del Paziente nel sistema delle cure. Il riferimento all'ethos ha improntato lo stile, il metodo e gli obiettivi, ha portato alla approvazione delle nuove norme di Statuto per l'elezione del Presidente Designato, da quest'anno in vigore, alle modifiche dei Regolamenti su trasparenza e conflitto di interesse, all'istituzione del Fondo per la Formazione Orfana e, malgrado le difficoltà, alla assegnazione in entrambi gli anni del Fondo ANMCO per la Ricerca.

Le due grandi questioni politiche: FIC e HCF

Nell'aprile 2006 gli Stati Generali tenutisi a Bertinoro si erano conclusi con la richiesta di intervenire su due grandi questioni politiche: la Federazione Italiana di Cardiologia e la Fondazione dell'ANMCO per la lotta alle malattie cardiovascolari. Entrambe le questioni sono state affrontate.

La Federazione Italiana di Cardiologia

L'ANMCO ha messo a fuoco, in questi due anni, una linea politica divenuta via via più nitida e decisa, di forte sostegno agli obiettivi per cui la Federazione è nata: rappresentare ed accrescere il peso della Cardiologia italiana in Europa; dare voce unitaria alla Cardiologia nel confronto con le Istituzioni del nostro Paese sia a livello nazionale - Ministero, CCM, AIFA, CUD, Commissione LEA, CONSIP, Assobiomedica - che a livello Regionale - Assessorati, Agenzie; intervenire sulla formazione post - laurea e sulle Scuole di Specializzazione in Cardiologia, ponendo attenzione alla presenza degli Specializzandi negli ospedali, al finanziamento delle borse di studio extra numero, etc. L'ANMCO crede che questi punti rappresentino per la Federazione il vero banco di prova ed è favorevole al massimo coinvolgimento del Consiglio Federale per realizzarli. La Federazione potrà adoperarsi per trarre il massimo vantaggio dalla Presidenza italiana della ESC e per proporre con vigore la realizzazione in Italia del Congresso Europeo di Cardiologia. Se, come da più parti richiesto, si ritornerà a discutere di Statuto della Federazione, i tre obiettivi originali andranno confermati, escludendone altri, di carattere educazionale e scientifico che sono propri delle Società Scientifiche e che, portati a livello federale, generano solo confondimento. In questi due anni abbiamo capito che federare o unificare sono due progetti tra loro incompatibili, ed abbiamo scelto il primo: l'ANMCO vuole la Federazione e non una nuova Società Scientifica. L'ANMCO ha dedicato a queste tematiche gli "Stati Generali" (Spineto, settembre 2007), dove ha discusso il futuro delle realtà ANMCO regionali e delle Aree, concludendo che rinvigorire piuttosto che smantellare la solida configurazione associativa maturata in molti anni conferisce spessore ed incisività alla Cardiologia italiana. In questa prospettiva è stato confermato l'attuale impianto ANMCO nelle Regioni, affidato al Presidente ed ai Consigli Direttivi Regionali, e l'attuale assetto delle Aree, aggregazioni culturali ed operative pronte alla collaborazione con tutti su progetti finalizzati. Non ci stancheremo di rimarcare il ruolo dei giornali scientifici federativi, Journal Cardiovascular Medicine e Giornale Italiano di Cardiologia cui tutte le componenti federali dovrebbero collaborare e che tutti i Cardiologi italiani dovrebbero ricevere.

HCF, la Fondazione dell'ANMCO per la lotta alle Malattie Cardiovascolari

A dieci anni dal suo avvio era necessario dare ad HCF una prospettiva nuova, adeguata alla sfida di contrastare le malattie cardiovascolari, prima causa di morte nel nostro paese. Verificata l'impossibilità di dar vita ad una Fondazione federale, si è scelto di procedere con determinazione in una direzione nuova. La nomina di Attilio Maseri alla guida di HCF, emblematica sintesi della svolta, ha impresso alla crescita una formidabile accelerazione, aprendo nuovi orizzonti di ricerca e portando a riscoprire la piena coincidenza tra l'ANMCO e la sua Fondazione. La nuova sede di HCF "per il tuo cuore" , inaugurata a Firenze il 26 maggio alla presenza delle massime autorità della Cardiologia internazionale, sarà il centro propulsore della ricerca clinica innovativa sulle malattie cardiovascolari, il luogo di incontro di ricercatori nazionali ed internazionali, il motore del fundraising, il nodo attraverso cui si collegheranno le iniziative periferiche, l'operatività delle regioni, le proposte dei giovani. Con il concorso di tutti gli Associati e sotto la guida di Attilio Maseri e di Gian Luigi Nicolosi il grande investimento di energie e di risorse iniziato con la ristrutturazione della prestigiosa sede al terzo piano di via La Marmora permetterà di sviluppare le grandi potenzialità della rete di tutti i Cardiologi italiani che ne vorranno fare parte.

Formazione e Ricerca

Come bene illustrano i Piani Annuali Formativi 2007 e 2008, il grande impegno per la formazione ha portato al completamento della Campagna sulle Reti, all'avvio delle nuove Campagne "Cardiologie Sicure" e "Ritardo Evitabile", allo svolgimento dei Seminari di Aggiornamento e dei numerosissimi eventi periferici proposti dalle Cardiologie delle varie Regioni Italiane, oltre 150 nel biennio. Sul fronte della Ricerca, grazie al prezioso lavoro dei Ricercatori ed alla professionalità del Centro Studi, sono progrediti i 25 progetti in cantiere. Con l'Istituto Superiore di Sanità ha già preso avvio il nuovo Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare. Al XXXIX Congresso Nazionale dell'ANMCO verrà presentato lo studio GISSI - Atrial Fibrillation, al prossimo Congresso Europeo di Cardiologia lo studio GISSI Heart Failure, si sta concludendo il follow - up di IN - ACS Outcome, cui farà seguito il registro MANTRA. A un anno dalla presentazione del V Censimento delle Strutture Cardiologiche in Italia e del Censimento Infermieristico delle UTIC, è stato portato a termine lo studio BLITZ 3, che grazie alla adesione di 332 UTIC ha arruolato in due settimane di aprile circa 7000 Pazienti, a dimostrazione della straordinaria risposta di cui sono capaci i Cardiologi italiani.

L'impegno per i Congressi Nazionali

Dopo il Congresso 2007, portato a termine con successo malgrado le difficoltà causate dalla sospensione del supporto ad eventi formativi da parte di Aziende farmaceutiche e biomedicali, il XXXIX Congresso Nazionale propone un programma di ampio respiro, mettendo a confronto il presente ed il futuro della Cardiologia, le acquisizioni scientifiche consolidate e le promettenti innovazioni. Per la prima volta il Congresso dedica un ampio spazio in Sessione Plenaria ad un evento FIC, la riedizione del Documento "Struttura ed Organizzazione Funzionale della Cardiologia" ed ospita una tavola rotonda su un tema etico, il "Testamento Biologico". Come è tradizione l'impianto congressuale è nato dalle proposte degli Associati, i numerosi abstracts pervenuti sono stati valutati in cieco da cinque Revisori, si è riservato un Simposio a quelli a più alto punteggio. Il Consiglio Direttivo ha profuso molte energie per realizzare nel biennio due Congressi sobri e di qualità, di reale utilità per i partecipanti, coinvolgendo personalità e competenze al più alto livello.

Il Consiglio Nazionale e gli Associati, la vera ricchezza dell' ANMCO

In questo biennio è stato costantemente valorizzato il ruolo del Consiglio Nazionale, in particolare dei Presidenti Regionali, che hanno rappresentato l'ANMCO nelle loro realtà, hanno guidato i Consigli Direttivi Regionali, hanno realizzato i Congressi Regionali, hanno mantenuto attivi i legami tra i Soci, hanno promosso molteplici iniziative di ricerca, di aggiornamento, di accreditamento. I Chairmen e i Comitati di Coordinamento delle Aree, sono stati di riferimento per le tematiche di competenza, hanno espresso in varia misura propositività e realizzazioni nella formazione e nella ricerca. Il Comitato Scientifico ha svolto un lavoro tanto prezioso quanto poco appariscente di valutazione e di indirizzo della ricerca. "Cardiologia negli Ospedali" è stata sempre puntuale all'appuntamento con i lettori ed ha comunicato con una veste editoriale gradevole e raffinata la nostra complessità associativa. Tempo Medico Cuore ha corrisposto con efficacia al compito di costituire un ponte tra Cardiologia e Medicina Generale.

ANMCO: stima e riconoscenza

La vita dell'ANMCO in un biennio non si può racchiudere in poche righe: ho voluto toccare solo gli aspetti più significativi. In questi due anni ho costantemente apprezzato il solido lavoro del Centro Studi sotto la guida di Aldo Maggioni, la paziente e complessa operatività della Segreteria e della Amministrazione: tutti voglio qui ringraziare. Il riconoscimento del valore e dell'impegno per il personale non è stato a parole: a tutti i dipendenti in forza da almeno due anni si è voluto garantire lavoro a tempo indeterminato, per gli altri sono stati migliorati i profili professionali con un riordino volto a dare all'ANMCO maggiore efficienza. La vita dell'ANMCO procede, il mio ringraziamento va a tutti gli Associati, al Consiglio Nazionale, a questo Consiglio Direttivo, così partecipe, fattivo, concreto e generoso. Sono particolarmente grato ai miei più stretti collaboratori, i Vicepresidenti Luigi Oltrona Visconti e Gennaro Santoro, amici carissimi, alla cui dedizione capace e costante devo moltissimo. La mia personale riconoscenza è per Attilio Maseri, coraggioso artefice di una svolta che segna il nostro presente ed il nostro futuro. Il suo geniale contributo scientifico ma ancor più le sue scelte di vita sono una grande testimonianza di passione al bene comune ed un alto insegnamento morale che tocca tutti ed in particolare chi, come me, ha avuto il privilegio di essergli più vicino. Il più sincero augurio è per Salvatore Pirelli, con cui tutto ho condiviso in completa sintonia, e per il Consiglio Direttivo che nel prossimo biennio guiderà questo tessuto associativo straordinario, cui guardano con stima ed ammirazione le Società Scientifiche di molti Paesi.

Un nuovo sviluppo per HCF

di Attilio Maseri

Nel dialogo che mi sono proposto di aprire con i Cardiologi italiani nella rubrica "HCF risponde", in attesa delle vostre domande, desidero aggiornarvi sugli sviluppi di HCF. Sono stati completati in tempi record (due mesi!) i lavori per la ristrutturazione del terzo piano del palazzo di via A. La Marmora 36 a Firenze. Questo spazio di circa 350 mq sarà la base operativa di HCF, ed ospiterà anche funzioni di Segreteria ed il Centro Tecnico Computer, comune ad Associazione, Centro Studi e HCF. La Sede ristrutturata è stata inaugurata il 26 maggio alla presenza delle autorità, del Consiglio Direttivo e del Comitato Scientifico ANMCO, dei Presidenti Regionali e delle personalità ANMCO che hanno contribuito a far conoscere e stimare l'Associazione in Italia e nel mondo. È intervenuta anche una rappresentanza di esponenti di spicco della Cardiologia internazionale che ha partecipato nel pomeriggio a un convegno presso la Sala Verde del Palazzo Incontri di Via dè Pucci 1, Sede dell'Ente Cassa di Risparmio di Firenze, sul tema "Need and Strategies for innovative Clinical Research". Il convegno - dibattito ha affrontato il tema della ricerca clinica dei caratteri distintivi tra i pazienti che si presentano con la stessa sindrome (secondo la filosofia che ho prospettato nel mio articolo sul numero di gennaio – febbraio 2008 di "Cardiologia negli Ospedali"). Hanno presentato il loro punto di vista Eugene Braunwald, John Camm, Richard Conti, Marc Pfeffer, Renu Virmani, Magdi Yacoub e Aldo Pietro Maggioni, che ha illustrato le potenzialità cliniche per la raccolta di casistica del Centro Studi nell'ambito della Rete delle Cardiologie ANMCO. Queste presentazioni sono state il risultato di un precedente "Brainstorming Meeting" che si è svolto in Friuli Venezia Giulia e al quale hanno partecipato assieme agli ospiti stranieri, Gian Luigi Nicolosi, Vice Presidente di HCF, Andrea Di Lenarda, Coordinatore del Comitato Scientifico e Aldo Pietro Maggioni, Direttore del Centro Studi ANMCO. Durante questo incontro informale, ispirati dai vini dei colli orientali del Friuli, abbiamo discusso possibili strategie di ricerca clinica innovativa per le più comuni sindromi cardiovascolari ed anche per le malattie cardiache monogeniche a penetranza molto variabile.

A maggio è stato distribuito il Questionario di verifica degli effetti della Campagna di Prevenzione Scolastica iniziata da Franco Valagussa e proseguita da Luigi Temporelli.

Il Ministero della Salute, nella persona del Direttore del Centro per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie, Donato Greco, si è fatto parte diligente nel recepire l'impegno tradizionale di HCF in questo settore, inserendolo nel quadro delle iniziative congiunte con il Ministero dell'Istruzione. È in fase di progettazione la campagna di HCF per il fund raising. Nel frattempo vi chiedo, accoratamente, di destinare ad HCF il 5 per mille della vostra imposta sul reddito. Vi suggerisco anche di chiedere gentilmente ai vostri pazienti, parenti, amici e conoscenti (…in particolare se commercialisti!) di seguire il vostro esempio.

Arrivederci al Congresso ed un caro saluto.

Alcuni "scatti" dalla nuova sede di HCF

Particolare della sala riunioni

La sala riunioni

Lo studio del Prof. Maseri

Dieci candeline per la FIC

di Giuseppe Di Pasquale

A me tocca l'onore e la responsabilità di spegnere le dieci candeline per il compleanno della Federazione Italiana di Cardiologia. Nel mese di aprile 1998 l'ANMCO e la SIC decidevano di costituire la FIC con tre principali obiettivi: creare una referenza unitaria della Cardiologia Italiana nei confronti della European Society of Cardiology (ESC) e delle Istituzioni Sanitarie Nazionali, ed attuare una politica unitaria della formazione postlaurea.
Quello che è stato realizzato in questi anni attraverso l'impegno di tre Consigli Direttivi FIC (1998 - 2001, Presidente Mario Mariani; 2001 - 2004, Presidente Luigi Tavazzi; 2004 - 2007, Presidente Attilio Maseri) che hanno preceduto quello attuale da me presieduto, può sembrare molto o troppo poco a seconda che si voglia considerare il bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto, parafrasando un'espressione cara al mio illustre predecessore Attilio Maseri.
Queste le più significative realizzazioni: la nascita nel 2000 dell'Italian Heart Journal che diventa l'organo ufficiale della FIC a superamento delle gloriose Riviste di ANMCO e SIC Giornale Italiano di Cardiologia e Cardiologia; la scelta di internazionalità del Journal of Cardiovascular Medicine a partire dal 2006 con la conservazione della Rivista in italiano; il peso crescente della Cardiologia italiana all'interno della ESC culminato nel successo dell'elezione del candidato italiano Roberto Ferrari unitariamente sostenuto dalla FIC; il riconoscimento della FIC quale rappresentante unitario della comunità cardiologica nazionale a livello delle Istituzioni Sanitarie Nazionali (Ministero della Salute, CCM, CUD, etc.).
Tutto questo va bene, ma a mio parere è insufficiente. Ritenersi soddisfatti per aver realizzato gli obiettivi statutari declarati dieci anni fa (almeno due obiettivi, perché in effetti il coinvolgimento delle Strutture Cardiologiche ospedaliere nelle Scuole di Specializzazione è obiettivo solo parzialmente raggiunto) è a mio parere riduttivo rispetto a quello che potrebbe oggi rappresentare la FIC in Italia: vero referente unitario della Cardiologia italiana e non formale portavoce "a responsabilità limitata".
Esistono in questo momento prudenza e timori da parte delle componenti ANMCO e SIC che legittimamente difendono l'identità delle proprie Associazioni. In realtà un rafforzamento della FIC darebbe maggior peso e forza ad entrambe. Esiste al contrario una vivace spinta da parte delle altre Società generaliste (Territorio e ospedalità privata accreditata) e di settore, affiliate alla Federazione dal 2004 attraverso l'organismo del Consiglio Federale, che chiedono di avere un maggior peso specifico all'interno della FIC.
Questo è quello che oggi viene vivacemente dibattuto a livello dei vertici della Federazione, mentre purtroppo in "periferia" esiste una comunicazione

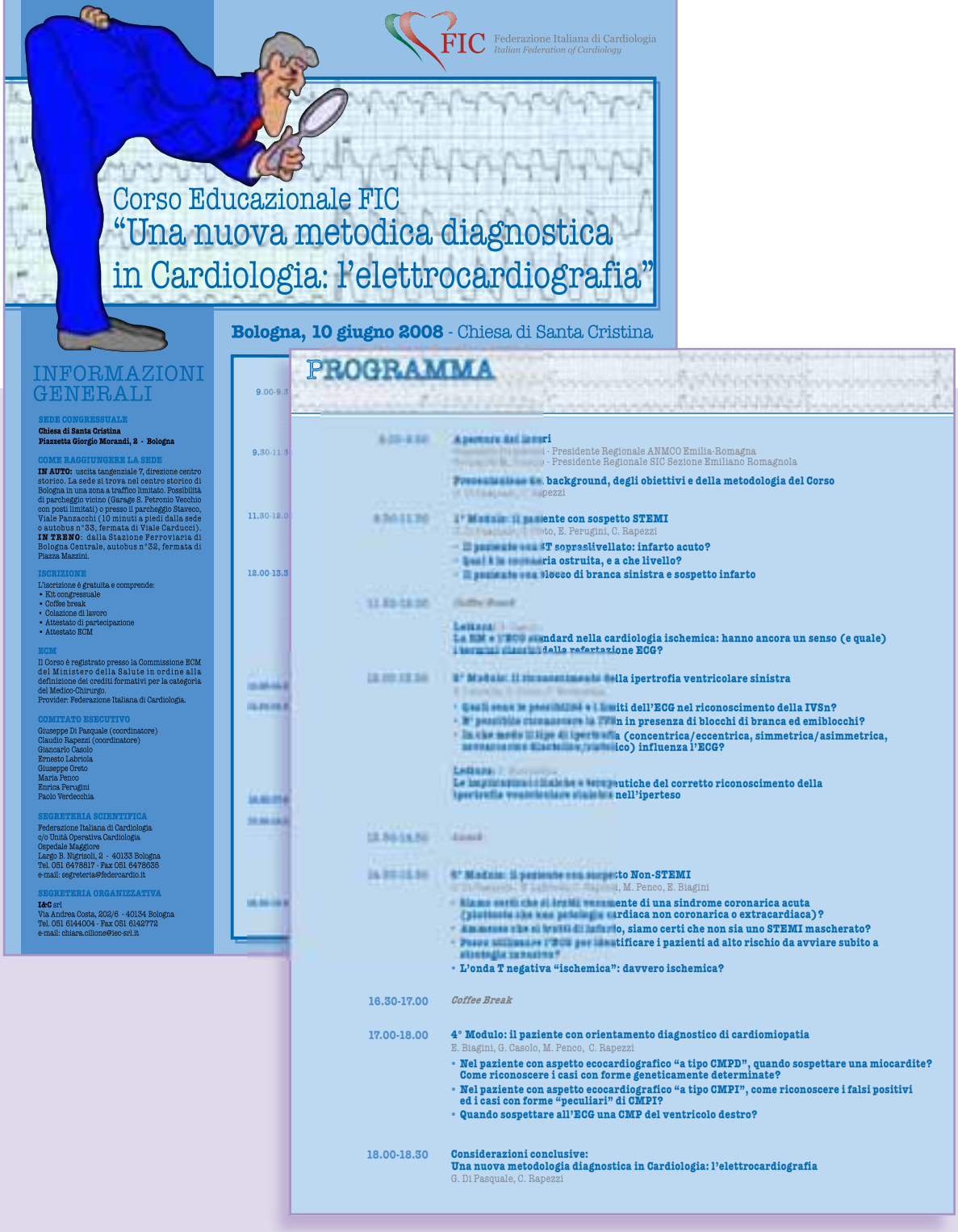
ed una discussione limitata alle dinamiche e progettualità federative. La pagina dedicata alla FIC ospitata dall'inizio della mia Presidenza in ogni numero di "Cardiologia negli Ospedali" è uno dei possibili strumenti per migliorare la comunicazione.
Se al momento attuale lo stato dell'arte è quello sopra descritto, è evidente che quanto si è riusciti a realizzare nei primi dieci mesi di mandato del nuovo Consiglio Direttivo della FIC è molto inferiore a quello che avevamo sognato nelle linee programmatiche pubblicate su "Cardiologia negli Ospedali" e SIC Cardiologia Press lo scorso autunno.
La convergenza delle Aree ANMCO e dei Gruppi di Studio SIC in nuove entità (Working Group federativi) in questo momento non è voluto né dall'ANMCO né dalla SIC; la condivisione degli strumenti organizzativi, quali il Centro Studi ANMCO, per una ricerca cooperativa non riesce a trovare attuazione neppure per studi osservazionali internazionali che sono stati proposti alla FIC; un fundraising federativo per la ricerca modello AIRC o Theleton rimane attualmente nella categoria dei sogni condivisi dal precedente Consiglio Direttivo della FIC e per finire l'Italian Heart House o il Congresso Nazionale unificato non sono al momento neppure ipotizzabili.
La realizzazione di tutto questo sarebbe stata una bellissima opera architettonica, ma con fragili fondamenta, per una scarsa consapevolezza e condivisione in "periferia" dei più ambiziosi obiettivi federativi.
Traspare verosimilmente la mia sensazione di considerare il bicchiere mezzo vuoto, piuttosto che mezzo pieno, e l'ansia di vedere realizzati dei significativi passi avanti nel percorso federativo prima della scadenza dell'attuale mandato.
Penso che però oggi sia necessario essere realisti e lavorare concretamente con energia su quello che è condiviso, piuttosto che demoralizzarsi per quello che oggi non è realizzabile in assenza di condivisione. Qualcosa in effetti è stato realizzato nel primo anno di attività del nuovo Consiglio Direttivo della FIC: il successo dei primi Congressi regionali FIC sostitutivi dei Congressi regionali di ANMCO e SIC; la Consensus Conference FIC sulle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST svoltasi a Bologna il 16 maggio 2008, a cui farà presto seguito la pubblicazione di un Documento di consenso sul Giornale Italiano di Cardiologia; l'inizio dei lavori per la riedizione del Documento "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia" con il coinvolgimento di 90 professionisti Cardiologi non solo di ANMCO e SIC ma di tutte le Società cardiologiche federate, con la presentazione dell'elaborato iniziale in un Simposio FIC al Congresso Nazionale ANMCO 2008; l'attivazione di commissioni per la produzione di position paper federativi (nuovo imaging coronarico; procedure percutanee valvolari aortiche); il varo dei primi Eventi Formativi federativi quali il Corso di elettrocardiografia clinica del quale viene data comunicazione in un altro articolo che compare nel numero attuale di "Cardiologia negli Ospedali"; l'attuazione in progress del progetto federativo di implementazione del Documento di Consenso "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco" promosso dall'ANMCO; la pubblicazione del V Censimento FIC delle Strutture Cardiologiche in Italia.
Inoltre la FIC in questi mesi è stato l'interlocutore unitario nei tavoli di confronto con la CUD, l'ISPESL e Assobiomedica. Siamo inoltre presenti all'interno della Commissione cardiovascolare del CCM del Ministero della Salute e nel Consiglio Direttivo della FISM. Insieme al Ministero della Salute, FipC e Conacuore siamo coinvolti nel lancio in Italia della European Health Heart Charter. Infine siamo considerati da Conacuore l'interfaccia unitaria della comunità scientifica cardiologica nazionale nei confronti del mondo del volontariato associativo dei pazienti cardiopatici.
Quanto è stato realizzato in questi mesi è solo una minima parte del grande potenziale che la FIC avrebbe se tutti superassimo timori e reciproche diffidenze. La politica dei piccoli passi può essere comunque vincente, ma a condizione che i passi, anche se corti, vadano sempre nella stessa direzione e possibilmente non ad andatura da passeggio.

A breve il primo Evento Formativo FIC "Una nuova metodica diagnostica in Cardiologia: l'elettrocardiografia"

di Giuseppe Di Pasquale

All'interno del Consiglio Direttivo della Federazione Italiana di Cardiologia è stato condiviso il progetto di svolgere annualmente iniziative formative federative. Si tratta della decisione di ANMCO e SIC di svolgere annualmente una quota del proprio Piano Formativo "storico" a livello congiunto federativo. Per il momento si tratta di una quota piccola, ma significativa sia per la scelta del tema che per il valore "politico" dell'iniziativa. Il primo Evento Formativo FIC programmato per il 2008 è rappresentato dal Corso Educazionale FIC "Una nuova metodica diagnostica in Cardiologia: l'elettrocardiografia". Un forte stimolo per l'attuazione del progetto è stato il successo, superiore ad ogni aspettativa, del primo Minimaster in tema di elettrocardiografia clinica, coordinato da Claudio Rapezzi e Paolo Verdecchia, svolto in occasione del Congresso Nazionale di Cardiologia 2006 dell'ANMCO. Un segnale importante della voglia del Cardiologo clinico di recuperare interesse e competenza per metodiche diagnostiche non più giovanili come l'elettrocardiografia, in parte ridimensionate nell'insegnamento post - laurea ed ingiustamente sopraffatte dalle più seducenti metodiche diagnostiche cardiologiche "high tech".

L'obiettivo del Corso è quello di una moderna rivisitazione della metodica elettrocardiografica all'interno dell'approccio clinico al paziente, in una lettura integrata con le metodiche di imaging (ecocardiografia, scintigrafia miocardica, RM cardiaca, coronarografia, etc.). I destinatari del Corso dovrebbero essere in prevalenza giovani Cardiologi Ospedalieri ed in parte Cardiologi del Territorio.
Sono previsti Eventi Formativi di una giornata, articolati in quattro moduli, comprendenti il paziente con sospetto STEMI, il paziente con sospetto non - STEMI, il riconoscimento dell'ipertrofia ventricolare sinistra, il paziente con orientamento diagnostico di cardiomiopatia. In ogni modulo è prevista la trattazione di una serie di quesiti clinici con brevi relazioni iniziali, presentazione di casi clinici con discussione interattiva ed una sintesi (take - home - message) sull'argomento.
L'obiettivo è quello di fornire nuove indicazioni per come utilizzare in chiave clinica e decisionale il "vecchio" ECG standard. Il Comitato Esecutivo (Claudio Rapezzi, Giuseppe Di Pasquale - coordinatori - Giancarlo Casolo, Ernesto Labriola, Giuseppe Oreto, Maria Penco, Enrica Perugini, Paolo Verdecchia) ha elaborato il materiale didattico che verrà reso disponibile



FIC Federazione Italiana di Cardiologia
Italian Federation of Cardiology

Corso Educazionale FIC
"Una nuova metodica diagnostica in Cardiologia: l'elettrocardiografia"

Bologna, 10 giugno 2008 - Chiesa di Santa Cristina

INFORMAZIONI GENERALI

SEDE CONGRESSUALE
Chiesa di Santa Cristina
Piazzetta Giorgio Morandi, 2 - Bologna

COME RAGGIUNGERE LA SEDE
IN AUTO: uscita tangenziale 7, direzione centro storico. La sede si trova nel centro storico di Bologna in una zona a traffico limitato. Possibilità di parcheggio vicino (Garage S. Petronio Vecchio con posti limitati) o presso il parcheggio Staveco, Viale Panzacchi (10 minuti a piedi dalla sede o autobus n°33, fermata di Viale Carducci).
IN TRENO: dalla Stazione Ferroviaria di Bologna Centrale, autobus n°32, fermata di Piazza Mazzini.

ISCRIZIONE
L'iscrizione è gratuita e comprende:
- Kit congressuale
- Coffee break
- Colazione di lavoro
- Attestato di partecipazione
- Attestato ECM

ECM
Il Corso è registrato presso la Commissione ECM del Ministero della Salute in ordine alla definizione dei crediti formativi per la categoria del Medico-Chirurgo.
Provider: Federazione Italiana di Cardiologia.

COMITATO ESECUTIVO
Giuseppe Di Pasquale (coordinatore)
Claudio Rapezzi (coordinatore)
Giancarlo Casolo
Ernesto Labriola
Giuseppe Oreto
Maria Penco
Enrica Perugini
Paolo Verdecchia

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Federazione Italiana di Cardiologia
c/o Unità Operativa Cardiologia
Ospedale Maggiore
Largo B. Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna
Tel. 051 6478817 - Fax 051 6478635
e-mail: segreteria@federcardio.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
I&C srl
Via Andrea Costa, 202/6 - 40134 Bologna
Tel. 051 6144004 - Fax 051 6142772
e-mail: chiara.cilione@iec-srl.it

PROGRAMMA

9.00-9.3

9.30-11.3 - Presidente Regionale ANMCO Emilia-Romagna
- Presidente Regionale SIC Sezione Emiliano Romagnola

background, degli obiettivi e della metodologia del Corso
pezzi

11.30-12.0 **1° Modulo: il paziente con sospetto STEMI**
to, E. Perugini, C. Rapezzi
- **T sopraslivellato: infarto acuto?**
- **ria ostruita, e a che livello?**
- **blocco di branca sinistra e sospetto infarto**

12.00-13.3

ndard nella cardiologia ischemica: hanno ancora un senso (e quale)
della refertazione ECG?

2° Modulo: Il riconoscimento della ipertrofia ventricolare sinistra
- **miti dell'ECG nel riconoscimento della IVSn?**
- **n in presenza di blocchi di branca ed emiblocchi?**
- **a (concentrica/eccentrica, simmetrica/asimmetrica, ico) influenza l'ECG?**

utiche del corretto riconoscimento della
nell'iperteso

3° Modulo: Il paziente con sospetto Non-STEMI
d, M. Penco, E. Biagini
- **o, siamo certi che non sia uno STEMI mascherato?**
- **i pazienti ad alto rischio da avviare subito a**
- **L'onda T negativa "ischemica": davvero ischemica?**

16.30-17.00 *Coffee Break*

17.00-18.00 **4° Modulo: il paziente con orientamento diagnostico di cardiomiopatia**
E. Biagini, G. Casolo, M. Penco, C. Rapezzi
- **Nel paziente con aspetto ecocardiografico "a tipo CMPD", quando sospettare una miocardite? Come riconoscere i casi con forme geneticamente determinate?**
- **Nel paziente con aspetto ecocardiografico "a tipo CMPI", come riconoscere i falsi positivi ed i casi con forme "peculiari" di CMPI?**
- **Quando sospettare all'ECG una CMP del ventricolo destro?**

18.00-18.30 **Considerazioni conclusive:**
Una nuova metodologia diagnostica in Cardiologia: l'elettrocardiografia
G. Di Pasquale, C. Rapezzi

per lo svolgimento delle riunioni regionali, con lo scopo di realizzare uno slide - kit comune a tutti gli eventi, ovviamente integrabile con materiale prodotto localmente.
L'evento start - up si svolgerà a Bologna martedì 10 giugno 2008, presso la prestigiosa Sede della Chiesa di Santa Cristina, quale riunione regionale per l'Emilia Romagna. A questo faranno seguito gli altri eventi regionali che inizialmente coinvolgeranno Puglia, Sicilia, Toscana e Campania, previsti per la seconda metà del 2008 e l'inizio del 2009. Potranno essere successivamente coinvolte altre regioni che attraverso i Presidenti Regionali di ANMCO e SIC manifesteranno l'interesse alla realizzazione locale del Corso.
L'iniziativa è resa possibile grazie ad un grant educazionale della Merck Sharp & Dohme. Per ciascun evento sarà effettuata la richiesta di crediti formativi ECM a cura della Segreteria FIC, che svolge il ruolo di provider. La Segreteria Organizzativa incaricata dei Corsi è la I&C di Bologna.
L'auspicio è che questo progetto formativo possa costituire l'inizio di una pianificazione annuale di formazione cardiologica svolta a livello federativo. I tempi non sono ancora maturi per ipotizzare un Piano Annuale Formativo FIC sostitutivo degli Eventi Formativi autonomi di ANMCO e SIC. Obiettivo concretamente perseguibile è comunque quello di identificare e condividere annualmente iniziative formative a forte valenza federativa, possibilmente non aggiuntive ma sostitutive di una parte del Piano Annuale Formativo di ANMCO e SIC.

Perché un Fondo ANMCO per la Formazione ?

di Alessandra Chinaglia

Le finalità dell'ANMCO sono la ricerca e la formazione.
Lo Statuto dice:
"L'Associazione ha la finalità di interesse generale e di utilità sociale di promuovere l'attività della ricerca scientifica e la formazione dei medici nel settore della Cardiologia."
La formazione è effettivamente un'importante motivazione del nostro essere "associati", e in questo ambito la vivacità e la qualità delle proposte dell'ANMCO, sia a livello locale che a livello nazionale, costituisce una ricchezza da sostenere e ampliare.
Alcune proposte possono però essere difficilmente realizzabili per la difficoltà a reperire gli stanziamenti necessari, con possibile limitazione dal punto di vista della varietà degli argomenti.
Analogamente all'iniziativa di promozione della Ricerca (Fondo ANMCO per la Ricerca istituito nel 2005), il Consiglio Direttivo in carica ha voluto destinare uno stanziamento annuo per sostenere uno o più Eventi Formativi relativi a temi di elevato interesse per il Cardiologo, ma privi di sostegno economico.
Il Regolamento che disciplina la destinazione del Fondo di 10.000 euro all'anno per la Formazione è stato approvato dal Consiglio Nazionale nel mese di aprile 2008 e viene di seguito pubblicato.
L'ANMCO con questa iniziativa vuole garantire ai propri Associati una sia pur piccola quota di formazione "indipendente" dal punto di vista economico, promuovere occasioni di approfondimento e crescita e permettere la realizzazione di Eventi Formativi altrimenti impossibili, nell'ottica di arricchire ulteriormente la già ampia offerta formativa dell'Associazione.

Regolamento per l'utilizzo del Fondo ANMCO per la Formazione

Art. 1 - Finalità

L'ANMCO sostiene la formazione facendosi promotrice dell'erogazione di contributi economici annui da utilizzare a favore di progetti di rilevante e documentato interesse che incontrino difficoltà ad ottenere fondi.

Obiettivi del fondo sono:

1. permettere la realizzazione di eventi formativi di particolare interesse privi di copertura finanziaria;
2. garantire la realizzazione dell'alta formazione mediante il sostegno dall'Associazione.

Art. 2 - Ambito di applicazione

Il presente Regolamento disciplina l'assegnazione e l'utilizzo dei fondi che l'ANMCO, in virtù dei principi enunciati nell'art. 1, farà in modo che siano destinati all'attività di sostegno e promozione di eventi formativi nazionali murali ed extramurali da inserire nel Piano Annuale Formativo dell'Associazione relativi a temi di elevato interesse privi di copertura finanziaria.

A tal fine l'ANMCO farà sì che il Consiglio di Amministrazione del Centro Servizi ANMCO srl possa destinare ogni anno un importo, fino ad un massimo di 10.000,00, per finanziare le iniziative disciplinate dal presente Regolamento.

In particolare le risorse stanziate dovranno essere dedicate alla realizzazione di uno o più eventi formativi, a copertura dei costi globali, in relazione all'ammontare della somma stanziata e comunicata con la pubblicazione del Bando.

Art. 3 - Modalità e termini di presentazione delle domande

Il proponente deve essere il responsabile dell'evento e socio ANMCO, in regola con le quote di iscrizione.

Le domande devono essere predisposte in occasione dell'invio delle proposte per il Piano Annuale Formativo, richiedendo l'attribuzione del finanziamento contestualmente all'invio della proposta dell'evento formativo tramite compilazione del modulo presente sul Sito Web ANMCO. Le domande devono essere corredate delle motivazioni della richiesta, del curriculum del proponente, del titolo dell'evento e delle relazioni, delle proposte di nomi dei docenti, del budget, comprensivo delle spese di gestione del Centro Formazione ANMCO e dell'accreditamento ECM (costo presunto) e dalla dichiarazione dell'assenza di finanziamenti per l'evento.

Inoltre il proponente deve rilasciare una dichiarazione che il materiale didattico prodotto con i contributi del fondo diverrà di proprietà della Centro Servizi ANMCO la quale potrà liberamente riprodurlo pur nel rispetto del diritto morale degli autori dello stesso.

La domanda va indirizzata al Presidente dell'ANMCO "Fondo ANMCO per la Formazione" (Via La Marmora, 36 - 50121 Firenze).

La scadenza per la presentazione della domanda è da considerarsi la stessa di quella dell'invio della presentazione delle proposte degli eventi formativi per l'inserimento nel Piano Annuale Formativo, comunque non oltre il 31 ottobre dell'anno di presentazione.

Il Regolamento viene pubblicato nella sezione modulistica della Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e sul Sito Web ANMCO.

Art. 4 - Valutazione delle domande

Il Consiglio Direttivo dell'ANMCO provvederà alla valutazione delle proposte pervenute, considerando l'utilità e l'interesse scientifico dell'evento formativo proposto e la coerenza con le finalità di formazione promossa dall'ANMCO. Qualora nessuna delle proposte pervenute risponda pienamente ai criteri di rilevante interesse medico-scientifico dell'evento formativo o non risulti coerente con l'attività formativa dell'ANMCO, il Consiglio Direttivo, con decisione motivata, dichiarerà il Fondo di quell'anno non assegnato a nessun proponente con il conseguente annullamento del relativo Bando.

Art. 5 - Concessione del finanziamento

L'organo decisore per l'assegnazione del "Fondo ANMCO per la Formazione" è il Consiglio Direttivo ANMCO.

Il Presidente ANMCO comunica alla Centro Servizi ANMCO srl e al proponente vincitore le decisioni del Consiglio Direttivo in merito all'assegnazione del Fondo, esplicitando le procedure di messa a disposizione dello stesso.

Eventuali sopravvenute esigenze circa la possibilità di utilizzare il Fondo in maniera difforme da quella esposta all'atto di presentazione della domanda, comunque finalizzata al raggiungimento dei risultati prefissati, devono essere motivate e comunicate dal proponente al Presidente ANMCO e da quest'ultimo approvate.

Art. 6 - Relazione finale

Il proponente dell'evento formativo beneficiario del finanziamento è tenuto a presentare un rendiconto relativo alla realizzazione dell'evento entro un mese dalla sua realizzazione.

Art. 7 - Validità del Bando

Il Bando entra in vigore il giorno della pubblicazione sulla Rivista "Cardiologia negli Ospedali" e/o sul Sito Web ANMCO e ha validità fino alla scadenza della presentazione delle proposte di eventi formativi per il Piano Annuale Formativo dell'ANMCO relativo all'anno successivo alla sua pubblicazione.

Il restyling del Sito WEB

La comunicazione via Internet ovvero un soffio di vitalià per l'ANMCO

di G. F. Mureddu, A. Chinaglia, G.Mazzotta, G. Santoro, G. Scorcu, S. Ricci

La comunicazione via Internet è ormai diventata irrinunciabile per stare al passo con i tempi. Chiunque conosce le conseguenze di arrivare tardi. Parafrasando un ben noto adagio, potremmo esemplificare il concetto in questo modo: "non chiederti quanto ti costi oggi entrare in Internet, chiediti piuttosto quanto ti costerà non esserci domani". Eppure spesso in Italia aziende, liberi professionisti, associazioni, istituzioni o semplici privati desiderano che il proprio Sito Web li tenga al passo della concorrenza, soddisfacendo la necessità di apparire più che quella di appagare i bisogni degli utenti. Lo sviluppo della Rete Web nel Paese sta forse più nella forma che nei contenuti. Presentarsi al pubblico con il fatidico bigliettino da visita con la scritta www. per poter dire: "in Internet ci sono anch'io" è diventato prioritario rispetto ai servizi offerti. Questo atteggiamento è stato tra l'altro confermato da una ricerca di Merrill Lynch pubblicata da "Il Sole 24 ORE" (Finanza e Mercati 12 luglio 2007) che pone l'Italia come fanalino di coda nel tasso di sviluppo della New Economy. La questione relativa alla creazione o meno di un Sito Web funzionale e ricco di contenuti non dovrebbe nemmeno più porsi: Internet rappresenterà sempre di più il primo contatto per un qualsiasi interlocutore di un'azienda come di una associazione; la prima impressione ha una estrema importanza, ma è parimenti rilevante la funzione che un Sito deve svolgere: interessare, informare ed offrire servizi alla propria utenza. Per esprimere questa convinzione e nella certezza che l'implementazione di un Sito Web rappresenti sempre nel tempo, nonostante i costi, un investimento fruttuoso, come Commissione per il Sito Web ANMCO abbiamo deciso di realizzare di comune accordo con il Consiglio Direttivo l'ennesimo restyling del Sito associativo, avvalendoci della preziosa collaborazione di Simonetta Ricci che, insieme a Luana Di Fabrizio, si occupa della gestione e dell'aggiornamento costante dei contenuti del nostro Sito Internet. A fronte del doveroso rinnovamento grafico il nuovo Sito sarà caratterizzato da una ancora maggiore ricchezza di contenuti, ma soprattutto da una reale offerta di servizi per gli utenti. Il modello "Matrioška" del Sito fino ad ora adottato, una serie di contenitori uno dentro l'altro, appare oggi un pò appesantito rispetto alla crescita esponenziale dei contenuti e mostra qualche difficoltà nello stare al passo con i tempi sia in termini di velocità che di facilità nella navigazione. Il nuovo Sito Web, nei nostri intenti, dovrà consentire una navigazione più facile ed intuitiva grazie ad un menu strutturo su tre livelli ed alla grafica semplificata. Le sezioni in cui sono

Studio per la Homepage

Schema di navigazione

organizzati i contenuti si sono ridotte a cinque: Associazione, Fondazione e Ricerca, Formazione, Aggiornamento ed Iniziative Editoriali, My ANMCO, permettendo agli utenti di giungere più velocemente al risultato delle ricerche. La nuova filosofia che permea il Sito, improntata alla semplicità e all'immediatezza, è espressa già nella Homepage: essenziale e caratterizzata da una maggiore ricchezza di servizi messi a disposizione degli Associati, per i quali l'accesso riservato mediante username e password darà diritto ad un maggior numero di servizi creati ad hoc. La sezione My ANMCO, consente ai Soci di consultare e modificare il proprio profilo, pagare le quote associative on line, consultare i Congressi e i Corsi ANMCO ai quali hanno partecipato, consultare l'elenco dei Fellow e dei Soci, ma anche di creare una propria agenda in cui memorizzare le password di accesso ai Siti visitati più frequentemente. Speriamo in questo modo di darvi una mano a ricordare queste terribili paroline magiche dalle quali purtroppo siamo sempre più dipendenti. La possibilità di registrarsi come utenti e i diversi livelli di accesso al Sito, a cui corrispondono altrettante categorie di utenti – Soci ordinari, Medici non Cardiologi, componenti del Consiglio Nazionale e del Consiglio Direttivo ANMCO – consentiranno una più elevata interazione tra Associazione e Associati, permettendo la divulgazione di notizie e documenti istituzionali in aree riservate ai soli Soci. Seguendo i dettami dello Statuto dell'ANMCO, che individua nella promozione della Ricerca e nella Formazione lo scopo principale dell'Associazione, si è cercato di creare e mettere a disposizione degli utenti gli strumenti di aggiornamento professionale più efficaci e attuali e di fornire loro quante più notizie possibili sulla Ricerca condotta dall'ANMCO e sulle modalità per potervi partecipare. La disponibilità immediata delle principali Linee Guida internazionali ed il costante aggiornamento delle stesse è un nostro motivo di soddisfazione: cercheremo di renderle ancora più facili da raggiungere, agevolando al massimo gli snodi della navigazione. L'accesso ai contenuti del Congresso sarà per i Soci quanto più integrale possibile. Seguendo l'esempio della Società Europea di Cardiologia, speriamo di rendere fruibili on line quasi in tempo reale almeno alcuni dei contributi più salienti delle quattro giornate di lavori congressuali. Rimane naturalmente la possibilità di un accesso libero perché il Sito Web dell'ANMCO resta patrimonio di tutti coloro che sono interessati a conoscerci e a seguire la nostre attività. La messa online del nuovo Sito Web, speriamo integrale, ma sicuramente almeno in una prima versione pilota, coinciderà con la data di inizio del Congresso ANMCO (31 maggio 2008). Cosa possiamo aggiungere? Incrociamo le dita e…buona navigazione a tutti!

Lo studio Cardio - Sis: quasi in dirittura di arrivo

di Paolo Verdecchia

Dopo gli Studi MAVI (J Am Coll Cardiol 2001;38:1829 - 35; Hypertension 2002;40:470 - 6) e HEART Survey (Am J Hypertens 2007;20:997 - 1004), le attività di ricerca clinica dell'Area Prevenzione Cardiovascolare dell'ANMCO nel campo dei rapporti tra cuore e ipertensione arteriosa continuano a pieno regime con lo Studio Cardio - Sis (Studio Italiano sugli Effetti Cardiovascolari del Controllo della Pressione Arteriosa Sistolica).
È uno Studio che si sta svolgendo in 44 Centri Ospedalieri ed Universitari Italiani. La fase di arruolamento si è svolta tra il febbraio 2005 ed il febbraio 2007. Il follow - up dell'ultimo paziente terminerà nel febbraio 2009.

Basi dello Studio

La maggioranza dei pazienti ipertesi in trattamento farmacologico presenta valori di Pressione Arteriosa (PA) non ben controllati (cioè > 140/90 mmHg). Ciò comporta un aumento del rischio di infarto miocardico, ictus cerebrale, scompenso cardiaco e altri gravi eventi cardiovascolari. Più elevati sono i livelli di PA, maggiore è la probabilità che il paziente presenti ipertrofia ventricolare sinistra. La presenza di segni di ipertrofia ventricolare sinistra all'elettrocardiogramma (ECG) raddoppia il rischio di tali complicanze cardiovascolari indipendentemente dalla presenza di altri fattori di rischio (fumo, diabete, etc). È anche dimostrato che le modificazioni nel tempo dei segni ECG di ipertrofia sono potenti indicatori prognostici. I pazienti che presentano regressione dell'ipertrofia sono a rischio cardiovascolare notevolmente più basso rispetto ai pazienti con nuova comparsa di ipertrofia oppure con mancata regressione dell'ipertrofia stessa. È chiaro quindi che il Cardiologo deve controllare attentamente le modificazioni, nel tempo, dei parametri ECG di ipertrofia ventricolare sinistra in tutti i suoi pazienti ipertesi. Tuttavia, non è ancora ben chiaro quale debba essere il livello di aggressività terapeutica ottimale ai fini dell'ottenimento della regressione dell'ipertrofia ventricolare sinistra. In generale, le Linee Guida suggeriscono di scendere al di sotto dei 140/90 mmHg nei pazienti ipertesi non diabetici, e dei 130/80 mmHg nei pazienti ipertesi diabetici. Tuttavia, anche i pazienti ipertesi non diabetici con ipertrofia ventricolare sinistra sono pazienti ad alto rischio di gravi complicanze cardiovascolari, analogamente ai pazienti diabetici, e dunque un obbiettivo di 130/80 mmHg potrebbe essere desiderabile anche in questi pazienti.

Disegno dello Studio

Cardio - Sis è uno studio multicentrico, randomizzato, prospettico, che confronta l'effetto a lungo termine (2 anni) delle seguenti strategie terapeutiche in soggetti ipertesi di età > 55 anni e con PA sistolica non ben controllata (PA sistolica ≥ 150 mmHg) dal trattamento in atto:
1) strategia usuale - riduzione della PA sistolica al di sotto dei 140 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici;
2) strategia aggressiva - riduzione della PA sistolica al di sotto dei 130 mmHg, indipendentemente dai valori diastolici.
Lo Studio è eseguito 'in aperto' secondo un disegno PROBE (Prospective, Randomised, Open study with Blinded Evaluation of end - points).

Obiettivo dello Studio

L'obbiettivo dello Studio è quello di accertare, in soggetti ipertesi di età superiore a 55 anni e con inadeguato controllo pressorio (PA sistolica ≥ 150 mmHg), se una strategia di trattamento finalizzata a diminuire la PA sistolica a valori inferiori a 130 mmHg è superiore rispetto ad una strategia usuale mirata ad ottenere valori di PA sistolica < 140 mmHg, in termini di modificazioni dei criteri ECG di ipertrofia ventricolare sinistra (end - point primario) ed eventi cardiovascolari maggiori (end - point secondari).

Criteri di inclusione

I criteri di inclusione sono rappresentati da una età > 55 anni al momento della randomizzazione (non sono previsti limiti superiori di età) PA sistolica ≥ 150 mmHg indipendentemente dai valori di PA diastolica, un trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa che deve essere in atto al momento dell'inizio dello studio da almeno 12 settimane, ed almeno un fattore di rischio aggiuntivo compreso tra i seguenti: fumo di sigaretta, colesterolemia totale ≥ 200 mg/dl oppure colesterolemia HDL < 40 mg/dl oppure colesterolemia LDL ≥ 130 mg/dl, familiarità per malattia cardiovascolare, anamnesi positiva per TIA o ictus, anamnesi positiva per malattia coronarica, anamnesi positiva per arteriopatia periferica sintomatica (claudicatio intermittens associata ad evidenza angiografica o ecografia di stenosi arteriosa > 60%).

Criteri di esclusione

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

Terapia antipertensiva

Allo scopo di raggiungere l'uno o l'altro dei due obiettivi terapeutici previsti dallo studio, la terapia viene liberamente aggiustata ad ogni singolo paziente. È stato costituito un paniere di farmaci che include diuretici (idroclorotiazide in combinazione fissa con ramipril o telmisartan, furosemide) ACE - inibitori (ramipril da solo o in combinazione fissa con idroclorotiazide), calcio antagonisti (amlodipina), inibitori diretti dell'angiotensina II (telmisartan da solo o in combinazione con idroclorotiazide), inibitori centrali del simpatico (clonidina per via transdermica).

Aspetti pratici

Da un punto di vista pratico, sono eseguite visite cliniche ogni quattro mesi fino alla fine dello Studio in entrambi i gruppi randomizzati.
L'ECG viene letto in un laboratorio centralizzato, sia alla randomizzazione sia dopo 12 e 24 mesi. Lo Studio viene condotto interamente secondo Good Clinical Practice. Lo Studio è stato regolarmente registrato presso il National Institute of Health (NIH) di Bethesda, USA (ClinicalTrials.gov identifier: NCT00421863).
Un aspetto innovativo di questo Studio è l'uso di una cartella clinica online con protezione a doppia parola chiave e severi controlli di qualità in fase di inserimento dati. La cartella è molto intuitiva e facile da compilare. Oltre ai controlli automatici e agli Help online forniti dal software, è operativa anche una linea telefonica diretta per l'assistenza ai Centri. Il Centro Studi ANMCO cura direttamente l'assistenza ai Centri mediante i propri monitors. Questo grande Studio clinico dell'ANMCO è reso possibile da un contributo di ricerca ad Heart Care Foundation (HCF) da parte di Sanofi - Aventis, Boehringer - Inghelheim e Pfizer, che ringraziamo vivamente per il loro supporto.

Cosa si richiede ai Centri per i prossimi mesi

In questi ultimi 7 - 8 mesi dello Studio sarà importantissimo seguire alcune regole:
a) per ogni paziente, subito dopo avere eseguito la visita 8 (ultima visita), inviare immediatamente l'ECG via fax al Reading Center (Fax 075/5838046). Poi, ogni mese, inviare tutto il materiale cartaceo (tracciati ECG originali, documentazione su eventuali eventi cardiovascolari) mediante corriere;
b) eseguire nei tempi previsti l'ultima visita (quella in cui saranno eseguiti anche l'ECG ed i prelievi). L'esecuzione regolare dell'ultima visita è fondamentale, dal momento che l'ECG eseguito in questa visita è un end - point primario dello Studio.
Il protocollo dello Studio, le caratteristiche basali della popolazione studiata ed il nominativo dei ricercatori partecipanti allo Studio sono stati pubblicati sul Journal of Human Hypertension (2008;22:243 - 251).
Alcune analisi preliminari vengono presentate al Congresso ANMCO 2008. È fondamentale l'impegno presente e futuro di tutti i ricercatori al fine di produrre lavori scientifici di alto livello mediante analisi statistiche del database.
Al momento attuale, non esistono studi randomizzati di intervento con le caratteristiche di Cardio - Sis. Pertanto, le conclusioni di questo Studio saranno assolutamente originali e contribuiranno in misura importante a chiarire di quanto debba essere aggressivo il nostro comportamento terapeutico in pazienti con ipertensione arteriosa ed elevato rischio cardiovascolare.

Comitato Scientifico e Ricerca: si apre una fase di grandi stimoli e confronto costruttivo

di Andrea Di Lenarda

Non c'è dubbio che negli ultimi mesi l'arrivo del Prof. Attilio Maseri alla Presidenza di Heart Care Foundation HCF abbia portato una serie di novità positive, su cui comunque è necessario confrontarsi. L'accelerazione della progettualità di HCF, dopo una fisiologica fase di adattamento e chiarimento, è un grande stimolo per la Ricerca non solo della Fondazione ma dell'ANMCO in generale. In questi anni, da questo punto di vista, HCF è stata ai margini della nostra attività, una entità lontana dagli associati. Anche l'interazione con il Comitato Scientifico e le Aree è stata sostanzialmente assente, sia come organo propositivo che decisionale. Adesso la situazione è cambiata. Con l'arrivo del Prof. Maseri, HCF si è trasformata, sta assumendo un ruolo che non ha mai avuto, attivo, propositivo, che implicherà una diversa ed innovativa progettualità scientifica basata non sull'analisi della popolazione generale, ma dei sottogruppi che si differenziano sostanzialmente dalla "media". Questa novità deve essere vista come una grande opportunità, complementare (e talora sperabilmente collegata) alla classica Ricerca ANMCO. Se il "progetto Maseri", come crediamo, avrà successo, sarà di beneficio per tutta l'ANMCO.
Allora vediamo come inserirlo all'interno della nostra organizzazione, tradizione ed attività. L'arrivo del Prof. Maseri è coinciso con l'approvazione di un Documento "programmatico" del nostro Comitato che, in accordo con il mandato del Presidente, tentava di definire funzioni e competenze. Non c'è dubbio che i recenti eventi hanno reso superato questo Documento, in realtà già lo era nel momento stesso in cui veniva presentato. Non nel suo contenuto principale e cioè sul ruolo attivo del Comitato Scientifico nella ricerca dell'Associazione; ma è certo che il contesto in cui dovremmo muoverci sta cambiando.

Rapporti del Comitato Scientifico con il Consiglio Direttivo ANMCO e con HCF

Così come i rapporti con il Consiglio Direttivo ANMCO sono stati sempre improntati alla massima collaborazione e chiarezza, così saranno certamente i rapporti del Comitato Scientifico nei confronti di HCF. Nello specifico questi sono concetti già analizzati nei Documenti di Certificazione di HCF, ma fino ad ora mai entrati a pieno nelle dinamiche associative e quindi da testare sul campo.

Le Aree e la Ricerca

Le Aree sono sempre state il motore della Ricerca dell'Associazione e devono continuare ad esserlo. Insieme ai Consigli Direttivi Regionali sono uno dei collanti fondamentali della rete, il serbatoio degli Associati con stimoli (molti) e tempo (poco) per fare Formazione e Ricerca in ANMCO. Questo aspetto è delicato. Il ruolo delle Aree deve rimanere centrale: motori di iniziative formative e progetti di ricerca, partner strategici di HCF e Centro Studi nel portare avanti i progetti approvati. La robustezza e capillarità della rete è strettamente dipendente dal ruolo delle Regioni e delle Aree nel coinvolgimento attivo della periferia.

Ricerca

Un nuovo filone di Ricerca "fisiopatologica", per analizzare e seguire nel tempo non solo dati di popolazione ma gruppi più omogenei, selezionati, specifici di "outliers", per capire in profondità i meccanismi alla base delle principali patologie cardiache non può essere che una opportunità da cogliere per tutta l'Associazione. Questa progettualità è complementare alla tradizionale Ricerca ANMCO, e va integrata e discussa con le proposte delle Aree e del Comitato Scientifico. Il Piano della Ricerca che verrà approvato dal prossimo Consiglio Direttivo che si insedierà al XXXIX Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO dovrà necessariamente integrare questi due filoni complementari, in un disegno organico che coniughi i progetti di "effectiveness", dell'implementazione delle Linee Guida, dell'utilizzo delle risorse e dell'outcome nel mondo reale con la ricerca per sottogruppi, su tematiche più specifiche e focalizzate. Uno dei tanti esempi di possibile integrazione in un disegno organico potrebbe essere il Registro delle UTIC, una delle proposte recentemente discusse, dove si potrebbe coniugare una progettualità di tipo epidemiologico, sulla qualità ed appropriatezza degli interventi, consumo di risorse ed outcome, con il coinvolgimento trasversale di più Aree, con una ricerca approfondita su sottogruppi di particolare interesse da studiare in profondità. Il Registro IN - HF sullo Scompenso potrebbe essere un altro strumento adatto allo scopo. Il Congresso sarà un importante momento di confronto su questi temi, con lo spirito positivo di cercare un equilibrio tra le nuove proposte di ricerca e il ruolo e le attività del Comitato Scientifico e delle Aree.

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. 0984/681763 - 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

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

Cardiologi in Cardiochirurgia: Censimento e proposta di un Gruppo di Lavoro

Uno dei punti del programma per il biennio in corso dell'Area Chirurgia è l'inserimento quale parte attiva all'interno dell'Area dei Cardiologi dedicati alla Cardiochirurgia

di Maria Elena Rovere

Uno dei punti del programma per il biennio in corso dell'Area Chirurgia è l'inserimento quale parte attiva all'interno dell'Area dei Cardiologi dedicati alla Cardiochirurgia. Partendo dal presupposto che una Società Scientifica debba essere sensibile ai cambiamenti ed in qualche modo essere rappresentativa di tutte le realtà che la compongono, è emersa la volontà di valorizzare queste figure professionali che sono sempre più frequentemente presenti nei reparti di Cardiochirurgia. L'Area Chirurgica vorrebbe esserne portavoce e punto di riferimento promuovendo iniziative culturali con il fine di "formare" chi si appresta ad intraprendere questo percorso professionale e di supportare i Cardiologi che già lavorano in Cardiochirurgia. Il fine è quello di realizzare una gestione clinica meno artigianale e più organica ed "evidence based" del paziente cardiochirurgico nel perioperatorio.
Vorremmo spingerci oltre, l'Area vorrebbe diventare centro di scambio culturale e di esperienze tra Cardiologi e tra Cardiologi e Cardiochirurghi per trovare percorsi comuni e promuovere un reciproco arricchimento. Presupposto per realizzare questo progetto è la condivisione delle proprie criticità e dei propri successi in termini di gestione diagnostico - clinico - terapeutica per poter focalizzare i percorsi ottimali dei quali farci promotori. Abbiamo quindi individuato nel Censimento dei Cardiologi dedicati alla Cardiochirurgia il punto di partenza di questo progetto. In qualità di Consulente dell'Area Chirurgica, me ne sono occupata personalmente. Non è stato facile. Un po' con il passaparola un po' contattando via mail i reparti di Cardiochirurgia sono riuscita ad avere un elenco con relativa mailing list. Alcuni colleghi mi hanno ricontattata entusiasti, manifestando il desiderio di partecipare ad eventuali iniziative. So per certo che siamo molti di più e sono altrettanto certa che molti si aggiungeranno in itinere.
Il progetto prevede la formazione di un gruppo di lavoro spontaneo composto da Cardiologi motivati ad intraprendere un percorso culturale che, partendo dalla revisione della letteratura e passando attraverso la condivisione delle esperienze personali maturate nella pratica clinica quotidiana, porti alla stesura di protocolli ed eventualmente di Linee Guida. È naturalmente indispensabile un atteggiamento di apertura ed il desiderio di mettere in discussione le proprie certezze, ottenendo in cambio un aiuto concreto per la gestione ottimale dei pazienti. Le tematiche su cui lavorare sono molteplici: si pensi ai protocolli di preparazione all'intervento per patologia, alla gestione della fibrillazione atriale e del diabete nel perioperatorio, alla gestione della terapia anticoagulante a seconda del modello di protesi valvolare, all'inizio di un programma di prevenzione secondaria, sfruttando il momento di particolare recettività dei pazienti, che ponga le basi per il successivo lavoro dei Colleghi Riabilitatori.
Non ci resta che partire e, sono sicura, le iniziative si moltiplicheranno.
Dal punto di vista operativo i Cardiologi interessati sono invitati alla Riunione dell'Area Chirurgica che si terrà in occasione del Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO domenica 1 giugno dalle ore 18.15 alle ore 20.15 presso la Sala Donatello. I Cardiologi individuati dal Censimento verranno invitati via mail. È il modo per conoscerci e per pianificare un programma. In seguito ci si potrà riunire in piccoli gruppi per area geografica e lavorare via mail. Chiunque volesse aggiungersi alla mailing list o contattarmi personalmente può farlo telefonandomi o mandandomi una e - mail.Vi aspettiamo numerosi alla Riunione degli Iscritti all'Area Chirurgica.

Maria Elena Rovere
UOA di Cardiochirurgia
Ospedale Mauriziano Umberto I
di Torino
Tel. 011-5082512
merovere@libero.it

La Formazione del Cardiologo UTIC è diventata realtà!

di Gianni Casella

Mentre leggiamo queste pagine i risultati del Registro Blitz 3, al quale hanno aderito in modo entusiastico la maggior parte delle UTIC italiane, saranno presto disponibili e ci offriranno una fotografia precisa ed aggiornata del nostro lavoro. Avremo modo di discuterne e commentare ampiamente i risultati nel corso della Convention delle UTIC! Vista l'attiva partecipazione dell'Area all'organizzazione dello Studio, non possiamo non pensare che i risultati del Blitz 3 rafforzeranno il ruolo o l'esigenza di un "Cardiologo intensivista". Questa figura infatti meglio interpreta, rispetto ad altre figure specialistiche, l'evoluzione clinica dei pazienti ricoverati oggi in UTIC e gli sviluppi della tecnologia utilizzata. Sicuramente lo Studio confermerà la necessità di mantenere od acquisire competenza, intesa come un giusto equilibrio di conoscenze, capacità ed esperienze, nella Cardiologia clinica intensiva e renderà ancor più forte la richiesta formativa di noi Cardiologi. Non a caso l'Area Emergenza - Urgenza, come abbiamo già più volte ricordato proprio su queste pagine, ha considerato la formazione del Cardiologo della UTIC come l'obiettivo principale del biennio ed ha lavorato intensamente per conseguirlo. I primi frutti sono stati appena raccolti! Poche settimane fa si è tenuto a Firenze il primo Corso Pratico di Competenza Clinica del Cardiologo UTIC al quale hanno partecipato 35 Cardiologi delle regioni dell'Italia centrale. Grazie all'impegno ed al sostegno del Presidente, del Consiglio Direttivo ed all'accurata selezione di partecipanti entusiasti e desiderosi di accrescere le proprie competenze da parte dei Presidenti Regionali, le giornate sono state estremamente frut-

tuose. Partendo da casi clinici articolati sono state affrontate tutte le patologie cardiache critiche e presentate alcune apparecchiature utilizzate in UTIC (ventilatore, programmatori PM ed AICD, contropulsatore, ultrafiltro ed assistenza ventricolare). Ascoltare le diverse esperienze dei Colleghi, discutere senza soggezione casi clinici complessi, osservare e valutare strumenti tecnici non sempre presenti nelle nostre UTIC, hanno garantito la massima interattività in ogni momento del Corso e trasmesso a tutti, partecipanti ed istruttori, un travolgente desiderio di apprendere. Questo sentimento positivo non si può perdere ed anzi dovrà essere trasmesso inalterato ai Colleghi, una volta rientrati. Dopo l'estate altri incontri ci aspettano a Napoli (2 - 4 ottobre 2008) per le regioni del Sud Italia ed a Milano (20 - 22 novembre 2008) per le regioni del Nord. Ad essi seguiranno i Corsi residenziali, presso gli Ospedali di riferimento, rispettivamente nei mesi di settembre - ottobre 2008 per il Centro, ottobre - dicembre per il Sud e gennaio - marzo 2009 per il Nord Italia con la speranza di inaugurare una proficua cascata formativa.
In aprile ha poi avuto luogo l'Evento sul Rischio Emorragico in UTIC e nel laboratorio di emodinamica presentato nel numero precedente di questa Rivista. Anche in questo caso gli interventi hanno offerto un'analisi attenta della valutazione del rischio emorragico e della sua prevenzione. Hanno poi approfondito, grazie all'esperienza di specialisti non Cardiologi, argomenti classicamente ostici quali le coagulopatie indotte od i sanguinamenti del distretto cerebrale o gastrointestinale.
È stato entusiasmante vedere più di 75 Cardiologi discutere animatamente, fin quasi ai "tempi supplementari", queste problematiche.
Come vedete la formazione è un seme che l'Area ha seminato e coccolato con cura ed ora già spuntano i primi frutti. Sono solo i primi passi di progetti che se ora nascono con l'obiettivo di fornire una semplice sensibilizzazione ai complessi problemi delle UTIC, domani potranno magari offrire precisi approfondimenti su questi stessi argomenti. Come ci confermerà il Blitz 3 le UTIC rappresentano un grande patrimonio della Cardiologia italiana ed in un periodo di folle rincorsa tecnologica è necessario investire su queste strutture e sulla figura del "Cardiologo intensivista". Solo chi è competente ed ha una visione clinica globale può governare con sapienza le tecnologie ed offrire una valida soluzione ai problemi dei nostri pazienti.

Il Laboratorio digitale di Ecocardiografia: una innovazione attempata

di Guido Giordano

La Tomografia Assiale Computerizzata è una metodica di diagnostica radiologica per immagini ampiamente diffusa, il cui nome testimonia la propria originale e indissolubile dipendenza dalla tecnologia digitale, argomento con cui gli operatori si sono confrontati fin dall'esordio.

Tecnologia digitale in Ecocardiografia

In Ecocardiografia la tecnologia digitale è stata introdotta solo nelle fasi tardive di sviluppo, per un po' rimasta nascosta all'interno delle apparecchiature, all'insaputa degli operatori. Dopo tanti anni i tempi sono maturi per raccogliere i frutti della tecnologia, a costo, però, di un rinnovamento metodologico, organizzativo e culturale, difficile da attuare in fase di maturità. La tecnologia digitale traduce immagini e segnali biologici in numeri, entità virtuali apprezzabili solo dalla mente, richiedendo un adeguato approccio metodologico e capacità di astrazione. La clonazione in copie perfettamente identiche, l'indipendenza dalla collocazione geografica, l'accesso immediato e la condivisione dell'informazione sono solo alcune delle prerogative della tecnologia digitale, utopie di un tempo, oggi realtà. Per ragioni tecniche intrinseche e per lungo tempo il contenuto iconografico degli studi ecocardiografici è rimasto confinato all'interno dei Laboratori di Ecocardiografia impedendo ai non addetti ai lavori, anche se Cardiologi, di avere dimestichezza con l'imaging ecocardiografico, giacché è stato condiviso solo il referto dell'esperto, tutt'al più accompagnato da qualche foto di scarsa rilevanza diagnostica. Oggi il Laboratorio di Ecocardiografia può consegnare lo studio ecocardiografico completo del contenuto iconografico, cioè composto da referto testuale, immagini, video e molte altre informazioni. Una copia dello studio rimane custodita nel Laboratorio, immediatamente accessibile per verifiche, raffronti, discussioni collegiali, sia in loco che a distanza. L'archivio degli studi diviene l'espressione tangibile dell'esperienza maturata nel Laboratorio, non più e solo patrimonio virtuale del singolo operatore. L'esperienza di chi esegue ed interpreta l'esame, elemento fondamentale dell'Ecocardiografia come di altre metodiche di diagnostica per immagini, è messa in maggiore risalto in questo nuovo contesto, al pari del valore incrementale di ogni singolo studio. L'introduzione dell'architettura digitale nel Laboratorio di Ecocardiografia diviene pertanto interesse non soltanto dell'operatore ma anche dell'intera struttura clinica che lo ospita e che ne sfrutta gli innumerevoli vantaggi, anche in termini di maggiore efficienza ed economicità.

L'ecocardiografo digitale

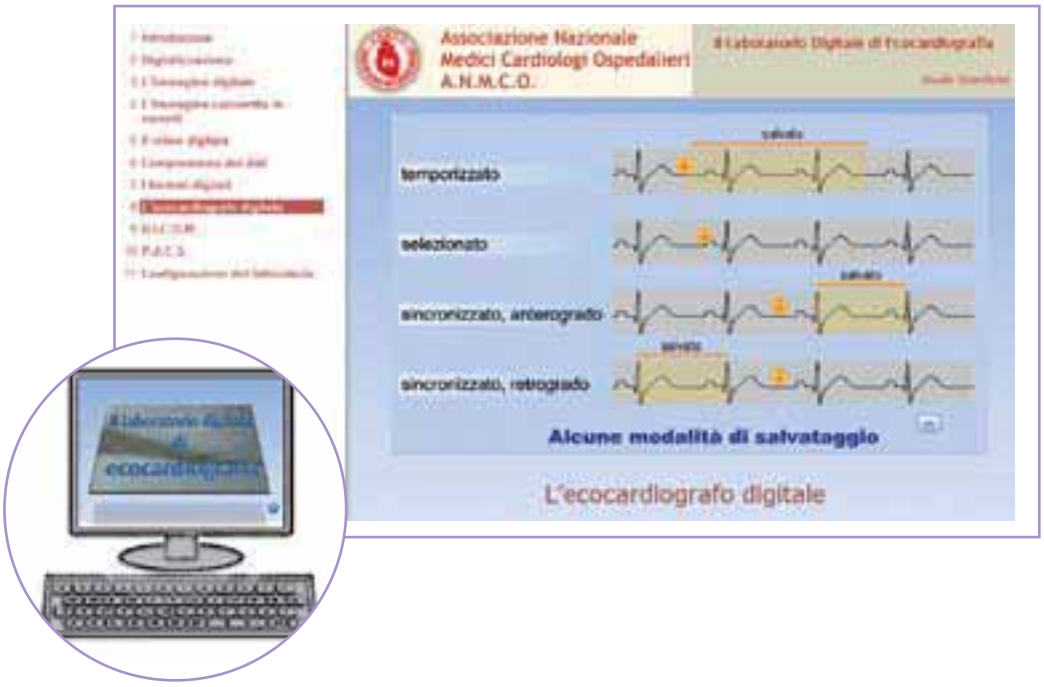
L'ecocardiografo digitale è uno strumento in grado di convertire in codici numerici l'intero contenuto dello studio ecocardiografico, che comprende non solo immagini e video di varia natura ma anche molti altri dati che rimangono dietro le quinte. Lo strumento inoltre deve essere in grado di interagire con piattaforme digitali esterne, anche di differenti produttori e quindi deve essere conforme a linguaggi e protocolli standard.

Allo scopo di fornire le nozioni elementari necessarie per iniziare a scoprire le grandi potenzialità della tecnica digitale applicata all'Ecocardiografia, ho realizzato un semplice corso multimediale che troverete nel Sito WEB ANMCO all'indirizzo: www.anmco.it/aree/elenco/informatica

Quanto costa un Laboratorio digitale di Ecocardiografia?

La configurazione minima di un Laboratorio digitale di Ecocardiografia è composta da un ecocardiografo digitale, conforme agli standard del mercato, ed un personal computer

È necessario provare di persona per rendersi conto che non si può fare a meno dell'architettura digitale nel Laboratorio di Ecocardiografia. Paradossalmente la scarsa diffusione negli Ospedali italiani ne diviene il principale fattore limitante



dotato del software necessario, oltre alle connessioni di rete tra le due postazioni. La configurazione più complessa vede il Laboratorio digitale di Ecocardiografia connesso ad un grande sistema aziendale di gestione dell'imaging diagnostico, in cui confluiscono anche gli studi angiografici, risonanza magnetica, TAC e quant'altro. A sua volta tale sistema di gestione dell'imaging diagnostico può far parte di un più vasto sistema informatico che gestisce ogni altro dato riferibile al paziente nel contesto della cartella clinica, a sua volta integrato con un sistema informatico di gestione amministrativa.
Nel caso dell'architettura minima o di soluzioni intermedie un ruolo cruciale è svolto dal software specifico, elemento indispensabile ma spesso incognita in termini di risorse economiche richieste. In Ecocardiografia, a differenza di altri ambiti, sono finora pressoché inesistenti soluzioni "open source" o freeware, cioè utilizzabili gratuitamente dall'utente finale.
È necessario ricorrere a soluzioni commerciali, settore in cui l'attuale condizione di nicchia di mercato mantiene alti e poco trasparenti i costi, soprattutto delle configurazioni minime. L'auspicata diffusione della tecnologia produrrà miglioramento dell'offerta ed abbattimento dei costi.

Vantaggi

Per il Cardiologo che esegue lo studio ecocardiografico, l'immediata conseguenza dell'adozione della tecnologia digitale nel Laboratorio consiste, per esempio, nel ritrovare l'intero studio appena concluso in una postazione indipendente dall'ecocardiografo. Questa postazione può consistere in un semplice ed economico notebook oppure un computer inserito in un sistema più complesso, composto da numerose postazioni collegate in rete con un server aziendale. Egli userà tale postazione per rivedere l'intero esame, redigere il referto, fare nuove misurazioni senza preliminari operazioni di taratura, perché il sistema dispone già delle necessarie informazioni, oppure produrre copie su supporti removibili. Avrà accesso immediato a tutti gli studi in archivio che potranno essere messi a confronto. Il Laboratorio di Ecocardiografia assumerà un nuovo ruolo nell'ambito della struttura ospedaliera. La postazione d'acceso all'archivio diverrà luogo di discussioni collegiali, verifiche e approfondimenti, contribuendo alla diffusione e alla valorizzazione della disciplina. L'accesso immediato agli studi imporrà maggiore rigore al Cardiologo esecutore, il cui operato sarà più facilmente oggetto di verifica, condizione che esalta le competenze professionali ma ne palesa anche i limiti.

Cosa ci riserva il futuro?

Gran parte dell'attuale sviluppo tecnologico in Ecocardiografia è mirato alla ricerca di nuove soluzioni per trarre informazioni aggiuntive da dati che la metodica già fornisce, ma impossibili da estrapolare senza le sofisticate metodologie di elaborazione ed analisi digitale. Questi processi di elaborazione possono essere svolti anche all'esterno dell'apparecchiatura ecocardiografica, e quindi possono essere ideati e sviluppati anche da nuovi protagonisti del settore, non più rappresentato solo dalle tradizionali aziende produttrici di ecocardiografi. Quest'emergente situazione sarà in grado di dare nuovo impulso allo sviluppo di conoscenze, tecnologia, soluzioni ed anche allo sviluppo del mercato.
Si evolve parallelamente il ruolo del Cardiologo esperto in Ecocardiografia, che può cogliere l'opportunità di non essere più e solo l'utilizzatore finale ma di assumere il ruolo di coprotagonista, propositore di nuove idee, indirizzi e soluzioni. Questo nuovo ruolo richiede basi scientifiche e culturali ed il superamento di archetipi e preconcetti.

Area Malattie del Circolo Polmonare: la vidimazione di un metodo

Gran parte delle iniziative sviluppate negli ultimi anni nel settore della Formazione e della Ricerca dall'Area Malattie del Circolo Polmonare sono frutto di uno sforzo collaborativo che ha coinvolto non solo gli organi di coordinamento ma anche molti dei Soci che con le loro idee ed il loro lavoro hanno spontaneamente contribuito ad ottenere i risultati fin qui realizzati

di Carlo D'Agostino

L'annuale incontro del Congresso Nazionale rappresenta l'occasione per fare il punto delle attività svolte nell'ambito associativo. L'Area Malattie del Circolo Polmonare occupandosi di un settore che interessa in maniera diffusa non solo i Cardiologi ma anche specialisti di altri settori ha ritenuto di interpretare e sviluppare alcune delle peculiarità caratteristiche degli Associati dell'ANMCO, finalizzandole allo specifico settore delle patologie di cui si occupa. L'ampio coinvolgimento della periferia che la nostra Associazione promuove da sempre (nella Formazione e nella Ricerca) è stato anche uno degli obiettivi perseguiti dalla nostra Area. I numerosi eventi formativi promossi dall'Area Malattie del Circolo Polmonare partono spesso da richieste periferiche e non da imposizioni verticistiche e questo ha sempre significato una importante ed interessata partecipazione con ricadute evidenti in termini di approccio al malato con problematiche patologiche del piccolo circolo. È una constatazione comune ed è forse anche un dato misurabile che ad ogni incontro formativo condotto su questi temi vi è nel periodo immediatamente successivo un incremento significativo delle diagnosi di Embolia Polmonare effettuate anche al di fuori degli ambienti prettamente cardiologici ed una maggiore afferenza di pazienti per diagnostiche e terapie avanzate in questo settore. È utile ribadire che rientra nella politica della nostra Area mettere a disposizione di chiunque ne faccia richiesta per motivi culturali tutto il know how di cui disponiamo. I nostri esperti hanno sempre dato la loro disponibilità a collaborare nella organizzazione e nella realizzazione di eventi formativi, il materiale didattico (diapositive, lavori scientifici)

George Earl, Gioco di squadra: un incontro di polo ad Hurlingham, 1878

sono ritenuti patrimonio comune, in gran parte già fruibile direttamene nelle pagine del nostro Sito WEB o comunque consultabile ed utilizzabile su richiesta diretta. Analogamente ai percorsi di Formazione anche le linee di Ricerca attualmente in itinere sono spesso frutto di istanze sviluppatesi non solo all'interno degli organi di coordinamento ma anche provenienti da nostri Associati interessati al problema. Così il Registro IPER (Italian Pulmonary Embolism Registry), fortemente voluto e sviluppato nell'ambito dell'Ospedale San Carlo di Milano è patrimonio a pieno titolo della Ricerca ANMCO. L'andamento ed i risultati costantemente aggiornati possono essere visualizzati nelle pagine del Sito WEB ANMCO (www.anmco.it/aree/elenco/circolo/registro). La partecipazione al Registro è assolutamente libera per i Cardiologi e gli altri Specialisti che ne facciano richiesta ed intendano inserire i propri dati. Il numero sempre crescente di Centri partecipanti e di casi inseriti sta fornendo dati epidemiologici di estremo interesse. Il Registro rappresenta inoltre per coloro che vi aderiscono un ottimo strumento per la gestione della fase acuta e del follow up dei pazienti affetti da Embolia Polmonare. Follow up che sarà oggetto di un sottostudio del Registro IPER, riguardante la rilevazione dell'incidenza di ipertensione polmonare post tromboembolica. Questo gruppo di pazienti sarà seguito per due anni, senza stravolgere quella che dovrebbe essere la normale prassi clinica, per fornire una risposta circa l'importante quesito riguardante la reale incidenza di un problema con ripercussioni notevoli sulla prognosi e sulle possibili opzioni terapeutiche. Alcuni dei pazienti più critici potrebbero avvalersi di una procedura chirurgica di tromboendoarterectomia che attualmente viene perseguita in percentuali inferiori a quelle attese, forse proprio per una disattenzione al decorso post acuto. È stato concluso il percorso istituzionale di approvazione da parte del Comitato Scientifico dell'ANMCO e si appresta a diventare operativa la Survey di due settimane già proposta su queste pagine che verrà effettuata per verificare l'incidenza di Ipertensione Polmonare riscontrata nel Laboratorio di Ecocardiografia.

Lo Studio ha ricevuto l'acronimo INCIPIT (INCidenza di Ipertensione Polmonare In ulTrasonografia) a rappresentare l'inizio di un lavoro di screening che porterà a definire i percorsi che i pazienti affetti da questa problematica seguono nella nostra realtà. Riteniamo che il Cardiologo debba essere al centro del governo clinico delle problematiche inerenti le patologie circolatorie polmonari, non solo perché rientra nella sua formazione la competenza su tutte le patologie cardiocircolatorie, e dunque non solo di quelle riguardanti il circolo sistemico, ma anche perché nelle attuali evoluzioni diagnostiche e terapeutiche egli padroneggia gli strumenti indispensabili per il più corretto inquadramento e la scelta delle terapie farmacologiche più adeguate di cui conosce limiti ed efficacia e dispone della possibilità di sottoporre i pazienti ad eventuali valutazioni diagnostiche e terapeutiche quali le procedure intravascolari non facilmente accessibili ad altri specialisti. Proprio alla luce di quest'ultima considerazione e dell'esperienza acquisita su altri fronti stiamo valutando l'opportunità di realizzare una modalità di assistenza in rete per alcune forme di Embolia Polmonare massiva, critica, non suscettibile di trattamento fibrinolitico. In questi pazienti l'accesso ad un laboratorio di emodinamica interventistica potrebbe consentire la risoluzione meccanica della trombosi endoarteriosa polmonare e la risoluzione parziale o completa della patologia acuta. Sarà questo uno dei nostri futuri settori di Ricerca, assistenza e Formazione che speriamo continui ad avere la partecipazione di tanti appassionati.

Competenze Cliniche, Formazione e Aggiornamento medico, nuove Direttive per le Scuole di Specialità Sanitarie

Una nuova sfida per l'ANMCO

di G. Rosato e E. Pasini

Come di recente definito da specifiche leggi dello Stato, il prossimo imminente futuro ci riserva importanti novità nell'ambito della formazione/aggiornamento e delle Scuole di Specialità dell'area sanitaria. I due sistemi hanno molti punti in comune tra i quali ricordiamo l'acquisizione di specifiche professionalità e competenze mediche in base a bisogni identificati e dichiarati.
Nell'implementazione e gestione della nuove forme di formazione/aggiornamento così come nelle nuove Scuole di Specialità avranno un ruolo fondamentale le Società Scientifiche quali l'ANMCO. In ogni singola Azienda Sanitaria, pertanto, l'ANMCO potrà proporsi come garante sia dei contenuti scientifici dei vari eventi sia della formazione acquisita dal personale sulla base di specifiche Competenze Cliniche identificate in precedenza, e costruite in accordo a specifici bisogni formativi. È infatti noto che la formazione, l'aggiornamento e l'acquisizione di specifiche Competenze Cliniche del personale medico e non medico coinvolto nei processi critici cardiologici siano essi diagnostici - terapeutici - riabilitativi, sono di fondamentale importanza per la qualità di gestione ed i risultati dei processi stessi.
Questa nostra convinzione si basa su quanto previsto dai più riconosciuti sistemi di qualità implementabili in Sanità per garantire una organizzazione accreditabile istituzionalmente e riconoscibile a livello internazionale.
Ricordiamo ad esempio che uno dei 5 punti della Norma ISO 9000:2000 è dedicato alla gestione delle risorse umane (punto 6.2).
La Norma ISO specifica che il Personale che esegue attività che influenzano la qualità del prodotto (nel contesto sanitario inteso come iter diagnostico - terapeutico - riabilitativo) "deve essere competente, addestrato ed avere abilità ed esperienza".
Per garantire questo standard la struttura deve:
1) definire le competenze necessarie;
2) fornire l'addestramento;
3) valutare l'efficacia dell'addestramento, assicurarsi che il personale sia consapevole dell'importanza e della rilevanza delle proprie attività;
4) conservare registrazioni sul grado di istruzione, addestramento, abilità ed esperienza del personale stesso.
La Norma ISO valorizza molto il ruolo giocato dalle risorse umane nella realizzazione del prodotto tanto che nella nota 2 del punto 4 (punto che governa la parte Documentale del Sistema Gestione Qualità) sottolinea che "l'estensione della documentazione del sistema per la qualità può differire da una organizzazione all'altra in fun-

zione della competenza del personale". In altre parole la Norma prevede che dove ci sia personale formato, competente, consapevole non siano strettamente necessari voluminosi documenti che ingessano il sistema e demotivano il personale senza garantire risultati migliori che sono invece garantiti, verosimilmente di più, da chi espleta realmente le varie attività.
Tuttavia è noto che le ISO sono Norme generiche. Esse di fatto si possono applicare a qualsiasi struttura sia che essa produca servizi che beni materiali.
A tal proposito, riguardo alla formazione del personale, è importante riportare gli standard nati e sviluppatisi specificatamente nel contesto sanitario come lo standard "Joint Commission International Accreditation" (JCIA).
Uno degli 11 standard previsti dalle JCIA è dedicato alla "Gestione e formazione del personale" (standard I. SEM). Tale standard prevede che sia presente personale "idoneo per adempiere alla propria missione e soddisfare i bisogni dei pazienti a cui è al servizio". A tal fine per il personale medico e non medico che opera in area critica devono essere identificati:
- i ruoli, le competenze e le mansioni;
- le caratteristiche professionali acquisite;
- i "bisogni formativi incluso l'addestramento e l'informazione continui necessari al fine di mantenere e promuovere capacità e conoscenze".
In aggiunta a questo gli standard JCIA prevedono che "i risultati clinici siano monitorati e valutati al fine di migliorare la performance aziendale".
In queste valutazioni è opportuno analizzare "il rendimento individuale dei singoli professionisti". Da tali valutazioni devono scaturire azioni di miglioramento che prevedono il coinvolgimento del personale in specifici momenti formativi.
Tuttavia, per ragioni di diversa natura, non ultime le ragioni economiche gestionali peculiari del contesto sanitario, possiamo affermare che a tutt'oggi sono poche le strutture che hanno realmente puntato sulla valorizzazione delle risorse umane per migliorare le proprie prestazioni. In aggiunta, non sono ancora del tutto definite le Competenze Cliniche che gli operatori sanitari dovrebbero possedere per poter svolgere specifici processi sanitari definiti critici.
Riteniamo, pertanto, che sia compito delle Società Scientifiche identificare i processi medici di competenze di Cardiologia critici e le Competenze Cliniche fondamentali che il personale tutto, medico e non medico, deve possedere per poterli svolgere al meglio.
Di fatto quanto riportato in precedenza è uno degli obiettivi prioritari dell'Area Management & Qualità dell'ANMCO che si pone a disposizione del Presidente, del Consiglio Direttivo, delle altre Aree e degli Associati tutti per identificare, in base a specifiche conoscenze culturali presenti all'interno della nostra Area, le varie attività da svolgere per concretizzare questo obiettivo prioritario.

Obiettivo prioritario dell'Area Management & Qualità dell'ANMCO è l'azione di miglioramento continuo del personale medico e non medico che opera in area critica

L'acquisizione di specifiche Competenze Cliniche è un pilastro dei sistemi per implementare la qualità delle cure e valorizzare il personale medico e non medico coinvolto in processi sanitari di interesse cardiologico. Il presente articolo illustra gli obiettivi dell'Area Management & Qualità su queste problematiche.

Lettera ai Referenti Regionali dell'Area Nursing

di Vincenzo Martinelli

Carissimi,
il 1° giugno p.v., al Cardionursing si svolgerà la Riunione degli Iscritti all'Area Nursing. Due argomenti all'Ordine del Giorno toccano da vicino i rapporti tra il Comitato di Coordinamento dell'Area e i Referenti Regionali:
1) rapporti tra Associazione, Comitato di Coordinamento e Regioni;
2) il ruolo dei Referenti Regionali dell'Area.
La crescita dell'Area Nursing ANMCO deve molto all'iniziativa dei Presidenti e Referenti Regionali; infatti negli ultimi anni abbiamo visto svilupparsi eventi importanti a livello regionale, che hanno espresso capacità organizzative e culturali di buon livello, così come nell'ambito della ricerca e della produzione scientifica. A questa attività locale si aggiunge quella nazionale del recentissimo Studio ANMCO Blitz 3 a cui hanno partecipato anche alcuni Infermieri delle 300 UTIC coinvolte; questi Infermieri sono stati invitati alla presentazione dello Studio, che si svolgerà al prossimo Congresso Nazionale. Sembrano quindi maturi i tempi per tentare un salto di qualità, in cui far convergere le energie di tutti su proposte e progetti condivisi. Uno dei problemi dibattuti all'interno del Comitato di Coordinamento, di cui faccio parte, è come migliorare il servizio che offriamo alle Sezioni Regionali e come creare un interscambio che sia propositivo per tutti.
A questo proposito, mi vengono in mente alcune idee, su cui potremo discutere all'Assemblea del 1 giugno, quali la creazione di macroaree regionali (Nord, Centro, Sud) in cui vengano realizzati assieme corsi, studi, protocolli (soprattutto per garantire un'ottima qualità delle nostre proposte), magari con l'interscambio di relatori e docenti; inoltre la creazione di occasioni di incontro tra Comitato di Coordinamento dell'Area e i Referenti Regionali; poi la collaborazione al Sito WEB e l'interscambio virtuale di informazioni…
Fate anche la Vostra proposta!
Vorremmo sviluppare insieme anche altri tre punti:
1) la realizzazione di corsi di aggiornamento/verifica ECM on - line (previsti nella recente revisione fatta dalla commissione ECM);
2) progetto/i di ricerca su scala nazionale (gli argomenti sono tanti!);
3) definizione dei carichi di lavoro in ambito cardiologico.
Si tratta di progetti ambiziosi, per i quali possiamo contare sul supporto

La Riunione degli Iscritti dell'Area al prossimo Cardionursing 2008 sarà l'occasione per progettare nuove forme di interazione e di collaborazione, dalla realizzazione di eventi formativi alla ricerca, con l'obiettivo di offrire agli Infermieri e Tecnici di Cardiologia un servizio completo e all'altezza delle loro aspettative

Il giuramento delle Infermiere in Cina

di Consulenti altamente qualificati, ma che richiedono l'impegno e la collaborazione di tutti. Permettetemi di aggiungere che con l'espressione "collaborazione di tutti", intendo dire anche di quegli Infermieri e Tecnici che non gravitano solo attorno all'ANMCO, ma che per affinità di specializzazione appartengono anche ad altre Società Scientifiche, dal GISE all'AIAC, alla SIEC e, perché no, anche al GITIC e alla SIC! Il processo federativo delle Società Scientifiche cardiologiche italiane è già partito e gli Infermieri e Tecnici devono dare il loro contributo.
Dalla realizzare di una collaborazione di questa portata, ci aspettiamo poi una progettazione davvero congiunta dei prossimi Cardionursing, in cui la proposta di argomenti e di nominativi dei Relatori/Moderatori sia fatta da voi Referenti Regionali.
La figura dell'Infermiere sta cambiando ed in parte è già cambiata, anche dal punto di vista amministrativo. Occorre definirne l'esatta identità in ogni ambito (per noi è l'ambito cardiologico) perché ancora troppo spesso non vengono riconosciute le specifiche professionalità. Solo chi "sa" ed ha esperienza nel proprio lavoro potrà vederlo riconosciuto e garantito, di fronte anche alle perenni criticità di carenza di organico e turni gravosi. L'Area Nursing dell'ANMCO può fare qualcosa sia dal punto di vista culturale che organizzativo, ma solo con la collaborazione e la partecipazione di tutti, pariteticamente.
Vi aspettiamo perciò al Cardionursing 2008!

Per eventuali proposte o commenti, potete scrivere agli indirizzi di posta elettronica riportati di seguito.

Chairman
Claudio Coletta
claudio.coletta@asl-rme.it,
claudiocoletta@interfree.it

Co - Chairman
Vincenzo Martinelli
martinelli.vincenzo@libero.it

Comitato di Coordinamento
Annalisa Fiorillo
fiolisa@fastwebnet.it
Lucia Sabbadin
lucia.sabbadin@apss.tn.it
Roberto Valle
gato.valle@tiscali.it
sandonascompenso@libero.it
Katalin Virag
katalin.virag@hotmail.it

Consulenti
Maria Teresa Capalbi
emodin.@katamail.com
emodinamica@ospedalesancarlo.it
Alfredo De Nardo
aldenardo@libero.it
Paola Di Giulio
digiulio@marionegri.it
Giuseppe Trocino
g.trocino@hsgerardo.org

Referente Area Chirurgica
Danilo Bernardi
bernardi.da@ospedale.cuneo.it

I Corsi di Formazione dell'Area Prevenzione Cardiovascolare: nuove forme didattiche per un nuovo concetto di Prevenzione

di S. Urbinati, F. Colivicchi, M. Uguccioni, C. Riccio

L'Area Prevenzione Cardiovascolare negli ultimi anni si è posta l'obiettivo di effettuare Corsi di Formazione che aumentassero nei Cardiologi ANMCO non solo la conoscenza dei target proposti dalle principali Linee Guida Internazionali per i singoli fattori di rischio, ma anche delle strategie più idonee per raggiungerli. Inoltre i Corsi di Formazione dell'Area Prevenzione Cardiovascolare hanno affrontato il tema della Prevenzione delle malattie cardiovascolari anche in altri contesti clinici, in cui l'approccio è meno standardizzato, ed hanno utilizzato nuove formulazioni didattiche più interattive e coinvolgenti.

La consulenza cardiologica nel paziente candidato ad intervento di chirurgia non cardiaca

È stata una fortunata intuizione quella di sistematizzare la consulenza cardiologica pre - operatoria in genere affrontata come un'attività routinaria e poco appassionante. L'interfaccia creatasi con chirurghi e anestesisti e una serie di problematiche esplose negli ultimi anni come quella relativa alla gestione della terapia antitrombotica nei pazienti con stent coronarici ha reso la consulenza cardiologica preoperatoria un'attività profondamente calata nella pratica clinica attuale. Inoltre la consulenza pre - operatoria può essere anche un'opportunità per monitorare pazienti ad alto rischio che altrimenti non sarebbero stati identificati. Finora sono state effettuate otto edizioni (Firenze e Milano 2005, Roma e Napoli 2006, Milano 2007, Bologna, Roma, Napoli 2008) che hanno coinvolto circa 400 Medici e che sono state oggetto di ampi dibattiti. Sono state confrontate le Linee Guida dell'ACC/AHA del 2002 con quelle pubblicate nell'ottobre del 2007, sono state affrontate le problematiche anestesiologiche e quelle legate alle diverse tipologie di intervento chirurgico e al monitoraggio perioperatorio. I corsi sono stati inoltre l'occasione per riconsiderare gli schemi di profilassi dell'endocardite infettiva, quelli per la profilassi della trombosi venosa profonda, la gestione della terapia antiipertensiva e le modalità con cui effettuare la sospensione della terapia anticoagulante ed antiaggregante.

Argomenti controversi riguardano l'esecuzione della coronarografia pre - operatoria nel paziente ad alto rischio, i rischi operatori nel paziente con recente Sindrome Coronarica Acuta e soprattutto come gestire il paziente in corso di doppia terapia antiaggregante, specialmente nel portatore di stent medicati, o addirittura in corso di terapia antiaggregante e anticoagulante.
Infine due rischi sempre molto temuti nell'esecuzione della consulenza preoperatoria sono quello aritmico e quello di incorrere in implicazioni medico - legali. A questo proposito sono stati presentati casi clinici emblematici sulle principali trappole da evitare.
I corsi sono stati coronati nel 2007 dalla pubblicazione del manuale "La consulenza cardiologica nel paziente candidato ad intervento di chirurgia non cardiaca", Pharma Project edizioni.

Prevenzione cardiovascolare e comunicazione

La consapevolezza che fare prevenzione non significa solo applicare le Linee Guida, che ci indicano target e trattamenti da utilizzare, ma soprattutto adattare le raccomandazioni alla pratica clinica quotidiana, così spesso diversa da quella dei trial, ha portato alla realizzazione di questi corsi, realizzati in collaborazione con il GICR. Finora sono state effettuate sei edizioni (Bologna, Genova, Caserta, 2006 Napoli, Siena, Verona 2008) che hanno coinvolto circa 300 Cardiologi, ma anche Internisti, Geriatri e Cardiologi impegnati in centri di riabilitazione cardiologica. La costante di questi corsi è stata l'interattività tra docenti e partecipanti e soprattutto l'implementazione pratica delle strategie da adottare.
I moduli in cui si è articolata l'iniziativa sono stati dedicati al paziente

anziano, in cui spesso cerchiamo di applicare risultati ottenuti in soggetti più giovani, al sesso femminile, che presenta problematiche particolari e al paziente che ha superato una Sindrome Coronarica Acuta, oggi profondamente cambiato rispetto al passato. Infine il quarto modulo, realizzato in collaborazione con gli psicologi, è stato centrato sul colloquio tra medico e paziente, sulla standardizzazione delle tipologie di pazienti da affrontare, delle barriere incontrare nei confronti del cambiamento dello stile di vita e sulle modalità di approccio più efficaci da scegliere nei singoli casi.

Corsi Simulearn

Alla ricerca di nuove forme di interazione didattica sono stati realizzati questi Seminari di Aggiornamento (12 corsi effettuati nel biennio 2005 - 2006) che hanno avuto il merito di mettere a confronto docenti e partecipanti con casi clinici simulati in cui i discenti dovevano prendere decisioni tempestive nei confronti di particolari situazioni cliniche "vissute personalmente". Questo effetto è stato ottenuto grazie alla ricostruzione fedele dell'ambiente in cui si verifica l'evento, alle prese con un manichino - simulatore che riproduce sintomi e segni obiettivi sulla base dei quali il medico - discente effettua manovre diagnostiche o somministra terapie. In base alle decisioni prese il manichino - simulatore, un sofisticato device multifunzionale gestito attraverso una cabina di regia nel centro Simulearn di Bologna, elabora risposte differenti secondo scenari predefiniti. Al termine di ogni caso simulato, seguito "in diretta" dagli altri corsisti mediante un sistema di telecamere a circuito chiuso, viene effettuato un briefing durante il quale si discute il comportamento dei colleghi rivedendo sequenze filmate sullo svolgimento del caso stesso.

Il cuore delle donne Istruzioni per l'uso

Negli ultimi anni sono emersi dati preoccupanti sulla diversa gestione delle donne cardiopatiche, a volte giustificata da una diversa tipologia di malattia, a volte francamente ingiustificata. Inoltre le donne presentano problematiche particolari nell'interpretazione dei test diagnostici e in alcune fasi della propria vita come la gravidanza o la menopausa. Dopo i primi due corsi (Verona 2005, Firenze 2007) è stato messo a punto una nuova edizione per il 2008 (San Gimignano, Pavia) rinnovata negli argomenti e nell'approccio interattivo.

L'approccio interdisciplinare alla prevenzione e al trattamento del danno d'organo

Questo Corso, di cui finora è stata effettuata una sola edizione (Bologna 2007), largamente partecipata, ha supportato il concetto già promosso dall'Area Prevenzione Cardiovascolare che l'approccio nei confronti del paziente ad alto rischio deve essere multidisciplinare.
In questo caso è stato preso a modello il paziente iperteso e diabetico e, sulla base di casi clinici e con una modalità didattica interattiva, Cardiologi, Nefrologi e Diabetologi hanno discusso insieme l'approccio migliore da riservare al singolo paziente con l'auspicio che si possano creare momenti standardizzati di confronto multidisciplinare tra questi specialisti nelle diverse realtà locali.

La prevenzione cardiovascolare: tecniche di counseling e di comunicazione per la riduzione del rischio

Infine, da sei anni durante il Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO, nell'ambito del Cardionursing, viene svolto questo Minimaster rivolto agli Infermieri che tratta di "come" effettuare una corretta ed efficace Prevenzione Cardiovascolare. Con la collaborazione degli Psicologi viene illustrato, con esempi pratici, come creare nel paziente con evento coronarico o ad alto rischio la consapevolezza sulla necessità di modificare il proprio stile di vita e di garantire un'adeguata aderenza alle prescrizioni farmacologiche. L'infermiere, come già avviene nella gestione dell'emergenza e negli ambulatori per lo Scompenso Cardiaco, deve essere un protagonista importante anche nell'ambito della Prevenzione Cardiovascolare e la sua professionalità si esplica sia nella conoscenza dei target da raggiungere per ogni fattore di rischio, ma anche nella confidenza con le tecniche di comunicazione più adatte per interagire con il singolo paziente.

I sistemi di Assistenza Meccanica al Circolo: ultima frontiera

Il trattamento dell'insufficienza cardiaca refrattaria

di G. Leopardi e F. Oliva

Il progressivo, lento ma significativo calo nel numero dei trapianti e nelle donazioni, il lontano traguardo della biologia cellulare, ha portato i clinici a guardare sempre con più attenzione ai sistemi meccanici per una valida alternativa temporanea (Bridge) o definitiva (Destination Therapy) al trapianto. È ormai un dato di fatto che il continuo progresso della tecnologia dei sistemi di assistenza ventricolare meccanica (Ventricular Assist Device - VAD) e del management di questi pazienti ha migliorato il trattamento dello Scompenso Cardiaco terminale. L'allungamento del tempo di supporto medio, la sicurezza e l'efficacia ma soprattutto il miglioramento della qualità della vita di questi pazienti rappresenta di certo la prova sufficiente che i VAD hanno motivo per essere proposti in alternativa al trapianto cardiaco. Il succedersi di tre generazioni di VAD sembra ulteriormente avviato ad un beneficio clinico in termini di risultati. La dimostrazione che quanto scriviamo sia la strada che si sta percorrendo, è la quantità di relazioni, comunicazioni e poster su questo argomento che hanno contraddistinto, quest'anno ancor più del precedente, il 28° Congresso Internazionale della International Society of Heart and Lung Transplantation, tenutosi a Boston dal 9 al 12 aprile 2008. Si stima approssimativamente che 250 – 500.000 pazienti negli Stati Uniti, e circa 2.200.000 nel mondo, siano attualmente nella fase terminale dello Scompenso Cardiaco cronico o che siano in terapia medica massimale in fase di scompenso refrattario alla terapia medica. Il trapianto cardiaco si è dimostrato un trattamento capace di migliorare la durata e la qualità della vita in questi pazienti, ma chiaramente è disponibile solo per un numero limitato di pazienti a causa della cronica carenza di donatori d'organo (circa 2.300 per anno). Le prospettive non sono rosee. Lo Scompenso Cardiaco è la malattia della fase avanzata della vita. Si stima che circa il 10% dei pazienti con età superiore ai 65 anni presentano una disfunzione sistolica. Si è inoltre calcolato che per la popolazione degli Stati Uniti il numero di pazienti affetti da Scompenso Cardiaco si raddoppierà nel giro dei prossimi venticinque anni. La costante crescita di questa popolazione di pazienti spinge così allo sviluppo di efficaci alternative al trapianto cardiaco, la più immediata delle quali è senz'altro quella che ci offre la tecnologia con le assistenze ventricolari meccaniche. L'applicazione clinica di tali sistemi include diverse indicazioni:

1. il supporto a breve termine per shock cardiogeno acuto;
2. il supporto con l'obiettivo del recupero del cuore nativo – "Bridge to Recovery";
3. il supporto con sistema semplice in previsione di passare ad un sistema più complesso in caso di mancato recupero funzionale (Bridge to Bridge);
4. l'utilizzo come ponte al trapianto cardiaco (che rappresenta l'indicazione più diffusa);
5. la "Destination Therapy" ovvero terapia alternativa al trapianto.

In effetti le indicazioni possono variare da paziente a paziente e per singolo caso, a seconda dell'evoluzione dello stato clinico. Per fare alcuni esempi un paziente impiantato come Bridge to Recovery può non recuperare, e necessitare di un trapianto oppure un paziente impiantato come Destination Therapy in seguito alla riduzione delle resistenze polmonari può essere inserito in lista per trapianto. Il tempo di assistenza medio con il passare degli anni è ormai cresciuto da poche ore a diversi anni. Il concetto di utilizzare sistemi di assistenza ventricolari sinistra (LVADs) come terapia permanente è basato fondamentalmente sull'esperienza clinica in pazienti candidati al trapianto, che a causa della mancanza di un donatore disponibile andavano incontro a prolungati periodi di assistenza. I sistemi meccanici di assistenza al circolo consentono un supporto completo, e permettono al paziente un

Winslow Homer, Ridiscendendo le rapide, 1902

recupero della tolleranza all'esercizio fisico, una migliore riabilitazione e di essere dimessi a domicilio. È stato già utilizzato un Registro per la raccolta internazionale dei dati sugli impianti di tali sistemi (MCSD – Mechanical Circulatory Devices Database), promosso e gestito dalla ISHLT, che ha raccolto dati dal 2002 da 223 Ospedali di 18 Paesi. Questo Registro è stato ufficialmente chiuso il 15 dicembre 2006, per essere reimpostato come IN - TERMACS (International Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support). L'analisi dei dati derivanti dai Registri ha portato indubbi vantaggi nel continuo miglioramento delle Linee Guida circa l'utilizzo di tali sistemi, delineando indicazioni e timing corretto. Nel 1984, Oyer e colleghi a Stanford eseguirono con successo il primo trapianto cardiaco dopo assistenza meccanica al circolo con un device impiantabile. Durante i venti anni successivi numerosi trial clinici sono stati condotti con diversi sistemi di assistenza al circolo, culminati nel REMATCH trial (Randomized Evaluation of Mechanical Assistance for the Treatment of Congestive Heart Failure). Il Trial è stato sponsorizzato dalla NIH ed ha messo le fondamenta per l'approvazione, da parte della FDA, dell' HeartMate LVAD come device da utilizzare nella "Destination Therapy" in sottogruppi di pazienti selezionati con Scompenso Cardiaco refrattario e controindicazione a trapianto cardiaco (prevalentemente anziani). Lo studio REMATCH (Randomized Evaluation of Mechanical Assistance in the Treatment of Congestive Heart Failure) includeva 129 pazienti con Scompenso Cardiaco terminale, non elegibili per trapianto cardiaco, randomizzati all'impianto di un HeartMate I VE LVAD o a terapia medica ottimale. La sopravvivenza a 1 e 2 anni nel gruppo LVAD è stata rispettivamente del 52% e 23% risultando così significativamente migliore di quella riportata nel gruppo controllo (25% ad un anno, 8% a due anni) trattato solo con terapia medica ottimale ($p < 0.0001$). Il tasso di sopravvivenza dei riceventi un LVAD è risultato migliore nella corte di pazienti arruolati durante la seconda metà dello studio versus pazienti arruolati nella prima (37% vs 21% sopravvivenza a due anni), viceversa nessuna differenza è stata registrata nel gruppo con terapia medica. L'utilizzo di sistemi di assistenza è stato associato ad un significativo miglioramento della classe NYHA durante il follow - up, mentre nessun miglioramento della NYHA si è registrato nel gruppo in terapia medica. La qualità della vita è stata verificata mediante tre differenti questionari ed ognuno di questi ha dimostrato un significativo miglioramento nel gruppo LVAD. I positivi risultati dello studio REMATCH hanno portato all'approvazione da parte della FDA (Food and Drug Administration) dell'HeartMate XVE come device da utilizzare nell'indicazione Destination Therapy negli Stati Uniti. Dall'approvazione da parte della FDA nel novembre 2003, 150 pazienti hanno ricevuto un HeartMate XVE come Destination Therapy con un tasso di sopravvivenza equivalente alla coorte di pazienti arruolati durante la seconda metà dello studio REMATCH. Di sicuro, l'utilizzo dei VAD richiede un'attenta selezione dei pazienti ed anche del device da utilizzare nel singolo paziente, sulla base delle conoscenze di capacità e limiti di tali sistemi. La proporzione di pazienti supportata con sistemi di assistenza meccanica circolatoria come terapia ponte al trapianto cardiaco è cresciuta dal 3% nel 1990 al 28% nel 2004. Il paziente può arrivare all'intervento in condizioni generali migliori. Oltre alla possibilità di ottenere un miglioramento della funzione d'organo extracardiaca, particolare interesse riguarda la possibilità di riduzione delle resistenze polmonari anche quando apparentemente fisse. La possibilità di dimettere i pazienti con device impiantabili può portare alla riduzione dei tempi di degenza e quindi, ad un risparmio economico. La sopravvivenza dopo l'impianto di un sistema di assistenza ventricolare continua a rimanere inferiore rispetto a quella dopo trapianto cardiaco, sebbene migliore della sola terapia infusionale, ma bisogna considerare che l'impianto di un sistema di assistenza meccanica avviene in pazienti in attesa di trapianto considerati ad alto rischio per il trapianto stesso e quindi in condizioni estremamente critiche. I dati a disposizione, provenienti dai registri, indicano un trend in progressivo miglioramento in termini di sopravvivenza e morbilità con l'utilizzo dei device di assistenza ventricolare meccanica e lasciano intravedere che, in assenza di un numero adeguato di donatori, con il progredire delle tecnologie, questa possa essere una valida alternativa al trapianto cardiaco in pazienti con Scompenso Cardiaco refrattario.

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 AIM Publishing con sede a Roma, via Flaminia n. 1086 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) Riceve 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?

_____

_____

_____

Conferimento della FELLOWSHIP ANMCO 2008

Nome	Cognome	Ospedale	Città	Prov.
MARCO	AMBROSETTI	Clinica Le Terrazze	Cunardo	VA
FRANCESCO	AMICO	Ospedale Cannizzaro	Catania	CT
FABRIZIO	AMMIRATI	Ospedale G.B. Grassi	Ostia	RM
CLAUDIO	BILATO	Azienda Ospedaliera Universitaria Padova	Padova	PD
LUISA	CACCIAVILLANI	Azienda Ospedaliera Universitaria Padova	Padova	PD
PAOLO	CARDAIOLI	Ospedale Santa Maria Misericordia	Rovigo	RO
NICOLA	CIABATTI	Azienda Osp. Univ. Pisana - Cisanello	Pisa	PI
FURIO	COLIVICCHI	Ospedale San Filippo Neri	Roma	RM
ALFREDO	DE NARDO	Ospedale Civile G. Jazzolino	Vibo Valentia	VV
IOLANDA	ENEA	A.O.R.N. S. Anna E S. Sebastiano	Caserta	CE
SERGIO	FASULLO	Ospedale G.F. Ingrassia	Palermo	PA
PIETROCARLO	GAZZANIGA	Ospedale Maggiore	Crema	CR
CLAUDIO	PEDRINAZZI	Ospedale Maggiore	Crema	CR
MARA	PICCOLI	Policlinico Luigi Di Liegro	Roma	RM
STEFANO	RIGATTIERI	Ospedale Sandro Pertini	Roma	RM
LORIS	RONCON	Ospedale Santa Maria Della Misericordia	Rovigo	RO
SALVATORE	SACCÀ	Ospedale Civile	Mirano	VE

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

Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri

APPELLO

PER LA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE CARDIOPATICO NEL SISTEMA DELLE CURE

1 **Il Paziente con problematiche cliniche di natura cardiaca ha diritto di essere curato dal Cardiologo.**
L'orizzonte clinico unitario è imprescindibile per tutte le fasce di popolazione. Il Paziente di interesse cardiologico deve essere valutato con completezza, pur considerando gli aspetti di polipatologia ed il profilo rischio-beneficio che possono richiedere un approccio multidisciplinare.

2 **L'Unità Operativa/Dipartimento di Cardiologia rappresenta l'ambito appropriato per la cura delle patologie cardiache e per la scelta delle prestazioni/procedure.**
Le evidenze scientifiche disponibili dimostrano che in Pazienti con specifica patologia cardiaca in atto gli outcome clinici sono sensibilmente migliori per chi viene ricoverato in Cardiologia piuttosto che in altri Reparti.

3 **La disgregazione delle Unità Operative di Cardiologia e l'accorpamento di loro parti ad unità funzionali non cardiologiche confonde i percorsi diagnostico-terapeutici, mette a rischio l'appropriatezza clinica e limita la continuità assistenziale.**
L'esito di tali accorpamenti, spesso motivati da esigenze economicistiche aziendali o supportati da interessi individuali, genera percorsi anomali e può condizionare sfavorevolmente i risultati clinici.

4 **Le superspecialità cardiologiche sono funzionali alla centralità della clinica e operano in modo integrato nell'ambito delle Unità Operative/Dipartimenti di Cardiologia.**
La straordinaria evoluzione delle conoscenze scientifiche e della tecnologia ha contribuito allo sviluppo delle superspecialità con un forte impatto sulla diagnosi e sulla terapia delle malattie cardiovascolari. Esiste il rischio che tale formidabile progresso identifichi la cura del Paziente con la semplice erogazione di prestazioni complesse ad alto contenuto tecnologico a scapito della completezza delle cure.

LE PROPOSTE DELL'ANMCO

CONTRO LA FRAMMENTAZIONE DELLA CARDIOLOGIA ALL'INTERNO DEGLI OSPEDALI

→ **AI CARDIOLOGI** perché facciano prevalere il primato della clinica in funzione della miglior cura possibile per il Paziente.

→ **ALLE SOCIETA' SCIENTIFICHE** affinché si adoperino per ricondurre l'eccellenza delle supercompetenze settoriali all'interno di una gestione clinica cardiologica integrata.

→ **AI DIRETTORI DI DIPARTIMENTO** affinché rispettino il ruolo centrale delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica e contrastino la scomposizione della Cardiologia.

→ **AGLI AMMINISTRATORI E AI DECISORI PUBBLICI** affinché i budget siano subordinati alle finalità cliniche e venga privilegiata la strategia organizzativa nella quale tutti gli aspetti di carattere clinico, strumentale ed interventistico propri della disciplina afferiscano alle Unità Operative di Cardiologia o ai Dipartimenti Cardiologici.

1 Le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica non vengano separate dalle Divisioni di Cardiologia ed aggregate a strutture di Terapia Intensiva Medica, di Emergenza, di Pronto Soccorso o altro.

2 Le strutture di Cardiologia Interventistica e di Elettrofisiologia non siano separate dalle Unità Operative di Cardiologia o dai Dipartimenti Cardiologici.

3 Le Divisioni di Medicina d'Urgenza e le Unità Operative di Cardiologia elaborino insieme, ai fini dell'appropriatezza, protocolli e percorsi terapeutici che riconoscano la necessità della consulenza cardiologica per problematiche di competenza.

4 La Diagnostica per Immagini di interesse cardiologico (TAC, RM e PET) si avvalga della completa integrazione tra le competenze Cardiologiche, Radiologiche e di Medicina Nucleare al fine di garantire l'appropriatezza delle indagini e il corretto utilizzo clinico delle informazioni da esse derivate.

www.anmco.it segreteria@anmco.it

per il tuo cuore

A.N.M.C.O.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI

Modello di gestione della Sincope in assenza della Syncope Unit

di F. De Rosa e P. Mancuso

Introduzione

La Sincope è un sintomo particolarmente frequente che, indipendentemente dalla sua origine, si ripercuote negativamente sulla qualità di vita dei pazienti che ne soffrono, avendo di fatto riflessi peggiorativi sull'attività lavorativa, sullo studio, sulle attività di svago e, non ultimo, sulla libertà di movimento in generale.
Già Ippocrate nei suoi aforismi attirava l'attenzione su tale sintomo, sottolineandone il significato prognostico negativo: "Chi soffre di frequenti e forti svenimenti, senza causa manifesta, muore improvvisamente".
Mercuriale alcuni secoli dopo poneva già l'accento sulla possibile origine aritmica della Sincope: "Ubi pulsus sit rarus, semper expectanda est sincope".
La sua importanza clinica è amplificata dal fatto che può essere un segno premonitore di morte cardiaca improvvisa e, non raramente, causa di traumi invalidanti. Lo studio di Framingham in un periodo di osservazione di 17 anni ha calcolato che la sua incidenza nella popolazione generale è di 6X1.000 persone - anno, ed aumenta progressivamente con l'età fino a giungere al 17X1.000 persone - anno oltre gli 80 anni. Dati USA ci informano che circa 1 milione di pazienti sono valutati ogni anno per Sincope, con una incidenza di 500.000 nuovi casi/anno.
Una recente indagine ha dimostrato che rappresenta circa il 3% delle prestazioni di Pronto Soccorso e l'1% dei ricoveri ospedalieri, con un costo economico quindi rilevante.
Sulla scorta di queste considerazioni risulta quindi importante stabilire dei percorsi diagnostici rigorosi al fine di ridurre all'essenziale gli esami necessari ed utili per la definizione diagnostica e possibilmente eziologica di tale sintomo. Da alcuni anni la Società Europea di Cardiologia ha stilato le Linee Guida diagnostico - terapeutiche della Sincope. Uno dei meriti di questo documento è aver formulato una definizione di Sincope che ne sottolinea il carattere specifico cardiovascolare e l'ha sottratta a quella multidisciplinarietà che ha creato in passato non pochi equivoci circa la pertinenza di studio del sintomo (neurologi, cardiologi, internisti, etc). Le Linee Guida in esame definiscono la Sincope come una "Perdita di coscienza transitoria, autolimitantesi, che usualmente conduce a caduta. L'inizio della Sincope è rapido, il recupero è spontaneo, completo e relativamente rapido. Il meccanismo che la sottende è una ipoperfusione cerebrale transitoria e globale". Sulla scorta di tale definizione le perdite di coscienza transitorie legate ad un ipoafflusso cerebrale generalizzato e transitorio rientrano nel novero delle Sincopi, le altre forme, legate alla perdita dell'omeostasi cerebrale da altre cause, vengono definite "non sincopi", termine poco elegante ma sicuramente efficace in sede classificativa. La Sincope dunque è a pieno titolo un sintomo cardiovascolare e quindi di pertinenza dei Cardiologi, che può essere ulteriormente classificato in termini eziologici (Figura 1).

Figura 1 - Classificazione eziologica delle Sincopi

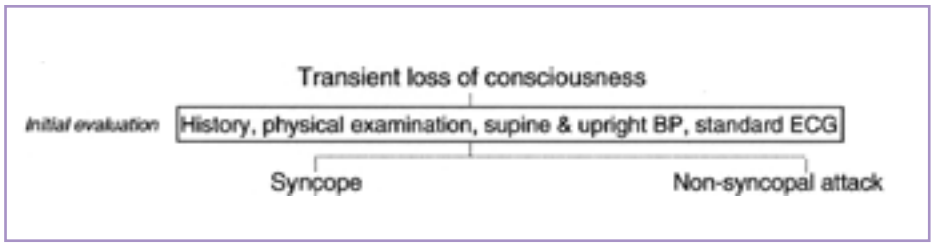


Figura 2 - Valutazione iniziale in PS proposta dalle Linee Guida della SEC

La Syncope Unit rappresenta un modello organizzativo ideale per la gestione dei pazienti con perdita di coscienza transitoria. Tuttavia in molte realtà non è possibile istituire una struttura così complessa. Nella nostra realtà abbiamo implementato un percorso diagnostico - terapeutico, approvato da una commissione congiunta dei componenti del Dipartimento di Medicina Generale e del Dipartimento d'Emergenza, che può rappresentare un modello organizzativo per quelle realtà ospedaliere dove non sia possibile attivare una Syncope Unit.

Le stesse Linee Guida indicano poi un percorso diagnostico estremamente efficace e ben definito che ha sgombrato il campo da esami spesso inutili se non dannosi ed oltretutto dispendiosi in termini di costi e di impiego di risorse umane (Figura 2). Ancora oggi però, sebbene l'Associazione Italiana di Aritmologia e Cardiostimolazione abbia con forza affermato anche in documenti ufficiali, l'istituzione della Syncope Unit, come struttura funzionale ideale per lo studio delle perdite di coscienza transitorie, con compiti di coordinamento rapido delle diverse figure professionali coinvolte nella diagnostica (medico del pronto soccorso, cardiologo, neurologo, internista, geriatra, pediatra, psichiatra), l'iter del paziente con perdita di coscienza transitoria è ben lungi dall'essere standardizzato in ambito nazionale. Ne consegue che in ambito locale esistono realtà organizzative più o meno strutturate che affrontano il percorso diagnostico - teapeutico in relazione al grado di interesse specifico degli operatori e della disponibilità di strumentazione adeguata per il suo studio.

La nostra realtà organizzativa

Noi abbiamo inteso sperimentare un percorso diagnostico che può rappresentare un modello organizzativo per lo studio della Sincope in quelle realtà dove non fosse possibile istituire, per motivi gestionali una vera e propria Sincope Unit, e che di seguito viene illustrato nelle sue linee essenziali. Premessa indispensabile alla implementazione del modello organizzativo è stata la stesura di un protocollo operativo interdipartimentale (Dipartimento di Medicina e Dipartimento d'Emergenza) che, sulla scorta delle Linee Guida della Società Europea di Cardiologia, ha tenuto conto della nostra realtà operativa. Questa è caratterizzata dalla presenza di due strutture complesse di Cardiologia in due Presidi Ospedalieri diversi, ma afferenti alla stessa Azienda Ospedaliera. La prima è dotata di degenza e di UTIC, la seconda, la nostra, svolge attività ambulatoriale per pazienti esterni, per i pazienti ricoverati nel presidio in cui insiste, e svolge infine attività di ricovero in regime di Day Hospital (2 posti letto). Secondo il protocollo approvato, la diagnosi differenziale fra Sincope e non Sincope spetta al medico di Pronto Soccorso, attraverso la valutazione di I° livello proposta dalle Linee Guida ed eventuali consulenze specialistiche immediate. Dopo questo primo step, tutti i pazienti con Sincope in assenza di criteri assoluti di ricovero e di una diagnosi eziologica, vengono dimessi e rivalutati presso la nostra S.C. di Cardiologia entro 24 ore, in regime di ricovero in DH o secondo un iter diagnostico ambulatoriale (Day Service) (Figura 3). La nostra S.C. è dotata di apparecchiature idonee allo studio della Sincope ed in particolare può svolgere i seguenti esami: ECG - Dinamico (con determinazione della TWA, dei Potenziali Tardivi, dell'HRV e della QT-Dispersion), Holter pressorio, Tilt - Test con sistema vasotrac per la registrazione pressoria battito - battito e registrazione ecografica continua, Studio elettrofisiologico trans - esofageo, Ecocardiogramma, Test ergometrico, controllo elettronico di Pacemaker e Defibrillatore. Giunti alla nostra osservazione, a seconda del sospetto diagnostico preliminare,

> “Chi soffre di frequenti e forti svenimenti, senza causa manifesta, muore improvvisamente”
> Ippocrate

Figura 3 - Protocollo operativo applicato in PS ai pazienti con Sincope

i pazienti vengono avviati ad esami strumentali selezionati.
L'impianto di un loop recorder è riservato ai casi di Sincopi recidivanti in assenza di diagnosi eziologica.
Dall'ottobre 2004 al dicembre 2007 abbiamo valutato 360 pazienti (220 F, 150 M, età compresa tra 13 e 85 aa) con un tempo medio di ricovero di 7 giorni ed un numero medio di accessi di 3.85/pazienti.
In 120 pazienti (33%) la Sincope a fine percorso diagnostico è risultata di origine sconosciuta, ed in 2 di questi pazienti è stato applicato un loop recorder che ha permesso di diagnosticare successivamente una Sincope vasovagale di tipo cardioinibitorio ed una non Sincope. Nei rimanenti 240 pazienti la diagnosi è stata: ipotensione ortostatica in 24 pazienti, Sincope aritmica in 16, Sincope neuro mediata in 200.

Conclusioni

La Sincope è un sintomo frequente che per la sua complessità e la sua possibile malignità impone una diagnosi in tempi rapidi. Un iter diagnostico puntuale, preciso e completo, riesce nella gran parte dei casi a portarci alla diagnosi eziologica e quindi alla terapia specifica del caso in esame.
Per i pazienti che non richiedono ricovero ordinario, il nostro protocollo diagnostico, ha rappresentato nella nostra realtà lavorativa una tappa importante poiché ha ridotto drasticamente i ricoveri impropri che erano un dato costante per un sintomo allarmante come la Sincope. La possibilità di affidare ad una struttura cardiologica che si fa carico della valutazione dei pazienti senza indicazione al ricovero nell'arco di 24 ore, rappresenta un motivo di sicurezza per lo stesso paziente ed un orientamento decisionale clinicamente forte per il medico di Pronto Soccorso, perché avallato da Linee Guida interdipartimentali. Riteniamo quindi che i nostri risultati dimostrino da un lato la validità del modello organizzativo adottato e dall'altro la validità dell'iter diagnostico, che ha prodotto una diagnosi eziologica in una percentuale che è in linea con i risultati della letteratura (68%).

Rinnovato il Consiglio Direttivo ANMCO Calabria
Molti gli Eventi Formativi realizzati dal Consiglio Direttivo uscente

di Marilena Matta

Il 7 aprile a Lamezia Terme è stato rinnovato il Consiglio Direttivo ANMCO Calabria. All'unanimità si è deciso di riconfermare il Consiglio Direttivo uscente con la sola sostituzione del Dott. Saverio Salituri con il Dott. Nicola Cosentino e della Dott.ssa Maria Teresa Manes con il Dott. Federico Battista. Il nuovo Consiglio Direttivo, quindi, alla luce del risultato dei voti, è il seguente: Dott. Massimo Elia, Dott. Antonio Butera (Presidente), Dott. Roberto Ceravolo (Segretario), Dott. Michele Comito, Dott. Federico Battista, Dott. Nicola Cosentino e Dott. Virgilio Pennisi. Il Presidente Antonio Butera ha salutato i presenti ed ha relazionato circa le attività e le scelte strategiche del Consiglio Direttivo, descrivendo le numerose iniziative che si sono succedute nel suo mandato. Numerosi gli eventi culturali e formavi che hanno coinvolto tutti i Cardiologi ospedalieri regionali, ma il Presidente ha sottolineato in particolare le iniziative del Gruppo Giovani (Responsabile Fabio Megna) e del Gruppo Donne (Responsabile Maria Teresa Manes), che hanno prodotto due interessanti indagini svolte sul territorio calabrese e pubblicate su questa stessa Rivista. Particolare rilievo è stato dato al grande e proficuo lavoro svolto per l'implementazione della Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco" (Responsabile Gianfranco Misuraca) e per la valorizzazione di HCF (Responsabile Marilena Matta) soprattutto per i programmi educativi scolastici. Ma, malgrado l'intensa attività prodotta e la visibilità sui mass media, dalla relazione del Presidente è emersa un'estrema difficoltà di rapporti con le istituzioni politiche ed amministrative, sebbene numerosi ed insistenti sono stati i tentativi effettuati. Come massima espressione di tale difficoltà è stato ricordato il coinvolgimento dell'ex Assessore Regionale alla Sanità On. Doris Lo Moro nel convegno sulle Reti Interospedaliere del 2 febbraio 2007. L'Assessore Regionale ha partecipato al nostro Congresso, ha avuto modo di percepire l'impegno dell'ANMCO per la realizzazione delle Reti delle Emergenza e, dopo il Convegno, il Dott. Chiarella ha invitato la Dott.ssa Lo Moro al Congresso Nazionale in qualità di Relatore. Ma per l'organizzazione della Rete delle Emergenze, in un recente tentativo di istituire una Rete per l'Infarto Miocardio Acuto in Calabria, l'ANMCO non è stata coinvolta in nessun modo anche se il Consiglio ed il Dott. Butera hanno richiesto con insistenza ed ufficialmente un coinvolgimento effettivo e fattivo, come è avvenuto ovunque si è proceduto all'implementazione della Rete stessa, al fine di individuare protocolli concordati, condivisi, e soprattutto, realmente praticabili nel contesto socio - culturale e geografico della Regione Calabria. Per tali motivi l'Assemblea, su iniziativa del Presidente, ha votato la seguente mozione: "L'Assemblea Regionale dell'ANMCO, riunitasi a Lamezia Terme il 7 aprile 2008, ha discusso dell'istituzione della Rete delle Emergenze per l'Infarto in Calabria, sostenendo la necessità che sia varata al più presto, ma ha manifestato molte preoccupazioni. L'ANMCO, che rappresenta oltre 260 Cardiologi ed in particolare tutti i Responsabili ed i Medici delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, non è stata coinvolta in nessun modo nella Organizzazione della Rete. Ribadisce che i Cardiologi calabresi manifestano perplessità, dubbi e paure per le attuali criticità dei centri Hub, dei Centri Spoke e del SIS 118." L'ANMCO richiede un coinvolgimento non formale ma effettivo e fattivo. L'Assemblea si è svolta in un clima di serenità e di assoluta compostezza. Il Presidente ed il Consiglio Direttivo sono stati molto ammirati per il modo sobrio ed elegante con cui hanno affrontato alcune controversie e per le decisioni che hanno caratterizzato il biennio del loro lavoro. È stato anche apprezzato l'equilibrio e le scelte strategiche nel selezionare gli Eventi Formativi e gli argomenti trattati, tutti temi accuratamente studiati e proposti tenendo conto delle realtà locali. Per mantenere, perciò, una continuità operativa, il Direttivo uscente è stato riconfermato plebiscitariamente. Due interessanti Eventi Formativi si sono svolti in Calabria e hanno suscitato molto interesse e attenzione: l'Evento Formativo organizzato da Mauro Cassese, Referente Regionale per l'Area Chirurgica, dal titolo "Chirurgia conservativa della valvola mitralica "e l'Evento "Prevenzione dello Scompenso Cardiaco" organizzato dai Dottori Butera, Chiatto e Misuraca; entrambi gli eventi hanno visto la partecipazione di numerosi esperti di livello nazionale. Il Forum dal tema "Chirurgia conservativa della valvola mitralica" è stato organizzato a Gizzeria Lido e ha visto una partecipazione numerosa di Cardiologi, Cardiochirurghi, Internisti, Medici di Medicina Generale e Infermieri Professionali. Il corso ha consentito ai partecipanti un percorso di apprendimento e di aggiornamento sul più appropriato trattamento del paziente

affetto da insufficienza mitralica; gli argomenti sono stati trattati secondo un percorso diagnostico - terapeutico "ideale" che va dalla fisiopatologia alla terapia. Durante l'evento "Prevenzione dello Scompenso Cardiaco" è stato presentato un Poster da diffondere presso i Medici di famiglia con dei semplici consigli sulla prevenzione. Il Poster, molto apprezzato per la resa visiva e la grafica, è stato ideato dagli organizzatori del convegno e porta il logo dell'ANMCO Calabria (insieme a quello dell'Azienda sponsor); questa è una iniziativa unica per l'ANMCO Calabria. Il convegno sulla Prevenzione dello Scompenso è stato ideato secondo la "filosofia" della Consensus Conference "Il Percorso Assistenziale del Paziente con Scompenso Cardiaco" con il coinvolgimento attivo dei MMG e dei Cardiologi che, spinti dall'entusiasmo e dall'impegno di Gianfranco Misuraca, stanno istituendo numerosi Ambulatori dedicati. Parlare di "Prevenzione dello Scompenso Cardiaco" non è tema usuale nella convegnistica cardiologia, perciò il convegno del 12 aprile è stato di grande interesse. La Cardiologia moderna ha sempre mirato a fare della Prevenzione un obiettivo strategico importante per la Cardiopatia Ischemica, adesso bisogna incominciare a parlare di Prevenzione dello Scompenso Cardiaco, una "epidemia" che avanza con sempre maggiore aggressività ed i Cardiologi devono prendere sempre più consapevolezza che per gli anni a venire costituirà uno degli impegni maggiori della nostra attività clinica, culturale e di ricerca. Eccellente, durante il Convegno, la lettura magistrale dal titolo: "Dalla disfunzione asintomatica allo scompenso cardiaco: meccanismi fisiopatologici" tenuta da Gianfranco Sinagra che ha affascinato l'uditorio per la sua esperienza e competenza, ma soprattutto per la capacità di puntualizzare con estrema chiarezza e comprensibilità lo stato delle conoscenze e le prospettive future ad iniziare dalla genetica, passando alla biologia molecolare, sino alla clinica ed alla terapia medica e tecnologica.

Approccio scientifico all'accreditamento professionale del Medico Cardiologo Urgentista impegnato nelle emergenze urgenze ospedaliere e territoriali

Nasce una nuova modalità di formazione che si sviluppa attraverso vari step per il conseguimento di una Cardiovascular Emergency Card (CEC)

di E. Murena, E. Montibello, M. Scherillo

In questi ultimi anni si assiste sempre più ad un radicale cambiamento nella gestione dei pazienti che afferiscono alle UTIC e/o nei reparti di Medicina d'Urgenza.
La necessità di una riperfusione farmacologica e/o interventistica quanto più precoce nei pazienti con Sindromi Coronariche Acute, gli "sconvolgenti" e sempre più efficaci supporti tecnologici, il cambiamento di tipologia nei pazienti ricoverati, sono tra i principali determinanti che indirizzano verso un'evoluzione ed un netto cambiamento nelle qualità professionali e nelle competenze dei Cardiologi che operano nelle strutture di Emergenza - Urgenza o sul territorio. Tutto ciò in conformità con le Linee Guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di Emergenza - Urgenza, deliberate il 22/5/2003 dalla Conferenza Permanente Stato - Regioni e pubblicate sulla G.U. n. 196 del 25/8/2003.
Nasce, pertanto, l'esigenza di uno Specialista Cardiologo che acquisisca una "Clinical Competence" con la quale viene definita non tanto una semplice capacità tecnica, ma un uso "equilibrato, abituale e consapevole delle conoscenze, delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, delle emozioni, dei valori e delle riflessioni critiche sulla pratica di tutti i giorni che generano il benessere dell'individuo (il paziente) e della comunità in cui vive" (Epstein R.M. JAMA 2002).
Il Medico Urgentista in campo cardiologico deve acquisire non solo competenze generiche (Cardioversione elettrica, Elettrostimolazione temporanea, Rianimazione cardio - polmonare, posizionamento catetere venoso, etc.), ma è auspicabile che acquisisca un livello "superiore" (saper eseguire ecocardiogramma transesofageo, stimolazione atriale transesofagea, pericardiocentesi, ultrafiltrazione e una emodialisi, una ventilazione assistita, utilizzo del contropulsatore aortico, etc.). Utili competenze aggiuntive sono rappresentate dalla partecipazione a studi clinici, gestione del rischio clinico, conoscenza di problemi medico - legali e, non ultime, le competenze organizzativo - manageriali sempre più attuali e pressanti al fine di ottenere una efficace Rete Interospedaliera capace di mediare tra le maggiori richieste di prestazioni o trattamenti "high tech" e le risorse locali sempre più limitate. Fondamentale, ai fini di una qualificante figura professionale, risulta essere la dimensione affettiva e morale che coinvolge l'operatore stesso e il paziente in un rapporto che rischierebbe di essere disumanizzante alla luce di un approccio esclusivamente tecnicistico (G. Casella, G. Di Pasquale - GIC maggio 2007).

La formazione delle figure professionali

Il tradizionale percorso formativo - specialistico poco si adatta alla moderna evoluzione della struttura Emergenza - Urgenza. Oggi esistono sistemi multimediali che consentono la simulazione di procedure od eventi particolarmente complessi in modo realistico. La microsimulazione con il computer consente di gestire casi clinici virtuali. La macrosimulazione consente non solo di sviluppare competenze tecniche all'utilizzo di particolari procedure, ma anche di ricreare un ambiente di lavoro ove, con manichini particolarmente evoluti, si possono simulare scenari clinici in totale sicurezza per operatori e paziente, ipotizzando anche eventi rari.
Destinatari di questo nuovo modo di fare formazione sono non soltanto i Medici che già operano sul territorio, 118, Medicina d'Urgenza e UTIC, ma principalmente i Cardiologi neo - specialisti e gli specializzandi che, particolarmente motivati all'alba della loro professione, possono intraprendere un percorso di alta formazione, integrandolo con quello universitario, e che consenta di poter affrontare

Figura 1 - Sala regia

Figura 2 - Sala simulazione

con la dovuta perizia le patologie cardiovascolari più complesse.

Il progetto

Sensibile a questa tematica sempre più attuale e vitale, incentrata sul sostanziale e graduale mutamento delle qualità professionali e delle competenze del medico coinvolto nell'Emergenza - Urgenza, l'ANMCO Campania ha firmato un protocollo d'intesa con la ASL NA2 di Pozzuoli per la realizzazione di attività formative. In collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Cardiologia della Facoltà di Medicina della SUN (Seconda Università degli Studi di Napoli) e con il patrocinio dell'ARSAN (Agenzia Regionale Sanitaria) si propone di istituzionalizzare un approccio scientifico all'accreditamento professionale dello specialista Cardiologo attraverso un innovativo percorso formativo istituendo una "Cardiovascular Emergency Card" che, attraverso cinque step formativi, fornirà al medico un training certificato. Il Progetto è stato presentato in occasione del XVI Congresso Regionale del 22 aprile 2008. Il percorso definito "five hearts" sarà così articolato:

1 Basic life support early defibrillation (BLSD);

2 Formazione avanzata con tecniche di simulazione in:

- Patologie Cardiovascolari Acute,
- Emergenze aritmologiche;

3 Corso di stratificazione diagnostica precoce;

4 Advanced cardiac life support (ACLS);

5 Formazione avanzata con tecniche di simulazione in Diagnostica e Terapia Interventistica.

I Corsi si terranno presso il Centro di Formazione e Simulazione ASL NA2 in Pozzuoli, diretto dal Dott. Egidio Montibello. La struttura si sviluppa su una superficie di circa 700 mq e dispone al suo interno di aule di formazione tradizionale e con supporti video, ambienti di simulazione (micro e macro) per l'addestramento in contesti di Emergenza - Urgenza, una struttura di regia per la realizzazione di filmati e gestione della FaD.

L'auspicio è che si possa costituire, attraverso un iter istituzionale, una rete di Medici Urgentisti, con un bagaglio culturale, competenze specifiche, modelli comportamentali ed abilità pratiche, al fine di formare una nuova figura di Medico che sappia esprimere al meglio le doti attualmente più richieste: "Clinico ed Interventista".

La Prima Convention delle UTIC lombarde

di Antonio Mafrici

Il 14 e 15 marzo si è svolta a Gravedona la Prima Convention delle UTIC lombarde, ospitata presso la panoramica e confortevole sede dell'Ospedale Moriggia - Pelascini, nell'Alto Lario. La Convention, fortemente voluta dal Consiglio Direttivo dell'ANMCO Lombardia che ne ha curato la progettazione e realizzazione attraverso un Comitato di Coordinamento formato da Antonio Mafrici, Claudio Cuccia, Maddalena Lettino e Alessandro Politi, ha avuto, quali obiettivi del progetto, la ridefinizione del ruolo delle UTIC negli anni dal 2008 in avanti, la ridefinizione degli standard di competenza richiesti agli operatori, la rivalutazione delle patologie acute cardiovascolari che rientrano nel campo dell'appropriatezza delle nuove UTIC, la promozione di un network culturale e scientifico centrato sulle attività delle UTIC. Sono stati invitati in qualità di discussant i rappresentanti (due per Centro) delle 63 Unità di Terapia Intensiva Cardiologica della Lombardia, con un'adesione di 57 Centri con almeno un partecipante. Hanno assistito ai lavori anche alcuni colleghi provenienti dalle regioni limitrofe che ne avevano fatto richiesta; in totale i partecipanti sono stati 110, oltre i Relatori e Moderatori.

Prima giornata

I lavori si sono aperti col saluto delle autorità e della Direzione Generale dell'Ospedale di Gravedona; quindi, dopo aver ufficialmente dedicato questa prima Convention al Prof. Fausto Rovelli, tra i primi a dirigere un'Unità Coronarica negli anni '70, si è subito entrati nel vivo con una splendida lezione del Prof. Attilio Maseri sull'importanza innovativa della ricerca clinica, quale quella che può nascere, nei reparti come l'UTIC, dall'osservazione dei casi che, per caratteristiche e comportamento, si discostano dalla "media". Il primo Simposio ha affrontato il problema organizzativo delle nuove UTIC. Con la moderazione del Presidente Designato, Dott. Pirelli e del Dott. Fontana, Dirigente della Struttura Progettazione Sviluppo Piani e Emergenza - Urgenza dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, si è discusso su chi siamo oggi (A. Mafrici), quali competenze sono necessarie, anche dal punto di vista del Nursing (A. Frisinghelli e S. Barini), su come la Rete da modello organizzativo possa essere anche un modello culturale (M. Lettino) e come, con un intervento del Dott. Fontana, la Rete delle UTIC potrebbe costituire per le autorità regionali un'opportunità per migliorare il percorso del paziente cardiopatico acuto e un modello di riferimento per altre patologie (ictus ischemico). Il secondo Simposio ha affrontato aspetti organizzativi della gestione delle Sindromi Coronariche Acute. Sotto la moderazione del Dott. De Servi e del Dott. Klugmann è stato affrontato il problema dell'organizzazione e gestione di un Chest Pain Project (F. Ottani), dell'interazione tra Cardiologo e 118 per la gestione dell'emergenza cardiologica sul territorio (A. Izzo), dell'interazione tra Cardiologo ed Emodinamista nella gestione dello STEMI (C. Cuccia), per chiudere con l'intervento del Presidente ANMCO, Francesco Chiarella, sull'integrazione tra le competenze dei Centri Hub e Centri Spoke.

Casi clinici

A seguire, la presentazione di quattro casi aperti alla discussione collegiale: è stato, questo, un momento di grande partecipazione con un intenso dibattito per l'interesse suscitato dai casi presentati da A. Limido, F. Cafiero, A. Bozzano e M. Romanò che hanno proposto delle interessanti riflessioni sulla gestione di pazienti particolarmente complessi, sull'uso appropriato delle risorse, sulla corretta pratica clinica.

Seconda giornata

Si è aperta col Simposio dedicato allo Scompenso Cardiaco Acuto, moderato dal Prof. Metra e dal Prof. Tavazzi che ha commentato positivamente l'impostazione culturale della Convention, in linea con gli obiettivi educazionali e di sviluppo della Società Europea di Cardiologia. A. Gavazzi ha presentato una revisione critica dell'approccio terapeutico allo scompenso acuto come suggerito dalle Linee Guida europee; il riconoscimento dello shock e della sindrome da bassa portata (A. Mortara), l'utilità e le indicazione della terapia sostitutiva renale (E. Marangoni) e la ventilazione non invasiva (E. Corrada) hanno completato il programma. Si è passati quindi alle comorbidità e complicanze del paziente ricoverato in UTIC: moderatori il Prof. Giorgio Salerno Uriarte e il Dott. Giovanni Ferrari. G. Marenzi ha discusso, in maniera completa ed equilibrata, su come affrontare il problema della nefropatia da mezzo di contrasto, F. Avanzini ha affrontato la gestione dell'iperglicemia, V. Giudici le nuove competenze aritmologiche del paziente in UTIC ed E. Passamonti le comorbidità e i trattamenti raccomandati nel paziente anziano.

Gruppi di Lavoro

Dopo la pausa pranzo sono iniziati i quattro Gruppi di Lavoro coordinati da S. Ferrari (Gestione dei sistemi di ventilazione non invasiva), F. Lissoni (Gestione dei sistemi di emofiltrazione), A. Saino (Posizionamento e regolazione del contropulsatore aortico con l'utilizzo di un manichino dedicato) e G. Belotti (Gestione delle problematiche aritmologiche nei pazienti portatori di stimolatori/defibrillatori). Tutti i partecipanti hanno potuto seguire (a scelta) due dei quattro corsi, caratterizzati, oltre che da una solida base teorica, da un forte contenuto pratico e il gradimento per l'iniziativa è stato molto alto. Dopo una breve pausa i lavori sono ripresi con l'ultimo Simposio dedicato alle complicanze tromboemboliche ed emorragiche, moderato da Gianni Casella, Chairman dell'Area Emergenza - Urgenza dell'ANMCO, e da C. Sponzilli. È stata affrontata l'Embolia Polmonare (F. Casazza), la gestione dei farmaci antitrombotici (V. Toschi), i sanguinamenti maggiori (A. Politi) e, con un intervento pre - ordinato, la gestione del paziente con ictus ischemico da parte del Cardiologo (D. Tovena). La Convention si è chiusa con lo spazio per le proposte di studi di collaborazione tra le UTIC e con l'arrivederci alla seconda edizione, nel marzo 2009 a S. Pietro in Lamosa (Franciacorta, Brescia).

Qualche commento

La prima Convention ha rappresentato un momento importante per la Cardiologia lombarda, caratterizzata da una forte connotazione tecnologica, perché ha riportato l'attenzione sul paziente e sulle problematiche organizzative, culturali e di esperienza pratica necessarie alla sua gestione clinica. Tutti i temi sono stati affrontati dal punto di vista di chi, ogni giorno, deve gestire il paziente con problematiche acute cardiovascolari e di chi sente la spinta naturale (o l'esigenza) a cambiare il proprio modo di lavorare e cerca di capire come deve prepararsi e dove dovrà arrivare. La presenza del Prof. Maseri, del Presidente ANMCO, del Presidente Designato ANMCO e del Chairman dell'Area Emergenza - Urgenza testimoniano dell'interesse che una manifestazione così organizzata può suscitare a tutti i livelli. Il progressivo cambiamento nell'epidemiologia dei ricoveri (aspettiamo i dati del BLITZ 3 per una conferma), l'invecchiamento della popolazione, la multidisciplinarietà che il Cardiologo dell'UTIC deve ormai possedere (sia nell'ambito della Cardiologia che della Medicina Interna), la nuova organizzazione degli Ospedali (i livelli di intensità di cura interferiscono con la continuità terapeutica, garanzia del miglior outcome del paziente), le nuove apparecchiature e le nuove competenze necessarie per una gestione moderna del paziente, la concorrenza di altre discipline richiedono una riflessione fatta insieme, discutendo di problemi e casi reali, mettendo insieme le reciproche esperienze. La partecipazione massiccia alle esercitazioni teorico - pratiche ha dimostrato quanto sia forte ed importante per il Cardiologo dell'UTIC la voglia di aumentare le proprie competenze. E il successo della Convention (confermato dai numerosissimi feed - back estremamente positivi e dalla ripetuta richiesta di avere un CD, non previsto, con tutte le presentazioni) è legato al fatto di aver evidenziato e discusso proprio di quello che i Cardiologi delle UTIC, di tutte le UTIC lombarde, vivono quotidianamente e sentono il bisogno di valutare insieme. La Convention ha raggiunto tutte le strutture regionali, consentendo, grazie all'ospitalità garantita dalla generosità degli sponsor, una partecipazione attiva e completa anche della cosiddetta "periferia", che costituisce uno dei principali obiettivi (e problemi) dell'Associazione. Un altro aspetto da sottolineare è quello della organizzazione: l'evento è stato realizzato con una partnership tra il Consiglio Direttivo Regionale ANMCO e una struttura periferica (Gravedona, all'estremità Nord del lago di Como). È un esempio e una proposta di come la "periferia" può partecipare attivamente e con successo all'attività associativa regionale, rinforzando il senso di appartenenza. Unica nota negativa, l'assenza "ufficiale" del personale infermieristico: norme relative alla sponsorizzazione rendono complicata, se non affrontata per tempo e con la dovuta esperienza, la possibilità di invitare e ospitare il nostro personale. Per la seconda edizione cercheremo di superare anche questa difficoltà per avere accanto i nostri preziosi collaboratori. In conclusione, crediamo che questa prima Convention possa costituire un buon punto di partenza per un progetto associativo regionale a lungo termine, che permetta di realizzare un network organizzativo e culturale in grado di riunire le esperienze di tutte le UTIC lombarde per mettere a punto una serie di percorsi condivisi, di individuare obiettivi comuni, di realizzare quella ricerca clinica innovativa, auspicata dal Prof. Maseri.

Il Congresso Regionale Marche - Umbria - Abruzzo 2008

"La Cardiologia che ci unisce"

di D. Gabrielli, G. Alunni, L. Piccioni

Nei giorni 10 - 12 aprile 2008 si è svolto, presso il centro Congressi dell'Hotel Calabresi di San Benedetto del Tronto, il Congresso inter - regionale Marche - Umbria - Abruzzo (MUMA) 2008, con il concomitante Cardionursing nella giornata del 10 aprile.
Il Convegno, nato da un processo di integrazione e condivisione dei percorsi organizzativi e scientifico - culturali fra le tre regioni, intrapreso già dai Consigli Direttivi del biennio precedente, con particolare impulso da parte di Gerardo Rasetti e Marcello Manfrin, si è finalmente concretizzato nel 2008 grazie all'impegno dei Consigli Direttivi Regionali delle tre Sezioni ANMCO ed al contributo importante di Paolo Verdecchia, che ha proposto larghe parti del programma scientifico ed è stato l'ideatore del concetto animatore: "la Cardiologia che ci unisce".
Il Convegno è stato organizzato in modo da favorire la massima partecipazione dei Cardiologi delle tre regioni con contributi nelle varie tavole rotonde di numerosi discussant ed è risultato molto interessante dal punto di vista scientifico, vista la valentia dei colleghi coinvolti (126 in totale), è stato anche un importante successo di pubblico con un numero complessivo di circa 300 iscritti (Medici ed Infermieri).

Convegno Interregionale ANMCO - Marche - UMbria - Abruzzo

Presidente del congresso
Guglielmo De Curtis

Promotori:

Consiglio Direttivo ANMCO Regione Marche
Presidente Regionale
Domenio Gabrielli

Consiglio Direttivo ANMCO Regione Umbria
Presidente Regionale
Gerardo Rasetti

Consiglio Direttivo ANMCO Regione Abruzzo
Presidente Regionale
Laura Piccioni

Segreteria Scientifica
Gianfranco Alunni, Domenico Gabrielli, Laura Piccioni

2

Relatori e Moderatori

Accardi R. (Macerata)
Agricola T. (Pescara)
Alunni G. (Perugia)
Ambrosio G. (Perugia)
Angeli F. (Perugia)
Anniboletti PF. (Perugia)
Antonicelli R. (Ancona)
Aquilanti L. (Ancona)
Ascani F. (Perugia)
Bagliani G. (Foligno)
Bazzucchi M. (Terni)
Biagioli P. (Perugia)
Binetti G.(Pesaro)
Bocconcelli P. (Pesaro)
Bovelli D. (Terni)
Bovenzi F. (Lucca)
Campli M. (Pescara)
Canestrari M. (Fano)
Capone P.L. (Fermo)
Carducci M. (Sulmona)
Carluccio E. (Perugia)
Castellani G. (L'Aquila)
Cavallini A. (Perugia)
Cecconi M. (Ancona)
Chiarella F. (Pietra Ligure – SV)
Chiodini V. (Perugia)
Ciampani N. (Senigallia)
Ciampini V. (Atri)
Cicalò R. (Pescara)
Cicogna S. (L'Aquila)
Ciliberti D. (Fermo)
Cipriani M. (Milano)
Cirrincione V. (Palermo)
Cocchieri M. (Città di Castello)
Coletta C. (Roma)
Consoli A. (Chieti)
Conti V. (Jesi)
Core A. (Giulianova)
Costantini O. (Perugia)
Costantini C.(Ancona)
D' Orazio G. (Chieti)
De Cristofaro M. (Orvieto)
De Remigis F. (Teramo)
Deales A. (Ancona)
Del Pinto M. (Perugia)
Di Bacco F. (Sulmona)
Di Giammarco G. (Chieti)
Di Giovambattista R. (Avezzano)
Di Iorio C. (Chieti)
Di Iorio G. (Sulmona)
Di Pasquale G.(Bologna)
Di Sabatino F. (Jesi)
Di Stanislao F. (ASR - Abruzzo)
Dottori M. (Ancona)
Fagagnini L. (Sulmona)
Faustino M. (Pescara)
Formoso G. (Chieti)
Frigerio M. (Milano)
Gabrielli D. (Ancona)
Gaeta F. (Chieti)
Gallina S. (Chieti)
Ganzetti S. (Ancona)
Gemelli F. (Camerino)
Giannandrea A. (Sulmona)
Giordano G. (Orvieto)
Gregori G. (Ascoli Piceno)
Iacobone G. (Ancona)
Ianni M. L. (L'Aquila)
Ilari G.(Fano)
Leli L. (L'Aquila)
Leonzio L. (Lanciano)
Levantesi G. (Vasto)
Liberati R. (Foligno)
Luise R. (Chieti)
Maddestra N. (Chieti)
Mandorla S. (Gubbio)
Manfrin M.(Ancona)
Maragoni G. (Spoleto)
Marcellini G. (S. Omero)
Mariotti E. (Pesaro)
Martino C. (Spoleto)
Marziali G. (Fermo)
Massacci C. (Civitanova M.)
Mazzanti M. (Ancona)
Mazzola A. (Teramo)
Mennoia E. (Ancona)
Minutiello L. (Fabriano)
Moraca A. (Ancona)
Moretti L. (Ascoli Piceno)
Moretti S. (Ancona)
Morgagni G.L. (Macerata)
Mori A. (Macerata)
Munch C. (Ancona)
Murrone A. (Perugia)
Napoletano C. (Teramo)
Nardi F. (Terni)
Paloscia L. (Pescara)
Palpacelli C. (Macerata)
Panciarola R. (Perugia)
Pangrazi A. (Ancona)
Paolini I. (Ascoli Piceno)
Pardini A. (Terni)
Patriarchi F. (Foligno)
Penco M. (L'Aquila)
Perna G.P. (Ancona)
Persico M. (San Benedetto T.)
Piccioni L. (Teramo)
Pierantozzi A. (Pesaro)
Pozzolini A. (Fano)
Prosperi F. (Teramo)
Racco F. (Jesi)
Ragni T. (Perugia)
Rasetti G. (Pescara)
Salvati F. (Guardiagrele)
Sardone M.G. (Perugia)
Savini E. (Fermo)
Scipione P. (Ancona)
Severini D. (Città di Castello)
Speca G. (Teramo)
Sturbini S. (Senigallia)
Tarsi G. (Pesaro)
Toccaceli A. (Ancona)
Vacri A. (Penne)
Verdecchia P. (Perugia)
Volpe P. (Senigallia)
Zingarini G. (Perugia)

3

Figura 1

"La Cardiologia che ci unisce" - Giovedì 10 Aprile 2008

Ore 16.00 **Registrazione dei partecipanti**

Ore 16.30 - 19.00 **Sessione I. Le aritmie cardiache**
Coordinatore: P. Scipione
Moderatori: G. Speca, F. Patriarchi

Ore 16.30 - 16.45 **La moderna terapia medica della fibrillazione atriale**
G. Bagliani

Ore 16.45 - 17.00 **Indicazioni attuali all'ablazione trans-catetere nella fibrillazione atriale**
R. Luise

Ore 17.00 - 17.15 **ICD in prevenzione primaria: tra clinica ed etica. Pro**
P. Bocconcelli

Ore 17.15 - 17.30 **ICD in prevenzione primaria: tra clinica ed etica. Contro**
C. Massacci

Ore 17.30 - 19.00 **Tavola Rotonda**
Moderatore: G. Castellani
Discussants: A. Pozzolini, A. Pierantozzi, F. Ascani, Zingarini, F. Nardi, T. Agricola, M. Faustino

Ore 19.00 - 20.30 **Assemblea ANMCO, Marche - Umbria - Abruzzo**

Ore 21.00 **Cena**

8

"La Cardiologia che ci unisce" - Venerdì 11 Aprile 2008

Ore 8.30 - 9.15 **Saluto delle Autorità**

Ore 9.15 - 11.15 **Sessione II. Lo Scompenso Cardiaco in Ospedale**
Coordinatore: G. Alunni
Moderatori: F. Chiarella, M. Cocchieri

Ore 9.15 - 9.30 **Epidemiologia e fisiopatologia dello scompenso cardiaco acuto**
V. Cirrincione

Ore 9.30 - 9.45 **Terapia dello scompenso cardiaco acuto**
C. Costantini

Ore 9:45 - 10.00 **Ottimizzazione del percorso intra-ospedaliero del paziente con scompenso cardiaco acuto**
A. Murrone

Ore 10.00 - 10.15 **La fase di dimissione: Aspetti decisionali**
M. Frigerio, M. Cipriani

Ore 10.15 - 11.15 **Tavola Rotonda**
Coordinatore G. Giordano
Discussants: R. Antonicelli, F. Gemelli, F. Racco, L. Leonzio, P. Biagioli, D. Severini , E. Savini, M. De Cristofaro

Ore 11.15 - 11.30 **Coffee break**

9

Figura 2

Hanno partecipato la loro vicinanza con la presenza alla manifestazione: il Sindaco di San Benedetto del Tronto ed il Direttore della ASR Marche Dott. Belligoni; in occasione del Simposio FIC "Implementazione regionale delle Linee Guida sullo Scompenso Cardiaco" è stato presente il Presidente FIC Dott. G. Di Pasquale.
Nella mattinata del giovedì si è svolto il Cardionursing, organizzato in Sessioni con relazioni miste sia mediche che infermieristiche e che hanno trattato alcune delle patologie più interessanti ed è stato animato da valide e vivaci discussioni sui temi trattati.
Nel pomeriggio del giovedì c'è stata la prima sessione medica del Convegno sulle Aritmie Cardiache (Figura 2), che è stata molto vivace ed interessante; al termine si sono tenute le Assemblee dei Soci delle tre regioni.
Il venerdì mattina il nostro Presidente Nazionale Dott. Francesco Chiarella ha introdotto il Convegno e si sono tenuti i Simposi sullo Scompenso Cardiaco in Ospedale (che ha visto la qualificata presenza di Colleghi provenienti da altre regioni: V. Cirrincione, M. Frigerio oltre al nostro Presidente che moderava) e quello sulla Sindrome Coronarica Acuta alla quale abbiamo avuto il piacere di ospitare F. Bovenzi; il livello scientifico veramente elevato è testimoniato dai questionari di gradimento dei

"La Cardiologia che ci unisce" - Venerdì 11 Aprile 2008

Apertura seggi elettorali (11.00 - 20.30)

Ore 11.30 - 13.30 **Sessione III. La Sindrome Coronarica Acuta**
Coordinatore: G. Rasetti
Moderatori: F. Bovenzi, C. Di Iorio

Ore 11.30 - 11.45 **Gestione del paziente con infarto miocardico acuto in Ospedali senza Emodinamica: Focus sulla fibrinolisi**
L. Minutiello

Ore 11.45 - 12.00 **Che tipo di stent nello STEMI? Stent medicato**
G. Binetti

Ore 12.00 - 12.15 **Che tipo di stent nello STEMI? Stent non medicato**
F. De Remigis

Ore 12.15 - 12.30 **Il follow-up del paziente con sindrome coronarica acuta stabilizzato**
M. Del Pinto

Ore 12.30 - 13.30 **Tavola Rotonda**
Moderatore: G. Ilari
Discussants: A. Pangrazi, F. Prosperi, A. Mori, M. Bazzucchi, R. Liberati, L. Paloscia, N. Maddestra

10

"La Cardiologia che ci unisce" - Venerdì 11 Aprile 2008

Ore 13.30 - 15.30 **Lunch**

Ore 15.30 - 17.30 **Sessione IV. Il paziente ad alto rischio cardiovascolare**
Coordinatore: P.L. Capone
Moderatori: C. Cavallini, L. Moretti, G. Maragoni

Ore 15.30 - 15.45 **Quali pazienti ipertesi sono realmente ad elevato rischio coronarico e cerebrovascolare?**
F. Angeli

Ore 15.45 - 16.00 **Diabete, dislipidemia e sindrome metabolica**
A. Consoli, G. Formoso

Ore 16.00 - 16.30 **Lettura: Il blocco completo del sistema renina-angiotensina nel paziente ad alto rischio cardiovascolare. I risultati dello studio ONTARGET.**
P. Verdecchia

Ore 16.30 - 17.30 **Tavola Rotonda**
Coordinatore: E. Mennoia
Discussants: S. Moretti, C. Palpacelli, G. Tarsi, M. Persico, R. Di Giovambattista, A. Giannandrea, V. Ciampini

Ore 17.30 - 18.00 **Coffee break**

11

Figura 3

"La Cardiologia che ci unisce" - Venerdi 11 Aprile 2008

Ore 17.30 - 20.30 **Simposio F.I.C. Implementazione regionale delle linee guida sullo scompenso cardiaco.**
Coordinatore: D. Gabrielli
Moderatori: G. Di Pasquale, M. Penco

Ore 17.30 - 17.45 **La situazione nelle Marche**
A. Deales

Ore 17.45 - 18.00 **La situazione in Umbria**
G. Ambrosio

Ore 18.00 - 18.15 **La situazione in Abruzzo**
A. Vacri

Ore 18.15 - 18.30 **E' possibile pensare a un percorso comune nelle 3 regioni ?**
F. Di Stanislao

Ore 18.30 - 20.30 **Tavola Rotonda**
Coordinatori: L. Piccioni, S. Gallina
Discussants: G. Gregori, R. Accardi, C. Martino, R. Panciarola, S. Sturbini, I. Paolini, F. Salvati

Ore 21.00 **Cena sociale**

12

"La Cardiologia che ci unisce" - Sabato 12 Aprile 2008

Apertura seggi elettorali (8.00 - 12.00)

Ore 9.00 - 9.30 **Lettura: Cuore e Diabete. Cosa sta cambiando?**
G.P. Perna
Presentazione: V. Conti

Ore 9.30 - 11.30 **Sessione V: Imaging Cardiovascolare**
Coordinatore: M. Manfrin
Moderatori: N. Ciampani, S. Mandorla

Ore 9.30 - 9.45 **Ruolo dell'angio-TAC nei pazienti con sospetta cardiopatia ischemica**
G. Marziali

Ore 9.45 - 10.00 **Le metodiche di medicina nucleare nel follow-up del paziente sottoposto a rivascolarizzazione miocardica**
M. Mazzanti

Ore 10.00 - 10.15 **Le nuove tecniche ecocardiografiche nella selezione dei pazienti da sottoporre a RCT**
E. Carluccio

Ore 10.15 - 11.30 **Tavola Rotonda**
Coordinatore: C. Napoletano
Discussants: E. Mariotti, M. Canestrari, D. Ciliberti, M.G. Sardone, D. Bovelli, G. Levantesi

Ore 11.30 - 13.00 **Tavola rotonda cardiochirurgia: Up-to-date sulle bioprotesi.**
Coordinatore: C. Munch - Moderatori: G.L. Morgagni, G. D'Orazio
Discussants: G. Iacobone, M. Cecconi, A. Mazzola, G. Di Giammarco, S. Cicogna, F. Gaeta, T. Ragni, A. Pardini

Ore 13.00 - 13.15 **Questionario di valutazione**
Ore 13.15 **Proclamazione risultati elettorali**
Ore 13.30 **Lunch**

13

Figura 4

partecipanti e dalla fama dei Relatori e Moderatori (proponiamo per brevità, e per non dimenticarne alcuno, il programma nella Figura 3).
Nel pomeriggio da segnalare gli altri splendidi Simposi, il primo sul Paziente ad Alto Rischio Cardiovascolare, distinto fra l'altro dal contributo di Paolo Verdecchia e che ha stimolato una vivace discussione visti gli argomenti trattati; il secondo Simposio del pomeriggio è stato quello FIC, moderato da G. Di Pasquale e M. Penco, che ha visto una integrazione veramente significativa fra le relazioni tenute dalla parte pubblica (ARS Marche ed Abruzzo), universitaria (Prof. G. Ambrosio) ed ospedaliera (Figura 4) ed ha stimolato una vivacissima discussione nonostante la tarda ora prevista per il termine. La serata si è conclusa con la cena sociale che è stata animata da uno splendido spettacolo di cabaret.
La giornata di sabato ha visto la lettura magistrale su Cuore e Diabete (tenuta dal Dott. G.P. Perna) ed il Simposio sull'Imaging Cardiovascolare, nonché la Tavola Rotonda cardiochirurgica (Figura 4), che hanno concluso degnamente il Convegno.
Al termine sono stati proclamati i risultati delle Elezioni per il rinnovo dei Consigli Direttivi Regionali e ci si è dati appuntamento a breve per rinnovare questa splendida esperienza.

Figura 5 - Il nostro Presidente inaugura il Congresso

Figura 6 - Gruppo "allegro"

Figura 7 - Gruppo in un "interno"

Figura 8 - Durante i lavori congressuali

Considerazioni conclusive

Innanzitutto desideriamo ringraziare tutti gli amici e colleghi che hanno preso parte al Congresso e ne hanno consentito la realizzazione ed il successo, anche a costo di sacrifici personali, che abbiamo molto apprezzato.
Un grazie particolare a Gerardo Rasetti ed a Marcello Manfrin per aver creduto da anni a questo progetto, cosa che ci ha indotti a perseguirlo con decisione ed impegno. Un grazie ancora a Guglielmo De Curtis, che in qualità di Presidente del Convegno ed ospitante, si è sobbarcato un lavoro estenuante e che ha dato risultati eccellenti. Un grazie di cuore alla "nostra" Franca Lorefice, sempre preziosa ed efficiente. A consuntivo della manifestazione rimane la soddisfazione di una importante partecipazione di pubblico nonostante le ben note contemporaneità di eventi di questo periodo, a testimonianza che quando i progetti sono validi bisogna avere il coraggio di attuarli.
In conclusione possiamo testimoniare la soddisfazione per una esperienza gratificante dal punto di vista scientifico, e questo potrebbe essere ovvio, ma soprattutto dal punto di vista umano perché chi ha partecipato ha potuto veramente rendersi conto del clima di estrema collaborazione ed amicizia (Figure 5 - 6 - 7- 8) che ha permeato tutte le giornate e che è forse il risultato più bello, perché ha dato reale pregnanza al leit motive "la Cardiologia che ci unisce".

Il 15 aprile 2008 in Puglia la Campagna Educazionale Nazionale Cardiologie Sicure: Gestione del Rischio Clinico

Errando discitur!

di P. Caldarola e A. Matera

Negli Ospedali italiani si muore come a Bagdad!! Pensano questo milioni di Italiani in seguito alla diffusione da parte dei media delle cifre allarmanti sulle morti causate dagli errori medici. Tali dati, diffusi senza alcuna verifica dell'attendibilità delle fonti e privi di fondamento statistico e scientifico, servono a creare solo inutili allarmismi.
È certo che gli errori medici e le disfunzioni organizzative sono fonte di danni ai pazienti, ma è pur vero che tali situazioni sono spesso conseguenza dell'operato di un management sanitario poco attento a risolvere le criticità organizzative. Del resto non solo il paziente, ma anche il medico ed ogni professionista che lavora nel Sistema Sanitario dovrebbe essere tutelato dagli effetti perversi della "mala - organizzazione".
Detto con franchezza, il tema della sicurezza nelle nostre strutture cardiologiche ci coglie spesso impreparati. Immersi come siamo nell'attività clinica quotidiana fatta di terapia intensiva, di attività diagnostiche in costante evoluzione tecnologica, di farmaci e dispositivi vecchi e nuovi, di consulenze per il Pronto Soccorso e per altre strutture del nostro Ospedale, di rapporti con medici, infermieri, pazienti e parenti, evitiamo di pensare che in queste ed altre situazioni si può nascondere l'insidia di un errore clinico.
Certo la Cardiologia si colloca abbastanza più in basso nella triste classifica dei procedimenti giudiziari a carico di medici, ma l'evoluzione tecnologica progressiva della nostra specialità e l'incremento delle prestazioni ad essa richieste, ci spingono a tenere alta la guardia sui possibili "buchi" di sistema, anzi ad imparare a riconoscerli e a gestirli. È per questo che il Consiglio Direttivo dell'ANMCO Puglia ha aderito prontamente alla Campagna Educazionale Nazionale sulla gestione del Rischio Clinico in Cardiologia.
Tema che ha visto raccolti a Bari, il 15 aprile, circa 200 partecipanti tra Direttori di struttura complessa, ospedalieri ed universitari, Dirigenti ed Infermieri interessati all'argomento.
Presentata la Campagna da Alessandro Boccanelli, Coordinatore del Comitato Esecutivo Nazionale, e da Pasquale Caldarola, Presidente Regionale ANMCO, la giornata si è articolata

intorno ai temi in programma avvalendosi di Cardiologi della nostra regione (Michele Accogli, Filippo Boscia, Michele Cannone, Carlo D'Agostino, Italo De Luca, Stefano Favale, Antonio Matera, Giacinto Pettinati, Fabio Tiecco) e del contributo qualificato di Antonio Mafrici, Presidente Regionale della Lombardia, che ha suscitato grande interesse portando in maniera chiara esempi pratici dei più comuni errori in Cardiologia, di Sandra Niccolai di Firenze, che si è soffermata sui requisiti da richiedere ai dispositivi medici e le precauzioni da adottare nel loro utilizzo, e di Giuseppe Rosato, esperto nelle problematiche del Management Sanitario. Il tutto con un approccio multidisciplinare che ha visto in campo anche un Magistrato (Dott. M. Ruggiero), un Avvocato (Dott. Coccioli), un Medico Legale (Prof. A. Dell'Erba), un Responsabile di un ufficio gestione del rischio (Dott. G. Perilli), il Direttore presso l'ARES dell'Area Emergenza Sanitaria e Governo Clinico (Dott. F. Bux, Cardiologo). Hanno presenziato anche alcuni Direttori Generali o Sanitari delle Aziende Sanitarie pugliesi. Il Dott. Bux ha riferito che in Puglia, dove vengono ricoverate circa 800.000 pazienti l'anno, gli errori potrebbero oltrepassare i 30.000 eventi e le morti per errore medico potrebbero variare tra 500 e 2000 casi, assumendo come validi i dati di letteratura internazionale. Il dato certo è, invece, quello rappresentato da 8.222 morti avvenute negli Ospedali della nostra Regione nel corso del 2006. Pertanto, è indispensabile adottare una iniziale selezione/scrematura dei decessi, tra quelli valutati come inevitabili e quelli per i quali non c'è una valutazione unanime, necessaria a sgombrare i dubbi. Una Revisione tra pari dei decessi, (mortality peer review) permetterà innanzitutto di escludere grossolane lacune di tipo organizzativo, valuterà se la prestazione erogata ha rispettato le best practices diagnostico - terapeutiche, cercherà di individuare le eventuali cause che hanno portato a disattenderle. Quando, al termine della revisione, si valuterà che non tutto è stato rispettato dal punto di vista organizzativo e/o dal punto di vista dei migliori percorsi diagnostico terapeutici, il decesso passerà ad una analisi più approfondita, cioè alla Root Cause Analysis (RCA), tesa ad identificare le "cause che sono alla radice" del problema. Il Dott. Gianni Perilli, responsabile dell'Ufficio di Gestione del Rischio della ex BA/2, ha portato la sua esperienza, maturata anche negli Stati Uniti, proponendo la Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) come un valido strumento in grado di scoprire l'errore prima che diventi danno; se infatti la RCA e un processo "reattivo", svolto a valle, come risposta a posteriori ad un evento, la FMEA è un processo "proattivo", svolto a monte, a prescindere dagli esiti della prestazione sanitaria erogata. Questa metodologia, che misura numericamente l'indice potenziale di rischio in ogni fase del processo organizzativo e che individua la fase di massimo pericolo per il paziente, è stata già con successo ed efficacemente applicata in Puglia nella ex ASL BA/2 e risulta immediatamente riapplicabile in tutti i casi in cui statisticamente la Struttura Complessa Ospedaliera ha un alto numero in atto di contenziosi legali. Grande interesse ha suscitato l'intervento del Sostituto Procuratore del Tribunale di Trani, Dott. Michele Ruggiero, che ha parlato di Responsabilità medica come regime speciale. Il regime della responsabilità medica si configura, infatti, come un sistema composito, in cui si deve considerare non solo il rapporto diretto medico - paziente, quanto piuttosto il complesso dei rapporti che, oltre a quello di tipo personale, si istituiscono nel momento in cui un soggetto (paziente) diviene destinatario di prestazioni mediche di ogni tipo: diagnostiche, preventive, ospedaliere, terapeutiche, chirurgiche, estetiche, assistenziali, ecc. Grande importanza ha attribuito al linguaggio da adottare nelle relazioni e in aula di Tribunale. Negli scritti, in particolare nelle relazioni ed in aula, tutto ciò che è routinariamente vissuto dal Cardiologo deve essere trasferito ai giudici e agli avvocati, che non sono medici, né Cardiologi, in maniera semplice e chiara. È fondamentale che ogni atto o dichiarazione formale si basi su un percorso logico, presentato in modo

chiaro e comprensibile, con riferimenti precisi e dati completi, specie quando sia necessario illustrare le ragioni di una scelta che poteva avere alternative. Altro argomento fondamentale nel rapporto medico - paziente è quello della corretta informazione e del consenso informato. Il medico non può agire, salvi i casi di intervento in extremis e di necessità, senza il consenso del paziente. La formulazione del consenso presuppone una specifica e puntuale informazione che deve provenire dallo stesso sanitario cui è richiesta la prestazione professionale. L'informazione deve porre il paziente nelle condizioni di valutare e soppesare i rischi e le conseguenze che l'atto medico potrebbe comportare. Quindi il suggerimento pratico è quello di un Utilizzare opuscoli informativi semplici, possibilmente redatti dalle società scientifiche con linguaggio idoneo alla comprensibilità da parte del paziente, rivisto da un consulente legale e da un comitato di bioetica. Il Dott. Ruggiero si è infine soffermato sulla problematica della responsabilità medica nell'attività d'equipe. Si è spesso ritenuto che, siccome il capo equipe ha obblighi organizzativo - didattici, nonché valutativi della capacità dei suoi collaboratori e svolge un ruolo di controllo e di coordinamento, su di lui grava l'obbligo di prevedere e quindi di impedire il comportamento imprudente, negligente, imperito degli altri partecipanti alla prestazione sanitaria. La giurisprudenza sembra attualmente orientarsi verso il principio secondo cui ciascun partecipe alla prestazione sanitaria complessa risponde del corretto adempimento dei doveri di diligenza e perizia inerenti ai compiti che gli sono affidati senza essere gravato per principio dall'obbligo di sorvegliare il comportamento altrui; un obbligo di controllo e di sorveglianza compete al soggetto che, per la particolare sua posizione giuridica di supremazia gerarchica, è chiamato proprio a dirigere e coordinare le prestazioni dei collaboratori. Detto soggetto è in sostanza investito di una sorta di posizione di "garanzia" del corretto svolgimento della prestazione di squadra ed ha il dovere di controllo e coordinamento delle attività dei collaboratori. L'ultima relazione della giornata, trattata dall' Avv. Coccioli, esperto in problematiche sanitarie ed assicurative, ha avuto per tema il Rischio Clinico e la tutela professionale, con particolare riferimento all'offerta assicurativa. Sono state esposte le ragioni per cui si rende necessario valorizzare la gestione del contenzioso con la diretta partecipazione dei soggetti coinvolti, facendo interagire fra loro, soprattutto nelle controversie civili, le strutture amministrative e legali preposte alla difesa dell'azienda con quelle sanitarie. Un corretto contraddittorio tra azienda/medico, assicurazione e danneggiato che può espletarsi auspicabilmente in forme conciliative, consente una maggiore tutela dell'efficienza e dell'immagine dell'azienda, contribuendo da una parte a realizzare più compiutamente la funzione istituzionale e dall'altra a resistere a richieste ritenute infondate se non pretestuose. Sono stati poi affrontati i temi legati alla copertura assicurativa aziendale ed ai punti di criticità legati soprattutto alla ristrettezza del mercato ed all'affermarsi di polizze e clausole di derivazione anglosassone. Negli ultimi anni si è progressivamente passati da coperture tradizionali, operanti anche dopo la scadenza del contratto e per tutto il tempo di prescrizione (oramai decennale) del diritto al risarcimento dei danni (garanzia c.d. loss occurance), a polizze claims made, che coprono il rischio soltanto alla duplice condizione che nel periodo previsto dalla polizza l'evento dannoso si sia non solo verificato ma sia stato reclamato (con la conseguente inoperatività della polizza scadente per esempio il 31/12 nel caso in cui il danno - sinistro, pur verificatosi entro quella data, venga reclamato anche un solo giorno dopo la stessa data). I correttivi ("retroattivi-

tà" e "postuma"), essendo sganciati da parametri predeterminati, sono in realtà eventuali e soprattutto costosi. Di qui la necessità di un confronto sul tema con le aziende di appartenenza affinché vengano stipulate coperture assicurative idonee e non rapportate al solo parametro dei costi e la opportunità che i gruppi associati si impegnino nella ricerca di polizze individuali standardizzate; queste potrebbero garantire il Cardiologo dalla insufficienza/inidoneità della polizza aziendale prevedendo, per esempio, copertura per la colpa grave ed il pagamento delle spese legali, sia alla controparte che al proprio legale, generalmente designato, specie nel processo penale, su basi fiduciarie. Se un paziente, che si rivolge alla struttura sanitaria con una domanda di assistenza che migliori la sua condizione di salute, riceve al contrario un danno dall'atto sanitario, si assiste al fallimento non solo della singola prestazione, ma dell'intero sistema che viene meno allo scopo per il quale è stato concepito. Ormai è tempo di pensare alla sicurezza come ad un requisito fondamentale del sistema e all'evento avverso come al frutto di una interazione tra fattori tecnici, organizzativi e di processo piuttosto che alla conseguenza di un singolo errore umano. Ciò che serve è un sistema che renda possibile la rilevazione di tutti gli errori, anche quelli che non hanno generato un evento avverso, consentendone l'analisi approfondita e la ricerca delle cause, al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato. Punto chiave, oggi, deve essere lo sviluppo di una "cultura del rischio", centrata su una logica orientata alla prevenzione e fondata sulla convinzione che gli errori rappresentano, se adeguatamente analizzati, preziose opportunità di apprendimento. Progettare sistemi di cura finalizzati alla prevenzione degli errori non è semplice, in quanto l'errore prodotto da un sistema organizzativo è fisiologico e, per quanto si possano attivare numerose attività di prevenzione e riduzione del rischio, l'errore rimane di fatto incancellabile da organizzazioni dedicate alla salute; tuttavia è doveroso tentare di ridurre il più possibile il numero di errori, implementando un' organizzazione settata sulla sicurezza del paziente e l'affidabilità dei professionisti competenti. Tutto questo sarebbe inconcludente se non si traducesse in progetti concreti di riduzione del rischio; la metodologia, già seguita in alcune ASL pugliesi, ha permesso di individuare Piani di Azioni Correttive sia isorisorse sia prevedendo risorse aggiuntive da investire. A sentire le impressioni nel corso della giornata, si coglie che nelle Cardiologie pugliesi c'è sensibilità al tema e grande attenzione nella gestione delle attività cliniche nel prevenire possibili errori. Si avverte invece la carenza di progetti organici nei reparti e negli Ospedali, capaci di "costringere" gli operatori a interagire all'interno della stessa struttura e fra le varie strutture in sintonia con la Direzione Sanitaria, il cui ruolo si avverte ancora carente nell'organizzare e gestire il Rischio Clinico in Ospedale. La Regione Puglia, all'interno dell'Agenzia Regionale per la Salute, si è dotata di un'area specifica, che ha cominciato a muovere i primi passi. Intanto la Campagna avviata dall'ANMCO ha il pregio di gettare un sasso nello stagno, dal basso, con l'auspicio di avviare una cascata formativa che raggiunga capillarmente tutti gli operatori delle strutture cardiologiche pugliesi. Contiamo molto di tessere una Rete Regionale per la Gestione del Rischio Clinico in Cardiologia e questo potrebbe essere il primo passo del nostro cammino, il cui testimone consegniamo al prossimo Consiglio Direttivo Regionale.

ANMCO - Sicilia: giro di boa

Una Associazione che si rinnova per cercare di governare il cambiamento

di Alberto Carrubba

Alla scadenza del mandato, è doveroso cercare di fare una sintesi di quanto è stato fatto e soprattutto di quanto non è stato fatto, cioè dei punti critici di sviluppo dell'Associazione. Dal momento del suo insediamento, il Consiglio Direttivo Regionale ha delineato l'esigenza di un rinnovamento. Un rinnovamento che parte dalla percezione di una Cardiologia che sta cambiando, dentro un mondo sanitario che sta cambiando. I nostri pazienti, e le loro necessità assistenziali, sono ben diversi da quelli di venti anni fa: sempre più anziani, con sempre maggiori necessità e comorbidità, che richiedono sempre meno il singolo atto medico e sempre di più un approccio complessivo e continuato. A fronte di questo la risposta sanitaria continua ad essere frammentata, sia per l'evoluzione tecnologica, che negli ultimi anni ha favorito la superspecializzazione, sia per la deriva economicistica all'interno della gestione medica, con le pressioni aziendali a fare sempre di più con sempre meno risorse. È il paradosso che ognuno vive giornalmente nel proprio Reparto, quello di una Direzione aziendale che ti viene costantemente a fare i conti di quel che spendi e ricevi e non sa nemmeno quale sia la tua mortalità per infarto acuto.

Dentro questa cornice, due anni fa avevamo individuato alcuni punti critici: il confronto con gli Enti regolatori, la necessità di dati oggettivi di riferimento, la credibilità dell'Associazione, sia all'esterno, sia in riferimento ai singoli Soci, che devono poter vedere l'ANMCO come uno strumento di interlocuzione complessivo, che da una parte fornisce servizi utili ai singoli, dall'altra parte riesce ad essere espressione unica e chiara delle esigenze dei Cardiologi Ospedalieri e soprattutto dei loro pazienti.

Il progetto Task Force

Per tradurre questi obiettivi in termini operativi abbiamo organizzato quattro task force: Ricerca, Percorsi, Risorse, Formazione. Gli scopi erano rispettivamente: analizzare le cause della scarsa produzione scientifica cardiologica in Sicilia e individuare i possibili correttivi; valutare i percorsi delle principali forme di cardiopatia nella nostra regione, verificarne la congruità con la buona pratica clinica e proporre eventuali interventi correttivi; analizzare le risorse della Cardiologia Ospedaliera in Sicilia e valutare se questa disponibilità è congrua in termini quantitativi e distributivi; individuare i bisogni e le opportunità formative della Cardiologia siciliana. Pur camminando a diverse velocità, tutti questi progetti sono andati avanti. La TF Ricerca ha chiamato a raccolta tutti i Soci interessati e, dopo una serie di riunioni per area e un workshop sulla metodologia della ricerca svolto da Aldo Maggioni, ha cominciato a produrre alcune ipotesi di ricerca, la prima delle quali è già all'esame del Comitato Scientifico Nazionale.La TF Percorsi ha sviluppato uno studio epidemiologico sui pazienti ricoverati nelle Cardiologie isolane, suddivisi per le principali diagnosi di accettazione: Sindromi Coronariche Acute, Scompenso Cardiaco, sincope ed aritmie. Questo studio, che ha visto la partecipazione attiva e fortemente motivata di molti Soci, in rappresentanza di quasi tutti i Reparti di Cardiologia siciliani, ha prodotto una interessantissima serie di dati, che sono stati presentati al Congresso Regionale del 2007 a Caltanissetta, e sono oggetto di una serie di comunicazioni al Congresso Nazionale di Cardiologia dell'ANMCO 2008.

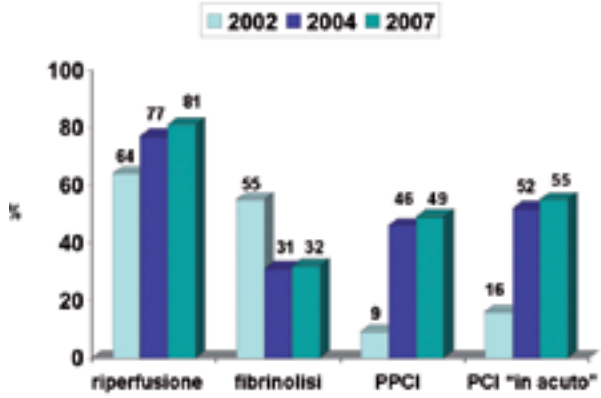


Figura 1 - Trattamenti riperfusionali in Sicilia

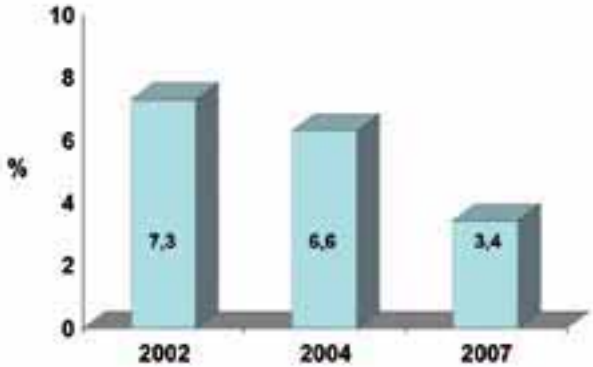


Figura 2 - Mortalità intraospedaliera per IMA

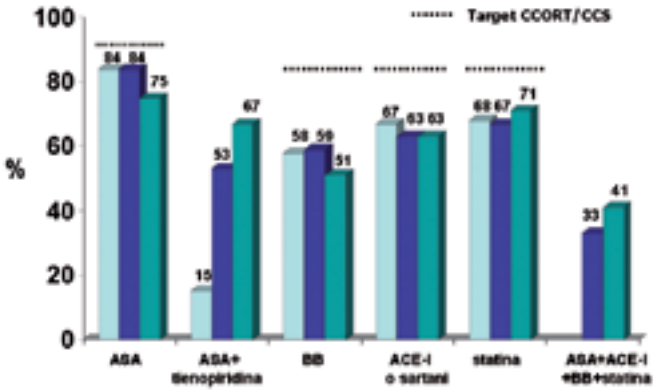


Figura 3 - IMA terapia farmacologica alla dimissione

La TF Risorse sta terminando la raccolta dei dati riguardanti le disponibilità logistiche e di personale, il tipo e l'entità dei servizi forniti da tutte le strutture cardiologiche ospedaliere. L'analisi di questi dati ci fornirà un utile strumento di lavoro per proporre a livello assessoriale una programmazione razionale della distribuzione delle risorse. La TF Formazione ha prodotto un programma di intervento, il cui sviluppo ha già visto l'esecuzione di due corsi destinati all'interpretazione e alla scrittura di un articolo scientifico. Accanto al lavoro svolto autonomamente, l'ANMCO Sicilia ha partecipato attivamente alle iniziative nazionali: "Cardiologie Aperte", "Prevenzione e primo soccorso dell'arresto cardiaco negli Istituti Penitenziari", "Cardiologie Sicure: gestione del rischio clinico", "Rete interospedaliera e linee guida per le sindromi coronariche acute". In particolare, nel corso di quest'ultima, che è stata sviluppata a latere al Congresso Regionale, è stato presentato un modello di implementazione a livello regionale del documento congiunto sulle Reti, elaborato dalla FIC e da altre Società. Questa iniziativa ha suscitato notevole interesse e dibattito, costituendo un realistico tentativo di superare l'impasse che attualmente grava sulla realizzazione di una Rete organica per la gestione delle SCA in Sicilia.

Il Congresso Regionale

L'impegno più faticoso e difficile, almeno per chi scrive, è stato certamente il Congresso Regionale 2007. Difficile perché il 2007 è stato un anno difficile per trovare i fondi necessari, difficile perché Caltanissetta non è una facile sede congressuale, ma volevamo a tutti i costi fare il Congresso in una città su cui era necessario accendere i riflettori, dato il disinteresse della classe politica per la situazione sanitaria delle zone interne, difficile perché volevamo adattare il Congresso su moduli più compatti e partecipati, cercando di parlare di più di ciò che facciamo e di problemi che incontriamo. Lasciando il giudizio sulla qualità agli utenti, il risultato partecipativo è stato lusinghiero, con oltre 300 partecipanti, aule piene, comunicazioni affollate, un Cardionursing e un Cardiogeneralist molto seguiti. I rapporti intersocietari sono nettamente migliorati.
Accanto a una tradizione di ottima collaborazione con AIAC e GICR, che vedono un simposio congiunto nell'ambito del nostro Congresso, si sta sperimentando una via collaborativa complessiva, attraverso un Congresso congiunto di 13 sigle associative cardiologiche. L'ANMCO ha manifestato alcune perplessità metodologiche su un percorso unitario che sarebbe dovuto partire dal basso, cioè dal confronto su temi e problemi gestionali ed organizzativi.
Tuttavia, ritenendo di dovere ugualmente tentare di giungere all'obiettivo di una Cardiologia che parli un linguaggio comune, ha deciso di partecipare a questa iniziativa, richiedendo che nell'ambito di questo Congresso esista una fase assembleare di discussione organizzativa.

Ciò che non è stato fatto

Non mettere in evidenza anche le ombre, ciò che non si è fatto, non sarebbe corretto e, soprattutto, non darebbe al nuovo Direttivo, strumenti con cui affrontare criticità che si sono manifestate.
Innanzitutto la necessità di una comunicazione agile con i Soci. Comunicare per posta è costoso e lento. È indispensabile riuscire a creare una mailing list aggiornata e completa, organizzare una newsletter periodica, rendere il sito web www.anmcosicilia.it un vero e proprio strumento di lavoro per i Soci.
Occorre un maggior impegno per le aree a livello regionale. Uno sviluppo sul territorio del lavoro di area può portare sviluppi molto interessanti e coinvolgere di più i Soci nell'attività ANMCO. È indispensabile una maggiore rapidità nello sviluppo delle iniziative. Belle idee che richiedono due anni per arrivare alla fase operativa rischiano di perdere di mordente.
Infine, occorre un dialogo più serrato col decisore politico che, speriamo, sia finalmente entrato in un periodo di stabilità. Al termine di questo bilancio conclusivo approfitto di questo spazio per ringraziare i colleghi (ora anche amici) del Direttivo per la passione e lealtà con cui mi hanno sostenuto in questi due anni, per ringraziare tutti i Soci per avermi dato questo splendido momento di sviluppo professionale e per augurare al mio successore ed amico, Abele Ajello, un buono e sereno lavoro.

Qualità certificata nelle Cardiologie della Toscana: obiettivo raggiunto

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

La certificazione è un processo di auto - responsabilizzazione e di trasparenza

La certificazione ISO 9001 al progetto "Miglioramento e sviluppo organizzativo per le Unità Operative di Cardiologia della Regione Toscana", realizzato con il prezioso contributo educazionale regionale di AstraZeneca, non è stata perseguita con lo scopo di raggiungere un attestato di cui effigiarsi, ma con la volontà di accrescere una cultura organizzativa capace di mettere in discussione e di verificare l'efficienza e l'efficacia di consolidati "modus operandi". Perseguire la certificazione del proprio modello organizzativo deve infatti rappresentare una volontà concreta di miglioramento continuo teso all'incremento della qualità e della sicurezza delle prestazioni offerte. Tale volontà si esplicita da un lato in un dimostrato livello di conformità ai requisiti della norma e dall'altro nella garanzia del livello del servizio offerto. Affinché ciò si verifichi, risulta determinante la credibilità con cui l'organizzazione si auto - responsabilizza nel rispettare le regole stabilite e nella pragmaticità di misurare i risultati raggiunti, secondo criteri di trasparenza verso l'interno e verso l'esterno della struttura.

Il ruolo della Direzione nella certificazione della Unità Operativa

Affinché il percorso di miglioramento continuo possa attecchire e risultare credibile è necessario prima di tutto che la Direzione si impegni a promuovere una coerente e sostenibile politica per il miglioramento, espressione di una forte volontà e capacità di indirizzo verso il governo clinico. Dimostrare quindi di "crederci, prima di pretendere che gli altri si attivino". La Direzione gioca un ruolo essenziale in un processo di certificazione: i principi etici e valoriali del management pretendono coerenza tra quanto affermato e quanto perseguito, oltre ad una forte capacità di ascolto e di proposizione. L'organizzazione è fatta dalle persone e di persone, concepita nello specifico da pochi per il lavoro

di tanti: è importante dare l'esempio, essere coerenti, essere leader in ogni processo che configura cambiamento e innovazione. I principi della condivisione e della misurabilità (contrapposta alla autoreferenzialità) sono cardini portanti di un processo ad alto valore aggiunto, quello della "gestione della conoscenza", dove l'esperienza e la peculiarità dell'individuo possono e devono diventare patrimonio del gruppo. In questa ottica l'approccio legato all'ottenimento ed al mantenimento della certificazione può diventare un elemento importante perché capace di rafforzare gli elementi "soft", pur fondanti, sui quali l'organizzazione si fonda: la comunicazione, il lavoro di gruppo, il confronto, le scelte decise sulla base di dati oggettivi, la cultura della organizzazione. Apprendere non significa solo informare, ma fare esperienza per cercare di cambiare e di conseguenza abbandonare quel rischioso "senso di ineluttabilità delle cose", cioè rifiutare per principio la percezione che i difetti e le criticità presenti non possano essere affrontati ed eliminati perché ormai troppo radicati. Questi delicati equilibri tra "voglia di fare" e "senso di inamovibilità" devono essere gestiti e guidati da chi ha ruoli dirigenziali a tutti i livelli.

Il percorso realizzato e i risultati raggiunti

Il grafico mette in evidenza la necessità, in un qualunque progetto di miglioramento organizzativo, di collegare gli obiettivi con il piano di azioni di miglioramento (scaturenti dall'analisi organizzativa effettuata a livello di gestione risorse e processi) e con la successiva verifica di efficacia mediante il monitoraggio degli opportuni indicatori. Il miglioramento misurato diventa elemento di trasparenza verso i vari portatori di interesse oltre a consentire l'attivazione di un processo di comunicazione basato sulla condivisione delle criticità da superare, delle strategie da adottare e della misurazione dei risultati ottenuti (lavoro di squadra).
La certificazione di qualità, avviata circa un anno fa, vuole rappresentare in Toscana un nuovo modo di intendere e gestire le complessità clinico-organizzative di una Unità Operativa di Cardiologia. Questo progetto "certificato" rimane semplicemente un punto di partenza dall'imminente validazione del percorso di miglioramento legato, sin dalle prime fasi dell'iniziativa, alla definizione degli obiettivi, all'analisi dell'esistente, alle possibili azioni di miglioramento, alla ricerca contestuale di elementi e indicatori che possano essere trasversalmente omogenei per garantire misurabilità dei risultati auspicati. Sono stati condivisi con tutti i criteri e sono state adottate le modalità per:
- la stesura della politica per il miglioramento (obiettivi e impegni formalizzati);
- la gestione delle risorse umane e tecnologiche (valutazione delle ricadute della formazione nella organizzazione, attività di controllo da parte della Unità Operativa nel processo di manutenzione e taratura di apparecchi, strumenti, impianti tecnologici soggetti a controllo, aggiornamenti e assistenza esterna;
- l'analisi e gestione dei processi e dei percorsi in ottica di riduzione dei rischi e di incremento dei livelli di appropriatezza (profili dei rischi nei vari percorsi legati a patologia paziente, indici di priorità dei rischi, piano delle azioni preventive, inclusi protocolli per incrementare l'appropriatezza nelle richieste di esami diagnostici, consulenze, utilizzo di farmaci e dispositivi);
- l'individuazione e monitoraggio di un panel di indicatori di riferimento verso cui ciascuna Unità Operativa si sta adoperando per avviare un confronto a tre livelli: con se stessa nel tempo, con altre Cardiologie della Regione e verso gold standard di riferimento dettati da linee guida, documenti e raccomandazioni di Società Scientifiche;
- la definizione e l'aggiornamento di un piano di azioni coerenti con gli obiettivi prefissati e con le risorse disponibili;
- l'avvio della stesura per ogni Unità Operativa di una carta dei servizi della quale prezioso strumento di comunicazione verso l'esterno.

Una "valvola di non ritorno"?

Il team di progetto, ANMCO - Cardiologie della Toscana - OPT, sarà impegnato nei prossimi mesi a completare e consolidare il modello organizzativo certificato, questo al fine di dimostrare nel tempo la propria efficacia e capacità di migliorare i risultati in termini di rendimento nelle singole Unità Operative di Cardiologia. È fondamentale rafforzare nel tempo una forte partnership con l'Ente di certificazione Bureau Veritas, leader indiscusso nel contesto socio - sanitario, quale ulteriore "garante istituzionale" del paziente, esterno alle Istituzioni, in modo da contribuire a fidelizzare al massimo i cittadini sull'affidabilità del nostro lavoro territoriale prestato in termini

di salute cardiovascolare offerta. I mesi da giugno 2008 a marzo 2009 risulteranno quindi decisivi per dare ulteriore credibilità e visibilità allo sforzo fin qui compiuto, divenendo anche una "valvola di non ritorno" nello spirito di cambiamento, innovazione e miglioramento. Il nostro augurio è che il solco tracciato grazie a questa iniziativa possa riscuotere interesse e vita anche in altre realtà regionali dell'ANMCO, magari rafforzandosi con il sostegno e l'impegno programmatico dell'Area Management & Qualità. Il Consiglio Direttivo ANMCO della Regione Toscana ringrazia tutti i Direttori delle Cardiologie e i loro Caposala che hanno creduto in questa importante sfida. Ringrazia tutto il personale medico e infermieristico che con interesse, personale sacrificio e grande dedizione hanno portato avanti il progetto nelle singole realtà. Non possiamo anche non ringraziare l'Ingegnere Oreste Pitocchi e la Dott.ssa Laura Amendola per l'assistenza e l'elevato grado di professionalità nella progettazione e sviluppo di questo articolato, complesso e duraturo progetto. Ci permettiamo di farlo anche a nome di tanti medici e infermieri, dei Coordinatori regionali aziendali del Rischio Clinico e della Qualità. Infine, ma non ultimo, ringraziamo l'AstraZeneca Italia, e in particolare il Dott. Alessandro Toscano, che in modo incondizionato ed encomiabile sotto ogni profilo educazionale, ha reso possibile la realizzazione di questo ambizioso progetto ANMCO

Tabella 1 - Certificazione del sistema di gestione per la qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001:2000

DOTT. G. M. SANTORO	**ASL 10 FIRENZE UNITA OPERATIVA DI CARDIOLOGIA NUOVO OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO FIRENZE**	12 maggio 2008
DOTT. S. BERTI	**ASL 1 MASSA CARRARA UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA ADULTI IFC CNR OSPEDALE PASQUINUCCI MASSA**	13 maggio 2008
DOTT. F. M. BOVENZI	**ASL 2 LUCCA UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA OSPEDALE CAMPO DI MARTE LUCCA**	14 maggio 2008
DOTT. G. CASOLO	**ASL 12 VERSILIA STRUTTURA COMPLESSA DI CARDIOLOGIA NUOVO OSPEDALE VERSILIA LIDO DI CAMAIORE LUCCA**	15 maggio 2008
PROF. G. GENSINI	**ASL 10 FIRENZE CARDIOLOGIA GENERALE 1 AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAREGGI FIRENZE**	16 maggio 2008
DOTT. A. ZUPPIROLI	**ASL 10 FIRENZE UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA OSPEDALE SANTA MARIA ANNUNZIATA BAGNO A RIPOLI FIRENZE**	19 maggio 2008
DOTT. S. M. DE TOMMASI	**ASL 5 PISA UNITA' OPERATIVA MALATTIE CARDIOVASCOLARI 2 OSPEDALE SANTA CHIARA AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA PISANA PISA**	20 maggio 2008
DOTT. M. GALLI	**ASL 6 LIVORNO UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA - UTIC OSPEDALI RIUNITI LIVORNO**	21 maggio 2008
DOTT. L. BOLOGNESE	**ASL 8 AREZZO DIVISIONE DI CARDIOLOGIA OSPEDALE SAN DONATO AREZZO**	22 maggio 2008
DOTT. W. VERGONI	**ASL 3 PISTOIA UNITA' OPERATIVA MALATTIE CARDIOVASCOLARI OSPEDALE DELLA VAL DI NIEVOLE PESCIA PISTOIA**	23 maggio 2008

Bilancio del biennio 2006 - 2008 del Consiglio Direttivo Regionale ANMCO del Veneto

di Giampaolo Pasquetto

Il Consiglio Direttivo Regionale del Veneto, insediatosi nel maggio 2006, vedeva un consistente rinnovamento dei componenti con quattro nuovi membri sui sette componenti. Dopo la prima fase di rodaggio nella quale è stato elaborato il programma per il biennio, l'attività si è svolta in modo costante con frequenti riunioni, sempre con partecipazione propositiva dei componenti, che ha portato alla realizzazione di varie iniziative.

Per favorire la comunicazione con tutti i Soci è stata creata una Newsletter periodica, inviata per e-mail a tutti gli iscritti, nella quale vengono riassunte le iniziative del Consiglio, gli eventi formativi programmati, gli studi e le pubblicazioni che riguardano i Soci del Veneto. Tale strumento è stato apprezzato da tutta la comunità cardiologica, ed ha sicuramente creato un rapporto diretto tra la base ed il Consiglio Regionale. In realtà tale rapporto, nelle intenzioni del Consiglio Direttivo, doveva essere biunivoco, intendendolo non solo diretto dal centro alla periferia, ma anche viceversa come occasione di dialogo, sfruttando la facile ed immediata possibilità della comunicazione online, per sondare l'umore dei Soci, raccogliere proposte, esigenze formative ed anche eventuali critiche. Auspichiamo

www.anmco.it/regioni/elenco/veneto

pertanto che la nostra casella di posta elettronica (anmcoveneto@yahoo.it) sia realmente un'opportunità per dare voce alle esigenze di tutti.
Uno dei tradizionali appuntamenti dell'ANMCO Veneto è sempre stata la riunione periodica sui Casi Clinici, rivolta soprattutto ai giovani colleghi che hanno l'opportunità di presentare in pubblico e discutere casi complessi, con revisione della letteratura sull'argomento in questione. Tali incontri si sono svolti a Vicenza nel gennaio 2007 ed a Montebelluna nel novembre 2007 ed hanno visto notevole ed interessata partecipazione, grazie anche alla formula sempre coinvolgente e stimolante di tali riunioni.
Tra le iniziative principali di questo Consiglio vi è stata la realizzazione a Padova nel febbraio 2007 della Campagna Educazionale Nazionale sulla "Rete Interospedaliera e Linee Guida per le Sindromi Coronariche Acute". A seguito di tale evento, che ha coinvolto anche i vertici della Sanità del Veneto, è stata formata una commissione regionale composta da Cardiologi rappresentanti delle Società Scientifiche e dai medici dell'urgenza, che ha prodotto un protocollo clinico - organizzativo che possa garantire la gestione appropriata dei pazienti con IMA, indipendentemente dal luogo dove viene formulata la diagnosi. Si è optato pertanto per la realizzazione di una rete assistenziale interospedaliera che coinvolga 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 loro, in applicazione di protocolli diagnostico - terapeutici e percorsi interospedalieri condivisi.
Il lavoro della Commissione ha prodotto un documento che è stato pubblicato come Delibera Regionale lo scorso dicembre ed è stato presentato ufficialmente sabato 10 maggio 2008 al Congresso Regionale, svoltosi a Legnaro (PD) presso la sede universitaria Agripolis. Il Congresso ha avuto come tema centrale le "Strategie Terapeutiche Attuali nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica".
Il Convegno ha ottenuto un buon successo grazie alla numerosa partecipazione ed all'elevato contenuto scientifico dovuto alla qualità dei relatori. Contemporaneamente si è svolto il Convegno Cardionursing Veneto, anch'esso con grande partecipazione degli infermieri delle nostre Cardiologie.
Altri numerose iniziative formative, su iniziativa dei vari Centri Cardiologici della Regione, con il patrocinio dell'ANMCO Regionale sono state realizzate in questo biennio, tutte di notevole interesse scientifico, a testimonianza della vivacità culturale dei Cardiologi veneti.
Desideriamo pertanto porgere il ringraziamento a tutti i Soci del Veneto, indistintamente, perché con il loro costante contributo in termini di adesione e condivisione delle iniziative da noi proposte hanno testimoniato l'orgoglio della partecipazione alla vita dell'ANMCO Regionale, permettendoci di migliorare la diffusione della cultura cardiologica nella nostra Regione.

Giuseppe Palazzo intervista Sebastiano Ardita

Direttore dell'Ufficio Centrale Detenuti e Trattamento del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Giuseppe Palazzo

Sebastiano Ardita

Dott. Ardita, si è conclusa da pochi mesi la Campagna Educazionale "Prevenzione e primo soccorso dell'arresto cardiaco negli istituti penitenziari", un progetto pilota che ha visto impegnati negli istituti penitenziari delle principali città italiane circa 200 Cardiologi Ospedalieri, con corsi teorico - pratici di primo soccorso alle emergenze cardiovascolari per il personale della polizia penitenziaria e con lezioni interattive con i detenuti sulle norme da adottare per prevenire le malattie del cuore. Qual è la sua impressione su questa esperienza e ritiene utile possa ripetersi?

Sicuramente positiva. L'evento può considerarsi un esempio di come sia possibile raggiungere elevati livelli di efficacia negli interventi assistenziali alla popolazione detenuta, quando all'azione amministrativa assicurata dallo Stato si affianca l'impegno di Associazioni scientifiche come l'ANMCO. Sicuramente la complessità dell'argomento delle emergenze cardiovascolari, e la rapida evoluzione delle conoscenze in questo settore, rendono auspicabile che l'evento formativo, che ha avuto il pregio di svolgere una prima importante opera di familiarizzazione e sensibilizzazione al problema, possa replicarsi negli anni futuri. Un ruolo centrale nella realizzazione dei prossimi interventi sarà svolto dal S.S.N., al quale verranno trasferite a breve tutte le competenze in materia di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta. (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, sottoscritto dal Presidente del Consiglio dei Ministri e dai Ministri della Salute e della Giustizia in data 01.04.2008, in attuazione di quanto previsto dall'art.2 comma 283 della Legge finanziaria 2008).

Dopo l'approvazione della legge 120 del 3 aprile 2001, sull'uso dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero, anche da parte di personale non sanitario (laico), purchè adeguatamente formato, il DAP è stata una delle prime istituzioni a dotare di un congruo numero di defibrillatori semiautomatici gli istituti penitenziari. Che impatto ha avuto questa iniziativa sulla sicurezza della popolazione carceraria?

Le più note cause di rischio cardiovascolare, il fumo in prima istanza, ma anche l'obesità, la ridotta attività fisica, l'ipertensione arteriosa, il diabete, sono molto diffuse nella popolazione detenuta. Da una rilevazione svolta dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, nel periodo aprile 2004 - settembre 2005,

su 105.752 schede raccolte, abbiamo evidenziato che i detenuti affetti da cardiopatie organiche erano 1.153, gli affetti da cardiopatia ischemica 1.713, quelli con disturbi del ritmo 908, i colpiti da insufficienza cardiaca grave 225. Tutto ciò nonostante l'età media della popolazione detenuta in Italia sia inferiore ai 40 anni. Da ciò è nata l'esigenza nel 2006 di produrre un Progetto Esecutivo d'Azione (PEA) che avesse come obiettivo la prevenzione dell'arresto cardiaco tra la popolazione detenuta italiana. Il progetto ha preso le mosse sulla base delle linee guida politico strategiche del Ministro della Giustizia per l'anno 2004. In considerazione del fatto che, in caso di arresto cardiaco improvviso, l'unica terapia praticabile efficace al di fuori degli ambienti sanitari è la defibrillazione precoce, e che la stessa può essere effettuata anche da personale "laico" ovvero non sanitario, quando debitamente formato e pertanto autorizzato alla sua esecuzione, abbiamo voluto dotare i nostri istituti di defibrillatori semiautomatici procedendo altresì alla formazione di personale sia sanitario che non, sul loro utilizzo.

Quali sono le difficoltà ad attivare in modo efficace interventi per uno stile di vita corretto a prevenire le malattie cardiovascolari in una popolazione che solo per una piccola parte rispetto al suo totale rimane detenuta per un periodo prolungato?

La sua domanda mi offre l'opportunità di sottolineare come la popolazione carceraria non costituisca una comunità stabile, né nei gruppi che la compongono, né per le singole individualità. Negli ultimi 10 anni abbiamo assistito all'aumento della percentuale dei migranti che tocca oggi quasi il 50% dell'intera popolazione detenuta. Si tratta di etnie e culture diverse per le quali a volte esistono anche difficoltà di comprensione della nostra lingua. È noto inoltre come il tempo di permanenza in carcere sia nella maggior parte dei casi inferiore a un anno, con un turnover quindi rapidissimo. Questo rende ragione di quanto sia difficile correggere lo stile di vita di questa massa di persone che provengono da realtà sociali diverse, tutte fortemente disagiate e che permangono nel penitenziario per tempi brevi, e di come risulti ancor più complesso portare a termine qualsiasi intervento che vada oltre la gestione dell'emergenza. Ancor di più, siamo consapevoli che il penitenziario costituisce un'occasione, forse l'unica per queste persone, di un contatto con servizi pubblici, ed è quindi un dovere morale per l'Amministrazione insistere con progetti educativi per la salute, nel campo della limitazione del fumo, delle abitudini alimentari, dell'attività fisica.

Su quali risorse economiche, può contare oggi il DAP per sostenere programmi di prevenzione, primo soccorso, formazione del personale? Mi risulta che oggi, in alcune regioni, ci siano difficoltà per far fronte alle normali necessità sanitarie. Quali sono le prospettive future?

Gli interventi in ambito di prevenzione della salute della popolazione

Campagna Educazionale "Prevenzione e primo soccorso dell'arresto cardiaco negli istituti penitenziari": le date e le sedi degli incontri

ISTITUTO	CITTA'	DATA	RESPONSABILE CORSO
CASA CIRCONDARIALE DI CATANIA - PIAZZA LANZA	CATANIA	VENERDÌ 13 APRILE 2007	Giuseppe Palazzo
CASA CIRCONDARIALE DI CAGLIARI - BUONCAMMINO	CAGLIARI	VENERDÌ 13 APRILE 2007	Paolo Bonomo
CASA CIRCONDARIALE DI CATANZARO	CATANZARO	VENERDÌ 13 APRILE 2007	Eliseo Ciccone
CASA CIRCONDARIALE ROMA - REGINA COELI	ROMA	VENERDÌ 13 APRILE 2007	Maurizio Burattini
CASA CIRCONDARIALE TORINO - LO RUSSO E CUTUGNO	TORINO	VENERDÌ 13 APRILE 2007	Brunella Demichelis
CASA CIRCONDARIALE TRIESTE	TRIESTE	VENERDÌ 13 APRILE 2007	Serena Rakar
CASA CIRCONDARIALE DI ASCOLI PICENO	ASCOLI PICENO	VENERDÌ 18 MAGGIO 2007	Mauro Persico
CASA CIRCONDARIALE DI FIRENZE - SOLLICCIANO	FIRENZE	VENERDÌ 18 MAGGIO 2007	Giuseppe Fradella
CASA CIRCONDARIALE GENOVA MARASSI	GENOVA	VENERDÌ 18 MAGGIO 2007	Marco Falcidieno
CASA CIRCONDARIALE DI BOLOGNA	BOLOGNA	VENERDÌ 25 MAGGIO 2007	Giuseppe Di Pasquale
CASA CIRCONDARIALE NAPOLI - SECONDIGLIANO	NAPOLI	VENERDÌ 25 MAGGIO 2007	Domenico Miceli

detenuta rientrano, dal 2000, nelle specifiche competenze del S.S.N.
Per quanto attiene la formazione del personale sanitario, l'Amministrazione penitenziaria, attraverso l'Istituto Superiore di Studi Penitenziari, la Direzione Generale del Personale e della Formazione e la Direzione Generale dei Detenuti e del trattamento, ha offerto cicli formativi sia a livello centrale (per dirigenti sanitari e medici con funzione di coordinamento regionale) che regionale, rispondenti ai criteri individuati come validi dal Ministero della Salute per i corsi di Educazione Continua in Medicina. Per il futuro sarà il S.S.N. ad assicurare la formazione del personale.

Tornando al progetto ANMCO - DAP, i Cardiologi partecipanti hanno segnalato, nei loro report, una impressione estremamente positiva sull'impegno e sul grado di apprendimento, di motivazione e qualità del personale della polizia penitenziaria, composta peraltro da molti giovani. Forse il lavoro svolto da queste persone rimane un po' nell'ombra. Cosa ci vuol dire al tal proposito?

Il Corpo di Polizia Penitenziaria costituisce per il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria una formidabile risorsa non solo per gli aspetti relativi alla sicurezza delle persone loro affidate, ma principalmente per il loro recupero sociale. Questi obiettivi vengono perseguiti attraverso una adeguata formazione professionale ed umana, che inizia nelle scuole e prosegue giorno dopo giorno nelle sedi di lavoro. Sono gli operatori a più diretto contatto con i ristretti, i primi a doversi confrontare con eventuali emergenze, anche sanitarie, che si possono verificare all'interno degli Istituti. Per tale motivo gli incontri formativi ed i corsi sulla prevenzione e gestione delle emergenze cardiologiche sono state correttamente colti come un'ulteriore opportunità di arricchimento professionale.
Un altro aspetto che è emerso dall'analisi dei nostri dati è stato il grado di attenzione dell'uditorio (sempre più multietnico) costituito dai detenuti. L'entusiasmo e l'interesse dimostrato dai detenuti possono essere spiegati nel fatto che sono stati chiamati a farsi "parte attiva" dei processi di prevenzione e cura della patologia cardiovascolare, una problematica che coinvolge tutti indistintamente a differenza per esempio di altre tematiche, oggetto di continui interventi, quali la tossicodipendenza, il disagio psichico, le malattie infettive, che appartengono a settori specifici di popolazione detenuta.

La Rete Integrata di assistenza cardiologica

di Giovanni Gregorio

In un luogo remoto, ormai indistinto, un uomo di nome Marco Polo, mentre racconta i suoi luoghi invisibili a Kublai Kan, descrive un ponte, pietra per pietra.
"Ma qual è la pietra che sostiene il ponte?" chiede Kublai Kan
"Il ponte non è sostenuto da questa o quella pietra," risponde Marco, "ma dalla linea dell'arco che esse formano".
Kublai Kan rimane silenzioso, riflettendo.
Poi soggiunse: "Perché mai parli delle pietre?
È solo dell'arco che mi importa".
Polo risponde: "senza pietre non c'è arco".
Le città invisibili, Italo Calvino, 1972

La grande crescita della Cardiologia, la rivoluzione tecnologica, lo sviluppo culturale e professionale dei Cardiologi hanno determinato la crisi dei modelli organizzativi che, per gran parte del secolo scorso, hanno caratterizzato i Sistemi Sanitari dei paesi industrializzati. Il vecchio concetto delle Divisioni e dei Servizi, chiusi in se stessi, è stato travolto dalla necessità di favorire assetti organizzativi tesi a superare la cosiddetta "Sindrome di Scilla e Cariddi" - una condizione cioè dominata da un lato dalla tendenza alla polverizzazione e alla frammentazione e dall'altro dal pericolo dell'assorbimento di singole attività cardiologiche in contenitori organizzativi afferenti a discipline diverse - per ricercare un modello organizzativo basato sulla unitarietà dell'approccio al malato, sulla condivisione dei percorsi e sulla continuità assistenziale, cosa che si è sostanzialmente identificata nell'affermazione del modello Dipartimentale e della Rete Integrata di Assistenza Cardiologia.

Riferimenti teorici

La Scienza delle Reti si è sviluppata traendo spunti da una serie di ricerche attinenti alla Teoria del Caos, alla Teoria della Complessità, alla Scienze Economiche e Sociali.
Una organizzazione a rete è un sistema complesso, per la cui implementazione è richiesta gradualità, una metodologia step by step ed una sensibilità al monitoraggio di tutti i segnali provenienti dal sistema.
Un sistema complesso:
- vive in equilibrio dinamico, tra una condizione di caos ed una di eccessiva staticità, consentendo il realizzarsi di interazioni (principio dell'equilibrio sull'orlo del caos), con possibilità di raggiungere soglie di salti organizzativi, per cui un fenomeno infinitesimale è in grado di innescare un processo a catene inarrestabile e globale (effetto farfalla), con la comparsa di fenomeni e forme organizzative nuove non prevedibili e non risultanti dalla sommatoria degli elementi che li producono (principio dell'emergenza), con assetti evolutivi non progressivi e lineari ma per salti che possono portare anche in sviluppi molto diversi (effetto biforcazione).
È la stessa vitalità organizzativa del sistema che produce l'organizzazione (principio dell'autoorganizzazione) e la possibilità che all'interno dell'assetto organizzativo generale si riscontrino in sottosistemi, livelli e unità la replicazione dei medesimi modelli organizzativi della globalità del sistema come nei frattali (principio ologrammatico);
- permette solo un determinismo debole in quanto la quantità di fattori in gioco, e le reciproche interazioni rendono impossibili forme rigide di previsione e controllo come nei sistemi lineari (principio della imprevedibilità), in quanto gli elementi che lo compongono sono dotati di attività di retroazione che può essere positiva/negativa e diretta/indiretta (proprietà di feedback) e possono avere la capa-

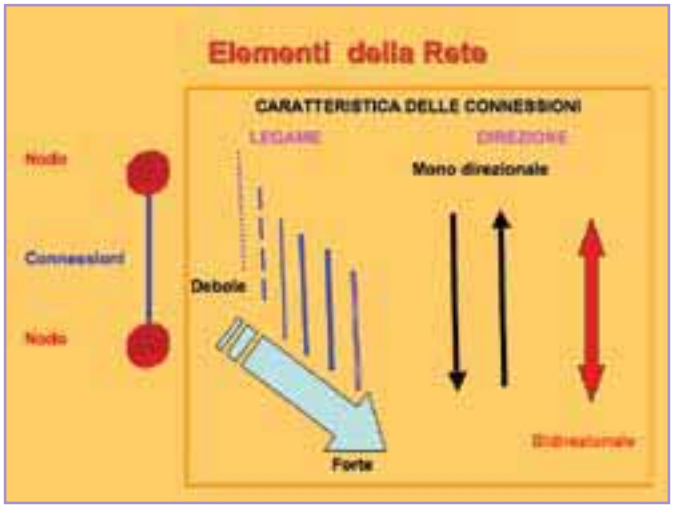


Figura 1 - Elementi della Rete: Nodi e Connessioni

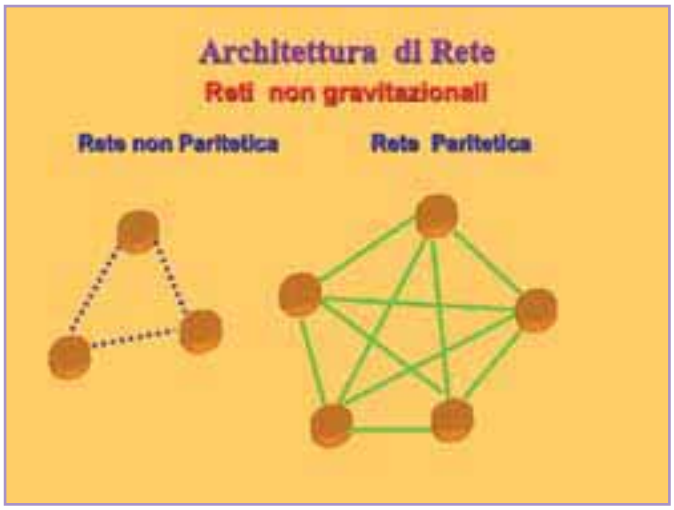


Figura 2
Architettura di Rete: Reti non gravitazionali
La Rete di influenze o non paritetica è basata su relazioni di influenza e/o negoziali tra i componenti, con prevalenza dell'autonomia e della dominanza degli assetti gerarchici interni a ciascuna struttura nel definire le politiche di azione.
La Rete paritetica è caratterizzata dall'assenza di un centro di gravità. È tipica delle strutture territoriali come i Distretti.

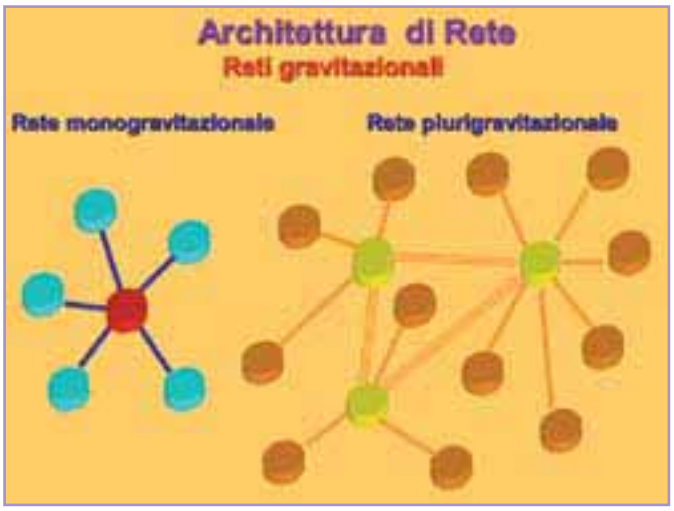


Figura 3
Architettura di Rete: Reti gravitazionali
La Rete monogravitazionale è fondata su un Centro di gravità che può sia agire come decisore dei fini e delle politiche di azione comuni a tutto il sistema sia come riferimento in rapporto ad una specifica attività. La Rete plurigravitazionale è fondata su più centri di gravità che possono sia agire come decisori dei fini e delle politiche di azione comuni a tutto il sistema sia come riferimento in rapporto ad una specifica attività.

cità di formare una rete dove manca una componente centrale;
- oscilla tra configurazioni organizzative che possono essere rappresentate e descritte come forze gravitazionali in cui un sistema può cascare venendone attratto (fenomeno degli attrattori).

Elementi della Rete

Si definisce Rete un insieme/aggregato di Individui/Equipe/Strutture aventi tra di loro relazioni finalizzate ad una missione collettiva. Una Rete è caratterizzata da una serie di Nodi, Legami, Operatività e Motivazioni (Figura 1).
I Nodi sono gli elementi organizzativi costituenti la Rete, caratterizzati da "vitalità", cioè capacità di sopravvivere autonomamente, di comunicare ed interagire con le altre articolazioni del sistema.
Le Connessioni sono i legami tra i vari Nodi e possono essere unidirezionali, bidirezionali, deboli, forti.
L'Operatività è la proprietà che definisce il funzionamento della Rete e si identifica con i meccanismi di governo delle relazioni tra i Nodi basati sul coordinamento attraverso l'influenza, la cooperazione o la negoziazione.
La Motivazione può essere definita come "fattore dinamico del comportamento animale e umano che attiva e dirige un organismo verso una meta. Le motivazioni possono essere coscienti o inconsce, semplici o complesse, transitorie o permanenti, primarie, ossia di natura fisiologica, o secondarie di natura personale o sociale, a cui si aggiungono le motivazioni superiori come gli ideali e modelli esistenziali che l'individuo assume in vista della propria autorealizzazione" (Galimberti, 1992). Le Motivazioni possono essere distinte in motivazioni omeostatiche - legate al concetto di bisogno fisiologico (motivazioni primarie) - e antiomeostatiche - aventi radici relazionali e sociali (motivazioni secondarie).

Architettura delle Reti

La costruzione di una Rete può avere riferimenti diversi. Sinteticamente la Architettura delle Reti comprende Reti non paritetiche, Reti paritetiche e Reti gravitazionali (monocentriche o policentriche) (Figure 2 e 3).
La Rete di influenze o non paritetica è basata su relazioni di influenza e/o negoziali tra i componenti, con prevalenza dell'autonomia e della dominanza degli assetti gerarchici interni a ciascuna struttura nel definire le politiche di azione.
La Rete paritetica è caratterizzata dall'assenza di un centro di gravità. È tipica delle strutture territoriali come i Distretti.
La Rete gravitazionale è fondata su uno o più centri di gravità (Rete mono o policentrica) che possono sia agire come decisori dei fini e delle politiche di azione comuni a tutto il sistema sia come riferimento in rapporto ad una specifica attività.

Tipologia dei modelli di Rete più utilizzati in Sanità

I modelli di Rete più utilizzati in Sanità sono i seguenti:
- Modello oli - spoke (only spoke

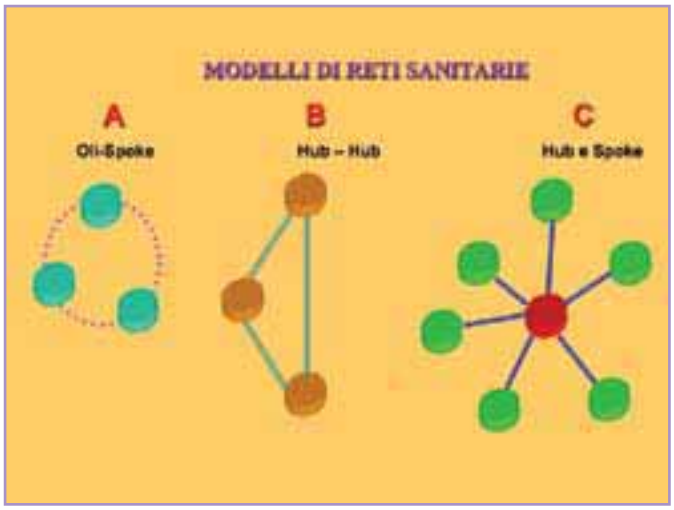


Figura 4
Modelli di Reti sanitarie
Modello oli - spoke (only spoke system): tale modello, che potrebbe dirsi federativo, è caratterizzato dal fatto che non vi è nessun Centro che funge da capofila naturale. I Centri hanno la medesima posizione e potere all'interno della Rete ed istituzionalmente si fa riferimento ad un unico coordinamneto di gestione sovraordinato.
Modello Hub - Hub, o consolidation of competitors, modello perno - perno: è caratterizzato dal fatto che due o più Centri, in genere di alta specializzazione ricadenti in ampi bacini di utenza, sono riuniti per ridurre le duplicazioni nell'offerta di servizi razionalizzando e integrando le attività.
Modello Hub and Spoke: è caratterizzato da un Centro di riferimento che agisce da perno rispetto ad Centri afferenti (raggi).

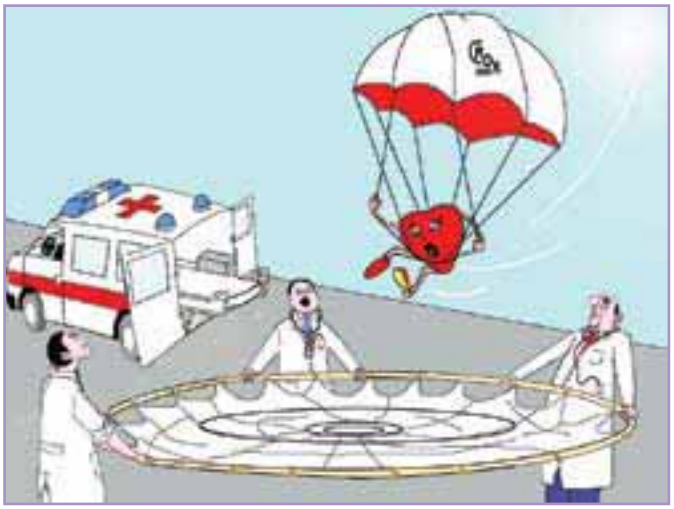


Figura 5
Rete integrata di assistenza cardiologica
La Rete Integrata di Assistenza Cardiologica può essere figurata come un continuum organizzativo e professionale in grado di ammortizzare le conseguenze dovuta all'emergere di un problema assistenziale.

system): tale modello, che potrebbe dirsi federativo, è caratterizzato dal fatto che non vi è nessun Centro che funge da capofila naturale. I Centri hanno la medesima posizione e potere all'interno della Rete ed istituzionalmente si fa riferimento ad un unico coordinamento di gestione sovraordinato;
- Modello Hub - Hub, o consolidation of competitors, modello perno - perno, è caratterizzato dal fatto che due o più Centri, in genere di alta specializzazione ricadenti in ampi bacini di utenza, sono riuniti per ridurre le duplicazioni nell'offerta di servizi razionalizzando e integrando le attività;
- Modello Hub and Spoke: è caratterizzato da un Centro di riferimento che agisce da perno rispetto a Centri afferenti (raggi).

La Rete Integrata di Assistenza Cardiologica

È l'insieme organizzato di presidi e competenze professionali destinati alle problematiche ed alla assistenza cardiovascolare, con la finalità di assicurare percorsi diagnostico - terapeutici certi, condivisi ed unitari.
L'accezione "Rete" definisce una assistenza che si realizza attraverso la interconnessione tra più professionalità, avente come elemento organizzativo fondamentale la condivisione dei percorsi e la gestione delle relazioni piuttosto che la centralizzazione degli interventi, il termine è utilizzato nel duplice significato di protezione e di coercizione ad un tempo ed esprime una strategia di lavoro comune. L'accezione "integrata" definisce da un lato il raccordo funzionale tra le diverse articolazioni e dall'altro la necessità di un governo degli interventi a fronte dei rischi della polverizzazione e della diluizione delle attività. Graficamente la Rete Integrata di Assistenza Cardiologica può essere figurata come un continuum organizzativo e professionale in grado di ammortizzare le conseguenze dovuta all'emergere di un problema assistenziale (Figura 5).
Una Rete può avere una estensione variabile - da aree limitate locali, ad aree vaste, provinciali, regionali, nazionali - ed un numero di componenti compatibili con le esigenze di funzionamento (Figura 6).
Una Rete Integrata di servizi deve consentire di:
a) garantire una uniformità di accesso ai servizi;
b) assicurare uniformità di trattamento per la medesima condizione patologica;
c) assicurare la medesima qualità del servizio offerto;
d) attivare processi di integrazione e di sussidarietà tra le diverse articolazioni del Sistema;
e) garantire appropriatezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni.
Il modello di riferimento per la Rete Cardiologica è quello cosiddetto Hub e Spoke (mozzo e raggi di una ruota), modello nel quale i Centri

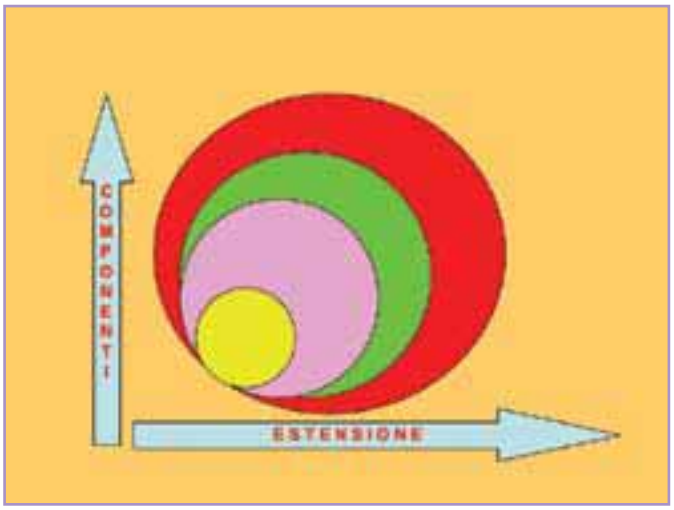


Figura 6
Estensione e componenti della Rete
Una Rete può avere una estensione variabile - da aree limitate locali/metropolitane (cerchio giallo), ad aree vaste/ provinciali (cerchio rosa), regionali (cerchio verde), nazionali (cerchio rosso) - ed un numero di componenti compatibili con le esigenze di funzionamento.

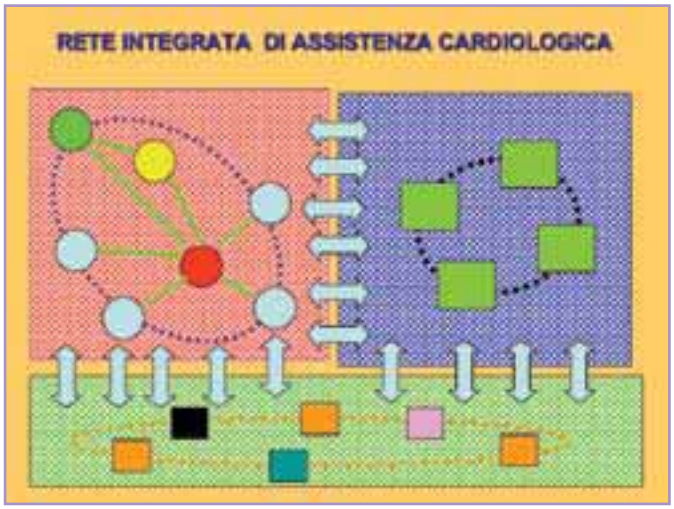


Figura 7
Sottoinsiemi della Rete integrata di assistenza cariologica
Modello di Rete Integrata di Assistenza Cardiologica.
Nell'area rossa Rete per l'Urgenza Emergenza: i Centri Spoke, cardiologie senza interventistica (cerchi azzurri) sono connessi con il centro Hub,dotato di cardiologia interventistica (Cerchio rosso), che a sua volta e connesso con la Cardiochirurgia (cerchio giallo) e con il centro trapianto (cerchio verde). Nell'area azzurra la Rete dei presidi di Cardiologia Riabilitativa e nell'Area Verde la rete territoriali, delle cure primarie e delle fasce deboli.

che erogano prestazioni sono tra loro coordinati e strategicamente definiti, per afferenze ed efferenze, in modo che per ciascuna condizione clinica sia possibile, sin dal momento della presentazione, l'individuazione e la realizzazione di un precorso diagnostico - terapeutico, condiviso ed unitario.
Il modello Hub e Spoke si fonda su un concetto dinamico dell'assistenza sanitaria, dimensionato in rapporto alla complessità dell'intervento necessario per cui dovrà sempre essere possibile identificare la struttura (Hub) verso la quale il paziente deve essere canalizzato dal centro periferico (Spoke) in considerazione del suo specifico quadro clinico. E un modello non burocraticamente gerarchizzato secondo una logica top - down ma piuttosto un modello che nasce e si realizza orizzontalmente dal basso secondo una concezione bottom - up, che privilegia la cooperazione e lo stare insieme.

Lo sviluppo di una Rete Integrata richiede che siano soddisfatte le seguenti condizioni:
a) definizione del bacino di utenza;
b) individuazione dei servizi presenti e le loro relazioni;
c) presenza di competenze professionali in grado di consentire lo sviluppo di equipe multiprofessionali, organizzate intorno a specifici programmi orientati per problemi, superando la logica di divisione nella attività di ciascuna professione;
d) disponibilità di idonei sistemi logistici di comunicazione a distanza delle informazioni cliniche e strumentali necessarie per la gestione dei pazienti e possibilità di accesso a banche dati e registri;
e) implementazione di un processo di formazione continua per gli operatori teso alla sviluppo di linee guida e percorsi assistenziali condivisi;
f) definizione degli specifici ambiti di autonomia e responsabilità gestionale e professionale.

Per sintetizzare la Rete Assistenziale Integrata Cardiologia, nella sua accezione più completa, presuppone due sottoinsiemi, l'uno legato al percorso della Urgenza - Emergenza Cardiologia e l'altro al percorso della Nuova Cronicità e della Riabilitazione Cardiovascolare, sottoinsiemi inseriti in un contesto relazionale di condivisone in cui strutture territoriali ed ospedaliere siano tra loro comunicanti ed interagenti (Figura 7).
Al successo e al corretto funzionamento della Rete contribuiscono una efficace educazione sanitaria, la formazione continua e adeguati strumenti di governo clinico.
La Educazione Sanitaria è di fondamentale importanza sia per il sottoinsieme della Urgenza - Emergenza Cardiovascolare che per quello della nuova cronicità e della Riabilitazione Cardiovascolare.
Per quanto riguarda le problematiche legate all'Urgenza - Emergenza è indispensabile che la popolazione sia

Dipartimento Cardiovascolare e di Emergenza

- Coordinamento funzionale delle attività
- Elaborazione di linee guida e documenti di consenso
- Definizione di protocolli diagnostico - terapeutici
- Educazione sanitaria
- Formazione del personale e dei laici

Centrale Operativa

- Coordinamento degli interventi
- Ricezione della richiesta di soccorso
- Valutazione del tipo di intervento da mettere in atto
- Attivazione della risposta più adeguata alla tipologia della richiesta

Sistema Trasporto Infermi

- Trasporto rapido e protetto in rapporto alle condizioni cliniche del paziente
- Assistenza sia sul luogo in cui si è presentata l'urgenza - emergenza sia durante il trasporto

Presidi di Soccorso Territoriale

- Assicurare il primo soccorso
- Eseguire un bilancio delle condizioni del paziente e stratificarne il rischio
- Eseguire un ECG e trasmetterlo alla UTIC di competenza
- Iniziare la terapia sul luogo
- Seguire le istruzioni del Cardiologo della UTIC di riferimento
- Garantire l'assistenza durante il trasporto

Organizzazione Ospedaliera Integrata

- Garantire il percorso diagnostico - terapeutico del paziente verso la tipologia di struttura più idonea al trattamento secondo le linee guida ed i protocolli diagnostico - terapeutici della Rete (Utic - Cardiologia, Utic - Cardiologia con Emodinamica, Utic - Cardiologia con Cardiochirurgia)
- Fornire al medico che effettua il soccorso e il trasporto le informazioni più rispondenti alle condizioni cliniche del paziente
- Assicurare il trattamento del paziente in rapporto alle caratteristiche del quadro clinico ed alla complessità della struttura

Tabella 1
Funzioni delle Articolazioni della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica nella Gestione della Urgenza - Emergenza Cardiovascolare

educata al riconoscimento dell'attacco cardiaco da un lato e sia istruita dall'altro sui principi di trattamento e sulle modalità di accesso al Sistema dell'Emergenza Sanitaria.
Per quanto riguarda il sottoinsieme della Nuova Cronicità e della Riabilitazione Cardiovascolare appare fondamentale che la popolazione sia educata alla consapevolezza del rischio cardiovascolare e alla conoscenza delle strategie di prevenzione e riabilitazione cardiovascolare.
La implementazione della Rete di Assistenza Cardiologica prevede una Campagna Educazionale su vasta scala che utilizzi materiale illustrativo, mass media e strumenti educativi capillarmente diffusi tra la popolazione.
La conoscenza del funzionamento del Sistema, sia per la Rete dell'Emergenza che per quella della Nuova Cronicità e della Riabilitazione, è uno dei punti cardine per il corretto funzionamento della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica.
La Formazione del personale addetto ai Servizi in Rete è il punto cruciale della implementazione della Rete assistenziale cardiologica. Al personale operante sul territorio, medici di assistenza primaria, medici di continuità assistenziale, medici di urgenza e personale sanitario in genere, viene richiesto la capacità di gestione delle diverse condizioni cliniche, la conoscenza dei quadri fondamentali, dei parametri elettrocardiografici e delle misure terapeutiche da mettere in atto tempestivamente per le principali emergenze cardiologiche.
Parimenti cruciale è la formazione del personale operante presso i Pronto Soccorsi ospedalieri e le Unità Coronariche coinvolte nella Rete.
Al Cardiologo della UTIC di riferimento viene richiesta la capacità di "guidare" il percorso diagnostico - terapeutico del paziente sin dall'esordio della malattia interagendo con il personale delle strutture di soccorso territoriale e del sistema trasporto infermi.
Un capitolo a se è rappresentato dalla formazione dei laici, con riferimento sia al riconoscimento delle principali manifestazioni delle patologie cardiovascolari sia alla acquisizione delle manovre di rianimazione cardiopolmonare.
La cultura della Prevenzione e della Riabilitazione Cardiovascolare è il presupposto fondamentale perché si realizzi una reale continuità assistenziale che consenta una appropriata gestione della fase postacuta e di cronicità.
Il Governo della Rete è il punto cruciale della vita del sistema. Perché possa vivere una Rete ha bisogno di un governo clinico fondato non su

Dipartimento Cardiovascolare, delle Cure Primarie e delle Fasce Deboli

- Coordinamento funzionale delle attività
- Elaborazione di linee guida e documenti consenso
- Definizione di protocolli diagnostico - terapeutici
- Educazione sanitaria
- Formazione del personale e dei laici

Centro Unico di Prenotazione

- Coordinamento degli interventi
- Ricezione della richiesta di assistenza
- Valutazione del tipo di intervento da mettere in atto
- Attivazione della risposta più adeguata alla tipologia della richiesta

Sistema Trasporto Infermi

- Trasporto protetto in rapporto alle condizioni cliniche del paziente

Presidi Territoriali di Assistenza Primaria e Riabilitativa

- Assicurare il primo impatto
- Eseguire un bilancio delle condizioni del paziente e stratificarne il rischio
- Programmare il percorso del paziente in rapporto al quadro clinico
- Iniziare, se opportuno, l'assistenza a domicilio
- Garantire l'assistenza durante il trasporto

Organizzazione Ospedaliera Integrata

- Garantire il percorso diagnostico - terapeutico del paziente verso la tipologia di struttura più idonea al trattamento secondo le linee guida ed i protocolli diagnostico - terapeutici della Rete (U.O. di - Cardiologia, U.O. di Cardiologia Riabilitativa, Day Hospital Cardiologico)
- Fornire al medico di assistenza primaria o allo specialista che effettua la richiesta le informazioni più rispondenti alle condizioni cliniche del paziente
- Assicurare il trattamento del paziente in rapporto alle caratteristiche del quadro clinico ed alla complessità della struttura

Tabella2
Funzioni delle Articolazioni della Rete Integrata di Assistenza Cardiologica nella Gestione della Nuova Cronicità e della Riabilitazione Cardiovascolare

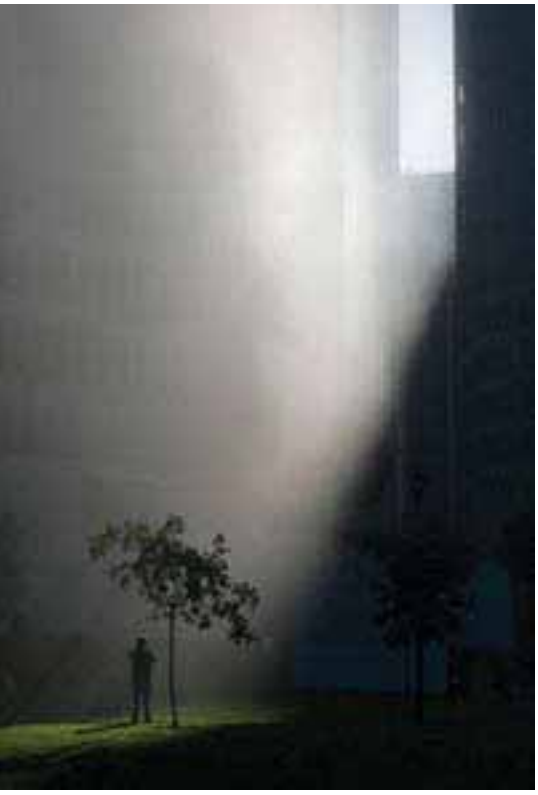
una gestione burocratica e verticistica ma su una strategia di governo orizzontale fondata sulla preminenza del progetto e della condivisione dei percorsi.
Dove realizzati, il governo della Rete può far riferimento ai Dipartimenti, Cardiovascolare, di Emergenza, delle Cure Primarie e delle Fasce Deboli, tra loro coordinati per la gestione e la condivisione del progetto e dei percorsi. Le modalità di implementazione della Rete Integrata Assistenziale Cardiologia sono diversi a seconda delle varie realtà. Si va dalla modalità basata su accordi tra professionisti, il cosiddetto patto tra gentiluomini, in cui i responsabili dei vari centri stabiliscono accordi interpersonali per la gestione di determinate problematiche, agli accordi istituzionali sanciti da atti formali tra istituzioni (Aziende o Regioni) per la erogazione di prestazioni ricadenti in percorsi assistenziali prestabiliti. In entrambi i casi modalità organizzative, compiti, funzioni e unitarietà di percorsi devono essere pienamente garantiti sia per la Urgenza - Emergenza che per Nuova Cronicità e la Riabilitazione Cardiovascolare (Tabella I e II).

Conclusioni

La realizzazione di un moderno sistema di cure cardiologiche richiede che il personale operante nei servizi di emergenza, nelle Unità Coronariche e nei laboratori di Cardiologia interventistica, nelle Cardiochirurgie, nei presidi di Cardiologia e Assistenza Primaria e di Cardiologia Riabilitativa, abbia professionalità, motivazione e passione per la propria attività.
La presenza di professionisti ed operatori motivati è la chiave di qualsiasi progresso in Sanità.
Altrettanto fondamentale è la creazione di una Rete di strutture con competenze e funzioni definite a complessità crescente la cui attività sia garantita sul piano delle risorse umane e tecnologiche.
Troppe volte abbiamo assistito ad un esercizio estetico di mutamenti di etichette di modo che il selciato su cui camminare è rimasto lo stesso: lastricato di approssimazione, populismo, burocrazia, confusione. Oggi la soluzione dei problemi legati al continuum delle cure cardiovascolari passa attraverso un'opera certosina di costruzione che riesca a coniugare competenze gestionali e professionali sulla base di analisi precise e di progetti definiti.
La vita di una Rete non dipende da questo o quel singolo mattone, ma come indicato nell'esempio del ponte sopra riportato dall' insieme che da continuità e vitalità al sistema.

Bioetica: il grande paradigma della medicina contemporanea

di Francesco Maria Bovenzi



Luce pomeridiana attraverso la nebbia
foto di Michael Maloney

Ognuno sta solo sul cuor della terra
trafitto da un raggio di sole:
ed è subito sera.

S. Quasimodo

Raccolgo l'invito del Professor Carlo Vecchio, espresso nel forum dello scorso numero di "Cardiologia negli Ospedali", offrendo un contributo al dibattito sulla bioetica. Lo spunto mi viene offerto dalla personale rinuncia di questa mattina a trattare un infarto con angioplastica primaria in un paziente di 103 anni. Il rifiuto non è stato dettato dalla mia coscienza scientifica, che per contro mi induceva a farlo, ma dalla mia coscienza morale che alla fine ha prevalso a favore di una scelta conservativa, peraltro condivisa con il centro Spoke. Così questo caso clinico "estremo", che a lungo mi ha fatto riflettere, mi induce ad affrontare con piacere altri aspetti della bioetica legati alle scelte controverse del nostro appassionante mestiere di medici.
La bioetica è una disciplina insegnata solo in questi recenti anni nelle Università, per nulla discussa nelle corsie degli Ospedali, dove i dilemmi etici sono vissuti il più delle volte in solitudine (dal medico, dal paziente) o nella "dualità" di un consumato rapporto. Eppure, in suo nome è stata promossa e prolifera oggi un'intensa attività legislativa; sono state fondate istituzioni, comitati e commissioni ad hoc nelle più importanti organizzazioni medico - scientifiche, a cominciare dall'ANMCO cui la problematica è da sempre stata molto a "cuore".
A tutt'oggi cresce la confusione sui cambiamenti avvenuti nella medicina, accettati in modo acritico, sull'insieme delle pratiche mediche e sull'evoluzione delle conoscenze scientifiche, che sempre di più dovrebbero essere permeate da una logica in qualche modo bioetica, ben oltre il noto giuramento ippocratico.
La bioetica nasce con l'uomo e diviene confronto tra anima e azione del Medicus, inteso non solo come colui che cura, ma anche colui che consiglia (greco mèdomai), anche se, appartenendo al nostro essere uomini tra uomini, risente inevitabilmente del profilo educazionale e comportamentale di ognuno, un po' come accade nella vita. Quindi, come per la medicina, essa non potrà mai essere certa e definita, ma tenderà come suo obiettivo ideale alla condivisione delle scelte.
Se volessimo brevemente scorrere la cronologia degli eventi che hanno scandito l'evoluzione del nostro mestiere, vedremmo che l'interesse della medicina nei secoli si sposta

Tomas Cole, Studio per l'opera "La croce e il mondo"1846 - 47

frequentemente dalla preghiera, alla stregoneria, alla filosofia per caratterizzarsi, infine, come scienza. Per comprenderne il travagliato valore etico, potremmo partire dalla rivoluzione scientifica moderna nel XVI e XVII secolo, che ha modificato in profondità la concezione che l'uomo aveva della natura: non più una divinità potente e minacciosa, ma una materia inerte e, per certi versi, manipolabile all'infinito. Questo cambiamento di prospettiva veniva sorretto dalla speranza utopistica, nell'ambito della medicina e in generale delle scienze, di poter risolvere progressivamente tutti i problemi della cura delle malattie, del dolore e persino della morte. Ma i risultati, quando confrontiamo le evidenze con gli outcome conseguiti, non sempre sono quelli attesi, perché è indubbio che esiste una certa variabilità clinica, biologica, sociale e oggi tecnologica. Per una semplice o complessa procedura di angioplastica coronarica è indubbia la variabilità del risultato legata alle scelte, molte di esse empiriche, alla tecnologia applicata, oltre che alla variabilità del fattore umano, esempio classico ed essenza del probabilismo scientifico presente nella medicina. Il metodo clinico fonda tutta la sua antica arte su questi principi come sintesi di esperienza, di conoscenza scientifica, di visione eco - antropologica dell'individuo che è parte del sistema (la cosiddetta religiosità della medicina: religio medici), ma anche di ordine morale che, Ippocrate a parte, nessuno ha mai insegnato a considerare a fondo. Tutto questo, mentre gli sviluppi della scienza e della tecnica mettono in discussione persino pratiche consolidate, costituendo un banco di prova sommesso per le dottrine morali antiche e moderne. La nostra pretesa di voler controllare e modificare gli equilibri naturali sia delle cose, sia delle persone, ha avuto delle ricadute indubbiamente parziali. Perché la mortalità per una qualsiasi malattia (pensiamo ad un infarto) non raggiungerà mai lo zero, ma tenderà paradossalmente all'infinito, e questa più che un'affermazione probabilmente rappresenta un interrogativo. Qui il nostro interesse converge dalla matematica alla scienza per cercare, infine, risposte nella filosofia. In matematica, infatti, un numero diviso zero ci dà infinito, così come molte condizioni cliniche nel nostro lavoro tendono a un livello di equilibrio, peraltro difficilissimo in biologia, oltre il quale abbandonato un problema ne sopraggiunge un altro; ad esempio, il trattamento antitrombotico stretto tra trombosi ed emorragie. Ritorna il denominatore della nostra frazione propria dell'aritmetica, quel numero ipotetico minore di uno, che per quanto piccolo che sia ci porta verso l'infinito. In campo cardiovascolare abbiamo contribuito in molti casi di infarto ad "allontanare l'eternità", ma il percorso verso una mortalità ospedaliera numericamente piccola non potrà mai raggiungere un totale successo, per quanto sia necessario a lottare per quel risultato. In circa mezzo secolo la mortalità ospedaliera per infarto, corretta per età, è scesa da circa il 30% a quasi il 5%. Per noi diventa sempre più difficile abbattere un tasso di mortalità già piccolo, forse un domani, ma attenzione, in un tempo che sarà ... infinito! In questo campo, però, il buon risultato non ha mai mostrato caratterizzazioni

omogenee e rispettose delle evidenze scientifiche, se riferito al tempo, allo spazio e al luogo di cura. Ogni nostro processo contrasta con l'evidente limite rappresentato dalla gravità di una condizione clinica, che per certi versi può essere tenuta sotto controllo, ma spesso ha un esito negativo per l'inevitabile natura a termine degli esseri viventi. Così la dottrina medica, ogni volta che cresce la complessità e la gravità, l'età, ma anche il disagio e la sofferenza dell'individuo, si confronta con l'anima filosofica del medico per cercare conforto anche nella solitudine delle scelte: Quod optimus medicus sit quoque philosophus, diceva Galeno.
Medici, scienziati, politici, giuristi e filosofi, tutti ci ritroviamo di fronte, con lo sviluppo delle conoscenze, a compiti sostanzialmente imprevisti per i quali non sono solo in gioco questioni tecniche, ma la ricerca di una nuova etica non solo teorica. Per questo da più parti si invoca l'esigenza di stimolare discorsi intorno alla bioetica, evitando di attribuire connotazioni ideologiche, laiche o clericali, ma in base ad una concretezza legata alle malattie, alla cura, alla vita e alla morte di individui in carne ed ossa.
Ritornare alla realtà allora vuol dire ripartire dai casi e dall'esperienza vissuti, senza considerarli meri dati scientifici, o fatti insignificanti sui quali non vale la pena riflettere perché oscuri, come sono spesso i fatti della vita. Ritornare alla realtà significa anche dover rivolgere la propria attenzione ai nuovi fenomeni, come la manipolazione genetica e i trapianti, ma sempre riferendosi alle situazioni concrete in cui esercitiamo la nostra attività di medici. Solo così è possibile mettere da parte le discussioni futili e inconcludenti per cercare di capire ciò che sta accadendo.
I casi oggetto dell'interesse della bioetica entrano con sempre maggiore frequenza e drammaticità nell'esistenza quotidiana e colpiscono per i dilemmi, spesso insolubili, che propongono. La definizione di bioetica più comunemente accettata intende l'intreccio tra lo sviluppo della ricerca scientifica nell'ambito della medicina e delle scienze della vita, e gli effetti che tale sviluppo ha sulla vita degli organismi viventi, siano essi persone o animali, nel contesto del loro ambiente (la religiosità della medicina).
Il "vivere bene" non riguarda solo la "buona salute", ma anche la capacità di sviluppare in modo compiuto le proprie attitudini e capacità.
Tale definizione evidenzia come il problema originario della bioetica sia nato nel contesto della pratica medica per verificare la legittimità morale, e la potenzialità benefica, dell'applicazione alla vita singola e ai suoi momenti più intensi e drammatici dei risultati della ricerca scientifica che si presenta in modo oggettivo, ma che non può non tener conto della variazione individuale dei criteri che utilizza. La prospettiva impersonale della scienza non può prescindere dal carattere irriducibilmente personale di ogni esistenza umana. Il malato non è soltanto un corpo, risultato di processi biochimici o fisici, legati a una biologia cellulare o molecolare. Egli è attraversato continuamente da emozioni, affetti, intenzioni sociali e familiari e motivazioni. Accettare anche questa complessità del paziente vuol dire riconoscere e recuperare il carattere relazionale della pratica medica.
La bioetica è stata sviluppata alternativamente come una nuova scienza o come una nuova morale, ma corre il rischio di fissarsi in antitesi concettuali rigide. Più semplice sarebbe considerarla un invito a pensare al "carattere originariamente morale del nostro essere al mondo", in corrispondenza al livello attuale della ricerca scientifica, delle sue applicazioni tecniche e delle politiche relative non solo relazionali, ma anche legislative. L'orizzonte morale delle nostre azioni, del nostro pensiero e della nostra coscienza si definisce in relazione al valore che noi diamo agli altri. Il sentirci capaci di compassione piuttosto che di egoismo, di amore piuttosto che di indifferenza, dà la giusta tonalità morale, propria della medicina dei nostri Padri, a qualsiasi attività umana e tanto più alla nostra di paladini indiscussi della salute del "cuore".

Cerchio con cuore
di Anthony Freda

Il cuore tra poesia e scienza

di Mario Chiatto

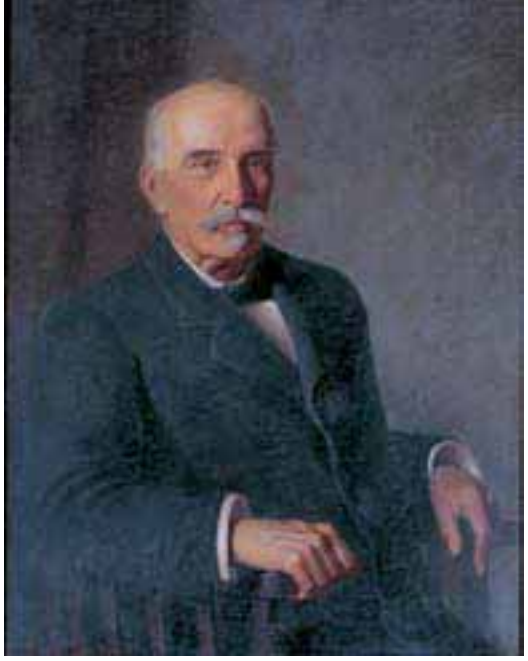
Devo ammettere che da quando è stata inventata la scrittura ho avuto fortuna. Prima no. Prima mi limitavo a battere nel petto degli uomini e delle donne, che mi ascoltavano perplessi, tastandosi il lato sinistro del torace e chiedendosi quale forza misteriosa producesse quel tum...tum. Ci volle del tempo prima che si convincessero che ero il centro propulsore della vita e cominciarono a preoccuparsi quando si accorsero che nei loro simili, che non stavano più in posizione verticale, non battevo più. Per la verità la questione, almeno all'inizio, non fu così semplice; anzi fior di dotti e scienziati si inpegnarono in lunghe controversie e ponderose polemiche per stabilire se io non battevo più perché la vita finiva o se la vita finiva perché io non battevo più. Ci volle del buono e del bello prima di risolvere il problema nel modo lapalissiano ed incontrovertibile con cui lo risolsero i medici di Pinocchio. Nel frattempo, però, c'era stato tutto il tempo di stabilire che senza di me gli uomini sarebbero guidati solo dal cervello, con la sua ricerca continua di logica e razionalità, con il suo distacco dal sentimento e con la sua tendenza a considerare solo la realtà ed il presente.
E invece, volete mettere? Da quando l'umanità ha deciso di considerarmi l'abituale residenza dei sentimenti, cioè delle loro speranze, quasi quasi sono diventato più importante di lui e questo mi inorgoglisce, specie se penso che di me si sono occupati fior fiore di poeti, come Omero che racconta come Ulisse tenesse sempre Penelope dentro di me o come Guinizzelli che non ci pensa due volte a dichiarare che "Al cor gentile repara sempre amore" e Leopardi che parlando con la sua Silvia esclama "Che pensieri soavi, che speranza, che cori, o Silvia mia" ed usa addirittura il plurale per rafforzare il concetto dell'unisono dei rispettivi battiti, per non parlare del Pascoli (lui per la verità si rivolge spesso a me!) che, nella poesia "La voce" dedicata alla madre, ricorda "Quante volte sei rivenuta / nei cupi abbandoni del cuore".

Neppure i romanzieri, specialmente i più grandi, mi hanno trascurato. Alcune delle loro pagine immortali sono ispirate direttamente da me e hanno fatto testo, assurgendo nel tempo a simboli, ad esempi inimitabili. Così tanto per ricordarne solo un paio questi i pensieri del giovane Leone verso Emma Bovary: "Ai suoi occhi, essa fu liberata dalle qualità carnali da cui egli non aveva nulla da ottenere, e nel suo cuore Emma andò salendo sempre più in alto e staccandosene, come una magnifica apoteosi che ascenda..." e Tolstoi, con Anna Karenina che cosa ha scritto se non un unico grande inno a tutto ciò che vive dentro di me e da me si irradia per creare storie, inventare personaggi, percorrere cieli infiniti facendoli attraversare da amore, odio, rancore, rappresaglia, perdono, vendetta, speranza e rassegnazione? Per non parlare di Shakespeare e della grande corrente romantica che da lui ha inizio ed arriva fino ai nostri giorni con i tanti "Ho voglia di te" e i "Tre metri sopra il cielo" dell'italiano Federico Moccia. Ma niente in confronto a quel che fu capace di costruire, servendosi di me, il russo Anton Cechov, nel suo racconto "Lo scherzetto": una esile ma straordinaria vicenda nella quale il soffio delle parole "Io vi amo, Nadia" resta prigioniero della natura e la donna - scherzetti del cuore! - non è mai sicura di aver sentito bene le parole del giovane che l'accompagna. Cosicché "la povera fanciulla stende tutte e due le braccia come a supplicare questo vento di portarle ancora una volta quelle parole". Potrei continuare all'infinito e mi farebbe anche piacere perché sento che la mia importanza, nel tempo, è andata crescendo via via che l'umanità si è affidata alla potenza dell'immaginazione ed al coraggio della speranza ed ha riposto in me sogni e futuro. Meno orgoglioso sono di quelle espressioni che, nella maggior parte dei casi, mi chiamano in causa a sproposito, come se fossi un oggetto di riserva, buono per tutte le occasioni. Mi indigno un po' quando sento "mi sei uscito dal cuore", "vengo da te con il cuore in mano", "mi hai rubato il cuore", "questa cosa la faccio con il cuore", "quello ha un cuor di leone", "quell'altro ha un cuore di coniglio", "sto ridendo di cuore", "quelle lacrime vengono direttamente dal cuore", "lontano dagli occhi, lontano dal cuore". Strani gli uomini! Pensavo che per loro possa rappresentare tutto, il bene e il male, il pianto e il riso, il dolore e la gioia, l'avarizia e la generosità, l'odio e l'amore. E sbagliano. Tutto questo non sta in me, sta nella loro mente: in me essi cercano solo una giustificazione, qualche volta un riflesso a priori o a posteriori di ciò che pensano, di ciò che fanno, di ciò che sono. Io continuo a battere nel loro petto e, al pari di loro, amo le cose buone che fanno e pensano e mi angoscio, al pari di loro per la sofferenza ed il dolore che li accompagnano. Ma su una cosa, che essi sono abituati a dire spesso, sono d'accordo: finchè c'è vita c'è speranza! E siccome io sono la vita, beh!, voglio che continuino ed a sperare e a vivere, così, in fondo, anch'io posso vivere e sperare. Ma questo è un ragionamento, c'è logica, c'è razionalità. Allora ha vinto lui, il cervello? Ma no...tutte queste cose io le ho dette ...con il cuore.

Ideologie e correnti di pensiero nell'"Italietta giolittiana"

di Alessandro Ferrini

I primi anni del Novecento vedono anche in Italia, sebbene con il consueto ritardo rispetto agli altri Paesi europei più progrediti, la crisi dei valori positivisti e l'avvento delle nuove teorie irrazionaliste, in concomitanza con una maggiore consapevolezza dei contenuti teorici del pensiero marxista.
Il positivismo fu un fenomeno culturale estremamente complesso che, dalla seconda metà dell'Ottocento, interessò tutti i Paesi industrializzati dell'Europa occidentale. Con la sua visione razionalistica e materialistica dell'esistenza il metodo positivo aveva costituito l'impalcatura ideologica sulla quale aveva fondato le proprie certezze la borghesia in espansione, alla quale occorreva un metodo pratico ed inoppugnabile, desumibile dalle scienze, con cui analizzare il rapporto fra uomo e realtà e che nel contempo potesse offrire una giustificazione ideologica e culturale al nuovo modo di produzione e di assetto sociale.
Il positivismo rispose pienamente a queste esigenze e rappresentò, come afferma Norberto Bobbio, "l'interpretazione evolutiva, naturalistica, sostanzialmente ottimistica, della rivoluzione industriale"; fu un modo di leggere la realtà secondo una prassi logico - deduttiva e, almeno nelle sue linee teoriche, non si pose l'obiettivo di fornire soluzioni politiche ai problemi sociali che pure furono oggetto di analisi, come lo stesso Comte aveva affermato a tale proposito. La rassegnazione del Verga davanti alla fatale disfatta dei vinti è la testimonianza letteraria più evidente del dichiarato atteggiamento di distacco da ogni impegno politico militante.
Ciononostante, con la sua negazione di ogni metafisica e con la sua concezione materialistica dell'esistenza, il positivismo si accattivò la simpatia di certi ambienti della sinistra, in particolare di coloro che non si erano ancora accostati alla lettura diretta dei testi del socialismo scientifico di Marx e di Engels. Parimenti, per opposti motivi, la filosofia positiva si alienò le simpatie degli ambienti idealisti che negli ultimi decenni dell'Ottocento iniziarono la battaglia antipositivista di cui Benedetto Croce fu il portabandiera in Italia.
Ma se il positivismo veniva attaccato dall'idealismo liberale, altrettanto decise si fecero sentire le voci contrarie di quegli uomini della sinistra che avevano letto ed approfondito il pensiero di Marx, primo fra tutti, in Italia, Antonio Labriola che rifiutava la concezione positivista, oltre che per i suoi limiti teorici contrari ad un impegno politico diretto, anche per la sua natura prettamente borghese.
Nel saggio "La concezione materialistica della storia", pubblicato nel 1896, Antonio Labriola, seguendo l'interpretazione marxista del processo storico, dichiarava di non aver niente in contrario ad essere definito



Giovanni Giolitti,
Olio di Fausto Vagnetti, 1928,
unico ritratto esistente

seguace del metodo "scientifico", purché con tale definizione non si confondessero i socialisti con i positivisti. Chiarendo ulteriormente la propria posizione Labriola imputava agli storici idealisti la colpa di voler interpretare la storia con metodo sbagliato, attraverso l'analisi delle idee degli uomini e non dei loro rapporti economico - sociali e accusava parimenti gli storici "positivi" di aver iniziato dalla parte giusta, cioè dall'analisi della realtà, ma di non aver voluto o saputo utilizzare il metodo del materialismo storico, l'unico capace di spiegare i "perché" di questa realtà, attraverso l'analisi dei rapporti di produzione che la determinano.
Sul fronte antipositivista si trovarono dunque, in posizione antagonistica, Croce e i marxisti, ma vi confluirono, sebbene distinguendosi dalle altre posizioni, anche i seguaci delle nuove filosofie irrazionali che in questa atmosfera trovarono appigli ideologici e spazi operativi insperati.
Nel 1903 alcuni di questi giovani che si proclamarono "desiderosi di liberazione, vogliosi di universalità, anelanti ad una superiore vita intellettuale", dettero vita al "Leonardo" (una delle tre celebri riviste, insieme al "Regno" e a "Hermes" pubblicate a Firenze nei primi anni del secolo), sulle cui pagine uno degli esponenti di primo piano, Giuseppe Prezzolini, definì con queste parole il loro pensiero:
"Siamo accomunati qui nel «Leonardo» più dagli odi che dai fini comuni; miglior cemento in verità; e ci riuniscono più le forze del nemico che le nostre. Positivismo, erudizione, arte verista, metodo storico, materialismo, varietà borghesi e collettiviste, della democrazia - tutto questo puzzo di acido fenico, di grasso e di fumo, di sudor popolare questo stridor di macchine, questo affaccendarsi commerciale, questo chiasso di reclame son cose legate ... strette da un vincolo sentimentale che ce le farebbe avere in disdegno se fosser lontane, che ce le fa invece odiare perché ci son vicine".
La loro posizione irrazionale e dirompente è in gran parte frutto degli sconvolgimenti prodotti da una società in caotica trasformazione di cui tentavano di interpretare le tensioni senza capirne i meccanismi, dal loro punto di vista di intellettuali piccolo borghesi, quali erano, accomunati dallo stesso odio verso il positivismo e la democrazia, impauriti dal "sudor popolare" col quale identificavano le masse e dallo "stridor di macchine", con cui simboleggiavano il processo di industrializzazione; incapaci di trovare strumenti dialettici più idonei essi si schierarono contro tutto, puntando ad uno scardinamento della società senza nessuna prospettiva precisa. Ispirandosi alla filosofia di Bergson, intesa come rivalutazione della vita intima e delle potenzialità che attraverso questa l'individuo può esercitare sul mondo esterno, Prezzolini scriveva che "sotto la crosta indurita e tutta screpolata con cui noi rappresentiamo noi stessi, scorre come un torrente di liquida lava pregno di fuoco e coperto tuttavia di grigia apparenza, scorre la vita continua, tumultuosa, eterogenea ... rivendicazione all'individuo della sua potenza sul mondo esterno". È attraverso la scoperta e la manifestazione di queste forze straordinarie, fino ad allora ignorate, che i giovani del "Leonardo" intendono dominare il mondo.
Con atteggiamento più sprezzante Giovanni Papini si erge a teorico del nuovo irrazionalismo nell'articolo "Me e non me", pubblicato nel 1903 sul n. 3 del "Leonardo", con lo pseudonimo di Gian Falco:
"Vi sono ancora uomini i quali credono, nella semplicità della loro ignoranza filosofica, che la negazione valga a distruggere qualche cosa e non sono ancora giunti a comprendere com'essa, invece, interpreti o crei."
Alcuni anni dopo, il 1 ottobre 1914, lo stesso Papini dalle pagine della rivista "Lacerba" così inneggiava alla guerra:
"Finalmente è arrivato il giorno dell'ira dopo i lunghi crepuscoli della paura. Finalmente stanno pagando la decima dell'anime per la ripulitura della terra. Ci voleva, alla fine, un caldo bagno di sangue nero dopo tanti umidicci e tiepidumi di latte materno e di lacrime fraterne. Ci voleva

Giovanni Papini

Frontespizio della rivista "Leonardo"

una bella innaffiatura di sangue per l'arsura dell'agosto (...). Siamo troppi. La guerra è una operazione malthusiana. (...) La guerra, infine, giova all'agricoltura e alla modernità. I campi di battaglia rendono, per molti anni, assai più di prima senz'altra spesa di concio. Che bei cavoli mangeranno i francesi dove s'ammucchiano i fanti tedeschi e che grasse patate si caveranno in Galizia quest'altro anno! ..." Papini definì il proprio pensiero con l'etichetta di pragmatismo, distinguendo però quest'ultimo in due tipi: quello logico - scientifico di Giovanni Valiati e Mario Calderoni, due giovani filosofi che in quegli anni conducevano rigorose analisi sui fondamenti della scienza, e quello irrazionalista ed antiscientista suo e di Prezzolini, "spiriti più avventurosi, paradossali e più mistici". In realtà in loro si rivelò soltanto una mistica esaltazione dell'azione fine a se stessa che, nella mente dei suoi fautori, avrebbe dovuto permettere al nuovo "Uomo - Dio" di impossessarsi del mondo e di modellare gli uomini a suo piacimento". Tali tendenze culturali e ideologiche, anche per volontà esplicita degli stessi elaboratori, non mancarono di ripercuotersi sul piano politico; mentre, in seguito anche alle aperture di Giolitti, si manifestava sempre maggiore l'esigenza di una più ampia partecipazione popolare alla gestione del potere e, in contrapposizione, le vecchie istituzioni liberali vedevano nell'allargamento della base democratica non tanto un male assoluto, quanto una potenziale e pericolosa apertura al sovversivismo socialista, la multiforme schiera di intellettuali precedentemente nominati si dichiaravano decisamente antidemocratica, aborriva le masse, affermava che la politica doveva essere gestita da una élite aristocratica del tutto lontana dal volgo. In conclusione la loro polemica contro il positivismo e contro lo stato liberale si risolveva in una lotta ad oltranza contro ogni apertura democratica e socialista. Suggestionati dall'attivismo rivoluzionario di George Sorel e dal superomismo di Nietzsche, affascinati dal D'Annunzio, fecero convergenza verso il nazionalismo e fornirono non poche basi ideologiche all'avvento della rivoluzione fascista. In questo humus si inserisce e trova facile spazio anche il movimento futurista che dà voce artistica e consapevolezza estetica a questa corrente ideologica.

In tale situazione a poco potevano valere le abilità politiche di Giovanni Giolitti che dal 1901 al 1909 e poi dal 1911 al 1914, salvo poche e brevi parentesi, fu l'arbitro della vita italiana. Il suo realismo politico, la sua disinvoltura nel manipolare personaggi di opposte tendenze, la sua spregiudicatezza nel barattare favori per accaparrarsi l'appoggio parlamentare necessario a raggiungere gli scopi prefissati furono inesorabilmente travolti dalle impetuose spinte eterogenee che condussero l'Italia prima all'impresa in Libia, poi all'entrata nel primo conflitto mondiale e infine al Fascismo.

Valerio Mirannalti - Camargue (2002)

L'Amore

a cura della Redazione

Farò della mia anima uno scrigno
per la tua anima,
del mio cuore una dimora
per la tua bellezza,
del mio petto un sepolcro
per le tue pene.
Ti amerò come le praterie amano la primavera,
e vivrò in te la vita di un fiore
sotto i raggi del sole.
Canterò il tuo nome come la valle
canta l'eco delle campane;
ascolterò il linguaggio della tua anima
come la spiaggia ascolta
la storia delle onde.

Tratto da "**Le ali spezzate**"
di Kahlil Gibran, 1912

Le cose che il bambino ama
rimangono nel regno del cuore
fino alla vecchiaia.
La cosa più bella della vita
è che la nostra anima
rimanga ad aleggiare
nei luoghi dove una volta
giocavamo.

Tratto da "**Autoritratto**"
di Kahlil Gibran, 1959
opera postuma

[...] Quando lui tace
il vostro cuore non smette di ascoltarlo,
perché nell'amicizia
ogni pensiero, desiderio, speranza
nasce in silenzio e si partecipa con gioia.
Se vi separate dall'amico
non addoloratevi,
perché la sua assenza vi illumina
su ciò che più in lui amate,
come la montagna, per chi sale,
è più nitida dal piano.

[...] Perché cos'è il vostro amico,
se andate in cerca di lui
per uccidere il tempo?
Cercatelo invece per avere tempo
da vivere.
Perché egli è lì per servire
il vostro bisogno,
non per riempire il vostro vuoto.
Condividetevi le gioie
sorridendo nella dolcezza amica,
perché nella rugiada delle piccole cose
il cuore scopre il suo mattino
e si conforta.

Tratto da "**Il Profeta**"
di Kahlil Gibran, 1923

Marc Chagall
Amanti in blù, 1914

Mary Cassatt
Sotto l'albero di castagno, 1897

Pierre Auguste Renoir
Ragazze che disegnano, 1890

il codice fiscale della Fondazione **94070130482** e la tua firma.

Quest'anno il **5x1000** donalo alla **Heart Care Foundation "per il tuo cuore"**, inserendo nell'apposito spazio della denuncia dei redditi

per il tuo cuore

Perché non tutti i cuori sono uguali

Abbiamo fatto progressi formidabili nel riconoscere e riparare i guasti delle disfunzioni cardiovascolari, ma abbiamo identificato solo alcune delle cause che li provocano.
La prossima sfida è proprio individuare le cause di queste malattie, per poterle prevenire. La Fondazione "per il tuo cuore" - HCF, insieme ai 5000 cardiologi ospedalieri dell'ANMCO, studierà, con una ricerca assolutamente innovativa, le cause delle diverse risposte alla malattia fra persona e persona, **per poter dare ad ognuno una "cura su misura"**.

per il tuo cuore

La ricerca è una sfida importante, raccoglila con noi.

Attilio Maseri
Presidente fondazione "per il tuo cuore" - HCF

Fondazione Italiana per la Lotta alle Malattie Cardiovascolari - ONLUS
Costituita dall'Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)

Heart Care Foundation

Via A. La Marmora, 36 - 50121 Firenze - I - Tel. +39 055 575661 - www.periltuocuore.it - www.heartcarefound.org

“Farò della mia anima”
di Khalil Gibran

Farò della mia anima uno scrigno
per la tua anima,
del mio cuore una dimora
per la tua bellezza,
del mio petto un sepolcro
per le tue pene.
Ti amerò come le praterie amano la
primavera,
e vivrò in te la vita di un fiore
sotto i raggi del sole.
Canterò il tuo nome come la valle
canta l’eco delle campane;
ascolterò il linguaggio della tua
anima
come la spiaggia ascolta
la storia delle onde.

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification